

# Reha-Kommission

## **Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung**

**Abschlußberichte – Band III**

**Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“**

**Teilband 3**

**„Psychische und neurologische Erkrankungen“**

**Arbeitsgruppe 2 „Psychiatrie“**

**Teil II - Seiten 621-629 und 723-778**

Verband Deutscher  
Rentenversicherungsträger

**VDR** 



Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

**Folgende Abschlußberichte liegen vor:**

- Band I      Recht und Struktur
- Band II     Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III    Rehabilitationskonzepte**
  - Teilband 1   Rahmenkonzept  
                  und krankheitsspezifische Konzepte
  - Teilband 2   Krankheitsspezifische Konzepte
  - Teilband 3   Krankheitsspezifische Konzepte und  
                  Schwerpunkte der Weiterentwicklung**
- Band IV     Epidemiologie/EDV-Verfahren
  - Teilband 1   Epidemiologie
  - Teilband 2   EDV-und Dokumentationsverfahren
  - Teilband 3   Qualitätssicherung
- Band V      Verwaltung
- Band VI     Forschung und Lehre
- Band VII    Gutachten und Tagungsergebnisse
  - Teilband 1   Gesundheitsökonomie/Europäischer  
                  Vergleich
  - Teilband 2   Ambulante Rehabilitation in der ehemali-  
                  gen DDR
  - Teilband 3   Balneologie in der medizinischen Reha-  
                  bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

**Gesamtübersicht zu:**

**Abschlußberichte - Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitations-  
konzepte“, Teilband 3**

Mitgliederliste		625
<b>B-6.0</b>	<b>Gemeinsame Präambel zu den Rehabilitations konzepten der vier Arbeitsgruppen</b>	<b>627</b>
B-6.1	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Sucht"	631
<b>B-6.2</b>	<b>Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychiatrie"</b>	<b>723</b>
B-6.3	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychosomatik"	779
B-6.4	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Neurologie"	829



Projektuntergruppe 6 im Arbeitsbereich 3:

**"Psychische und neurologische Störungen"**

Mitgliederliste

Dr. Helmut Hollstein	<b>Projektuntergruppenleiter,</b> Fachklinik Eußerthal der LVA Rhein- land-Pfalz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg	Fachklinik Haus Renchtal, Renchen (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Martin Clauß	Rehabilitationskrankenhaus, Karlsbad-Langensteinbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Franz Dittmar	Psychosoziale Beratungsstelle, Passau (Arbeitsgruppe "Sucht" seit 1.10.90)
Dr. Roland Friedel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" seit 1.10.90)
Dr. Peter Frommelt	Klinik Bavaria, Schaufling (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Lothar Hubrecht	Marcus-Klinik, Bad Driburg (Arbeits- gruppe "Neurologie" bis 31.8.90)
Dr. Hans H. Janzik	Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Ernst von Kardorff	Institut f. gerontologische Forschung München (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht	Psychosomatische Klinik Schömburg (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Norbert Mark	Psychosomatische Fachklinik Bad Dürk- heim (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Heinz Neun	Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")

Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Poser	Neurologische Kliniken Schmieder, Al- lensbach (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Wolfgang Rieber	Klinik Ortenau, Zell-Harmersbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Renate Rosenberger	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" bis 30.9.90)
Dr. Rainer Sandweg	Bliestal Kliniken, Blieskastel (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dipl.-Psych. Regine Scheipers	LVA Rheinprovinz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Jürgen Schlosser	Hardtwald-Klinik I, Zwesten (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Ralf Schneider	Fachklinik Furth im Wald (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Päd. Bert Schuback	Wichern-Institut, Ludwigshafen (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Wilfried Schupp	Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See/ Füssen (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Ingrid Stölzel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Psych. Wilfried Wöhrle	Haus Weitenau, Steinen bei Lörrach (Arbeitsgruppe "Sucht")

Wissenschaftliche Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dr. Dipl.-Psych. Rolf Buschmann-Steinhage	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Dipl.-Psych. Heiner Vogel	Koordinationsstelle der Reha-Kommission

**Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen:**

**Gemeinsame Präambel**

**zu den Rehabilitationskonzepten der Indikationsbereiche  
„Sucht“, „Psychiatrie“, Psychosomatik“ und „Neurologie“**

Die Konzeption der Rehabilitation bei Patienten mit Störungen aus dem neurologischen und psychiatrisch/psychischen Bereich einschließlich Suchterkrankungen weicht in einigen grundlegenden Punkten vom allgemeinen Rehabilitationskonzept (Teil A) ab. Diese werden im folgenden erläutert.

1. Erfolgsprognose bei der Einleitung einer Reha-Maßnahme

Die Einleitung einer stationären Heilbehandlung ist derzeit an eine günstige Prognose bezüglich der Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung gekoppelt. Da die Beurteilung der Erfolgsaussicht häufig nicht a priori möglich ist, kann sie bei einem Großteil dieser Patienten erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses erfolgen. Eine besondere Erschwerung bei der Einschätzung der Erfolgsaussicht kommt dadurch hinzu, daß viele Erkrankungen durch nicht vorhersehbare, phasenspezifische Verläufe gekennzeichnet sind (z. B. Enzephalomyelitis disseminata, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, aber auch Psychosen).

Diese Unsicherheit in der prognostischen Beurteilung darf jedoch nicht dazu führen, daß die Einleitung notwendiger Reha-Verfahren verzögert oder verweigert wird. Es muß geprüft werden, ob diese Forderung innerhalb des geltenden Rechts (z. B. durch Vorleistungsregelungen oder Gesamtvereinbarungen o. ä.) realisiert werden kann oder ob dafür Änderungen der gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind.



Bei vielen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern sowie bei älteren, multimorbialen Patienten kann das Erreichen einer Teilerwerbsfähigkeit nach vorheriger Erwerbsunfähigkeit aus medizinischer Sicht einen beträchtlichen Erfolg der Rehabilitation darstellen. Dies sollte zukünftig im Rahmen der Beurteilung der Erfolgsaussicht bei der Begutachtung zur Einleitung einer Reha-Maßnahme berücksichtigt werden. In diesem Rahmen erscheint es sinnvoll, eine Teil-EU-Rente als Leistung der Rentenversicherung einzuführen, so daß bei diesen Patienten nach der Reha-Maßnahme auch mit einer Teilzeittätigkeit die soziale Sicherung gewährleistet ist.

## 2. Abgrenzung von Kur-Maßnahmen

Um Fehleinweisungen zu vermeiden und die Motivation der Rehabilitanden zu fördern, muß im Vorfeld der Maßnahme sehr deutlich zwischen Kur und Rehabilitation unterschieden werden. So ist die Behandlung bei Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischen und neurologischen Störungen nicht an ortsgebundene Heilmittel gebunden. Die zur Anwendung kommenden Behandlungsmaßnahmen gehen von den individuell bestimmten Rehabilitationszielen aus und sind dementsprechend außerordentlich spezifisch. Dies beginnt bei der psychotherapeutischen Behandlung, führt über die medikamentöse Therapie zu mehr fachspezifischen personengebundenen Behandlungen. Diese schlagen sich vor allem im Stellenplan der Rehabilitationseinrichtung nieder, der für diese Häuser einen hohen Anteil von Gebietsärzten, Ärzten mit Teilgebietsbezeichnung und klinischen Psychologen sowie fachspezifisch geschultem medizinischen und therapeutischen Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen vorsieht.

### 3. Behandlungsdauer

Die Therapiedauer muß den individuell sehr unterschiedlichen Therapiezielen und dem Behandlungsplan entsprechend unterschiedlich aussehen können und variabel gehandhabt werden. In der Regel zeigt sich erst im Laufe der Reha-Prozesses, welche Behandlungszeit im Einzelfall erforderlich ist. Generell kann aber festgehalten werden, daß die Dauer der stationären Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen, einschließlich Sucht, beträchtlich länger ist als bei den übrigen Patientengruppen in der Rehabilitation.

### 4. Wege der Veränderung - Gesundheitsbildung

Kognitive Information und Schulung sind speziell bei Patienten mit psychischen und neurologischen Störungen sowie bei Suchtpatienten nicht ausreichend, um Veränderungsprozesse zu erzielen. Maßnahmen zur Gesundheitsbildung sind deshalb in diesem Bereich nur soweit erfolgversprechend, wie sie die individuellen Entwicklungs- und Lebensbedingungen sowie die Motivationslage und individuelle Widerstände berücksichtigen.

Die Behandlung muß insbesondere die krankheitsspezifischen Konflikte sowohl auf der intrapsychischen wie auch auf der Beziehungsebene berücksichtigen. Eine besondere Rolle hierbei spielt auch das Krankheitserleben und die subjektive Krankheitsdeutung durch den Patienten sowie das auch davon abhängige chronische Krankheitsverhalten. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Funktionseinschränkungen beziehen sich auch auf den psychischen Bereich, im Sinne einer Einleitung von Nachreifungsprozessen zur Verbesserung defizitärer Ich-Funktionen und sozialer Kompetenzen.

5. Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Die Einbeziehung von Bezugspersonen muß in diesen Indikationsbereichen über die reine Beratung hinausgehen. Einerseits geht es dabei um die Erhellung und Behandlung pathologischer Beziehungsmuster und andererseits um die Ermittlung und Mobilisierung von weiteren Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, welche die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung des Patienten zu unterstützen in der Lage sind.

6. Rehabilitationskette: Ambulante Rehabilitation - Nachsorge

Besonders bei der Rehabilitation psychiatrischer und neurologischer Störungen ist eine weitere Differenzierung und Abstufung in der ambulanten Nachbetreuung dringend erforderlich. Damit kein Bruch in der Rehabilitationskette mit Nachteilen für den Rehabilitanden entsteht, wird hier ein entsprechender Handlungsbedarf für die Rentenversicherung gesehen, z. B. die Schaffung spezifischer, interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Therapieangebote.



**REHA-KOMMISSION  
Abschlußbericht**

**Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“**

**Projektuntergruppe 6 „Psychische und neurologische  
Erkrankungen“**

**Arbeitsgruppe 2 „Psychiatrie“**

**Psychiatrisch-psychotherapeutische  
Rehabilitation**

**\* Allgemeines Rehabilitationskonzept**

**\* Problemfelder der Rehabilitation und Lösungsansätze**



## Gliederung

Mitgliederliste: Siehe S. 625 ff.

<b>Teil I: Konzeption für die Rehabilitation psychiatrischer Störungen</b>	<b>729</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>729</b>
<b>2. Diagnostik</b>	<b>730</b>
2.1 Diagnostik vor der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung	730
2.2 In der Rehabilitationseinrichtung	731
<b>3. Therapie</b>	<b>732</b>
3.1 Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation	732
3.1.1 Therapieziele und Therapieplan	732
3.1.2 Spezielle Therapiemaßnahmen	733
3.1.3 Integration der Therapiemaßnahmen	736
3.2 Medizinisch-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell	737
<b>4. Therapiekontrolle und Dokumentation</b>	<b>739</b>
4.1 Überwachung der Durchführung der Behandlung	739
4.2 Entlassungsbericht	739
<b>5. Behandlungsdauer</b>	<b>740</b>
<b>6. Multimorbidität</b>	<b>740</b>
<b>7. Schnittstellen</b>	<b>741</b>
7.1 Einweisung	741
7.2 Anschlußheilbehandlung	741
7.3 Nachsorge	742

<b>8.</b>	<b>Ausstattung</b>	<b>742</b>
8.1	Personal	742
8.2	Räumlich-technisch	747
<b>9.</b>	<b>Kooperation</b>	<b>749</b>
9.1	Kooperationsformen innerhalb der Klinik	749
9.2	Kooperation mit dem Kostenträger	749
9.3	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	750
9.4	Kooperation mit Betrieben und Betriebsärzten	750
<b>10.</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>751</b>
10.1	Ambulante Rehabilitation	751
10.2	Klassifizierung der Reha-Einrichtung	751
10.3	Regionalisierung, Wohnortnähe	752
<b>11.</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>753</b>

**Teil II: Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation:  
Problemfelder und Weiterentwicklungsansätze 755**

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>755</b>
<b>2.</b>	<b>Gestuftes System der Rehabilitation</b>	<b>756</b>
2.1	Stationäre Einrichtungen	756
2.2	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)	757
2.3	Berufliche Rehabilitation und berufliche Wiederein- gliederung	758
2.4	Komplementäre Einrichtungen	765
2.5	Regionalisierung, überregional konzipierte Reha-Kliniken	765
2.6	Ambulante Rehabilitation	766
2.7	Nachsorge	767



<b>3.</b>	<b>Einleitung und Vorbereitung der Rehabilitation</b>	<b>769</b>
3.1	Reha-Vorbereitung	769
3.2	Reha-Einleitung - Unterinanspruchnahme	769
3.3	Anschlußheilbehandlung - Direkteinweisung	771
<b>4.</b>	<b>Konzepte stationärer Rehabilitation</b>	<b>771</b>
4.1	Einbeziehung von Angehörigen	771
4.2	Probebehandlung	772
4.3	Sozialmedizinische Beurteilung und Beratung, Vorbereitung der Nachsorge	772
<b>5.</b>	<b>Durchführung der Rehabilitation</b>	<b>773</b>
5.1	Reha-Dauer, Intervallbehandlungen, Wiederholungsheilbehandlungen	773
5.2	Rehabilitation bei besonderen Gruppen	774
5.3	Zusammenarbeit mit Betriebsärzten	774
<b>6.</b>	<b>Forschung, Qualitätssicherung</b>	<b>775</b>
<b>7.</b>	<b>Aus-, Fort- und Weiterbildung</b>	<b>776</b>
<b>8.</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<b>776</b>
<b>9.</b>	<b>Literatur</b>	<b>776</b>



## Teil I: Konzeption für die Rehabilitation psychiatrischer Störungen

### 1. Einleitung

Die Tatsache, daß in der Psychiatrie wie in keinem anderen medizinischen Fach einer hohen Zahl von Berentungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nur eine geringe Zahl von Reha-Maßnahmen gegenübersteht (1990 wurden im Indikationsbereich der ICD-Nrn. 295 und 296 insgesamt 7924 solcher Berentungen durchgeführt, aber nur 1966 Reha-Maßnahmen genehmigt), ist ein zwingender Hinweis darauf, daß die Möglichkeiten der psychiatrischen Rehabilitation nicht ausreichend ausgeschöpft werden.

Die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich werden von der Arbeitsgruppe Psychiatrie im wesentlichen begrüßt. Sie bedürfen jedoch im Hinblick auf die Rehabilitation durch die Rentenversicherung einer Ergänzung und Spezifizierung.

Die Empfehlungen der Expertenkommission richten sich fast ausschließlich auf die gemeindepsychiatrische Versorgung. Dabei bleibt die große Anzahl psychisch Kranker fast unberücksichtigt, die in der Regel noch im Berufsleben integriert sind und an postpsychotischen Erschöpfungszuständen, behandlungsfähigen Residualsyndromen, psychosozialen Krisen, an chronifizierten Neurosen und Persönlichkeitsstörungen leiden. Dabei handelt es sich um eine Gruppe von Patienten, die auf eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation angewiesen sind und häufig in das bestehende soziale und berufliche Gefüge reintegriert werden können. Bei diesen Patienten kann eine sinnvolle Therapie oft nur in einer wohnortfernen Rehabilitations-einrichtung durchgeführt werden, wo der spezifische Charakter der Klinik diskriminierenden Vorurteilen bei der Rückkehr in den

bisherigen sozialen Lebensbereich entgegenwirkt und störende Einflüsse aus dem persönlichen Umfeld auf die Therapie entfallen.

Da viele Patienten im Anschluß an eine Rehabilitationsmaßnahme beruflich (wieder)eingegliedert werden können, erfüllen psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen auch aus volkswirtschaftlicher Sicht eine wichtige Funktion.

Zur Zeit begrenzen sich die Leistungen der Rehabilitationsträger auf stationäre medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen. Wünschenswert wäre allerdings eine Ausdehnung der Rehabilitationsleistungen auf den teilstationären und ambulanten Bereich.

Die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation für psychisch Kranke sind als unzureichend zu bezeichnen, vor allem, weil es den Status der Teilerwerbsfähigkeit nicht gibt. Unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten fördern diese Mängel die Chronifizierung einer psychischen Erkrankung, während sie unter sozialen Gesichtspunkten den gesellschaftlichen Abstieg des Behinderten begünstigen.

## 2. Diagnostik

### 2.1 Diagnostik vor der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung

Die Indikation zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahme stellt ein Arzt für Psychiatrie. Aus den Anamneseunterlagen sollten der bisherige Krankheitsverlauf, die bestehenden Funktionseinschränkungen und der soziale Hintergrund des Patienten hervorgehen. Befundberichte aus psychiatrischen Vorbehandlungen oder psychiatrische Gutachten müssen gesichtet werden.

Der Patient sollte eine ausreichende Ich-Stärke besitzen, an der das therapeutische Konzept ansetzen kann. Er sollte motiviert oder zumindest bereit sein, an einer Reha-Maßnahme teilzunehmen. Das Ver

fahren nach dem Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" ist im psychiatrischen Bereich vor dem Hintergrund der individuellen psychischen Einschränkungen und unter therapeutischen Gesichtspunkten sorgfältig zu prüfen.

Bei der Vordiagnostik muß die Indikation für die Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung unter Berücksichtigung der Persönlichkeit und des Zustandsbildes des Patienten gezielt gestellt werden. Dabei sollte von der Möglichkeit eines ambulanten Vorgesprächs öfter Gebrauch gemacht werden. Dafür müssen unter dem Gesichtspunkt, daß dadurch erhebliche Personalkosten entstehen, finanzielle Regelungen geschaffen werden.

## 2.2 In der Rehabilitationseinrichtung

Die Erhebung einer umfassenden biographischen Anamnese, ein psychischer Befund, psychologische Testuntersuchungen und eine körperlich-neurologische Untersuchung sind für die therapeutische Weichenstellung unerlässlich. Die bei psychologischen Testuntersuchungen erhobenen Befunde sind auch als "objektive" Vergleichsparameter für Nachuntersuchungen wichtig.

Die rehabilitationsspezifische Diagnostik sollte sich auf die kognitiven Funktionen, die persönlichkeitspezifischen Merkmale sowie den Ausprägungsgrad der psychischen und ggf. körperlichen Funktionen bzw. Behinderung erstrecken. Insbesondere sollten auch die noch vorhandenen Kompetenzen und Leistungsfähigkeiten eruiert werden. Die Erfassung der sozialen Beziehungen, der familiären Situation, der Arbeitswelt sowie der ökonomischen Verhältnisse ist für die Erstellung eines Therapieplanes entscheidend. Dabei müssen auch das persönliche Risiko- und Gesundheitsverhalten sowie die individuelle Krankheitsverarbeitung berücksichtigt werden. Wird eine berufliche Rehabilitation angestrebt, sind die persönliche Intention mit den

vorliegenden Interessen, Eignungen und Fähigkeiten des Rehabilitanden festzustellen.

### 3. Therapie

Es gibt zwei Konzepte in der medizinischen Rehabilitation psychiatrischer Patienten mit unterschiedlicher Ausgestaltung der therapeutischen Angebote, die auf jeweils unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet sind.

Während Einrichtungen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation sich eher an solche Patienten wenden, die sozial und beruflich stärker integriert sind und deren Rehabilitationsbedarf sich insbesondere auf psychotherapeutische Zielsetzungen konzentriert (siehe Kap. 3.1), sind medizinisch-berufliche Rehabilitationseinrichtungen nach dem RPK-Modell insbesondere für solche Patienten konzipiert worden, bei denen gleichzeitig medizinischer und beruflich-sozialer Rehabilitationsbedarf besteht (siehe Kap. 3.2).

#### 3.1 Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation

##### 3.1.1 Therapieziele und Therapieplan

Der therapeutische Schwerpunkt einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung liegt bei ärztlich verantworteten, psychisch stabilisierenden, trainierenden und damit auch die berufliche Wiedereingliederung vorbereitenden Maßnahmen sowie bei einer psychosozialen Betreuung. Wegweisend sind hier die Empfehlungen der Expertenkommission:

"... die psychotherapeutische Behandlung ist auch als wichtige Ergänzung psychiatrischer wie auch somatischer ärztlicher Behandlung ein notwendiges Instrument, betrifft also nicht

allein diejenigen Patienten, deren körperliche Krankheit offenkundig seelisch mitbedingt ist, sondern auch manche Gruppen psychisch Kranker und Behinderter, deren Bedarf an spezifisch psychotherapeutischer Behandlung neben der psychiatrischen Therapie häufig nicht erkannt wird, oder wegen angeblich mangelnder Erfolgsaussichten unberücksichtigt bleibt. Zu ihnen gehört u.a. auch die Gruppe der chronisch (psychisch) Kranken, die allzu häufig ohne die angemessene psychotherapeutische Behandlung bleiben" (BMJFFG 1988, Kap. D IV).

Vor diesem Hintergrund gehört es zu den zentralen Aufgaben psychiatrisch-psychotherapeutischer Rehabilitationseinrichtungen, psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen durchzuführen, die im Rahmen von Neurosen, Psychosen und anderen psychiatrischen Krankheiten auftretenden Störungen zu lindern, eine Stärkung von Ich-Funktionen zu ermöglichen und kognitive und soziale Kompetenzen zu trainieren. Die Therapieziele sind also einerseits, im Hinblick auf eine soziale und berufliche Reintegration rehabilitationsspezifisch, andererseits im Hinblick auf eine Verbesserung der persönlichen Autonomie, Belastungs-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit persönlichkeitspezifisch.

Auf der Grundlage einer rehabilitationsspezifischen Diagnostik und nach der Abklärung des individuellen Therapieziels wird der Therapieplan erstellt. Das Behandlungsprogramm wird mit den verschiedenen, an der Therapie beteiligten, Berufsgruppen abgestimmt. Danach werden die einzelnen Therapiemaßnahmen gemeinsam mit dem Rehabilitanden festgelegt.

### 3.1.2 Spezielle Therapiemaßnahmen

Die einzelnen Therapiemaßnahmen orientieren sich sowohl an den indi

viduellen Behandlungszielen auf dem Gebiet der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation als auch an den speziellen therapeutischen Angeboten der jeweiligen Institution. Bei Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist darauf zu achten, daß möglichst nur eine, allenfalls nur wenige therapeutische Bezugspersonen den Rehabilitanden behandeln und begleiten. Diese Dyade wirkt besonders in der ersten labilisierenden Behandlungsphase ausgesprochen stabilisierend und kann am besten in kleinen, überschaubaren Behandlungseinheiten realisiert werden.

Eine qualifizierte psychiatrische Therapie mit der jeweils erforderlichen Psychopharmakotherapie und mit psychotherapeutischen Maßnahmen in verschiedenen Modifikationen der Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie muß gewährleistet sein.

#### 3.1.2.1 Spezifische Maßnahmen zur funktionalen/funktionellen Anpassung

Hier sind vor allem das Training von sozialen und kognitiven Kompetenzen sowie eine umfassende Bewegungs- und Physiotherapie mit überwiegend aktivierenden Maßnahmen zu nennen. Darüber hinaus sind aus dem Bereich der balneophysikalischen Therapie häufig vegetativ stabilisierende Anwendungen (Kneipp'sche Güsse, Sauna u.a.) empfehlenswert.

Die Gesundheitsbildung mit den Zielen "Abbau von Risikofaktoren" und "Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen" geht in der Psychiatrie/Psychotherapie in der Regel in die psychotherapeutische Zielsetzung mit ein. Spezielle Kleingruppenprogramme zur Anregung von Eigenaktivität und Eigenverantwortung (Therapie des Übergewichts durch Erwerb adäquaten Ernährungsverhaltens, Therapie des Rauchens mit verhaltenstherapeutisch ausgerichtetem Gruppen



trainingsprogramm u.a.) sind Vorträgen, Vorschriften und Anordnungen vorzuziehen.

### 3.1.2.2 Ergotherapie - Berufstherapie

Die Ergo- und Kreativtherapie ist ein integraler Bestandteil psychiatrisch-psychotherapeutischer Rehabilitationseinrichtungen. Neben einem breiten Angebot kreativitätsfördernder Maßnahmen sollte zusätzlich eine Arbeitstherapie zur Erprobung der Belastungsfähigkeit des Rehabilitanden vorgehalten werden. Eine Berufstherapie wird schwerpunktmäßig in speziellen Einrichtungen der beruflichen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation durchgeführt. Die Berufstherapie sollte für ein qualifiziertes Belastungs- und Berufseignungstraining verschiedene Tätigkeits- und Berufsfelder anbieten.

Bei den Mitarbeitern der Berufstherapie kommt es neben der fachlich-handwerklichen Qualifikation auch auf eine therapeutische Erfahrungsbildung an.

### 3.1.2.3 Sozialberatung und Soziotherapie

Sozialberatung als therapiebegleitende Aufgabe setzt an der Schnittstelle zwischen Rehabilitationseinrichtung und häuslicher Lebenswelt des Patienten an. Eine qualifizierte psychiatrische Rehabilitation ist nur unter Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Situation (Integration in die Familie, Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, berufliche Reintegration u.a.) möglich.

Konkrete Aufgaben sind u.a.:

- Besprechung der konkreten Schritte bei der Wiederaufnahme der Arbeit,

- Kontakte mit Reha-Beratern der Rentenversicherungsträger und/oder dem Arbeitsamt, wenn es um die Vermittlung von Wiedereingliederungshilfen und um andere berufliche Rehabilitationsmaßnahmen geht,
- Erarbeitung notwendiger und realistischer Veränderungen im familiären Alltag,
- gemeinsame Gespräche mit Angehörigen zur Klärung der praktischen Probleme im familiären Kontext und Erarbeitung von Veränderungsmöglichkeiten,
- Vorbereitung des Patienten auf Selbsthilfe- und Kontaktmöglichkeiten vor Ort innerhalb bestehender oder aufzubauender sozialer Netzwerke,
- Vermittlung von Kontakten zu Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten,
- Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten.

Da in vielen Fällen eine nachhaltige Klärung der beruflichen und familiären Situation nur unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes möglich ist, sollten Familiengespräche und Angehörigenseminare durchgeführt werden.

In diesem Zusammenhang erlauben mehrtägige Beurlaubung im Sinne einer therapeutische Belastungserprobung wichtige Klärungen des bereits erreichten Behandlungsfortschrittes (externe Validierung) oder noch bestehender Probleme im sozialen Umfeld.

### 3.1.3 Integration der Therapiemaßnahmen

Die verschiedenen therapeutischen Einzelmaßnahmen werden mit dem Patienten besprochen und in einem Therapieplan schriftlich zusammengefaßt. Der Rehabilitand sollte die Bedeutung der einzelnen therapeutischen Aktivitäten im Hinblick auf das gemeinsam formulierte Therapieziel erkennen, seine eigenen Vorstellungen zur Frage des

therapeutischen Vorgehens einbringen und den Stand der Behandlung mit dem Therapeuten regelmäßig reflektieren können. Dadurch wird erreicht, daß sich der Patient für den Behandlungserfolg mitverantwortlich fühlt und sich aktiv an den Therapiemaßnahmen beteiligt.

Die Therapeuten-Patienten-Beziehung sollte so angelegt sein, daß sich vor dem Hintergrund der bei Beginn der Behandlung zu etablierenden, struktur- und haltgebenden Dyade die Gruppenfähigkeit des Patienten zunehmend bessert; und zwar im Hinblick auf eine Verbesserung der Kontaktfähigkeit, eine Stabilisierung der Ich-Grenzen und die Förderung der Autonomieentwicklung und der sozialen Kompetenzen.

Neben der Konstanz des Bezugstherapeuten ist das therapeutische Milieu einer stationär behandelnden Institution von besonderer Bedeutung. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Patientenvollversammlung. In demokratisch organisierten Patientenvollversammlungen werden das soziale Verantwortungsgefühl und die Fähigkeit, außerhalb einer Rehabilitationseinrichtung ein selbständiges Leben zu führen, trainiert. Auf diese Weise werden auch soziale Interaktionen, Selbständigkeit und Initiative fördernde Freizeitaktivitäten von den Patienten in Gang gebracht.

### 3.2 Medizinisch-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell

Für Patienten, die zur Stabilisierung und Anpassung an die Anforderungen des Alltags und Berufs medizinischer und berufsfördernder Leistungen bedürfen, werden in den RPK-Einrichtungen spezielle Maßnahmen durchgeführt. Grundlage des RPK-Konzeptes ist ein integratives Modell von medizinischer und medizinisch-beruflicher Rehabilitation. Es wurde in der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch

Kranke und Behinderte ("Empfehlungsvereinbarung RPK") vom 17. November 1986 festgeschrieben.

Diese Vereinbarung läßt erstmals ein Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmeträger bei der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter zu, die bisher, wenn überhaupt, nur in Einzelfällen möglich war. In den RPK's kommt es darauf an, mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (im Rahmen von Psychotherapie, Soziotherapie, Psychopharmakotherapie) eine psychische Stabilisierung anzustreben, die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung zu trainieren und die berufliche Wiedereingliederung mit gestuften berufsspezifischen Anforderungen vorzubereiten.

In den RPK-Einrichtungen, die in der Regel für mindestens 50 Rehabilitanden vorzusehen sind und die möglichst gemeindenah arbeiten sollen, werden **idealtypisch zwei Behandlungsphasen** durchlaufen (vgl. BAR 1987):

- In der ersten Phase, der medizinischen Rehabilitation, stehen medizinische und soziotherapeutische Maßnahmen im Vordergrund: medizinisch-psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, psychosoziale Betreuung, Rehabilitationsberatung, Bewegungstherapie, Ergotherapie und Arbeitstherapie. Ein gestuftes Belastungstraining soll es dabei den Rehabilitanden ermöglichen, Fähigkeiten und Verhaltensmuster zur Bewältigung von allgemeinen Anforderungen des Alltags und insbesondere von sozialen Situationen zu reaktivieren bzw. aufzubauen. Wenn der Rehabilitand am Ende dieser Phase eine hinreichende Stabilität erreicht hat, erfolgt entweder direkt eine Arbeitsaufnahme, sofern noch ein Arbeitsverhältnis besteht, oder die Rehabilitation geht in eine zweite Phase über, in der differenzierte berufsfördernde Maßnahmen durchgeführt werden.

- In der zweiten Phase, der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, wird - bei Fortführung der medizinischen und soziotherapeutischen Angebote - stärkeres Gewicht auf die berufliche Eingliederung oder Wiedereingliederung gelegt. Hierzu werden je nach individuellem Bedarf Maßnahmen zur Berufsfindung-/Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung, beruflichen Anpassung oder ein Arbeitstraining angeboten.

#### 4. Therapiekontrolle und Dokumentation

##### 4.1 Überwachung der Durchführung der Behandlung

Die Überwachung der Behandlung ist in das jeweilige Klinikkonzept integriert und wird daher unterschiedlich gehandhabt. Allgemein ist auf regelmäßige Visiten und Supervisionen zu achten. In regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen werden die Erfahrungen aus den verschiedenen therapeutischen Bereichen zusammengetragen und die Behandlungsmaßnahmen aufeinander abgestimmt.

Zur Orientierung für den Rehabilitanden und zur Dokumentation empfiehlt sich die Ausstellung einer Therapiekarte bzw. eines Therapieheftes, auf der das für den einzelnen Patienten gültige Therapieprogramm festgehalten und von den Therapeuten die Teilnahme an den verschiedenen Maßnahmen bestätigt wird. Diese Therapiekarte bzw. das Therapieheft ist nach Abschluß der Behandlung Bestandteil der Krankengeschichte.

##### 4.2 Entlassungsbericht

Der Entlassungsbericht einer Rehabilitationseinrichtung hat über die übliche ärztlich-medizinische Informationsweitergabe hinaus eine wesentliche sozialmedizinische Funktion. Da sich die Patienten in der

Regel einer längerdauernden Therapiemaßnahme und beruflichen Belastungserprobung unterziehen, hat der Entlassungsbericht auch eine Gutachtenfunktion. Im Arztbrief sollte eine klare Aussage über das bestehende negative und positive Leistungsbild und damit u.a. auch über die weiteren beruflichen Einsatzmöglichkeiten des Rehabilitanden gemacht werden.

Die in den Rehabilitationskliniken tätigen Ärzte müssen deshalb sozialmedizinisch ausgebildet werden, um in diesem Bereich zu einem zuverlässigen Ergebnis kommen zu können. Dies sollte in intensiver Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern geschehen, damit die gegenseitigen Erwartungen aufeinander abgestimmt werden können.

#### 5. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer einer stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme sollte sich an der therapeutischen Zielsetzung und dem Behandlungskonzept der Rehabilitationseinrichtung sowie der persönlichen Situation und der Befindlichkeit des Rehabilitanden orientieren. Da viele Rehabilitanden der Rentenversicherungsträger noch im Arbeitsprozeß stehen, ist es erfahrungsgemäß wichtig, den Arbeitgeber über die voraussichtliche Behandlungsdauer zu informieren. Die Behandlungsdauer sollte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich nicht unter sechs Wochen liegen. Verlängerungen um bis zu weitere sechs Wochen sollten ohne größeren Verwaltungsaufwand möglich sein (vgl. auch Teil II, Kap. 4.3 und 5.1).

#### 6. Multimorbidität

Multimorbidität spielt in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation nur eine untergeordnete Rolle. Schwerwiegendere körperliche Begleiterkrankungen erschweren allerdings die Therapie und

Rehabilitation von psychisch Kranken. Bei der vor der Einweisung in eine Rehabilitationseinrichtung notwendigen, fachärztlichen Untersuchung müssen entsprechende Befunde berücksichtigt werden. Dennoch sollten für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationskliniken ausreichende Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie für neurologische, orthopädische und internistische Erkrankungen vorhanden sein (vgl. Teil II, Kap. 5.2).

## 7. Schnittstellen

### 7.1 Einweisung

Vor der Einweisung in eine Rehabilitationseinrichtung muß eine kompetente, psychiatrisch-fachärztliche Abklärung der Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme stattfinden.

Die einweisenden bzw. zuweisenden Ärzte müssen die Patienten über die therapeutischen Aktivitäten, die sie bei einer Rehabilitationsmaßnahme zu erwarten haben, informieren. Es erscheint sinnvoll, daß die vorgesehene Einrichtung den für eine Rehabilitationsmaßnahme angemeldeten Patienten rechtzeitig Informationsmaterial über das Behandlungskonzept zukommen läßt (vgl. Teil II, Kap. 3.1).

### 7.2 Anschlußheilbehandlung

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich werden keine Anschlußheilbehandlungen durchgeführt; sie sind hier nur bedingt sinnvoll: Um eine erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation durchführen zu können, ist es notwendig, daß der Rehabilitand über eine ausreichende Motivation und die Befähigung zur aktiven Mitarbeit verfügt. Diese Voraussetzungen lassen sich in den meisten Fällen nicht in dem für die Einleitung von Anschlußheilbe

handlungen üblichen Zeitablauf erreichen. Sie entwickeln sich üblicherweise nicht kontinuierlich, sind meistens stärkeren Schwankungen im Therapieverlauf ausgesetzt und bedürfen deshalb einer gründlichen diagnostischen und prognostischen Einschätzung vor Beginn der RehaMaßnahme.

In einzelnen Fällen, in denen eine möglichst nahtlose Verlegung aus der Akutklinik in eine Reha-Einrichtung wünschenswert ist, haben sich die bisher bereits praktizierten "Eilverfahren" bewährt (vgl. auch Teil II, Kap. 3.3).

### 7.3 Nachsorge

In den Rehabilitationseinrichtungen sollte eine kompetente Rehabilitationsberatung stattfinden, an der sowohl Fachberater der Rentenversicherung, der Krankenkasse als auch der Arbeitsverwaltung teilnehmen. Bei dieser Gelegenheit werden unter Berücksichtigung des festgestellten (und im Entlassungsbericht zu beschreibenden) Leistungsbildes die Weichen für eine in therapeutischer und rehabilitativer Hinsicht qualifizierte Nachsorge des Rehabilitanden gestellt. Dabei ist es wichtig, daß die notwendigen Nachsorgemaßnahmen bereits in den Rehabilitationseinrichtungen eingeleitet werden, um einen kontinuierlichen Rehabilitationsverlauf zu gewährleisten und schädliche Wartezeiten zu vermeiden (vgl. auch Teil II, Kap. 2.3 und 2.7).

## 8. Ausstattung

### 8.1 Personal

Für Einrichtungen zur psychotherapeutisch-psychiatrischen Rehabilitation und für Einrichtungen nach dem RPK-Modell, die ihren



Schwerpunkt auch auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation haben, werden im folgenden unterschiedliche Personal-/Patientenschlüssel dargestellt.

Die personellen Anforderungen für die rein medizinischen Rehabilitationseinrichtungen orientieren sich an der Vorlage für die "Konzeption der Rehabilitationseinrichtungen für psychische und psychosomatische Erkrankungen" des VDR vom 11.06.1987 bzw. für Einrichtungen der medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation nach der "Empfehlungsvereinbarung RPK" vom 17.11.1986.

**Personalschlüssel für psychiatrisch-psychotherapeutischen  
Rehabilitationskliniken:**

Aufgrund von Art und Schweregrad der bei den Rehabilitanden vorliegenden psychiatrischen Erkrankungen sollten in diesem Bereich vorzugsweise Ärzte für Psychiatrie und für bestimmte therapeutische Aktivitäten Diplom-Psychologen eingesetzt werden. Das Zahlenverhältnis Ärzte/Diplom-Psychologen hängt vom jeweiligen therapeutischen Konzept und der Zusammensetzung der Patienten in den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen ab. Die folgenden Zahlen beruhen auf Erfahrungswerten und sind je nach Konzept und Einrichtungstyp zu variieren. Sie bedürfen einer weiteren Evaluation.

- Gebietsärzte in Anleitungs-/ Supervisionsfunktionen 1 : 20
  
- Assistenzärzte und Diplom-Psychologen 1 : 7  
Bei getrennter Berechnung für Ärzte und Diplom-Psychologen:
  - Assistenzärzte 1 : 9
  - Diplom-Psychologen 1 : 30
  
- Ergo-, Beschäftigungs- oder Kreativtherapeuten: 1 : 15
  
- Diplom-Sozialpädagogen bzw. Diplom-Sozialarbeiter: 1 : 75

Dabei muß allerdings gewährleistet sein, daß Diplom-Sozialpädagogen bzw. Diplom-Sozialarbeiter durch regelmäßige Mitarbeit eines Rehabilitationsberaters unterstützt werden. Dazu ist eine enge Kooperation mit überregional tätigen Reha-Beratern und dem Arbeitsamt notwendig. Je nach Aufgabenstellung der psychiatrischen Rehabilitationseinrichtung ist von einem zeitlichen Aufwand des Rehabilitationsberaters zwischen mehreren Stunden pro Woche und einem Beratungstag pro Monat auszugehen.

- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und  
Physiotherapeuten 1 : 50
- Pflegepersonal, incl. Nacht- und Funktionsdienste 1 : 4

In den Stellenschlüssel für Pflegepersonal ist eingegangen, daß Schwestern/Pfleger neben dem Stationsdienst und den pflegerischen Aufgaben im engeren Sinne überwiegend soziotherapeutische Aufgaben (Training von Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung etc.) haben.

Stellen für Ärzte im Praktikum (AiP) sind nicht auf Kosten des oben genannten Stellenschlüssels zu schaffen, sondern ggf. zusätzlich einzurichten.

#### **Personalschlüssel für Einrichtungen nach dem RPK-Modell:**

An Rehabilitationseinrichtungen, deren Schwerpunkt neben der medizinischen auch auf der beruflichen Rehabilitation (RPK-Modell) liegt, sollte für den therapeutischen Bereich folgender Personalschlüssel zugrunde gelegt werden:

- Gebietsärzte für Psychiatrie und Psychotherapie 1 : 25

- Diplom-Psychologen 1 : 16
- Bezugstherapeuten (i.d.R. Dipl.-Pädagogen, Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogen oder Heilpädagogen) 1 : 4
- Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogen, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten 1 : 25
- Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten 1 : 50
- Fachschwestern/-pfleger für Psychiatrie 1 : 15

Für den Bereich der **beruflichen Rehabilitation** und der Belastungserprobung sollte der Stellenschlüssel von Ausbildern zu Rehabilitanden 1 : 6 betragen. Als Leiter der beruflichen Rehabilitation ist ein Ingenieur oder ein Betriebswirt erforderlich.

#### **Qualifikation der Mitarbeiter:**

Die Chefarzte sollten in einem dem Aufgabenbereich entsprechenden Umfang zur Weiterbildung in Psychiatrie und/oder Psychotherapie ermächtigt sein.

Die Oberärzte sollten Ärzte für Psychiatrie mit dem Zusatztitel Psychotherapie sein, die Assistenzärzte sollten an einer Weiterbildungsstätte für Psychotherapie den Zusatztitel anstreben und sich in Einzel- oder Gruppen-Selbsterfahrung in der für das jeweilige Therapiekonzept zentralen Psychotherapiemethode befinden.

Für die Assistenzärzte sind Vorerfahrungen von mindestens einem halben Jahr Akutpsychiatrie zu fordern.

Diplom-Psychologen sollten sich einer Weiterbildung im Fach Psychotherapie unterziehen oder bereits absolviert haben. Darüber hinaus sind Erfahrungen in der Akutpsychiatrie wünschenswert.

Für die Ärzte und Diplom-Psychologen sind auch umfassende Kenntnisse in der Sozialmedizin wichtig.

Für Ergo-/Beschäftigungs-/Kreativtherapeuten, für Diplom-Sozialpädagogen und Sozialarbeiter sind psychotherapeutische Kenntnisse und Selbsterfahrung erforderlich.

Für Ärzte im Praktikum (AiP's) sollte eine qualifizierte Anleitung und Supervision erfolgen.

Für Pflegekräfte sind regelmäßig stattfindende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Selbsterfahrungsmöglichkeiten, Supervision und Balint-Gruppen vorzusehen. Für diesen Bereich sollte ein Weiterbildungs-Curriculum, das spezielle psychiatrisch-psychotherapeutische Kenntnisse vermittelt, erstellt werden. Für die Teilnahme an einem speziellen Weiterbildungs-gang sollten tarifliche Anreize geschaffen werden.

Für die in der Psychiatrie/Psychotherapie tätigen Berufsgruppen sollte die Möglichkeit zum Besuch von extern durchgeführten Weiterbildungsveranstaltungen bestehen.

Regelmäßige Supervision der therapeutischen Aktivitäten und Team-Supervision sind Grunderfordernisse für eine qualifizierte Therapie und Rehabilitation von psychisch Kranken. Die Team-Supervision ist grundsätzlich von einem externen Supervisor durchzuführen. Für die Therapie-Supervision sind - je nach therapeutischem Konzept und den vorhandenen personellen Möglichkeiten - sowohl interne als auch externe Supervisoren denkbar, die erfahrene Psychotherapeuten und Psychiater sein sollten. Hausinterne Weiter- und Fortbildungsveranstal

tungen und Supervision sind als Dienstzeit anzurechnen. Für extern stattfindende Weiterbildungsveranstaltungen ist gemäß den im BAT vorgesehenen Regelungen Weiterbildungsurlaub zu gewähren.

## 8.2 Räumlich-technische Anforderungen

Die Stationen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung sollten über 16-20 Behandlungsplätze verfügen. Größere Stationen sind aus gruppensdynamischer Sicht nicht günstig. Es müssen Ein- und Zweibettzimmer vorgehalten werden.

Bei der räumlichen Ausstattung der Stationen ist zu berücksichtigen, daß es in einer rehabilitativ orientierten Psychiatrie darauf ankommt, die Patienten auf ein selbständigeres Leben vorzubereiten. Es werden deshalb ausreichend Funktionsräume gebraucht, damit die Patienten die Verantwortung für alltägliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen und andere die Selbständigkeit unterstützende Aktivitäten (Freizeitgestaltung u.a.) durchführen können. Auf jeder Station sollte eine Küche vorhanden sein, die es den Patienten erlaubt, einzelne Mahlzeiten in eigener Verantwortung zuzubereiten.

Die Patienten müssen auch die Möglichkeit haben, sich in Aufenthaltsräume zurückziehen und dem Bedürfnis nach Ruhe nachgeben zu können. Hinzu kommt, daß wohnlich eingerichtete Aufenthaltsräume das Gemeinschaftsleben auf Station und damit die Gruppenfähigkeit der oft unter Kontaktstörungen und Hemmungen leidenden Patienten fördern. Fernsehen sollte in eigenen, von den Aufenthaltsräumen getrennten Fernsehräumen stattfinden.

Es ist darauf zu achten, daß für die verschiedenen gruppentherapeutischen Aktivitäten spezielle Räume eingerichtet wird und ein Vollversammlungsraum, in dem alle Patienten und alle Mitarbeiter der

Station Platz nehmen können, geschaffen werden. Darüber hinaus werden Konferenzräume und ein großer Saal für kulturelle Veranstaltungen und Freizeitaktivitäten benötigt.

Für die Sport- und Bewegungstherapie müssen eine Turnhalle, Gymnastikräume, ein Sportplatz und ein Hallenbad zur Verfügung stehen.

Wichtig sind Räume für die Ergotherapie, Musiktherapie und Maltherapie. Dabei sollte eine räumliche Trennung der Ergotherapie von den Stationen angestrebt werden. Für diejenigen Patienten, die noch nicht in der Lage sind, die außerhalb der Station untergebrachte Ergotherapie aufzusuchen, werden auch auf den Stationen Werkräume gebraucht. Die Patienten könnten sich dann auch im Werkraum betätigen, wenn z.B. abends oder an den Wochenenden keine speziellen therapeutischen Aktivitäten angeboten werden. Dadurch könnte dem therapiefreudlichen Leerlauf vieler Patienten entgegengewirkt werden.

Zur Standardausrüstung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung gehören auch eine medizinisch-diagnostische Abteilung (klinisch-chemisches Labor, EKG, EEG, Röntgen) und physiotherapeutische Einrichtungen (Massagiekabinen, Bäder, Fango, Elektrotherapie, Sauna).

Je nach Therapiekonzept und Behandlungsauftrag einer Rehabilitationseinrichtung sind für berufliche Belastungserprobungen im Rahmen von Ergo-, Werk- und Arbeitstherapie die notwendigen räumlichen und technischen Voraussetzungen zu schaffen. Dabei ist z.B. an ein Bürotraining, an einen Holz- und Papierverarbeitungsbereich, ggf. auch im Rahmen einer Übungsfirma, und an eine Lehrküche zu denken. Eine qualifizierte Belastungserprobung wird benötigt, um die Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden zuverlässiger beurteilen und ggf. gezielt berufliche Rehabilitationsmaßnahmen einleiten zu können. Siehe hierzu im einzelnen Kapitel 3.

Für rasche Aufnahmen bzw. Wiederaufnahmen sollten in den Reha-  
bilitationskliniken sog. Dispositionsbetten oder Kriseninter-  
ventionseinheiten zur Verfügung stehen.

## 9. Kooperation

### 9.1 Kooperationsformen innerhalb der Klinik

Eine erfolgreiche Rehabilitation ist nur auf der Basis der Zu-  
sammenarbeit innerhalb eines qualifizierten, multiprofessio-  
nellen Teams möglich. Regelmäßige Teambesprechungen, eine auf  
Teamarbeit zielende Organisationsstruktur, sowie die oben be-  
reits erwähnten Supervisionen und Fortbildungsveranstaltungen  
schaffen die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenar-  
beit.

Um eine reibungslose Kooperation innerhalb der Klinik im mul-  
tidisziplinären Team zu gewährleisten, sind klare Rollendefi-  
nitionen und Aufgabenbeschreibungen für alle Berufsgruppen und  
die Offenlegung der Entscheidungskompetenzen sowie des Wech-  
selspiels zwischen Meinungsbildungsprozeß und Entscheidung er-  
forderlich.

Als Grundlage dieses Arbeitskonzeptes ist eine konstante the-  
rapeutische Beziehung erforderlich (vgl. Kap. 3.1.2).

### 9.2 Kooperation mit dem Kostenträger

Im Interesse der Rehabilitanden ist zu fordern, daß die administra-  
tiven Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme  
zügig erfüllt werden. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Akutbe-  
handlung und Rehabilitationsmaßnahme sollten nicht zu Lasten des  
Patienten gehen. Dies gilt vor allem auch für Wiederaufnahmen. Hier

sollte der Kostenträger die Übernahme der Behandlungskosten telefonisch zusagen können (vgl. auch Teil II, Kapitel 3.2 und 5.1).

### 9.3 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Der Kontaktpflege mit den behandelnden niedergelassenen Ärzten der Rehabilitanden ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es hängt vom Einzelfall ab, ob die Kontaktaufnahme vom Klinikarzt ausgeht oder ob der Patient dazu angeregt wird, den telefonischen Kontakt mit seinem behandelnden Arzt zur Vereinbarung eines ambulanten Termins selbst aufzunehmen. Es kann auch sinnvoll und notwendig sein, daß sich der Klinikarzt vor der Entlassung eines Patienten telefonisch mit dem Hausarzt oder mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Verbindung setzt, um mit dem weiterbehandelnden Arzt über die Fortsetzung der Therapie zu sprechen. Unabhängig davon ist von seiten der Klinik auf eine schnelle Zusendung der Entlassungsberichte zu achten.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, daß Informationsmaterial über das therapeutische Konzept der Klinik, Vortragsveranstaltungen und Symposien die Zusammenarbeit mit Hausärzten, niedergelassenen Psychiatern und Beratungsstellen verbessern.

### 9.4 Kooperation mit Betrieben und Betriebsärzten

Von besonderer Bedeutung für die Sicherung der beruflichen Reintegration ist eine enge Kooperation mit Betrieben und den betriebsärztlichen Diensten, die heute in jedem mittleren und großen Betrieb obligatorisch sind. Um die Kontinuität des rehabilitativen Prozesses sicherzustellen, sollten sie stärker als bisher in die Rehabilitation von psychisch Behinderten miteinbezogen werden.



## 10. Rahmenbedingungen

### 10.1 Ambulante Rehabilitation

Ambulante Rehabilitation soll in enger Zusammenarbeit mit den betriebs- oder werksärztlichen Diensten durchgeführt werden. Es gilt, fachlich rehabilitative Kompetenz mit der arbeitsmedizinischen Kompetenz am Arbeitsplatz kooperativ zu nutzen. So können gemeinsam Strategien, Krankheits-, Arbeitsplatz- und soziale Situation umfassend, entwickelt und begleitet werden, damit eine stabilisierende Struktur gefördert und belastende Faktoren weitgehend vermieden werden. D. h. ambulante medizinische Rehabilitation muß in hohem Maße vor Ort - in der Nähe von Arbeitsplatz und sozialem Umfeld - geschehen, andererseits zusammengefaßt koordiniert und zielgerichtet werden, wofür sich entsprechend erweiterte fachliche Kompetenzen stationärer Rehabilitationseinrichtungen nutzen lassen. (siehe Teil II, Kap. 2.6 und 2.7).

### 10.2 Klassifizierung der Reha-Einrichtung

Die Einrichtungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden klassifiziert nach Einrichtungen für überwiegend medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, überwiegend berufliche Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen mit Angeboten sowohl zur medizinischen als auch medizinisch/beruflichen Rehabilitation (sog. RPK-Modell). Die verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen sollten in einem engen Verbund zusammenarbeiten, die Behandlungssysteme müssen durchlässig sein.

### 10.3 Regionalisierung, Wohnortnähe

Während für die psychiatrische Grundversorgung das Prinzip der Gemeindenähe im Vordergrund stehen muß, sollte bei der psychiatrischpsychotherapeutischen Rehabilitation differenziert verfahren werden. Um unterschiedlichen Therapieerfordernissen und Behandlungsbedürfnissen gerecht werden zu können, müssen verschiedene Behandlungseinrichtungen und Rehabilitationskonzepte angeboten werden. Es müssen auch gewisse Freiheiten in der Behandlungswahl und des Behandlungsortes bestehen bleiben.

Für eine wohnortferne Behandlung in Spezialeinrichtungen eignen sich insbesondere Patienten mit bestehenden sozialen Beziehungen, vorhandenem Arbeitsplatz und krankheitsspezifischen Indikationen, die eine vorübergehende Distanz zu dem bisherigen Bezugssystem sinnvoll erscheinen lassen. Eine längere Dauer der Erkrankung und häufigere Hospitalisierungen schließen eine wohnortferne Rehabilitation nicht von vornherein aus.

Die Vorteile einer spezialisierten, in der Regel überregional arbeitenden, Rehabilitationseinrichtung sind:

- (1) Die Zusammenfassung von Patienten mit ähnlichen Behinderungen erlaubt ein differenziertes Behandlungs- und Übungsprogramm.
- (2) Wegen der vorgegebenen Zielsetzung und des nicht vorhandenen Aufnahmewanges können die Patienten intensiver und individueller behandelt werden.
- (3) Durch die Konzentration rehabilitationsmedizinischer Aufgaben ist im übrigen eine optimale fachliche Aus- und Weiterbildung aller im Reha-Bereich Tätigen gewährleistet.

Für chronisch psychisch Kranke, die längerfristig auf eine regelmäßige Betreuung angewiesen sind, ist dagegen eine wohnortnahe Rehabilitation im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes (im Sinne der Empfehlungen der Expertenkommission) notwendig.

#### 11. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung dient in diesem Kontext weniger epidemiologischen und statistischen Zwecken als vielmehr einer Verbesserung der Qualität der rehabilitativen Behandlung. Deshalb sollten in die Basisdokumentation der Kliniken als weitere Kriterien der Ausbildungsstand der Ärzte und Therapeuten und Angaben über Supervision aufgenommen werden (vgl. auch Teil II, Kap. 6).

Der Behandlungsstandard wird durch fest etablierte Balint-Gruppen und ausreichend Supervisionsmöglichkeiten, auch unter Einbeziehung auswärtiger Supervisoren, gefördert.



**Teil II: Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation:  
Problemfelder und Weiterentwicklungsansätze**

1. Einleitung

Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland (altes Bundesgebiet) über 20.000 Arbeitnehmer wegen psychischer Störungen (ohne Suchterkrankungen) wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorzeitig berentet. Mehr als 50 % der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen oder Behinderungen erfolgen ohne vorausgegangene Rehabilitationsmaßnahmen. Der Prozentsatz der seelisch Behinderten unter den beruflich eingegliederten Schwerbehinderten ist mit rund 5 % nach wie vor extrem gering. Diesen Zahlen ist zu entnehmen, daß die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter dringend der Weiterentwicklung bedarf.

Um die rechtliche Gleichstellung der psychisch Behinderten/Kranken mit körperlich Behinderten/Kranken verwirklichen zu können, muß die Rehabilitation von psychisch Behinderten den Besonderheiten psychischer Erkrankungen in stärkerem Maße angepaßt werden. Dies betrifft sowohl die Voraussetzungen für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen (z. B. die Beurteilung der Erfolgsaussicht) als auch die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. bezüglich der Behandlungsdauer, der prognostischen Beurteilung krankheitsbedingter Therapieabbrüche usw.).

Jede wesentliche Besserung im Befinden und Verhalten des Rehabilitanden, die zu einer Wiedereingliederung in den Alltag, in Familie, Gesellschaft und Beruf führt, ist als Rehabilitationserfolg anzuerkennen. Deshalb sollten alle Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation leistungsrechtlich abgesichert werden. Diese Forderung ist im Rehabilitationsrecht des Sozialgesetzbuches angemessen zu berücksichtigen.

## 2. Gestuftes System der Rehabilitation

In der Psychiatrie ist - wie in anderen Bereichen der Medizin - eine Spezialisierung in verschiedene Einrichtungstypen mit unterschiedliche Behandlungskonzepten notwendig. Die Durchlässigkeit zwischen den Einrichtungsformen bzw. ein Wechsel zwischen unterschiedlichen Einrichtungen sollte im Einzelfall ohne größeren Aufwand möglich sein.

Zur Zeit begrenzen sich die Reha-Leistungen der Rentenversicherungsträger auf stationäre medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen. Wünschenswert wäre allerdings eine Ausdehnung der Rehabilitationsleistungen auf den teilstationären und ambulanten Bereich, wie sie etwa als Modell bei der LVA Hannover geleistet werden.

Die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation für psychisch Kranke sind als unzureichend zu bezeichnen, weil es den Status der Teilerwerbsfähigkeit nicht gibt. Unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten wird dadurch die Chronifizierung einer psychischen Erkrankung gefördert und unter sozialen Gesichtspunkten der soziale Abstieg des Patienten begünstigt.

### 2.1 Stationäre Einrichtungen

Im stationären Bereich gibt es Einrichtungen für die überwiegend medizinische Rehabilitation, für die überwiegend berufliche Rehabilitation und Einrichtungen mit Angeboten zur medizinischen und medizinisch/beruflichen Rehabilitation nach dem RPK-Modell.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtungen sollten in einem engen Verbund zusammenarbeiten; die verschiedenen Behandlungssysteme müssen durchlässig sein.

## 2.2 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)

Die in der Empfehlungsvereinbarung RPK von 1986 vorgesehene Einheit von medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation in einem integrierten Einrichtungstyp stellt ein wichtiges, bislang fehlendes Verbindungsglied zwischen der Psychiatrischen Klinik, ggf. mit arbeitstherapeutischen Angeboten, und verschiedenen Formen beruflicher Wiedereingliederung dar, sei es der Arbeit in einer WfB (Werkstatt für Behinderte), in einer Selbsthilfefirma oder auf dem "normalen" Arbeitsmarkt. Die RPK-Einrichtungen sind besser als die Arbeitstherapie im psychiatrischen Landes- oder Bezirkskrankenhaus oder als die Berufsförderungswerke geeignet, Berufsfindungs- und -vorbereitungsmaßnahmen sowie differenzierte, zeitlich ausreichend dimensionierte, Belastungserprobungen durchzuführen und auf dieser Grundlage fundierte Empfehlungen für den weiteren beruflichen Weg der psychisch kranken Rehabilitanden abzugeben.

Das Rehabilitationskonzept der Empfehlungsvereinbarung RPK wurde bisher nur ansatzweise verwirklicht. Der nunmehr vorliegende Schlußbericht über die wissenschaftliche Begleitforschung der Erprobungsphase (ISG 1991) dokumentiert dieses Versäumnis nachdrücklich. Es gibt immer noch zu wenig Einrichtungen nach dem RPK-Konzept. Dieser Mißstand dürfte in erster Linie auf Kooperationsprobleme zwischen den Rehabilitationsträgern zurückzuführen sein.

Die Effektivität der in den RPK's durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen kann in Anbetracht der kleinen Zahl der im Laufe der letzten Jahre unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung neu geschaffenen Einrichtungen nicht zuverlässig beurteilt werden. Insbesondere konnten die besonderen konzeptionellen Möglichkeiten zur gestuften, belastungsabhängigen Unterstützung bei der beruflichen und sozialen (Wieder-)Eingliederung durch ein breites Spektrum an beruflich-medizinischen Maßnahmen, und damit zur differenzierten Erfolgsbeurteilung und Empfehlung weiterer beruflicher Förderung, wegen der

beträchtlichen Anlaufschwierigkeiten bisher nur in Ansätzen umgesetzt werden. Hinzu kommt, daß keine Katamnesen über die in den RPK's behandelten Rehabilitanden vorliegen. Eine negative Bewertung des Erprobungsphase ist daher weder unter fachlichen noch unter inhaltlichen Gesichtspunkten gerechtfertigt.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Die Arbeitsgruppe "Psychiatrie" befürwortet uneingeschränkt das der Empfehlungsvereinbarung RPK zugrundeliegende Konzept. Ein weiterer Ausbau dieser Einrichtungen wird für notwendig gehalten, da ein flächendeckendes Angebot noch lange nicht besteht.
- (2) RPK-Einrichtungen sollten bevorzugt auch in den neuen Bundesländern eingerichtet werden, da hier wegen des Wegfalls einer Vielzahl von geschützten Einzelarbeitsplätzen für psychisch Behinderte in den Betrieben und der Auflösung von Polikliniken mit angegliederten arbeitstherapeutischen Angeboten ein großer Bedarf an Möglichkeiten der beruflichen (Wieder-) Eingliederung, speziell bei psychisch Behinderten, besteht.

2.3 Berufliche Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung

Derzeit wird der Erkenntnis, daß psychische Erkrankungen auch nach einem längeren Krankheitsverlauf noch deutliche Besserungstendenzen zeigen und die Erkrankten wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können, nicht genügend Rechnung getragen.

Verschiedene Studien belegen den hohen Bedarf an beruflicher Qualifizierung der psychisch Kranken in den sogenannten komplementären Einrichtungen:



"Nach Untersuchungen des Modellprogramms Psychiatrie (...) hatten von 250 Kranken in Wohngruppen, Übergangseinrichtungen und Wohnheimen rund 50% keinen Hauptschulabschluß, 60% hatten keine Berufsausbildung begonnen, weitere 13% ihre Ausbildung vor Abschluß abgebrochen. Lediglich ein Viertel kann somit auf eine abgeschlossene Berufsausbildung zurückgreifen" (Schädle 1989, S. 311).

Inwieweit sich diese Ergebnisse auf alle chronisch psychisch Kranken übertragen lassen, kann nur geschätzt werden. Es muß jedoch mit einem ebenfalls beträchtlichen Anteil gerechnet werden.

Darüber hinaus gehören psychische Krankheiten/Behinderungen zu den wichtigsten Indikationen für die Gewährung von Frührenten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Für diese Patienten werden bislang kaum berufliche Rehabilitationsmaßnahmen angeboten: "Bei 58% der Zugänge an Frührentnern, die eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge psychiatrischer Krankheiten erhalten haben, wurden in den letzten fünf Jahren vor Rentenbeginn keine Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt (Rentenzugang 1990)".

Für chronisch psychisch Kranke verschlechtert sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt mit der Dauer der Krankheit erheblich: "Bei einer Krankheitsdauer von mehr als fünf Jahren sind psychisch Kranke fast ausschließlich auf Arbeitsplätze in Werkstätten für psychisch Behinderte oder in Selbsthilfefirmen angewiesen. Eine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt ist so gut wie ausgeschlossen. In Zahlen: 12,5% sind regelmäßig beruflich beschäftigt, 7% gelegentlich erwerbstätig, 10% in geschützter Beschäftigung (Werkstatt für Behinderte, Selbsthilfefirma), 7% berentet und 56% arbeitslos (...)" (Schädle 1989, S. 311).

In dieser Entwicklung kommt eine Besonderheit psychischer Krankheit bzw. Behinderung zum Ausdruck. Auch bei intensiver beruflicher

Rehabilitation und begleitender medizinischer und psychotherapeutischer Betreuung unterliegen die Arbeitsleistungen von psychisch Kranken großen und unvorhersehbaren Schwankungen; dies gilt sowohl für "einfache" wie für "komplexe" Berufstätigkeiten. Hinzu kommt, daß am Arbeitsplatz durch die psychische Krankheit/Behinderung und durch uninformierte und unsichere Kollegen bedingte Konflikte entstehen können, die eine Eingliederung in normale Arbeitsabläufe erschweren. Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken und Behinderten muß sich deshalb mit den Problemen mangelnder Gruppen- und Kontaktfähigkeit, Rollen- und Identitätsproblemen, mit Störungen der Erlebnis- und Informationsverarbeitung, kurz mit den für den Arbeitsprozeß zentralen "Sekundärtugenden" auseinandersetzen. Berufliche, soziale und medizinische Rehabilitation lassen sich hier nicht voneinander trennen.

Rehabilitationsangebote für psychisch Kranke und Behinderte müssen von der besonderen Vulnerabilität und den Behinderungen psychisch kranker Menschen ausgehen. Dies ermöglicht erst - entsprechend der Empfehlungen der Expertenkommission - eine faktische Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker.

Psychisch Kranke und Behinderte sind in mehrfacher Weise auf institutionelle Hilfen angewiesen; dies bedeutet, daß die institutionsabhängige und weitgehend von Transferleistungen (EU/BU-Renten; Sozialhilfe; Wohngeld; Leistungen der Versorgungsämter) bestimmte Lebenslage der chronisch Kranken mit starken materiellen Einschränkungen und persönlichen Abhängigkeiten verbunden ist. Die armutsgefährdende Situation dieser Menschen steht dabei quer zu den Zielen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Versuche, dieses strukturelle Dilemma für die Betroffenen aufzuweichen und abzumildern, setzen eine von psychosozialen und pädagogischen Hilfen flankierte Überwindung des mit der Behinderung bzw. der psychischen Krankheit ausgelösten Abstiegs in "institutionelle Armutszirkel" voraus.

Mögliche Lösungsvorschläge betreffen hier das Zusammenwirken verschiedener Leistungsträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe), rechtlicher Konstruktionen (Reha-AnglG, SchwbG, §§ 39 ff. BSHG) und institutioneller Angebote des Wohnens, von Beschäftigungsmöglichkeiten, der sozialen Wiedereingliederung und der medizinischen und psychosozialen Beratung.

Mit dem Konzept der Rentenversicherungsträger, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen von der (noch dazu vor der Behandlung, statt sinnvollerweise im Behandlungsfortgang zu beurteilen) Erfolgsaussicht im Sinne der vollen Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt abhängig zu machen, wird für die meisten psychisch Kranken, vor allem für die Kranken mit der Diagnose einer endogenen Psychose, für Personen mit Persönlichkeitsstörungen und für Kranke mit organischen Psychosyndromen, der Armutszirkel, der mit dauerhafter Abhängigkeit von der Sozialhilfe (als Aufstockung zu geringer EU-Renten) verbunden ist, eingeleitet und festgeschrieben.

Ob das angestrebte Maximalziel einer vollen Integration psychisch Kranker bzw. seelisch Behinderter in den allgemeinen Arbeitsmarkt realistisch ist, wird von Fachleuten aufgrund empirischer Untersuchungen heute zunehmend bezweifelt. Gleichwohl scheint es aber realistisch, Teilziele, wie eine noch genauer zu definierende Teilerwerbsfähigkeit, im Rahmen eines angepaßten Rehabilitationsplanes anzustreben.

Im übrigen muß in diesem Kontext unterschieden werden zwischen beruflichen Qualifizierungs- und Re-Qualifizierungsmaßnahmen in Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken, RPK's und Beruflichen Trainingszentren einerseits und andererseits der Schaffung angemessener Dauerarbeitsplätze mit regulärem Arbeitnehmerstatus (wie z. B. in speziell für psychisch Kranke und Behinderte konzipierten Werkstätten, in gestützten Arbeitsverhältnissen auf dem "zweiten Arbeitsmarkt", in Selbsthilfefirmen oder in betreuten Arbeitsplätzen

auf dem Normalarbeitsmarkt; vgl. hierzu die Empfehlungen der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1991).

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Eine umfassende Rehabilitation, die medizinische, soziale und berufliche Belange integriert, wird im wesentlichen auch dadurch behindert, daß bei vielen psychisch Kranken wegen der unterschiedlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Rehabilitation verschiedene Kostenträger zuständig sind. Es erscheint daher von besonderer Bedeutung, daß die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zur Leistungsübernahme durch die Rentenversicherungsträger für medizinische und berufliche Rehabilitation angeglichen werden.
- (2) Da eine Integration von psychisch Behinderten in den allgemeinen Arbeitsmarkt in vielen Fällen nicht gelingt, muß der Arbeitnehmerstatus für psychisch Kranke sowohl innerhalb der geschützten Arbeitsplätze in den Werkstätten für Behinderte als auch in gestützten Beschäftigungsverhältnissen in Selbsthilfefirmen und anderen Beschäftigungsinitiativen eingeführt werden (vgl. Oppl et al. 1991). Über den Arbeitnehmerstatus kann eine ausreichende soziale Sicherung der Behinderten und psychisch Kranken erreicht werden. Darüber hinaus hätte dies, wie einschlägige Modelle (vgl. FaF 1990) zeigen, positive Auswirkungen auf Selbstbild, Selbständigkeit, Motivation und Selbstverantwortung der Betroffenen und die soziale Wiedereingliederung.
- (3) Verbesserte betriebliche Rehabilitation: Neben der Forderung nach einem weiteren Ausbau der RPK-Einrichtungen, verbesserter Betreuungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte in Berufsförderungs- und

Berufsbildungswerken sowie beruflichen Trainingszentren als Vorbereitung eines (Wieder-)Einstiegs in das normale Berufsleben bedarf es eines Ausbaus der Betreuungsmöglichkeiten psychisch Kranker und Behinderter am Arbeitsplatz, etwa durch den vermehrten Einsatz von Arbeitsassistenten (vgl. Kap. 2.7).

Parallel dazu ist für den Arbeitgeber ein "Nachteilsausgleich" für die schwankende Arbeitsleistung des Rehabilitanden vorzusehen. Bezüglich beruflicher Qualifikation ist hier auch der Vorschlag von zertifizierbaren Teilqualifikationen zu diskutieren (vgl. Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1991, S.10).

- (4) Im Hinblick auf den Übergang von einer beschützenden Einrichtung zum "normalen" Arbeitsmarkt sollten psychisch Behinderte die Möglichkeit haben, "einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hinreichend lange zu erproben, ohne daß während dieser Phase die Zugehörigkeit zur Werkstatt für Behinderte verloren geht" (Deutsche Vereinigung zur Rehabilitation Behinderter 1991, S.7 f.).
- (5) Nicht alle psychisch Kranken und Behinderten, die nicht in den normalen Arbeitsmarkt integriert werden können, sind deshalb schon unfähig, zumindest zum Teil für ihren Lebensunterhalt zu sorgen. Für diese Gruppe bedarf es spezieller Arbeitsverhältnisse, die nicht außerhalb des normalen tarifrechtlichen Rahmens und außerhalb der Sozialversicherungspflicht angesiedelt sein sollten. Aus sozialpolitischer Sicht bedeutet dies, daß für chronisch psychisch Kranke vermehrt geschützte, vor allem aber auch gestützte Arbeitsmöglichkeiten in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen geschaffen werden müssen, um damit dem Verarmungsrisiko dieser Gruppe zu begegnen, den

Betroffenen eine mit sozialer Anerkennung und Selbstwertgefühl verbundene Rolle in der Arbeitsgesellschaft und eine angemessene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

- (6) Bei einer großen Zahl psychisch Kranker würden berufliche Rehabilitationsmaßnahmen mit dem ausdrücklichen Ziel der Förderung von Teilerwerbsfähigkeit eine weitergehende Chronifizierung verhindern und längerfristig die Rentenversicherung finanziell entlasten. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn auch Teilerwerbsfähigkeit als Rechtsstatbestand der Rentenversicherung eingeführt würde.

Die Anforderungen an eine Erfolgsaussicht im Sinne des § 10 SGB VI müssen entsprechend modifiziert werden. Das Konzept einer Teilerwerbsfähigkeit würde der geminderten und/oder schwankenden Leistungsfähigkeit der Behinderten und psychisch Kranken besser entsprechen und sie dennoch im System der Sozialversicherung belassen.

- (7) Zeitpunkt der Prognosestellung: Um einer vorzeitiger Aussteuerung psychisch Kranker aus dem Arbeitsmarkt vorzubeugen, wäre es darüber hinaus wünschenswert, "die Entscheidung über die Prognose nicht vor, sondern während einer Rehabilitationsmaßnahme zu treffen" (Nowack & Weber 1985, S. 74) und die weitere Förderung nicht von einer vollen Eingliederung in den normalen Arbeitsmarkt abhängig zu machen.
- (8) Die Reha-Berater der Rentenversicherung sollten mehr als bisher über die besonderen rehabilitativen Erfordernisse psychisch Kranker und Behinderter und über die Notwendigkeit und die Chancen strukturierter Reha-Angebote für diese Menschen

Bescheid wissen und ihnen gezielte Beratungsangebote machen können.

#### 2.4 Komplementäre Einrichtungen

Die Situation für psychisch kranke Menschen, deren Rehabilitationsverlauf und deren Belastungsfähigkeit für die Aufnahme in eine RPK-Einrichtung noch nicht oder nicht mehr ausreicht, und deren Eingliederung in Gesellschaft und ggf. Arbeit von adäquaten Reha-Angeboten abhängt, ist weiterhin ungesichert.

Notwendige Einrichtungen zur Rehabilitation dieser Menschen in einem gestuften, gemeindenahen System, wie Wohnheime, Übergangseinrichtungen, Tagesstätten und andere komplementäre Angebote werden von den Rehabilitationsträgern bislang nicht als förderwürdig anerkannt. Die Patienten sind deshalb oft darauf angewiesen, die Kosten der rehabilitativen Behandlung in diesen Einrichtungen selbst zu erbringen, bis die Angehörigen dafür aufkommen müssen und sie letztlich zu Sozialhilfeempfängern werden.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem Grundsatz der Gleichbehandlung psychisch und körperlich Kranker und muß daher dringend geändert werden und zwar im Sinne einer Übernahme notwendiger Kosten durch Kranken- und Rentenversicherungsträger.

#### 2.5 Regionalisierung, überregional konzipierte Reha-Kliniken

In der Frage nach der zweckmäßigen Entfernung der Reha-Einrichtung zum Wohnort des Rehabilitanden muß in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation differenziert vorgefahren werden.

Für psychisch Kranke und psychisch Behinderte, bei denen ein prinzipiell lebenslanger Rehabilitationsbedarf besteht, ist eine wohnortnahe Rehabilitation und die Einbindung der Rehabilitationseinrichtung in den gemeindepsychiatrischen Verbund notwendig, d.h. das Prinzip der Gemeindenähe muß in der psychiatrischen Grundversorgung uneingeschränkt im Vordergrund stehen.

Die Gemeindenähe als Prinzip muß auch für ambulante Dienste, für teilstationäre und für komplementäre Einrichtungen sowie ggf. auch für die Durchführung von beruflichen Reha-Maßnahmen gelten.

Für eine wohnortferne Behandlung in Spezialeinrichtungen eignen sich insbesondere Patienten mit bestehenden sozialen Beziehungen, vorhandenem Arbeitsplatz und krankheitsspezifischen Indikationen, die eine vorübergehende Herausnahme aus dem bisherigen Bezugssystem sinnvoll erscheinen lassen. Auch eine längere Dauer der Erkrankung und häufigere Hospitalisierungen schließen eine wohnortferne Rehabilitation nicht von vorne herein aus (vgl Teil I, Kap. 10.3).

## 2.6 Ambulante Rehabilitation

Ambulante Rehabilitationsleistungen im Bereich der Psychiatrie werden derzeit von den Kostenträgern nicht übernommen, obwohl es wünschenswert wäre, daß die im ambulanten Bereich erforderlichen Rehabilitationsleistungen in angemessener Form übernommen werden (vgl. Teil I, Kapitel 10.1).

### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

Die Empfehlungen der Expertenkommission zum Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur und eines gemeindepsychiatrischen Verbundes sollten stärker berücksichtigt werden (BMJFFG 1988, Kapitel C4/C5). Daraus dürften sich neben einer grundlegenden Ver



besserung der Situation rehabilitationsbedürftiger psychiatrischer Patienten auch Verbesserungen im Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Rehabilitation ergeben.

- (1) Konkret sollten die rechtlichen und administrativen Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitationsleistungen geschaffen werden.
- (2) "Öffnung der Rehabilitationskliniken": Die Reha-Kliniken sollten die Möglichkeiten und Mittel erhalten, im Rahmen der Nachsorge für Patienten aus der Region ambulante und teilstationäre Rehabilitationsleistungen zu erbringen.

## 2.7 Nachsorge

Nachsorgende Maßnahmen im Anschluß an stationäre Rehabilitation sind für psychiatrische Patienten wegen ihres hohen Bedürfnisses nach stabilen Beziehungsmustern und der Notwendigkeit einer langfristigen therapeutischen Unterstützung von besonderer Bedeutung.

Für viele psychisch kranke und behinderte Menschen fehlen nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung oder psychiatrischen Klinik angemessene Hilfsangebote zur beruflichen Wiedereingliederung. Dies gilt einerseits für die Patienten, die längere und/oder mehrere Klinikaufenthalte hinter sich haben und entsprechend lange nicht berufstätig waren, andererseits für solche Patienten, die nicht ausreichend sozial integriert sind.

### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Es ist wichtig, daß die notwendigen Nachsorgemaßnahmen bereits während der stationären Rehabilitation eingeleitet

werden, um einen kontinuierlichen Rehabilitationsverlauf zu gewährleisten und schädliche Wartezeiten zu vermeiden.

- (2) Voraussetzung ist der Ausbau ambulanter Reha-Möglichkeiten. Ein Schritt kann dabei die "Öffnung der Reha-Kliniken" für nachsorgende Rehabilitationsleistungen für Patienten aus ihrer Region sein (siehe Kapitel 2.6)
- (3) Für viele Patienten ist als besondere Form der nachgehenden Rehabilitation eine intermittierende Nachsorge in Form von Nachbetreuungswochenenden in der Reha-Klinik sinnvoll. Dafür müßten entsprechende Regelungen gefunden werden.
- (4) Die zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung notwendige Unterstützung kann für viele Rehabilitanden durch das Konzept des "Arbeitsassistenten" geleistet werden. Arbeitsassistenten können institutionell, wie etwa in Bayern, an Sozialpsychiatrische Dienste angebunden sein. Sie sollten jedoch nicht nur (wie in Bayern) über Mittel aus der Schwerbehindertenabgabe, sondern auch pauschal aus Mitteln der Rentenversicherungsträger, die sich in etwa nach der Anzahl der betreuten Rehabilitanden richten, finanziert werden. Einem Arbeitsassistenten käme in diesem Zusammenhang auch die Vermittlung von begleitenden psychosozialen Hilfen zu (Selbsthilfe, psychologische Beratung, sozialtherapeutische oder sozialrechtliche Beratung, vgl. auch Kap. 2.3 und Teil I, Kap. 10.1).

### 3. Einleitung und Vorbereitung der Rehabilitation

#### 3.1 Reha-Vorbereitung

Rehabilitationsmaßnahmen werden in vielen Fällen zu spät eingeleitet. Einerseits werden sie zu spät von den niedergelassenen Psychiatern angeregt. Unbedingt erforderlich ist andererseits aber auch eine schnellere Bearbeitung der Rehabilitationsanträge.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Es erscheint sinnvoll, daß die vorgesehenen Einrichtungen den für eine Rehabilitationsmaßnahme angemeldeten Patienten rechtzeitig Informationsmaterial über das Behandlungskonzept zukommen läßt.
- (2) Von der Möglichkeit eines ambulanten Vorgesprächs in der avisierten Reha-Klinik sollte öfter Gebrauch gemacht werden. Dafür müssen unter dem Gesichtspunkt, daß dadurch erhebliche Personalkosten entstehen, finanzielle Regelungen geschaffen werden.

#### 3.2 Reha-Einleitung - Unterinanspruchnahme

Ein bedeutsames Problem psychiatrisch-psychotherapeutischer Rehabilitation ist die nach wie vor sehr undurchsichtige und infolge eines Zuständigkeitsgerangels fehlende generelle Regelung der Kostenübernahme. Die administrativen Abläufe sind derzeit zu schwerfällig, zeitraubend und für psychiatrische Patienten oft entmutigend.

Der Grundsatz "Rehabilitation geht vor Rente" ist im psychiatrischen Bereich vor dem Hintergrund der individuellen Einschränkungen und

unter therapeutischen Gesichtspunkten sorgfältig zu überprüfen. Psychisch Kranke werden zu schnell und oft unnötigerweise zu Sozialhilfeempfängern. Zwar wird ihnen dadurch eine minimale Versorgung gewährt, gleichzeitig werden sie aber weitgehend von einer umfassenden, sozialen und für das Selbstbewußtsein, für die psychische Stabilisierung und die soziale Anerkennung wichtigen beruflichen Rehabilitation ausgeschlossen. Dies bedeutet für viele chronisch Kranke, daß sie nicht die Möglichkeit haben, einen Teil des Lebensunterhalts selbst zu erbringen.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

Im Interesse der Rehabilitanden ist zu fordern, daß die administrativen Voraussetzungen für eine notwendige Rehabilitationsmaßnahme zügig erfüllt werden. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Akutbehandlung und Rehabilitationsmaßnahme sollten nicht zu Lasten des Patienten gehen. Spezielle Aspekte, die einer Veränderung bedürfen, sind in diesem Zusammenhang:

- (1) Hohe 'Umdeutungsrate' ("Rente statt Reha"): Derzeit werden viele Anträge auf Reha-Maßnahmen bei psychisch Kranken als Rentenansprüche "umgedeutet", was dem Kostenträger zwar die Reha-Maßnahme erspart, aber dem Antragsteller die Reha-Möglichkeit verbaut.
- (2) Schnellere Verfahrensabläufe (Bearbeitungszeit).
- (3) Vorleistungsregelung: Die Schwierigkeiten der Kostenübernahme, die derzeit häufig beträchtliche Verzögerungen bis zum Beginn der Reha-Maßnahme verursachen oder zu einer Nicht-Inanspruchnahme stationärer Therapie in einer Rehabilitationseinrichtung führen, ließen sich vermindern, wenn die Sozialhilfeträger in den Kreis der Reha-Träger nach § 2 RehaAnglG aufgenommen wären und wenn die Rentenversicherung dann die Vorleistungsregelung offensiver ausnutzen würde.

### 3.3 Anschlußheilbehandlung

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich werden keine Anschlußheilbehandlungen durchgeführt. Sie erscheinen hier nur bedingt sinnvoll.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

In einzelnen Fällen, in denen eine möglichst nahtlose Verlegung aus der Akutklinik in eine Reha-Einrichtung erforderlich und wünschenswert ist, haben sich die bisher bereits praktizierten sogenannten "Eilverfahren" bewährt. Sie sollten bei allen Reha-Trägern durchgeführt werden können.

## 4. Konzepte stationärer medizinischer Rehabilitation

### 4.1 Einbeziehung von Angehörigen

Die Möglichkeiten, Angehörige in die Reha-Behandlung einzubeziehen, bestehen derzeit nur in beschränktem Umfang. Die bei der Anfahrt von Familienmitgliedern zum Zwecke der Teilnahme an Therapiemaßnahmen (Familientherapie, Partnergespräche, Angehörigenseminar) entstehenden Kosten werden nur in Ausnahmefällen erstattet.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Da in vielen Fällen eine nachhaltige Klärung von familiären Konflikten und eine anhaltende Besserung der psychosozialen Situation des Rehabilitanden nur unter Einbeziehung seines

sozialen Umfeldes in die Behandlung möglich ist, sollten die Voraussetzungen für die Übernahme von den bei Familiengesprächen und Angehörigenseminaren entstehenden Kosten geschaffen werden.

- (2) Die Verordnung von Heimfahrten (zu Lasten des Kostenträgers) zum Zwecke der Belastungserprobung oder Realitätsprüfung über ein bis zwei Tage hinaus sollte möglich sein. Dies sollte umso flexibler gehandhabt werden können, je länger die Behandlungszeit dauert.

#### 4.2 Probebehandlung

Das Ergebnis der Reha-Maßnahme ließe sich in vielen Fällen verbessern, wenn der Rehabilitation eine sogenannte "Probebehandlung" von ca. einer Woche in der künftigen Reha-Klinik vorangehen würde. Bei einer Probebehandlung sollte die reha-spezifische Diagnostik ggf. vervollständigt, die Motivation für die Rehabilitation gefördert und ein individuelles Reha-Ziel entwickelt werden. Aufgrund der dadurch gewonnenen umfassenden Kenntnisse von der persönlichen und gesundheitlichen Situation des Rehabilitanden würde das Gespräch mit dem Patienten über das therapeutische Vorgehen erleichtert und eine bessere Zusammenstellung der Behandlungsgruppen unter Berücksichtigung psychodynamischer Gesichtspunkte ermöglicht werden.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

Die rechtlichen Voraussetzungen für Probebehandlungen sollten geschaffen werden.

#### 4.3 Sozialmedizinische Beurteilung und Beratung, Vorbereitung der Nachsorge

In den Rehabilitationseinrichtungen sollte eine kompetente Rehabilitationsberatung stattfinden, an der sowohl Fachberater der Rentenversicherung, der Krankenkasse als auch der Arbeitsverwaltung teilnehmen. Bei dieser Gelegenheit müssen unter Berücksichtigung des im Entlassungsbericht beschriebenen Leistungsbildes die Weichen für eine in therapeutischer und rehabilitativer Hinsicht qualifizierte Nachsorge des Rehabilitanden gestellt werden.

#### 5. Durchführung der Rehabilitation

##### 5.1 Reha-Dauer, Intervallbehandlungen, Wiederholungsheilbehandlungen

Die derzeitigen Vorgaben für die Behandlungsdauer sind zu eng. Sie erfordern einen unnötigen administrativen Aufwand.

Bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Indikation sollten unbürokratische Möglichkeiten über die Wiederholungsheilbehandlung hinaus zur Durchführung von Intervallbehandlungen geschaffen werden. Da hier die Übergänge der Reha-Behandlung zur Akutbehandlung fließend sind, sollte die Indikation zur Intervallbehandlung (oder Wiederholungsheilbehandlung) von dem Behandlungsziel abhängig sein, das bei einem früheren Klinikaufenthalt festgelegt wurde. Die aktuelle Symptomatik des Krankheitsbildes bei der Indikationsstellung sollte nicht vordringlich ausschlaggebend sein.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Die Mindestbewilligungsdauer für medizinische Reha-Maßnahmen bei psychiatrischen Erkrankungen sollte bei allen RV-Trägern

6 Wochen betragen. Verlängerungen von bis zu weiteren 6 Wochen sollten ohne größeren Verwaltungsaufwand möglich sein. Bei der BfA ist dies bereits jetzt für einen Zeitraum von 4 Wochen möglich; 4 Wochen sind jedoch zu kurz.

- (2) Es sind die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu entwickeln, daß bei schweren psychischen Erkrankungen Wiederaufnahmen innerhalb von 3 Jahren nach der letzten Rehabilitationsbehandlung durch niedergelassene Psychiater direkt (ohne Antragsverfahren) veranlaßt werden können; das Verfahren sollte vergleichbar zum Konzept der Wiederholungsheilbehandlung (WHB) sein.

## 5.2 Rehabilitation bei besonderen Gruppen

Für Patienten mit mehreren Erkrankungen aus dem psychiatrischen und neurologischen Fachgebiet gibt es zuwenig qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen, z. B. für Patienten, die unter einer körperlich begründbaren Psychose, unter einer Sucht und an einer Psychose leiden, für Epilepsie-Kranke, mit Verhaltensauffälligkeiten und für Patienten, die an einer Multiplen Sklerose erkrankt und in ihrer Persönlichkeit verändert sind.

## 5.3 Zusammenarbeit mit Betriebsärzten

Die werksärztlichen Dienste, die heute in jedem mittleren und großen Betrieb obligatorisch sind, sollten stärker in die Rehabilitation von psychisch Behinderten einbezogen werden.

Eine wichtige Voraussetzung ist dabei jedoch, daß die besonderen arbeits- und sozialmedizinischen Belange von psychisch Kranken und



Behinderten stärker als bisher in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Arbeits- und Sozialmedizinerinnen integriert werden.

#### 6. Forschung, Qualitätssicherung

Die an Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Psychologen haben keine Zeit für die Forschung. Damit gehen wichtige Erfahrungen für die dringend notwendige Aufarbeitung und Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten verloren. Dieser nicht zu übersehende Mangel ist dringend durch die Schaffung von Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter (z. B. Diplom-Psychologen, Diplom-Soziologen) für die Befunddokumentation und für Forschungsaufgaben zu beheben. Dabei käme es auf eine enge Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeitern und den Klinikern an.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Im Stellenplan der Rehabilitationsklinik sind zusätzliche Kapazitäten vorzusehen, die der Qualitätssicherung, Evaluation und Weiterentwicklung der therapeutischen Konzepte und der längerfristigen Verlaufskontrolle dienen.
- (2) Darüber hinaus ist eine wissenschaftliche Zusammenarbeit von Rehabilitationskliniken mit Universitätsinstituten für Rehabilitationsmedizin und -psychologie (z. B. im Rahmen von Diplom- und Doktorarbeiten oder bei gemeinsamen wissenschaftlichen Projekten) wünschenswert.
- (3) Zur Evaluierung beruflicher und medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen wäre es wichtig, katamnestische Studien (auch retrospektive) zu Fragen der Effektivität und Effizienz psychiatrischer Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern.

- (4) Psychische Belastungen am Arbeitsplatz sollten von der Forschung unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten stärker berücksichtigt werden.

#### 7. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Kosten- und Klinikträger sollten finanzielle Mittel für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zur Verfügung stellen. Längerfristig ist zu fordern, daß die Fächer Sozial- und Rehabilitationsmedizin in die Studien- und Weiterbildungsordnung für Ärzte aufgenommen werden. Fester Bestandteil der Weiterbildung für Betriebsärzte sollte die gezielte Einarbeitung in die spezielle Problematik von psychisch Behinderten sein.

#### 8. Öffentlichkeitsarbeit

Neben der Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken (Informationsmaterial, Vortragsveranstaltungen, Symposien u.a.) sollten die Rentenversicherungsträger den Rehabilitationsgedanken in der Öffentlichkeit stärker propagieren.

#### 9. Literatur

BMJFFG, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn 1988.

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Empfehlungvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte - Empfehlungvereinbarung RPK - vom 17. November 1986. Frankfurt a. M., Sonderdruck der BAR 1987.

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.: Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter (Vorabdruck aus: Die Rehabilitation 3, 1991).

FaF, Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen und Firmenprojekten, e.V. (Hrsg.): Firmen für psychisch Kranke. Daten, Fakten, Konzepte, Projekte. Bonn, Psychiatrie-Verlag 1990.

ISG, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: Wissenschaftliche Begleitforschung der Erprobungsphase der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK). Schlußbericht. Köln 1991.

Nowack, M. & Weber, C.: Benachteiligung psychisch Kranker als Problem sozialversicherungsrechtlicher Ausgrenzung. In: v.Kardorff, E. (Hrsg.): Das Modellprogramm und die Folgen. Bonn, Psychiatrie-Verlag 1985, S. 53 - 86.

Oppl, H., Radke, D. & Stiller, B. (Hrsg.): Soziale Beschäftigungsformen. Zur Zukunft der Arbeit. München, Minerva 1991.

Schädle, J.: Armut unter psychisch Kranken. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 11/12, 1989, S. 310 - 312.

Schulte, B.: Rechtliche Rahmenbedingungen der Rehabilitation. In: Koch, U., Lucius-Hoene, R. & Stegie, R. (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin, Springer 1988, S. 35 - 57.

