

**Arbeitshilfe
für die Rehabilitation und Teilhabe
psychisch kranker
und behinderter Menschen**



Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Heft 9

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Walter-Kolb-Straße 9–11, 60594 Frankfurt am Main
☎ 0 69 / 60 50 18-0
– Ausgabe 2003 –
ISSN 0933-8462

Technische Gesamtherstellung:
Hassmüller KG Graphische Betriebe,
Königsberger Straße 4, 60487 Frankfurt am Main
Telefon (0 69) 50 91 95-0, Telefax (0 69) 50 91 95-311

**Arbeitshilfe
für die Rehabilitation und Teilhabe
psychisch kranker
und behinderter Menschen**

Inhalt

Vorwort	6
1. Einleitung	7
1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe	7
1.2 Allgemeine Aspekte der Rehabilitation	7
1.3 Spezielle Aspekte psychiatrischer Rehabilitation	11
1.3.1 Psychische Erkrankung und Behinderung	12
1.3.2 Grundsätze und Zielorientierungen psychiatrischer Rehabilitation	13
1.3.3 Die Einbeziehung und Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen	15
2. Psychische Störungen und Behinderungen	17
2.1 Psychische Störungen und Rehabilitationsbedarf	18
2.2 Die wichtigsten Krankheitsformen	20
2.2.1 Schizophrenie (F 2)	21
2.2.2 Affektive Störungen (F 3)	23
2.2.3 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (F 4, F 6)	25
2.2.4 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F 0)	26
2.3 Diagnoseübergreifende Aspekte	27
3. Rehabilitationsziele und ihre Umsetzung	31
3.1 Krankheitsbewältigung	32
3.2 Verhinderung von Pflegebedürftigkeit	33
3.3 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	35
3.4 Teilhabe am Arbeitsleben	36
3.5 Hilfen und Leistungen zur sozialen Sicherung	39
4. Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsdiagnostik	40
4.1 Grundsätze der Rehabilitation	40
4.2 Voraussetzungen zur Rehabilitation	40
4.3 Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik	43
Fragenkatalog: Erkrankung/Behinderung und Hilfebedarf	44
4.4 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten	47
4.5 Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsplanung	50
4.6 Der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“	51
5. Organisation und Ausgestaltung der Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen	54

6.	Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen	59
6.1	Krankenbehandlung	60
6.1.1	Niedergelassene praktische- und Allgemeinärzte	60
6.1.2	Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde (Nervenärzte)	61
6.1.3	Niedergelassene Psychotherapeuten	61
6.1.4	Psychiatrische Kliniken	61
6.1.5	Soziotherapie-Leistungserbringer	64
6.1.6	Ergotherapie-Praxen	64
6.1.7	Pflegedienste	64
6.2	Medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	64
6.2.1	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	64
6.2.2	Psychosomatisch-psychotherapeutisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen	65
6.2.3	Sozialpsychiatrische Dienste	66
6.2.4	Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion / Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	66
6.2.5	Tagesstätten	67
6.2.6	Betreute Wohnangebote (Betreutes Wohnen): Einzelwohnen, Paarwohnen, Wohngemeinschaften	67
6.2.7	Übergangseinrichtungen	68
6.2.8	Wohnheime	69
6.3	Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben	70
6.3.1	Integrationsämter	70
6.3.2	Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben	71
6.3.3	Integrationsprojekte	72
6.3.4	Zuverdienstfirmen und -angebote	73
6.3.5	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	73
6.3.6	Berufliche Trainingszentren (BTZ)	73
6.3.7	Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke (BBW, BFW)	74
6.3.8	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	74
6.4	Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen	76
6.4.1	Selbsthilfegruppen	76
6.4.2	Angehörigengruppen	76
6.4.3	„Psychose-Seminare“	77
6.4.4	Patientenclubs / Bürger- und Laienhilfe	77

7.	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	78
7.1	Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)	80
7.1.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)	81
7.1.2	Stufenweise Wiedereingliederung	81
7.1.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 – § 39 SGB IX)	82
7.1.4	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)	84
7.1.5	Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten im Überblick	85
7.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	85
7.2.1	Ambulante Krankenbehandlung	86
7.2.2	Krankenhausbehandlung	89
7.2.3	Rehabilitation	89
7.3	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)	90
7.3.1	Medizinische Leistungen	91
7.3.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	91
7.3.3	Ergänzende Leistungen	92
7.3.4	Sonstige Leistungen	92
7.4	Arbeitsförderung (SGB III)	93
7.4.1	Allgemeine Leistungen	94
7.4.2	Besondere Leistungen	94
7.4.3	Weitere Leistungen	94
7.5	Bundessozialhilfegesetz (BSHG)	95
7.5.1	Grundlagen der Gewährung von Leistungen	95
7.5.2	Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen	97
7.5.3	Vorläufige Leistungen	98
7.5.4	Zuständige Sozialhilfeträger	99
7.6	Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)	99
7.7	Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)	100
7.7.1	Leistungsvoraussetzungen	100
7.7.2	Leistungen der Pflegeversicherung	101
7.8	Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2)	101
7.8.1	Leistungsvoraussetzungen	102
8.	Ausblick	104
9.	Glossar	108
10.	Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	111
11.	Literatur	113
12.	Adressen	U3

Vorwort

Die Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen befindet sich in einem Prozess der Weiterentwicklung. In den letzten Jahren konnten wichtige Verbesserungen im Bereich der Angebote und Leistungen erreicht werden, insbesondere im Hinblick auf den Aufbau und die Weiterentwicklung gemeindeintegrierter, aufeinander abgestimmter Versorgungsangebote.

Es ist ein besonderes Anliegen dieser Arbeitshilfe, ausgehend von dem spezifischen Rehabilitationsbedarf psychisch kranker und behinderter Menschen, die in Betracht kommenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie den Ablauf des Rehabilitationsverfahrens aufzuzeigen.

Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet im Laufe des Lebens an einer psychischen Störung unterschiedlichen Schweregrades und unterschiedlicher Dauer. Unter Bezugnahme auf die jährliche Rate der Neuerkrankungen und die Dauer der Erkrankung / Behinderung ist davon auszugehen, dass aktuell etwa 400.000 bis 500.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland von einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung betroffen sind und längerfristig je nach den individuellen Erfordernissen Leistungen zur Krankenbehandlung, Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigen.

Die vorliegende völlig neu überarbeitete Arbeitshilfe berücksichtigt die Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahren, insbesondere die neuen gesetzlichen Regelungen nach dem Sozialgesetzbuch IX. Ein besonderes Anliegen der aktualisierten Arbeitshilfe ist es, allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen einen Überblick und eine Orientierungshilfe über das Gesamtkonzept der Rehabilitation und Teilhabe zu geben.

Die Geschäftsführung der BAR dankt allen an der Überarbeitung Beteiligten, insbesondere Herrn Karl-Ernst Brill, Herrn Detlef Chruszcz, Frau Dr. Regina Ernst, Herrn Dr. Ulrich Gerke, Herrn Jens Hansen, Herrn Prof. Dr. Heinrich Kunze, Herrn Norbert Ritz und Herrn Arnd Schwendy.

Geschäftsführer

B. Steinke H. Kirsten

1. Einleitung

1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

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

- niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und in Krankenhäusern tätige Ärzte/Ärztinnen*,
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und Nachsorge (Ärzte, Krankenpflegefachkräfte, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen etc.),
- Mitarbeiter der Träger von Rehabilitationsleistungen (insb. Kranken-, Rentenversicherung und Bundesanstalt für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung sowie Ärztlicher und Psychologischer Dienst der Bundesanstalt für Arbeit).

Darüber hinaus wendet sich die Arbeitshilfe an die Betroffenen und ihre Angehörigen mit dem Ziel, über Grundlagen, Möglichkeiten und Zielsetzung psychiatrischer Rehabilitation zu informieren.

1.2 Allgemeine Aspekte der Rehabilitation

Psychische Erkrankungen und Behinderungen gehören zu den vordringlichen Gesundheitsproblemen der Bevölkerung. Nahezu jeder zehnte Bürger leidet im Laufe eines Jahres unter psychisch bedingten Störungen. Die meisten können allgemeinärztlich behandelt werden und bedürfen keiner fachärztlichen Behandlung.

Von den psychiatrisch behandlungsbedürftigen Bürgern werden (in den alten Bundesländern) jährlich rund zwei Millionen durch niedergelassene Nervenärzte und etwa 400.000 klinisch-stationär behandelt. Aus diesem Personenkreis benötigt nur ein Teil gezielte psychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter Rehabilitation alle Maßnahmen, die darauf gerichtet sind zu verhindern, dass Aktivitätseinschränkungen aufgrund von Funktionseinschränkungen zu Einschränkungen

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

*) Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

der Teilhabe an Lebensbereichen führen, sowie alle Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, das Ausmaß von Einschränkungen der Aktivität und der Partizipation zu verringern. Für Maßnahmen der Rehabilitation sind folgende Grundsätze charakteristisch:

- Individualität,
- Komplexität,
- Interdisziplinarität,
- Zielgerichtetheit (bezogen auf die Folgen der Krankheit).

Unter dem Aspekt der Rehabilitation ist der Personenkreis von besonderer Bedeutung, bei dem aufgrund einer eingetretenen oder drohenden Chronifizierung des Leidens Einschränkungen in der Möglichkeit zur selbständigen Lebensführung, zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und zur Erwerbsfähigkeit gegeben sind oder einzutreten drohen. Bei diesem Personenkreis tritt die Bewältigung der Krankheitsfolgen in den Vordergrund. Für die Auswahl notwendiger Behandlungs- und Interventionsprogramme sind neben der (Grund-) Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Einschränkungen der Aktivität und der Partizipation als Folgen eines Krankheitsprozesses maßgeblich (finale Orientierung). Diesem Gedanken trägt die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung.

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der **funktionalen Gesundheit**. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der **Kontextfaktoren**: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

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

Das Bemühen der Rehabilitation ist darauf gerichtet, jeglichen Einschränkungen durch Krankheit und Behinderung der betroffenen Menschen zu begegnen und dem psychisch kranken und behinderten Menschen ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen.

Das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – basiert bezüglich Modell und Begrifflichkeit auf der ICF. Leistungen zur Teilhabe² (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

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

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

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

Allgemeines Ziel und Aufgabe der *medizinischen Rehabilitation* ist, den gesundheitlichen Schaden, sowie die eingetretenen Funktionsausfälle und Beeinträchtigungen hinsichtlich der Verrichtungen des täglichen Lebens einschließlich derjenigen im Berufsleben und der gesellschaftlichen Integration zu beseitigen oder zumindest einzuschränken, den Rehabilitanden bei sei-

2) Um den Integrationsgedanken hervorzuheben, wurden mit dem SGB IX neue Begrifflichkeiten eingeführt. Teilhabe ist der übergeordnete Begriff, der sich in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft untergliedert. Im Folgenden wird jedoch wegen der besseren Lesbarkeit weiterhin auch der Begriff Rehabilitation gewählt.

ner Bewältigung zu unterstützen und drohende Funktionsausfälle oder Beeinträchtigungen zu verhindern.

In dieser Zielsetzung sind bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen von besonderer Bedeutung

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

Die *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* umfassen wie bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation je nach den Erfordernissen des Einzelfalles die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei Menschen, deren Aussichten beruflich tätig zu bleiben oder zu werden infolge einer Erkrankung/Behinderung nicht nur vorübergehend gemindert ist und die deshalb besonderer Hilfen bedürfen.

Ziel ist die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – oder, wenn dieses Ziel nicht bzw. noch nicht erreicht werden kann –, die Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt.

Beruf und Arbeit bieten nicht nur die Grundlagen der wirtschaftlichen Existenz, sondern beeinflussen auch die Stabilität der Persönlichkeit, das Familienleben und das soziale Ansehen. Für den Personenkreis der erwerbsfähigen psychisch kranken und behinderten Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit ist ein Angebot an geeigneten Arbeitsplätzen – gegebenenfalls durch begleitende Hilfen – möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen.

Alle Maßnahmen der Rehabilitation und Teilhabe dienen letztlich der gesellschaftlichen Eingliederung. Die *soziale Rehabilitation* hat dabei als Aufgabe und Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen umfasst. Soziale Rehabilitation bedeutet, dass der erkrankte/behinderte Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit, entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten, in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann.

Im gestuften Versorgungssystem sind Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe angezeigt, wenn das Ziel nur durch eine komplexe interdisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. D. h., reicht eine Krankenbehandlung einschließlich der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Verminderung der Funk-

tionsstörungen, Aktivitätseinschränkungen und Einschränkungen der Partizipation nicht aus, ist die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen.

Dabei sind Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nur dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn nicht nur vorübergehende Aktivitätseinschränkungen vorliegen und/oder bei drohenden oder bereits manifesten Einschränkungen der Partizipation, die eine über die kurative Behandlung hinausgehende komplexe interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn der erkrankte Mensch hinsichtlich der Motivation, Motivierbarkeit und Belastbarkeit für die Teilnahme an einer Rehabilitation geeignet ist.

Eine Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch geeignete Maßnahmen in einem notwendigen Zeitraum.

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

1.3 Spezielle Aspekte psychiatrischer Rehabilitation

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

Kennzeichnend für den Prozesscharakter psychischer Erkrankungen ist bei chronischem Verlauf, dass

- neben eingetretenen Behinderungen akute Krankheitsphasen auftreten können,
- psychische Funktionseinbußen nie in einen endgültigen Zustand münden.

Die herkömmliche und bei Erkrankungen mit Ereignischarakter (z.B. Herzinfarkt) übliche Abfolge: Prävention – Akutbehandlung – Rehabilitation – Nachsorge ist daher für den Personenkreis der psychisch kranken und behinderten Menschen – ähnlich wie bei anderen chronisch verlaufenden Krankheiten wie Rheuma oder Diabetes – nur bedingt anwendbar. Leistungen der Behandlung, Rehabilitation

und Pflege (im fachlichen Sinne) sind – je nach Krankheitsverlauf und dem Hilfebedarf des Betroffenen – flexibel kombiniert, entsprechend dem Bedarf des Einzelnen stufenweise aufgebaut und gegebenenfalls wiederholt zu gewähren.

1.3.1 Psychische Erkrankung und Behinderung

Psychisch kranke und behinderte Menschen verfügen über eine besondere Empfindsamkeit (Sensibilität) und Verletzlichkeit (Vulnerabilität), die sie dazu neigen lassen, in von ihnen als belastend empfundenen Situationen das – vielfach nur mühsam aufrecht erhaltene – seelische Gleichgewicht zu verlieren und zu dekompensieren (die „Fassung“ zu verlieren).

Als Besonderheit psychischer Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass sie für die Betroffenen wie auch für andere vielfach nur schwer zu erkennen sind, was zugleich auch die Entwicklung von Krankheitseinsicht erschwert.

Als ein Charakteristikum psychischer Erkrankungen wird die Einschränkung der Fähigkeiten des Betroffenen beschrieben, soziale Rollen (in Familie, Freundeskreis oder im Betrieb) entsprechend den Erwartungen der Umwelt auszufüllen. Für ihn wie auch für die Menschen in der sozialen Umgebung ist zunächst in der Regel nicht erkennbar, ob z.B. Inaktivität krankheitsbedingt ist oder ob sie Folge mangelnden Willens ist.

Diese Schwierigkeit aller Beteiligten, krankheitsbedingte Störungen und Einschränkungen zu erkennen, führt vielfach auch zu einer Beeinträchtigung in der Fähigkeit, notwendige Hilfen frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

Schon eine vorübergehende psychiatrische Erkrankung ist für jeden betroffenen Menschen eine beunruhigende und erschreckende Erfahrung, die auch dann noch lange nachwirkt, wenn die primäre Symptomatik längst abgeklungen ist.

Als Reaktionen auf eine psychiatrische Erkrankung gibt es zwei charakteristische Formen, die zugleich auch die Problematik der Entwicklung von Krankheitseinsicht und die Notwendigkeit von Hilfen zur Krankheitsbewältigung verdeutlichen:

- Der psychisch kranke und behinderte Mensch verliert das Selbstvertrauen und begegnet jeder Form von Anforderung und Belastung mit übermäßiger Vorsicht. Das hiermit einhergehende Vermeidungsverhalten kann einen weiteren Verlust von Selbstachtung und Selbstvertrauen bis zu einem Punkt begünstigen, an dem der betroffene Mensch so von der Möglichkeit des Misserfolgs geängstigt ist, dass er unwillig und unfähig wird, überhaupt etwas zu tun.
- Der psychisch kranke und behinderte Mensch kann versuchen damit fertig zu werden, indem er das Bestehen von krankheitsbedingten Einschränkungen und der Krankheit selbst verleugnet und zurückweist und deshalb an unrealistischen Zielen festhält.

Diese sich nachteilig auswirkenden persönlichen Reaktionen – bei denen es sich um unangemessene und zwangsläufig missglückende Versuche zur Krankheitsbewältigung handelt – sind ebenso wie die zugrundeliegende Störung bei der Rehabilitation zu berücksichtigen.

Einen wichtigen Bezugsrahmen zur Erfassung und Beschreibung dieser Wechselwirkungen bietet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, vgl. Abb. 3, S. 28):

Funktionsstörungen können zum Beispiel bestehen in Störungen

- des Denkens, der Konzentration, des Antriebs und der Motivation,
- des Gefühl-Erlebens.

In beiden Fällen können verschiedene Arten von sozialen und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten folgen, wie zum Beispiel ein ausgeprägtes Rückzugsverhalten des Betroffenen oder Konflikte.

Die gegebenenfalls daraus folgenden Störungen in der Fähigkeit zu eigenständigem Handeln (Aktivitäten und Aktivitätsstörungen), wie zum Beispiel Einschränkungen in den Fähigkeiten zur Kommunikation und zur Pflege sozialer Kontakte, beruhen sowohl auf der Erkrankung wie auf der Reaktion darauf.

Auch die Beeinträchtigungen auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe (Partizipation), wie zum Beispiel Mangel an sozialen Kontakten, Arbeitslosigkeit oder Armut stehen in einem Verhältnis von wechselseitiger Wirkung zur psychischen Erkrankung und Behinderung:

- Sie können einerseits als Folge einer psychischen Erkrankung auftreten, wobei persönliche (krankheitsbedingte) wie auch äußere Faktoren zusammenwirken. So kann z.B. ein längerer Krankenhausaufenthalt eine Unterbrechung sozialer Beziehungen und eine Stigmatisierung des Betroffenen bedeuten und eine Barriere für die Rückkehr in das Erwerbsleben bilden.
- Andererseits können soziale Beeinträchtigungen wie Arbeitslosigkeit oder das Fehlen tragfähiger sozialer Beziehungen den Verlauf psychischer Erkrankungen mit beeinflussen.

Diese später noch zu vertiefende (vgl. Kap. 2.3) Differenzierung und Interaktion von gesundheitlichen, funktionellen und sozialen Beeinträchtigungen entsprechend dem Konzept der Krankheitsfolgen ermöglicht eine detaillierte und konkrete Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs psychisch erkrankter und behinderter Menschen.

1.3.2 Grundsätze und Zielorientierungen psychiatrischer Rehabilitation

Bei der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen ist insbesondere zu berücksichtigen, dass diese Personen unter Störungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung leiden. Hieraus ergeben sich ein jeweils spezifischer Handlungsbedarf und spezifische Anforderungen an die Rahmenbedingungen für die psychiatrische Rehabilitation.

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

- Klarheit und Eindeutigkeit,
- Transparenz, Übersichtlichkeit, Einfachheit und Unkompliziertheit der institutionellen, räumlichen, personellen und finanziellen Verhältnisse,
- Verlässlichkeit und Kontinuität,
- Ruhe, Gelassenheit, Entspannung sowie
- angemessener Stimulation (Vermeidung von Überforderung ebenso wie von Unterforderung).

Diese Prinzipien beschreiben Rahmenbedingungen für alle Prozesse in den Bereichen der Behandlung, Beratung, Begleitung und Rehabilitation. Ihre Beachtung beinhaltet vom Grundsatz her bei allen Menschen – unabhängig von der Art der Krankheit und Behinderung – eine wichtige Voraussetzung für ein entwicklungsförderndes Klima. Psychisch erkrankte und behinderte Menschen sind auf ihre Einhaltung in besonderem Maße angewiesen, um sie als Korrektiv für beeinträchtigte oder fehlende innere Strukturen mit dem Ziel der Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit nutzen zu können.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen: Je schwerer der Verlauf der Krankheit/Behinderung, desto wichtiger wird es

- dem psychisch erkrankten/behinderten Menschen und seinen Angehörigen Hilfe zum Verständnis und zur Akzeptanz der Krankheit zu geben,
- sich auf die vorhandenen Fähigkeiten zu konzentrieren und an deren Weiterentwicklung sowie der Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten mit dem Ziel der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und/oder sozialer Ausgliederung zu arbeiten,
- ein angemessenes Maß an Tätigsein sicherzustellen mit dem Ziel der (Wieder-) Erlangung der Teil- bzw. Vollerwerbsfähigkeit,
- Möglichkeiten der sozialen Integration zu fördern – nicht nur durch Befähigung der Betroffenen zur Anpassung, sondern ggf. auch durch entsprechende Gestaltung der sozialen Umgebung (z.B. durch rehabilitative und begleitende Hilfen, die im Lebensfeld erbracht werden und Hilfspotentiale im sozialen Umfeld aktivieren, Stärkung und Einbeziehung der Angehörigen, beschützte Arbeitsmöglichkeiten).

Schließlich kommt den Grundsätzen ambulanter vor stationärer Hilfe sowie gemeindeintegrierter und lebensfeldbezogener Gestaltung von Hilfen besondere Bedeutung zu. Zum einen geht es hierbei um den Erhalt und die Förderung von sozialer Integration und damit um die Verhinderung sozialer Entwurzelung. Zum anderen kann eine zuverlässige Beurteilung der vorhandenen

Fähigkeiten ebenso wie der Beeinträchtigungen und damit des Bedarfs an Hilfen aufgrund möglichst alltagsnaher Erprobung erfolgen.

1.3.3 Die Einbeziehung und Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen

Die Aufklärung der Betroffenen wie auch ihrer Angehörigen über die psychische Erkrankung sowie deren Einbeziehung in die Rehabilitationsplanung ist eine unverzichtbare Voraussetzung, um bei den psychisch kranken und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen

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

Während die Information und Aufklärung der Betroffenen insbesondere über geplante Behandlungsmaßnahmen allein schon aus dem Persönlichkeitsrecht geboten ist, sind bei der Information von Angehörigen die gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten, die eine Einwilligung des Betroffenen bei personenbezogenen Angaben erfordern.

Das Gebot der Einbeziehung der Betroffenen wie auch seiner Angehörigen wird in seiner Tragweite besonders deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Übereinstimmung von Therapeuten, Betroffenen und seinen Angehörigen erst erarbeitet werden muss und diese sowohl hinsichtlich der Krankheitserklärung wie auch hinsichtlich der angestrebten Rehabilitationsziele eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen bildet. Bei einem chronischen Verlauf einer psychischen Erkrankung müssen sich sowohl der Betroffene wie auch die Angehörigen mit einer – gegenüber den ursprünglichen Zielen – veränderten Lebensplanung auseinandersetzen und eine neue, den veränderten Möglichkeiten angemessene Haltung und Perspektive entwickeln können.

Zur Einbeziehung der Angehörigen haben sich gemeinsame Gespräche bewährt, bei denen auch das psychisch erkrankte Familienmitglied anwesend ist. Hierdurch wird zum einen für den psychisch Erkrankten erfahrbar, dass mit ihm – und nicht über ihn – verhandelt wird, zum anderen erhalten die Behandelnden einen wichtigen Eindruck von den familiären Beziehungen. Die Information und Aufklärung über die Erkrankung wie auch über Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sollte handlungsorientiert sein und auf die Besonderheiten des Einzelfalles eingehen.

Die Information über diagnostizierte Grundstörungen sollte so erfolgen, dass es dem psychisch kranken und behinderten Menschen möglich wird, die krankheitsbedingten Störungen als seine zu erkennen, um damit die Akzeptanz der Erkrankung zu fördern. Von dem jeweils behandelnden Arzt wie auch von allen anderen Mitarbeitern im therapeutischen Team ist dabei eine Grundhaltung gefordert, die den Betroffenen in und mit seinen Störungen ernst

nimmt und vor allem Entwertungen seiner Wahrnehmung oder seines Handelns vermeidet, um ihn als Partner im Prozess der Behandlung und Rehabilitation zu gewinnen.

Ebenso sorgsam und handlungsorientiert sollte die Information über die verordnete Medikation erfolgen. Hierbei ist das gesamte Spektrum der Medikamentenwirkungen einzubeziehen – also nicht nur beabsichtigte Wirkungen, sondern auch mögliche Nebenwirkungen –, da einige der verordneten Medikamente z.B. zu innerer Unruhe oder zu Beeinträchtigungen im Bereich des Antriebes, der Konzentration und der Motivation führen können. Solche Wirkungen von Medikamenten ähneln krankheitsbedingten Störungen und Missempfindungen und sind daher von dem Betroffenen wie auch von seiner sozialen Umgebung oft nur sehr schwer zu unterscheiden.

Die Information insbesondere der Betroffenen, aber auch der Angehörigen über die Erkrankung wie auch über notwendige therapeutische und rehabilitative Maßnahmen bewegt sich in einem Spannungsfeld, das von einem therapeutischen Pessimismus und einem ungesicherten Optimismus als Extrempositionen geprägt ist.

Da eine hinreichend zuverlässige Prognose jeweils nur im Einzelfall und nur für einen überschaubaren Zeitraum möglich ist, empfiehlt es sich, das Momentane der Beeinträchtigungen und Behinderungen zu betonen und auf die Perspektive der möglichen Besserung hinzuweisen.

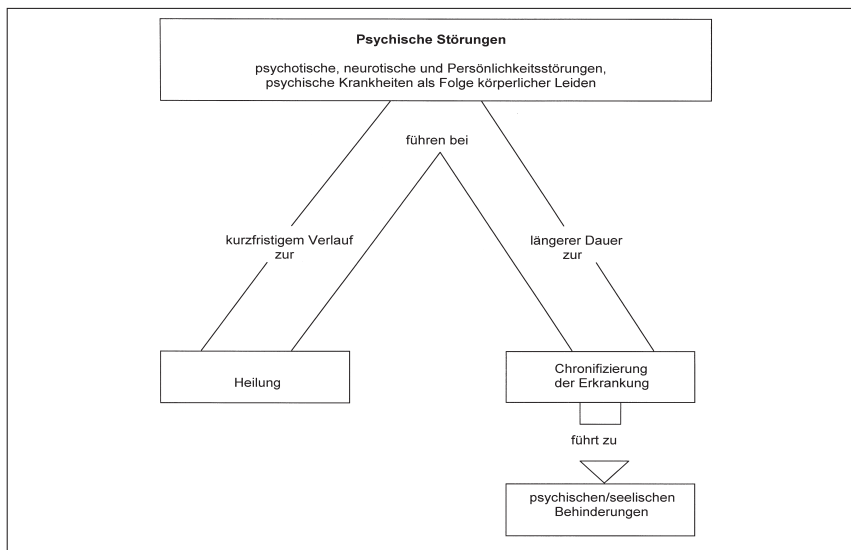
Dabei gilt es deutlich zu machen, dass sich eine Besserung sicher nicht von allein einstellen wird, sondern der aktiven Mitwirkung des Betroffenen bedarf. Hierbei kann der Vergleich zu organischen Erkrankungen hilfreich sein, der für den Betroffenen eine Brücke zum Verständnis der Notwendigkeit seiner Mitwirkung bietet. So muss beispielsweise nach einem Beinbruch die Muskulatur neu aufgebaut und trainiert werden, selbst wenn der Bruch verheilt ist. Bei anderen Erkrankungen wie der Multiplen Sklerose ist immer eine übende Krankengymnastik zur Erhaltung und Förderung der Muskulatur erforderlich. Ebenso müssen bei einer psychischen Erkrankung und Behinderung bestimmte beeinträchtigte Fähigkeiten neu geübt und trainiert werden.

2. Psychische Störungen und Behinderungen

Psychische Störungen bzw. Erkrankungen³ treten in verschiedenen Formen auf, die in ihrer Beeinflussbarkeit sowie in der Bedeutung für den psychisch erkrankten Menschen ungemein vielfältig sind. Diese Arbeitshilfe beschränkt sich auf Schizophrenien, affektive Störungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie organisch bedingte psychische Störungen bei Menschen im erwerbsfähigen Alter.

Eine psychische Behinderung liegt vor, wenn als Folge einer psychischen Störung **nicht nur vorübergehend** erhebliche Beeinträchtigungen in den Bereichen der Alltagsbewältigung, der Erwerbsfähigkeit und der sozialen Integration auftreten (vgl. Abb.1). Der Begriff der Behinderung bezieht dabei über

Abb. 1: Psychische Störungen und Behinderungen



3) Umgangssprachlich werden auch die Begriffe psychische Krankheit / Erkrankung verwendet. Mit dem Übergang von ICD-9 zu ICD-10 gab es folgende wichtige Änderung: „Konzeptionell versucht das Kapitel V (ICD-10), einem zumindest teilweise ‚atheoretischen‘ Ansatz folgend, auf Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose und Endogenität zu verzichten und diese durch Einführung einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation zu ersetzen. So ersetzt der Begriff ‚Störung‘ den der Erkrankung weitgehend; dem Prinzip der Komorbidität wird Rechnung getragen.“ (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 1. Aufl. 1991, S. 12).

„Der Begriff ‚Störung‘ (disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie ‚Krankheit‘ oder ‚Erkrankung‘ weitgehend zu vermeiden.

‚Störung‘ ist kein exakter Begriff; seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist, sich aber nicht auf der sozialen Ebene allein darstellt.“ (ebd., S. 19)

das herkömmliche medizinische Krankheitskonzept hinaus die Wechselwirkung zwischen psychischen Beeinträchtigungen und sozialen Folgen ein (vgl. Abb. 3, S. 28).

Bei chronischem Verlauf und eingetretenen Behinderungen bleibt immer auch die Ebene der Erkrankung bestehen. Das mögliche Auftreten von akuten Krankheitssymptomen und der wechselnde Einfluss, den diese Symptome auf Art und Ausmaß der Behinderung ausüben, erschwert eine deutliche begriffliche Trennung von Krankheit und Behinderung.

2.1 Psychische Störungen und Rehabilitationsbedarf

Über das Ausmaß psychischer Störungen und Krankheiten im weitesten Sinne bestehen in der Fachwelt wie in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion unterschiedliche Angaben. Dies gründet sich nicht zuletzt darauf, dass die Übergänge zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung fließend sind. Dementsprechend gibt es jeweils Überlappungsbereiche zwischen allgemeinen Lebenskrisen, psychosozialen Befindlichkeitsstörungen, psychisch bedingten körperlichen Krankheiten und psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne. Je nachdem, wie weit oder wie eng der Begriff der psychischen Störung bzw. Erkrankung gefasst wird, können unterschiedliche Angaben über die Häufigkeit entstehen.

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

- Mehr als ein Drittel der Bevölkerung leidet irgendwann einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung.
- Etwa zehn Prozent der Bevölkerung begeben sich jährlich wegen einer psychischen Störung in ambulante ärztliche Behandlung. Davon wird der überwiegende Teil von Hausärzten behandelt.
- Etwa fünf Prozent der 16- bis 64jährigen Bevölkerung suchen jährlich wegen einer psychischen Störung einen Psychiater, Nervenarzt oder einen Psychotherapeuten auf.
- Etwa ein Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Kinder und Rentner) wird jährlich wegen einer psychischen Erkrankung durchschnittlich 36 Tage arbeitsunfähig.
- Mehr als ein halbes Prozent der Bevölkerung wird jährlich wegen einer psychischen Erkrankung in psychiatrischen Kliniken aufgenommen.
- Etwa ein halbes Prozent der Bevölkerung benötigt eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung aufgrund einer schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder Behinderung.

Bei dem Personenkreis, mit dessen Rehabilitation sich diese Arbeitshilfe beschäftigt, handelt es sich nur um eine vergleichsweise kleine Gruppe, nämlich im wesentlichen um Menschen mit einer chronisch verlaufenden schizophrenen, depressiven, neurotischen oder Persönlichkeitsstörung, bei denen aufgrund der Erkrankung eine Behinderung bereits eingetreten ist oder einzutreten droht.

Bei Menschen mit diesen Primärstörungen können auch Suchtprobleme entstehen, die die Rehabilitation erschweren. Diese Personen dürfen nicht von Rehabilitations- oder Teilhabeleistungen ausgeschlossen werden. Bei der Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation muss diese Problematik einbezogen werden.

Unter dem Blickwinkel der Eingrenzung des Personenkreises mit psychiatrischem Rehabilitationsbedarf ist zu berücksichtigen, dass

- für den größten Teil der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Regel eine ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung als ausreichend anzusehen ist (vgl. Abb. 2),
- Abhängigkeitserkrankungen spezifische Behandlungs- und Rehabilitationsangebote erfordern⁴,
- sich unter den hirnrnorganisch bedingten psychischen Erkrankungen neben z.B. Schädel-Hirn-Verletzungen⁵ in erster Linie psychiatrische Alterserkrankungen (Demenzen)⁶ befinden, die ebenfalls spezifische Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen erfordern.

Abb. 2: Psychische Störungen und Behandlungs- sowie Rehabilitationsbedarf

	Psychische Störungen/Erkrankungen	Versorgung durch
Ausprägung der Störung ↑ leicht ↓ schwer	Psychische Störungen / Erkrankungen, psychosoziale Krisen	Allgemeinärzte und Beratungsangebote im psychiatrischen Vorfeld (z.B. Ehe- und Lebens- beratungsstellen)
	psychiatrisch behandlungs- bedürftige psychische Erkrankungen	Fachärzte für Psychiatrie/ Psychotherapeuten Psychiatrische Kliniken
	Chronische psychische Erkrankungen mit drohenden oder eingetretenen Störungen der Funktionsfähigkeit und der Partizipation	Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Rehabilitation

4) Siehe hierzu: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Alkohol – Drogen – Medikamente, Heft 12

5) Siehe hierzu u.a.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher, Heft 1

6) Siehe hierzu: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen, Heft 6

Die abnehmende Breite des Dreiecks symbolisiert die Häufigkeit psychischer Störungen / Erkrankungen. Im Vergleich zu der relativ großen Zahl von Menschen, die – zeitweise – unter leichteren psychischen Störungen leiden, ist die Zahl der psychiatrisch behandlungsbedürftigen Erkrankungen deutlich geringer; von diesen benötigt wiederum nur ein Teil spezielle rehabilitative Maßnahmen.

2.2 Die wichtigsten Krankheitsformen

Herkömmlich unterschied man zwischen Psychosen und Neurosen als zwei grundlegenden Krankheitsformen. Diese traditionelle Unterscheidung wurde mit der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) aufgegeben und die Störungen entsprechend der Hauptthematik oder der deskriptiven Ähnlichkeit in Gruppen zusammengefasst.

Psychische Störungen werden entsprechend einem möglichst atheoretischen Ansatz mit einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation unterteilt.

ICD-10: Übersicht über die zweistelligen diagnostischen Kategorien psychischer Störungen

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen*
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen*
- F3 Affektive Störungen*
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen*
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren*
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*
- F7 Intelligenzminderung*
- F8 Entwicklungsstörungen*
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen*

In der folgenden kurzen Beschreibung der wichtigsten Krankheitsformen erfolgt eine Beschränkung auf die Allgemeinpsychiatrie, wobei Abhängigkeits-erkrankungen und in deren Folge auftretende psychische Störungen (F1) hier bewusst nicht berücksichtigt sind.

2.2.1 Schizophrenie (F 2)

Die Schizophrenie wird als eine der schwersten Formen psychischer Erkrankungen angesehen. Der Hauptanteil der Patienten, die längerfristig psychiatrische Hilfen zur Behandlung und Rehabilitation benötigen, wird diagnostisch diesem Krankheitsbild zugeordnet.

Das Lebenszeitrisko einer Person, d.h. mindestens einmal im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken, liegt bei etwa 1%. In Bezug auf die Häufigkeit bestehen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jedoch erkranken Männer am häufigsten erstmals zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr und Frauen zwischen dem 26. und 29. Lebensjahr. Bei Frauen ist der Krankheitsverlauf insgesamt günstiger.

20% der Betroffenen erleben nur eine einzige Krankheitsepisode und bleiben danach symptomfrei. 50 bis 70% durchleben mehrere Episoden, sind in den dazwischen liegenden Intervallen jedoch nicht oder nur leicht behindert. Bis zu 30% der Betroffenen müssen hingegen mit mittelschweren bis schweren Krankheitserscheinungen rechnen, nach fünf bis zehn Jahren tritt meist keine deutliche Verschlechterung mehr ein, im Gegenteil, es kann dann sogar noch zu Besserungen kommen.

● *Störungsbild und allgemeine Prognose*

Ein Mensch in der akuten schizophrenen Psychose erlebt sich selbst in vielerlei Hinsicht als beängstigend verändert, etwa wie Gesunde es aus (Alb-)Träumen kennen, nur mit dem entscheidenden Unterschied, dass Gesunde nach dem Wachwerden Traum und Wirklichkeit unterscheiden können. In der schizophrenen Psychose ist das persönliche Selbstgefühl, die selbstverständliche Meinhaftigkeit aller inneren Wahrnehmungen und Gefühle in der Abgrenzung zu Vorgängen außerhalb der eigenen Person in Frage gestellt, was tiefgreifende Verunsicherung auslöst. Eigene Gedanken können als Stimme von außen, eigene Ängste können als Bedrohung von außen, eigene Wunschphantasien können als großartige Realität erlebt werden. Die ständige unendliche Vielfalt unterschiedlicher Sinnesreize und Informationen wird nicht mehr durch erfahrungsgeprägtes Wahrnehmen und Denken gefiltert und geordnet, Ratlosigkeit und Angst kommen auf, angestrenzte Kompensationsversuche überfordern oft die angeschlagenen psychischen Kräfte.

Nach Abklingen der akuten Symptomatik können noch Erschöpfung, Mattigkeit und Konzentrationsstörungen über Monate oder länger als ein Jahr bestehen bleiben („postremissiver Erschöpfungszustand“), bevor die ursprüngliche Vitalität wieder zum Vorschein kommt.

Dies ist bei der Zeitplanung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu berücksichtigen, weil viele Betroffene unter dem Einfluss von immer noch verbreiteten Vorurteilen über Schizophrenie glauben, ihr Zustand bleibe so oder verschlechtere sich weiter, so dass sie früher oder später am Sinn ihres Lebens verzweifeln. Aber entgegen früheren Lehrmeinungen sind auch nach schwerem Krankheitsverlauf von fünf oder zehn Jahren – manchmal deutliche – Besserungen möglich.

● *Spezifische Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen*

Bei den funktionellen Einschränkungen, die nach einer akuten schizophrenen Episode zurückbleiben können, handelt es sich nicht um unbefristete konstante Einbußen wie beim Verlust eines Beines, sondern um ein fragiles Gleichgewicht auf reduziertem Niveau in Abhängigkeit von unterschiedlichen Kräften und Einflüssen.

Die folgenden Problemfelder sind Beispiele für funktionelle Einschränkungen im individuellen wie im sozialen Bereich, die einzeln oder in wechselnder Kombination und Ausprägung auftreten können:

- Der Betroffene ist in der Familie passiv, zurückgezogen, der frühere Schwung fehlt auch bei der Arbeit oder beim Zugehen auf andere Menschen.
- Akustische Hintergrundreize, z.B. im Großraumbüro, können nicht mehr automatisch ausgeblendet werden, sondern stören die Aufmerksamkeit und Konzentration auf die vorgenommene Aufgabe.
- Die gefühlsmäßige und soziale Bedeutung von verbalen Mitteilungen, sozialen Signalen und Situationen ist unsicher geworden oder sie werden als feindselig wahrgenommen.
- Unklare, widersprüchliche, konfliktreiche soziale Situationen in der Familie oder am Arbeitsplatz werden zu schweren Belastungen und führen oft zu Rückzug oder Fehlreaktionen.

Der Betroffene nimmt in der Regel diese Veränderungen bei sich wahr und versucht sie bis zur Erschöpfung durch zusätzliche Willensanstrengungen, Überprüfung der Wahrnehmungen, Ordnung und Regelmäßigkeit usw. zu kompensieren.

Leistungseinbußen und auffälliges Verhalten können zu Störungen der Partizipation und schließlich zur Ausgliederung und Isolation führen, insbesondere wenn die Bezugspersonen des betroffenen Menschen (Angehörige, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und Vorgesetzte) nicht erkennen, dass das veränderte Verhalten durch eine Krankheit verursacht ist. Die soziale Benachteiligung wirkt sich wiederum ungünstig auf die Krankheit/ Schädigung sowie die funktionellen Einschränkungen aus und sollte schon deshalb möglichst vermieden werden.

Die verschiedenen Stresssituationen, die Kompensationsversuche des Betroffenen und die Reaktionen der Bezugspersonen haben einen starken Einfluss auf das Rückfallrisiko und den längerfristigen Verlauf der Erkrankung und Behinderung. Sie müssen deshalb in die therapeutischen und rehabilitativen Überlegungen einbezogen werden.

● *Entstehung*

Allgemein anerkannt ist inzwischen das sogenannte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell, das als integratives Krankheitsmodell medizinisch-biologische sowie psychosoziale Aspekte berücksichtigt. Danach müssen für die Entstehung einer Schizophrenie mehrere Faktoren in einer bestimmten Weise zusammenkommen und zusammenwirken. Der Begriff der Vulnerabilität besagt dabei nichts anderes, als dass ein Mensch – aufgrund bestimmter biologischer und psychosozialer Faktoren in seiner Lebensentwicklung – anfällig (vulnerabel) für diese Krankheit ist. Diese Anfälligkeit zeigt sich insbesondere in Störungen der Informationsverarbeitung, in Besonderheiten im Erleben und Fühlen sowie in Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Kompetenz.

Die auslösenden Stressfaktoren sind in erster Linie Intensität, Komplexität und Konflikthaftigkeit emotionaler Beziehungen. Mit Bewältigung sind alle Versuche einer Person gemeint, ihre Krankheit wahrzunehmen, zu verstehen und sich dazu zu verhalten – mit allen konstruktiven oder destruktiven Möglichkeiten.

2.2.2 *Affektive Störungen (F 3)*

● *Entstehung, Störungsbild und allgemeine Prognose*

Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Gemüthsstimmung, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder nicht so häufig zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

Bei der Entstehung haben biologische und psychosoziale Faktoren (insbesondere Belastungssituationen) in unterschiedlicher Gewichtung eine große Bedeutung.

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

Meist treten die Depressionen als Episoden oder Phasen auf. Bei 2/3 der Erkrankten heilt die Episode komplett aus, auch ohne Behandlung. Vor der Psychopharmaka-Ära dauerte dies meist sechs bis acht Monate, mit Antidepressiva, Psychotherapie und ggf. Schlafentzug werden die Phasen erheblich verkürzt oder abgemildert. Doch kann bei 15 bis 20% der Erkrankten die Depression auch länger als 12 Monate dauern mit der Gefahr der Chronifizierung.

Wenn zusätzlich zu depressiven Phasen auch manische Episoden vorkommen, so wird dies als bipolare affektive Störung bezeichnet. Das Lebenszeitrisiko beträgt 1 bis 2%, bei Frauen und Männern gleich. Manische Episoden allein sind selten.

Bei Dysthymien ist die depressive und bei Zylothymien die depressive und manische Stimmungsschwankung leichteren Grades als bei den depressiven bzw. bipolaren affektiven Erkrankungen. Die älteren Begriffe haben eine neue Bedeutung bekommen und charakterisieren chronische, d.h. über mindestens 2 Jahre, monopolar bzw. bipolar verlaufende affektive Erkrankungen. Ihre Prävalenz ist mit zusammen 4% als hoch zu bewerten. Diese Erkrankungen stellen für die Betroffenen eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität dar, insbesondere wenn sie schon im Jugendalter beginnen und zu schwerwiegenden schulischen, beruflichen und zwischenmenschlichen Problemen führen. Die Störung kann durch depressive Episoden bzw. bipolare Erkrankungen sowie durch Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch kompliziert sein (Komorbidität). Die oben genannten Begriffe benennen Krankheitsbilder, die früher häufig als Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen bezeichnet wurden.

● *Spezifische Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen*

In den depressiven Phasen der manisch-depressiven Erkrankung sind die Patienten tief traurig – ohne real einfühlbaren Anlass –, mutlos, kraftlos, verzweifelt; was ihnen sonst Freude oder Genuss bereitet, wirkt fade, grau. Am schlimmsten erleben sie das Gefühl der Gefühllosigkeit, die innere Versteinerung bis hin zur Unfähigkeit des Gefühls von Trauer und Schmerz. Die wahnhaftige Gewissheit, todkrank, finanziell ruiniert, schwer schuldig zu sein, ist dem kranken Menschen mit Argumenten nicht auszureden. Solche Diskussionen treiben ihn nur noch weiter in die Einsamkeit seiner Depression. Häufig sind Schlaf und Appetit gestört, die Hormonsteuerung ist beeinträchtigt (z.B. Schilddrüsen- und Sexualhormone).

In der beginnenden manischen Phase können zunächst erfreuliche Tatkraft und Kreativität im Vordergrund stehen. Bei ausgeprägter Manie beeinträchtigt der kranke Mensch seine Familie, Freunde, Kollegen und Vorgesetzte in starkem Maße durch seine rastlose Überaktivität.

Die Behandlungsmöglichkeiten wurden in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich verbessert, so dass viele kranke Menschen ambulant behandelt werden können.

2.2.3 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (F 4, F 6)

● *Störungsbild und allgemeine Prognose*

Die Symptome treten mit folgenden Schwerpunkten auf: Phobien, generalisierte oder anfallsartige Ängste, Zwänge sowie Depressionen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen. 15% der Bevölkerung erkranken in ihrem Leben an Angststörungen und 2 bis 3% an Zwangsstörungen.

Neurotisch gestörte Menschen werden häufig falsch eingeschätzt oder nicht ernst genommen und versuchen vielfach, alle eigenen Kräfte zusammenzuhalten, um im sozialen Bereich zu bestehen. Für Außenstehende entsteht dann oft der Eindruck eines plötzlichen Krankheitsereignisses, wenn die Kompensationsanstrengungen versagen.

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

- je höher der Leidensdruck und die Motivation zur Behandlung sind,
- je kürzer bzw. je geringer Beeinträchtigungen im beruflichen Leistungsvermögen und der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung vorliegen.

Des öfteren kann es im Laufe eines Lebens zu einem Symptomwandel kommen, so dass eine Zeitlang psychosomatische Störungen im Vordergrund stehen, zu anderen Zeiten eine depressive Verstimmung oder eine Phobie. Ebenso können sich z.B. Ängste in Zwänge umwandeln.

Die Persönlichkeitsstörungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Dazu gehören paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, impulsive, histrionische, anankastische, ängstliche, abhängige und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sowie der Borderline Typus.

● *Spezifische Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen*

Neurotische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen können je nach Art und Ausprägung zu vielfältigen erheblichen Beeinträchtigungen im persönlichen und beruflichen Leben führen.

Die auftretenden Funktionseinschränkungen können von einer Beeinträchtigung sozial und/oder situativ angemessenen Verhaltens und Handelns bis hin zur erheblichen Beeinträchtigung in der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung reichen.

- *Entstehung*

Bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen wurde für die diagnostische Einteilung das „Neurosenkonzept“ ebenso aufgegeben wie das „Endogenitätskonzept“ bei den Psychosen.

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

Klinisch sind sogenannte „neurotische“, „reaktive“ und „endogene“ Depressionen oft nicht sicher zu unterscheiden.

2.2.4 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F 0)

Das psychopathologische Spektrum ist sehr vielfältig, doch lassen sich die Merkmale dieser Störungen in zwei Hauptgruppen gliedern. Zum einen Syndrome, die regelmäßig durch Störungen der kognitiven Funktionen (Störungen des Gedächtnisses, des Lernens und des Intellekts) oder Störungen des Sensoriums (wie Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörungen) geprägt sind, zum anderen Syndrome, bei denen die auffälligsten Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte (Wahn), der Stimmung und der Gefühle (Depression, gehobene Stimmung, Angst) oder im gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster liegen, während kognitive oder Störungen des Sensoriums kaum oder gar nicht festzustellen sind.

Die letztgenannte Gruppe von Störungen können Zustandsbildern in den Abschnitten F 2 bis F 4 und F 6 sehr ähneln. Die Patienten benötigen deshalb neben einer entsprechenden psychiatrischen Behandlung und ggf. erforderlichen Rehabilitationsleistungen auch eine sorgfältige Behandlung des körperlichen Leidens unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Krankheitsanteilen.

- *Schadensbild und allgemeine Prognose*

Auch wenn am Anfang deutliche Ausfallerscheinungen auftreten, ist die Symptomatik einer hirnorganischen Störung oft zu einem großen Teil rückbildungsfähig. Die Prognose hängt entscheidend von der raschen und gezielten Einleitung von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen ab. Das Ausmaß bleibender Schäden und Beeinträchtigungen ist zum Teil erst mehrere Jahre nach Eintritt der Hirnschädigung endgültig zu ermitteln.

Entscheidend für die Prognose ist auch die subjektive Verarbeitung und Bewältigung der erlebten Beeinträchtigungen im biografischen Kontext.

- *Entstehung*

Die organische Ursache wird als primär bezeichnet, wenn diese auf Erkrankungen, Verletzungen oder direkte Störungen des Gehirns zurückzuführen ist. Von sekundärer Hirnfunktionsstörung wird gesprochen, wenn die Erkrankung

anderer Organe das Gehirn mitbetrifft. In Abhängigkeit von der Lokalisation der Schädigungen, von Art und Umfang und zeitlicher Entwicklung resultieren vielgestaltige Störungsbilder.

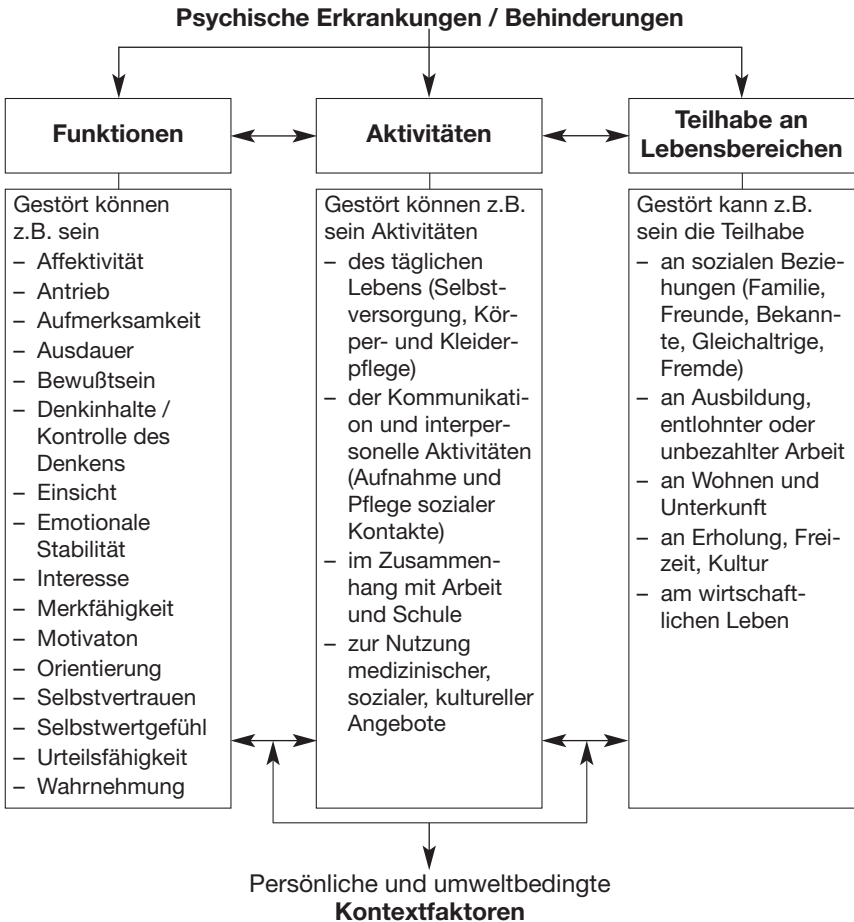
2.3 Diagnoseübergreifende Aspekte

Für die vorgenannten Formen psychischer Erkrankungen gibt es einerseits typische bzw. spezifische und für die klinische Diagnostik bedeutsame Merkmale. Andererseits gibt es keine spezifische Eigengesetzlichkeit der jeweiligen psychischen Erkrankungen, nach der ein bestimmter Krankheitsverlauf und entsprechend das Auftreten von Funktionsausfällen und sozialen Beeinträchtigungen gleichsam vorprogrammiert wären. Vielmehr sind psychische Erkrankungen und Behinderungen in ihrem individuellen Verlauf stark von psychosozialen Faktoren beeinflusst und im Einzelfall weniger nach diagnostischen Kriterien vorhersagbar.

Darüber hinaus hat bereits die kurze Darstellung der wichtigsten Diagnosengruppen verdeutlicht, dass die Ausformung einer Erkrankung – auch bei gleicher Diagnose – im Einzelfall sehr unterschiedlich sein kann. Dementsprechend unterschiedlich können auch Art und Ausmaß der infolge bzw. in Verbindung mit der Erkrankung auftretenden Funktionsausfälle und sozialen Beeinträchtigungen sein.

Häufig erkennen Betroffene psychische Störungen nicht als krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und nehmen daher notwendige Hilfen nur bedingt in Anspruch. Zudem werden psychische Erkrankungen – da sie zunächst unverständlich und nicht nachvollziehbar erscheinen – von den Betroffenen wie von der Umwelt vielfach noch als Makel erlebt. Dabei wird oft verkannt, in welchem Umfang psychisch erkrankte Menschen Willensanstrengungen aufwenden, um mit ihrer Erkrankung selbst fertig zu werden oder Veränderungen im Erleben und Verhalten nicht offenkundig werden zu lassen. Hieraus können Veränderungen in der Symptomatik entstehen (von Kreislaufregulationsstörungen, Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus bis hin zu schweren Erschöpfungszuständen), die auch für den behandelnden Arzt die Erkennung der psychischen Erkrankung erschweren. Eine unterlassene oder unzureichende Behandlung der psychischen Erkrankung kann zu einer Chronifizierung und damit einhergehend zu einer Gefährdung oder Beeinträchtigung in der Fähigkeit führen, den Alltag zu bewältigen und/oder zu arbeiten.

Abb. 3: Psychische Erkrankungen und Behinderungen



Diese Abbildung veranschaulicht unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beispielhaft die unterschiedlichen möglichen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung und läßt die Wechselwirkung zwischen den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen erkennen. Sie verdeutlicht damit, daß es sich bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des erkrankten Menschen, der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.

In ihrem Verlauf sind psychische Erkrankungen eher dynamisch und führen in der Regel zu Auswirkungen in den verschiedenen Lebensbereichen Beruf, Freizeit und Privatleben. Dabei sind stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verknüpft und stehen in einem Prozess von Wechselwirkungen zur psychischen Erkrankung/Behinderung. Dementsprechend werden psychische Störungen erst durch genauere Kenntnis der Persönlichkeit des erkrankten Menschen und seines sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen verstehbar. Für die Diagnostik ist daher ebenso wie für die Behandlung und Rehabilitation die Berücksichtigung der Komplexität des Zusammenwirkens biologischer, psychischer und sozialer Faktoren unerlässlich.

Abb. 4: Schritte zur Klärung des Bedarfs an psychiatrischen Hilfen⁷

Aufgaben	Interventionsziele	Bedingungsfeld
Mit der erkrankten Person und ihren Bezugspersonen Krankheitsverständnis, Therapieziele und -mittel, Kränkungen und Enttäuschungen unter Berücksichtigung von Selbstbild und Lebenszielen bearbeiten	Symptome bessern Wahrnehmung der Beeinträchtigung schärfen Wirkungen und Nebenwirkungen der <ul style="list-style-type: none"> – medikamentösen – soziotherapeutischen – psychotherapeutischen Behandlung verstehen und belastende und entlastende Situationen erkennen und steuern lernen Fördern der verbliebenen Fähigkeiten, fördern von kompensatorischen Fähigkeiten Ausgleich verbleibender Beeinträchtigungen: soziales Netzwerk stabilisieren Ausgleich sozialer Benachteiligungen (z. B. Arbeit, Sozialversicherung, Geld, Wohnen, Angehörige, Freunde)	Unter Berücksichtigung der situations- bzw. umfeldspezifischen subjektiven Bedeutungen und Wechselwirkungen in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit

Die Übersicht zeigt Schritte zur Klärung des Hilfebedarfs einer Person, der leistungsrechtlich verschiedenen Bereichen zugeordnet sein kann und je nach Situation des Einzelfalles Leistungen der Krankenbehandlung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen umfassen kann.

7) Aus: Volker Kauder, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bonn 1997, S. 17

Für die Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs ist daher bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen die diagnostische Zuordnung nur sehr allgemein maßgeblich. Vielmehr ist die differenzierte Erfassung und Beschreibung von Funktionsstörungen, ggf. bestehenden Strukturschäden sowie von Ressourcen und Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Aktivitäten und der Partizipation (vgl. Abb. 3) im Einzelfall die Grundlage, von der aus zusammen mit dem Patienten die Ziele und Zwischenziele sowie die darauf gerichteten Schritte zu besprechen, zu „verhandeln“ und auf den Weg zu bringen sind.

3. Rehabilitationsziele und ihre Umsetzung

Ziel von Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) ist, den psychisch kranken oder behinderten Menschen zu befähigen, ein möglichst eigenständiges Leben in einem Umfeld zu führen, das so normal wie möglich ist. Dazu sollen Hilfen beitragen, um

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

Dieser komplexe Prozess beinhaltet als – miteinander verflochtene – Teilziele

- Krankheitsbewältigung,
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit,
- gesellschaftliche Eingliederung,
- Erlangung der Teilerwerbsfähigkeit,
- Herstellung der vollen Erwerbsfähigkeit.

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

- arbeitet,
- häusliche und familiäre Verantwortung übernimmt,
- Freizeit sinnvoll nutzen kann,

und so insgesamt Zufriedenheit mit seinem Leben erreicht.

In dieser Zielsetzung befasst sich Rehabilitation mit der Realisierung befriedigender sozialer Rollen.

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

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

Wenn psychisch erkrankte Menschen z.B. niemals selbständig gelebt haben, noch nicht über einen längeren Zeitraum gearbeitet haben oder nicht gelernt haben, stützende persönliche Beziehungen einzugehen und zu pflegen, kann

man nicht davon ausgehen, dass sie dies plötzlich alles tun könnten. Dies bedeutet aber nicht, dass hier kein Wechsel eintreten kann.

3.1 Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigung ist bei chronischen Erkrankungen kein einmalig abzuschließender Akt, sondern bedarf wie das Leben der Weiterentwicklung, Veränderung und Auseinandersetzung. Damit wird Krankheitsbewältigung bei chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen für die Betroffenen zu einem lebensbegleitenden Prozess und zu einer langfristigen Aufgabe für die sie hierbei unterstützenden und behandelnden Menschen.

Einsicht in eine psychische Erkrankung oder Behinderung zu entwickeln und den Umgang mit der Krankheit zu lernen, ist in der Regel für den psychisch erkrankten Menschen mit vielfältigen Kränkungen verbunden. Indem sich die eigene Person als schwach, verletztlich, krank, eingeschränkt und behindert herausstellt, erfährt das ohnehin gestörte Selbstwertgefühl eine erneute Beeinträchtigung.

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

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

Im Unterschied zu somatisch kranken/behinderten Menschen können bei psychisch kranken und behinderten Menschen Fähigkeiten gestört sein, die für den Prozess der Krankheitsbewältigung wichtig sind. Dies ist besonders zu berücksichtigen.

Ausgehend von der Einsicht in das Vorliegen von Störungen und Beeinträchtigungen umfasst Krankheitsbewältigung andererseits den Erwerb von Fähigkeiten zu einem auf gegenwärtiges sowie künftiges Handeln und Verhalten angemessenen Umgang mit der Erkrankung und den in Folge der Erkrankung auftretenden Beeinträchtigungen.

In diesem Prozess, der die Integration der psychischen Erkrankung in das Selbstbild, die Auseinandersetzung mit veränderten Lebenszielen und ggf. mit dem sozialen Status als psychisch behinderter Mensch erfordert, ist als erschwerend das weithin mangelhafte Verständnis für diesen Personenkreis zu berücksichtigen. Während häufig das Festhalten z.B. an neurotischen Zwangshandlungen oder an für Außenstehende offenkundigen Illusionen über die künftige Lebensgestaltung für die Betroffenen eine wichtige Schutzfunktion hat, kann jede Konfrontation zu einem unangemessenen Zeitpunkt eine erneute Krise provozieren, da sich die Betroffenen in ihrem Angewiesensein auf die Illusionen oder die Zwangshandlungen nicht ernst genommen fühlen.

Der Prozess der Krankheitsbewältigung wird z.B. geprägt von

- der Auseinandersetzung mit der Situation der Ersterkrankung, der Erfahrung der Diagnose, den Auswirkungen der Erkrankung auf die eigene Lebensgeschichte,
- der Aufarbeitung von Erfahrungen der Etikettierung und Stigmatisierung, der Erfahrungen von Ausgrenzung und sozialer Entwurzelung,
- dem Ringen um ein realistisches Selbstbild jenseits von Selbstüberschätzung und -unterschätzung,
- der Frage nach Kontakten und Beziehungen zu anderen Menschen, der Frage von Partnerschaft,
- die Auseinandersetzung mit den Angehörigen und das Bemühen um Abstand und Versöhnung mit ihnen,
- der Angst vor dem Sterben und den Sehnsüchten danach,
- dem Wunsch nach einem „normalen“ Leben, unabhängig von Behandlung und Betreuung und den Ängsten und Befürchtungen vor einem eigenverantwortlichem Leben.

Der Prozess der Krankheitsbewältigung ist zugleich auch ein Prozess der Trauerarbeit, in dem es nicht nur gilt, mit gegenwärtigen Beeinträchtigungen leben zu lernen, sondern z.B. auch das Trauern um ungelebtes Leben, das Verschmerzen von nicht gesammelten Erfahrungen als Mann oder Frau, das Versagen in der Rolle als Tochter oder Sohn, Mutter oder Vater.

● *Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung*

Alle Aktivitäten und Leistungen zur Teilhabe haben einen psychotherapeutischen Aspekt, der bei der Krankheitsbewältigung besonders deutlich hervortritt. Dementsprechend muss psychotherapeutische Kompetenz in jedes Rehabilitationsteam eingebunden sein.

Darüber hinaus erfordert die Krankheitsbewältigung vor allem bei chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen eine spezifische Sensibilität und Kompetenz bei allen Mitgliedern des Rehabilitationsteams. Vielfältige Aspekte der Kränkung wie auch der Notwendigkeit der handlungsbezogenen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte werden häufig erst bei der praktischen Erprobung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und bei der qualifizierten Begleitung und Unterstützung der Betroffenen im Alltag deutlich und erfordern ein situativ angemessenes therapeutisches Handeln.

3.2 Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Je nach Art und Ausprägung der psychischen Erkrankung und Behinderung können in unterschiedlichem Ausmaß Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zu

einer eigenverantwortlichen und selbständigen Lebensführung vorübergehend oder auch für einen längeren Zeitraum auftreten.

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

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

Diese Zielsetzung erfordert einerseits bei den Mitgliedern des therapeutischen Teams eine Haltung, die den psychisch kranken und behinderten Menschen das im Einzelfall größtmögliche Maß an Eigenverantwortlichkeit erhält und die Betroffenen in ihrer Eigenverantwortlichkeit anspricht. Andererseits sind Rahmenbedingungen notwendig, die möglichst weitgehend der Realität des Alltagslebens entsprechen und Überforderung ebenso vermeiden wie Unterforderung.

● *Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit*

Wesentliche Voraussetzung für die Verhinderung bzw. Aufhebung von Pflegebedürftigkeit ist einerseits die Vermittlung, Förderung und Erprobung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst eigenständigen Alltagsbewältigung, andererseits ein hierfür unerlässliches Maß an persönlicher Stabilität und die Entwicklung eines realistischen Selbstbildes.

Neben der möglichst realitätsnahen Förderung und Erprobung alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen hierbei Maßnahmen der Aktivierung und der körperlichen sowie der psychischen Stabilisierung besondere Bedeutung zu. Da psychisch erkrankte und behinderte Menschen häufig auch unter Störungen in der Beziehung zu und in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers leiden, sind neben sozio- und milieuthérapeutischen Maßnahmen auch physio- und bewegungstherapeutische Hilfen zur Erkundung und Erprobung des eigenen Körpers und damit der eigenen Kräfte und Fähigkeiten erforderlich.

Sofern der Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht vermieden werden kann, ist auch hier der Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationärer Hilfen zu berücksichtigen, da in einer von der Notwendigkeit der Alltagsbewältigung geprägten Umgebung am ehesten Anreize zur Erlangung größerer Selbständigkeit entstehen. Dementsprechend ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, inwieweit eine Betreuung durch ambulante Einrichtungen und Dienste mit psychiatrisch qualifiziertem Personal möglich ist. Die längerfristige Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Pflegeheim) sollte nur dann in Betracht gezogen werden, wenn unter Ausschöpfung der ambulanten Hilfen keine ausreichende Stabilisierung und Entlastung möglich ist.

3.3 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielen darauf ab, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern. Von besonderer Bedeutung ist dabei – wie auch bei der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit – die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst eigenständigen Alltagsbewältigung.

Das Alltagsleben enthält einerseits eine große Vielfalt von sozialen Rollen, die es auszufüllen gilt, wie:

- im familiären Zusammenhang (z.B. als Mutter, Vater, Sohn oder Tochter),
- im Freundes- und Bekanntenkreis (z.B. als Gastgeber oder Gast, als Gesprächspartner oder Partner für gemeinsame Unternehmungen),
- im Bereich des Wohnens als Mieter oder Eigentümer einer Wohnung,
- im Bereich der Alltagsbewältigung und der Selbstversorgung (z.B. als Kunde in Geschäften und bei Banken),
- im sportlichen, kulturellen oder geselligen Bereich (z.B. als Vereinsmitglied, Theater- oder Kinobesucher, Gast eines Restaurants),
- im sozialen und psychiatrisch/psychosozialen Bereich (z.B. als Antragsteller bei Behörden, als Nutzer von Angeboten).

Andererseits ist der Alltag von der Bewältigung regelmäßig wiederkehrender Handlungsabläufe geprägt, z.B. dem Einkaufen, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Körper- und Kleiderpflege, darüber hinaus aber auch von besonderen Tätigkeiten, wie der Pflege von Interessen und Hobbys.

Bereits die Bewältigung der scheinbar selbstverständlichen Aufgaben des alltäglichen Lebens kann für psychisch erkrankte und behinderte Menschen eine große Anforderung darstellen – auch wenn sie grundsätzlich über das dafür notwendige Wissen und die notwendigen Fertigkeiten verfügen. So kann es sein, dass sie aufgrund ihrer wechselnden inneren Befindlichkeit hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten verunsichert sind, sich auch bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben nicht auf sich selbst verlassen und durch innere Irritationen dabei beeinträchtigt werden können. Unter diesem Aspekt kommt der Förderung und Entwicklung von Gewohnheiten zur Bewältigung der alltäglichen Anforderungen besondere Bedeutung zu.

● *Maßnahmen zur gesellschaftlichen Eingliederung*

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

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

- Alltagsbewältigung und Selbstversorgung,

- Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung,
- Förderung der Beziehungsfähigkeit und sozialer Kontakte,
- Inanspruchnahme notwendiger medizinischer, sozialer oder psychiatrischer Angebote,
- Förderung von Neigungen und Interessen, z.B. im kulturellen oder sportlichen Bereich.

Je nach Art, Ausprägung und Umfang des Hilfebedarfs sind unter dem Aspekt der möglichst alltagsnahen Gestaltung der Hilfen

- vorrangig ambulante Hilfen (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, ambulante psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, ambulante Rehabilitation, Institutsambulanz, Betreutes Wohnen) und/oder solche Angebote, die ein Verbleiben im eigenen Lebensumfeld ermöglichen (z.B. tagesklinische Behandlung, Tagesstätten) in Anspruch zu nehmen und erst
- nachrangig stationäre Angebote (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Übergangswohnheime).

3.4 Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere einzelne Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt

- ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,
- eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Patienten zu bilden,
- ein einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit,
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität,
- soziale Kontakte und Unterstützung,
- Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus),
- Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung sowie Handlungsspielräume durch eigenes Geld.

Dieser vielschichtigen und weitreichenden Bedeutung von Arbeit ist auch bei verminderter oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit durch Rehabilitationsangebote unter der Perspektive des Erhalts oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes – möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – Rechnung zu tragen.

Für psychisch erkrankte oder behinderte Menschen ohne berufliche Erstausbildung bzw. ohne qualifizierten Schulabschluss sind durch Maßnahmen der

schulischen Bildung bzw. der Berufsausbildung zunächst die Voraussetzungen für eine berufliche Eingliederung zu schaffen.

Bei der beruflichen Rehabilitation von psychisch behinderten Menschen sind Zeitmuster zu berücksichtigen, die dem spezifischen Verlauf psychischer Erkrankungen und Behinderungen entsprechen. Der Rehabilitationsverlauf muss langfristig offen sein für Änderungen zum Besseren, aber auch Rückschläge einbeziehen, die jedoch nie von vornherein endgültig sind.

Bei schizophrenen Erkrankungen können die Krankheitsschübe Wochen, Monate oder Jahre dauern. Nach einem Krankheitsschub kann es jahrelange Abschnitte mit nur geringen oder gar keinen Beeinträchtigungen geben. Vor allem bei anfangs schweren Beeinträchtigungen nimmt die Tendenz zur Besserung oder gar völligen Wiederherstellung oft erst nach Jahren deutlich zu. So kann z.B. nach jahrelanger beschützender Arbeit eine stabile Besserung eintreten, so dass dann berufsvorbereitende oder -bildende Maßnahmen erfolgversprechend werden.

Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) sind je nach Lage des Einzelfalles

→ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

- der Erhalt des Arbeitsplatzes (z.B. durch begleitende Hilfen, arbeitsplatz-erhaltendes Case-Management),
- die Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz (z.B. berufliche Anpassung, Weiterbildung),
- die Wiedereingliederung oder
- die Eingliederung auf einem Arbeitsplatz, ggf. bei behinderungsgerechter Gestaltung des Arbeitsplatzes;

→ auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z.B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen)

- die Aufnahme einer Beschäftigung oder
- der Erhalt der Beschäftigung.

Um die bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen besonders wichtige Stabilität und Kontinuität des sozialen Umfeldes zu erreichen, sollte der Betroffene bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach Möglichkeit in seiner gewohnten Umgebung bleiben können, um soziale Kontakte so weit wie möglich zu erhalten und die Kontinuität in ggf. erforderlichen Behandlungs- und Betreuungskontakten (z.B. zu niedergelassenen Nervenärzten und/oder ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und Diensten) nicht zu gefährden.

● *Leistungen zur beruflichen Eingliederung*

Die individuell erforderlichen Hilfen und Maßnahmen sind auszurichten an

- der Eignung und Neigung des psychisch kranken und behinderten Menschen,

- der schulischen Bildung,
- dem aktuellen beruflichen Status und den Vorerfahrungen sowie
- der Art und Schwere der Behinderung.

Entsprechend den Besonderheiten psychischer Erkrankungen und Behinderungen sollten die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker und behinderter Menschen in der beruflichen Rehabilitation so weit wie möglich berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für

- die Rehabilitationsberatung,
- die Erstellung und Fortschreibung des Rehabilitationsplanes auf der Grundlage einer fachlich angemessenen Diagnostik und Reha-Zielorientierung,
- die therapeutisch notwendige Kontinuität der schulisch- bzw. beruflich-rehabilitativen Betreuung bei der Durchführung der verschiedenen Maßnahmen und der Bewältigung des damit verbundenen Wechsels der Umgebung, der Bezugspersonen und der sozialen Kontakte.

Für den Personenkreis der psychisch kranken und behinderten Menschen, die noch keinen für eine Berufsausbildung erforderlichen qualifizierten Schulabschluss (z.B. Haupt- oder Realschule) haben, sind nach Abklärung von Neigung und Fähigkeiten zunächst Möglichkeiten zum Nachholen der Schulabschlüsse, wie sie z.B. von Volkshochschulen angeboten werden, als Voraussetzung für eine berufliche Erstausbildung zu nutzen.

Für psychisch kranke und behinderte Menschen, die über keine beruflichen Vorerfahrungen bzw. keine Berufsausbildung verfügen oder deren Berufstätigkeit so weit zurückliegt, dass nicht unmittelbar daran angeknüpft werden kann, sind ggf. *berufsvorbereitende Maßnahmen* erforderlich. Diese sind auch in Betracht zu ziehen, wenn keine ausreichend gesicherten Erkenntnisse vorliegen, welche Maßnahmen geeignet sind, das Ziel der beruflichen Rehabilitation zu erreichen. Berufsvorbereitende Maßnahmen im weitesten Sinne sind z.B.

- Arbeitserprobung, Trainingsmaßnahmen,
- Maßnahmen der Eignungsabklärung,
- Förderungslehrgänge,
- Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge.

Diese Maßnahmen haben teils diagnostische, teils vorbereitende Funktionen. An ihrem Ende steht die Beurteilung des Leistungsvermögens aufgrund der praktischen Erprobung und die Formulierung für das weitere Vorgehen.

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

langfristigen Krankheitsverlauf in Betracht, wenn durch vorbereitende Maßnahmen die Ausrichtung auf ein bestimmtes Berufsziel auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich geworden ist. Berufsbildende Maßnahmen sind

- Ausbildung,
- Weiterbildung, insbesondere berufliche Anpassung.

Bei der *Eingliederung in das Erwerbsleben* benötigen psychisch kranke und behinderte Menschen ggf. persönliche Hilfen, wie z.B. Beratung in Problemsituationen, stützende und motivierende Betreuung und evtl. Hilfe bei der behindertengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsorganisation in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber, ggf. unter Einschaltung des Betriebsrates (und Beteiligung der Arbeitskollegen/-innen). Dementsprechend kommt Hilfen zur Integration in Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse sowie der begleitenden Hilfe durch das Integrationsamt (§ 102 SGB IX) bei der Eingliederung psychisch kranker und behinderter Menschen besondere Bedeutung bei der Erhaltung von Arbeitsplätzen und der langfristigen Sicherung von Rehabilitationserfolgen durch eine nachgehende Hilfe zu. Bei psychisch kranken und behinderten Menschen, deren Leistungsfähigkeit wesentlich gemindert ist, können Ausgleichszahlungen an den Arbeitgeber einen wichtigen Faktor für den Erhalt eines Arbeitsplatzes beinhalten. Bei dem Minderleistungsausgleich wie bei der berufsbegleitenden psychosozialen Betreuung im Arbeitsleben handelt es sich um Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht (vgl. Kap 6.3.1 und 7.8).

3.5 Hilfen und Leistungen zur sozialen Sicherung

Sofern der psychisch erkrankte oder behinderte Mensch nicht in der Lage ist, seine Interessen und Ansprüche hinsichtlich der

- Sicherstellung der materiellen Existenz, insbes. Geltendmachung von finanziellen Ansprüchen auf der Grundlage von Leistungsgesetzen (z.B. gegenüber dem Kranken- oder Rentenversicherungsträger, dem Sozialhilfeträger oder der Bundesanstalt für Arbeit);
- Erlangung bzw. dem Erhalt einer Wohnung

selbst wahrzunehmen, ist diesem Bereich besondere Aufmerksamkeit durch die Beteiligung der entsprechenden Sozialen Dienste zu widmen.

Um einen etwaigen Bedarf an Hilfen zur sozialen Sicherung ermitteln zu können, ist dieser Bereich bei der Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten und Einrichtungen regelmäßig zu klären.

Insbesondere bei einer stationären Krankenhausbehandlung ist z.B. zu klären, ob

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

4. Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsdiagnostik

4.1 Grundsätze der Rehabilitation

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

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

erbracht werden.

Wesentliches Instrument zur Umsetzung dieser Grundsätze und zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs im Einzelfall ist die Erarbeitung eines mit dem Rehabilitanden und allen an seiner Behandlung und Rehabilitation beteiligten Fachkräften abgestimmter, zielorientierter Rehabilitationsplan (vgl. Kap. 4.6), der die im Einzelfall angestrebten Ziele und Zwischenziele sowie den bestehenden spezifischen Bedarf an Hilfe und Förderung des psychisch kranken und behinderten Menschen berücksichtigt.

4.2 Voraussetzungen zur Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind dann erforderlich, wenn Leistungen der ambulanten und stationären Krankenbehandlung einschließlich der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, darunter auch die Psychotherapie, zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit, der Förderung der Aktivitäten und der Teilhabechancen an Lebensbereichen nicht ausreichen.

Im gestuften Versorgungssystem sind über die kurative Versorgung hinaus Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Teilhabe am Arbeitsleben und/oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft angezeigt, wenn das Ziel nur durch eine komplexe interdisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. Dabei kann auch die medizinische Notwendigkeit und Dringlichkeit zur sofortigen Einleitung einer komplexen Rehabilitationsleistung bestehen, obgleich nicht alle Möglichkeiten der Krankenbehandlung ausgeschöpft wurden.

Für alle Leistungsgruppen (medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) gilt, dass diese nur in Betracht kommen, wenn die individuelle

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit und
- positive Rehabilitationsprognose

festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

● *Rehabilitationsbedürftigkeit*

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen (hier insbesondere die psychischen Funktionsstörungen) und/oder Einschränkungen der Aktivitäten die Teilhabe an Lebensbereichen bedroht oder beeinträchtigt ist.

Eine Rehabilitationsabklärung ist auch vorzunehmen, wenn infolge einer psychischen Erkrankung eine Aufnahme zur klinisch-stationären psychiatrischen Behandlung unumgänglich geworden ist. Insbesondere die Tatsache wiederholter Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern beinhaltet einen offenkundigen Hinweis auf eine drohende oder eingetretene Chronifizierung einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung.

Sofern eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, ist zu ermitteln, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft angezeigt sind.

Maßgebend für die Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs sowie für die sozialmedizinische Beurteilung sind nicht die klassifizierenden Diagnosen, sondern Art und Umfang einer drohenden oder eingetretenen Behinderung und deren Auswirkungen auf die persönliche, familiäre, soziale und berufliche Situation. Hierzu ist eine mehrdimensionale Diagnostik erforderlich, die neben dem Krankheitsbild auch die persönlichen, beruflichen und sozialen Folgen der Erkrankung berücksichtigt. Eine differenzierte Erfassung der notwendigen Angaben wird zum Teil erst während der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen möglich sein.

Darüber hinaus ist die Erhebung diagnostischer Daten während rehabilitativer Maßnahmen fortzuschreiben, da sich psychische Erkrankungen eher dynamisch entwickeln und die Möglichkeit auftretender Schwankungen in der persönlichen Stabilität und Belastbarkeit, der sozialen Anpassungsfähigkeit und der beruflichen Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen sind.

● *Rehabilitationsfähigkeit*

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und

Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe.

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

Der Stabilisierung im Alltag und bei der Alltagsbewältigung kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gewonnene Fähigkeit zu einer möglichst eigenverantwortlichen Alltagsgestaltung und -bewältigung bildet die Voraussetzung für die Einleitung erfolgversprechender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollte eine Erprobung der beruflichen Belastungsfähigkeit – z.B. im Rahmen des Arbeitstrainings – vorausgehen.

An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass der Information und Aufklärung des psychisch kranken und behinderten Menschen wie auch seiner Angehörigen über Sinn und Ziel von in Betracht kommenden Maßnahmen große Bedeutung zukommt (vgl. Kap. 1.3.3), um den Betroffenen zur Mitwirkung und die Angehörigen zur Unterstützung zu gewinnen.

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

Bei einer kleinschrittigen und flexiblen Rehabilitationsplanung ist prognostisch jeweils grundsätzlich die Möglichkeit der Besserung durch die rehabilitativen Maßnahmen in Betracht zu ziehen.

● *Rehabilitationsprognose*

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotenzial) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

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

Während früher die Rehabilitationsfähigkeit und die Erfolgsaussichten bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen oft unterschätzt wurden – was bei einem chronischen Verlauf der Erkrankung vielfach in eine Negativprognose mündete –, weisen die neueren Studien sowohl bei Erst- und Wiedererkrankungen wie auch bei z.T. jahrzehntelang hospitalisierten psychisch behinderten Menschen auf Rehabilitationserfolge hin.

● *Rehabilitationsziel*

Das Rehabilitationsziel bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht darin, möglichst frühzeitig Funktions-/Aktivitätsstörungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende oder bereits manifeste Teilhabestörungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation zielt nicht nur auf Verbesserung der alltagsrelevanten sondern auch der berufsbezogenen Funktions-/Aktivitätsstörungen (erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit).

Unter kritischer Würdigung der individuellen Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose wird das alltagsrelevante Rehabilitationsziel (bzw. die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele) aus den Funktions- und Aktivitäts-/Teilhabestörungen abgeleitet, die den Rehabilitanden in der selbstständigen Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche beeinträchtigen, die als Grundbedürfnisse menschlichen Lebens beschrieben werden.

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen umfasst die Zielsetzung auch, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

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

4.3 Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik

Während die Krankheitsdiagnostik die „regelwidrigen körperlichen, geistigen oder psychischen Zustände“ erfasst und die Funktionsdiagnostik im engeren Sinne auf die Erfassung von Einschränkungen organischer, geistiger oder psychischer Funktionen zielt, muss die Rehabilitationsdiagnostik darüber hinaus auch ausdrücklich die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen konkret berücksichtigen. Für die erforderliche mehrdimensional ausgerichtete Diagnostik bietet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, vgl. Abb.3) einen zentralen Orientierungsrahmen, die eine Betrachtung der Verknüpfung von Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen (Funktion – Aktivität – Teilhabe) ermöglicht und dabei auch personenbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren berücksichtigt.

Zentrale Bedeutung kommt dabei einerseits der Person in ihren sozialen Bezügen und ihrer Biografie einschließlich des Selbstbildes des kranken und behinderten Menschen (persönliche Wertvorstellungen und Ziele, Haltung

gegenüber der eigenen Lebensgeschichte und der Erkrankung) zu, andererseits der differenzierten Ermittlung sowohl der vorhandenen bzw. verbliebenen Fähigkeiten und Fertigkeiten wie auch der drohenden oder bestehenden Behinderungen.

Fragenkatalog: Erkrankung/Behinderung und Hilfebedarf

Der nachstehende Fragenkatalog⁸ veranschaulicht die Bedeutung einer personen- und lebensfeldbezogenen Betrachtungsweise. Er illustriert zugleich exemplarisch die Aspekte und Lebensbereiche, die im Rahmen der Rehabilitationsdiagnostik von zentraler Bedeutung sind. Einen systematischen Leitfaden zur Erhebung und Beschreibung des Rehabilitationsbedarfs enthält der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (vgl. 4.6).

- *Welche Symptome/Schädigungen liegen vor aus*
 - fachlicher Sicht?
 - Sicht des kranken und behinderten Menschen?
 - Sicht der Bezugspersonen?
- *Entfaltung der Persönlichkeit*
 - Ist die Fähigkeit zur Selbstwerteinschätzung behindert/eingeschränkt?
 - Besteht eine Neigung zu psychischen Fehlhaltungen und Fehlreaktionen?
 - Liegt eine gehemmte oder gesteigerte Aggressivität vor?
 - Besteht eine labile Stimmung?
 - Liegen Störungen im Bereich der Sexualität vor?
 - In welchem Umfang verfügt der Betroffene über Neigungen und Fähigkeiten zur Ausgestaltung seines Lebens und seines persönlichen Lebensraumes?
 - Verfügt der Betroffene über die Fähigkeit, sich selbst einführend zu erleben?
 - Wie werden psychische Störungen oder Behinderungen (insbesondere auch in ihren Auswirkungen hinsichtlich einer veränderten Lebensplanung) von dem Betroffenen verarbeitet?
- *Zusätzliche andere Erkrankungen*
 - Bestehen zusätzliche organische Krankheiten?
 - Welche Beziehungen bzw. Wechselwirkungen bestehen zwischen organischen Erkrankungen und den psychischen Störungen?
 - Gibt es Hinweise auf Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit?

8) Entwickelt in Anlehnung an Fragen in den „Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen“, herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2001, und das „Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ in Kruckenberg/Kunze 1999

- *Biologisch-psychologische Veränderung (sofern somatische Krankheitsanteile vorliegen)*

- Wie werden die somatischen Krankheitsanteile verarbeitet?
- Erfolgt eine Fixierung auf organische Krankheitsbilder?
- Welchen Stellenwert hat der somatische Krankheitsfaktor im sozialen Zusammenhang?
- Liegen wechselnde organische Störungen vor?
- Handelt es sich um eine psychosomatische Reaktionsbildung?
- Haben Medikamente Anteil an somatischen Beschwerden, ggf. welchen?

- *Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich einer selbstständigen Lebensführung*

Ist der Betroffene hinsichtlich einer selbstständigen Lebensführung in der Lage,

- seine persönlichen Interessen auszudrücken und zu verwirklichen?
- sich ausreichend mit Lebensmitteln zu versorgen und Mahlzeiten zuzubereiten?
- seine Wohnung/sein Zimmer zu pflegen?
- sich und seine Kleidung zu pflegen?
- wirtschaftlich mit seinem Einkommen zu haushalten?
- öffentliche Angebote (z.B. im kulturellen, psychosozialen Bereich) in Anspruch zu nehmen?
- ggf. notwendige Informationen (z.B. bei Behörden) einzuholen?
- eigenverantwortlich ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen?

- *Familiäre Integration*

- Unterhält er Kontakt zu seinen Eltern und Geschwistern?
- Bestehen Ablösungsschwierigkeiten von den Eltern?
- Wohnt er als Erwachsener noch bei den Eltern?
- Wurden Partnerbeziehungen aufgebaut und wie sind sie verlaufen?
- Lebt er getrennt vom Ehepartner/in Scheidung?
- Erfährt er Unterstützung vom Partner/von seiner Familie?
- Verhält sich die Familie überbehütend?
- Spricht er Konflikte in der Familie/Partnerschaft an und trägt sie aus?
- Unterhält er von sich aus Kontakt zu weiteren Verwandten?

● *Außerfamiliäre soziale Integration*

- Wie ist seine Wohnsituation (allein, in einer Wohngemeinschaft; Lage, Größe und Ausstattung der Wohnung)?
- Besteht ein fester Freundeskreis am Wohnort?
- Unterhält er Kontakte zu Nachbarn und anderen Personen im Wohngebiet?
- Nimmt er von sich aus Kontakte auf?
- Spricht er Konflikte mit Nachbarn oder anderen Personen an und trägt er sie aus?
- Nimmt er am öffentlichen Leben teil (Vereine, Besuch von kulturellen, sportlichen, politischen Veranstaltungen)?

● *Berufliche Leistungsfähigkeit*

- Ist der Betroffene in der Lage, seine erworbenen Qualifikationen einzusetzen?
- Ist der Betroffene am gegenwärtigen Arbeitsplatz über- oder unterfordert; ggf.: worin besteht die Über- oder Unterforderung?
- Liegen infolge der psychischen Störungen/organischer Störungen/Medikamenteneinflüsse Beeinträchtigungen in der beruflichen Belastbarkeit/Leistungsfähigkeit vor?

● *Soziale Integration am letzten oder derzeitigen Arbeitsplatz*

- Entspricht der Arbeitsplatz dem Lebensziel, dem Ausbildungsniveau?
- Wie ist das Verhältnis zu Vorgesetzten/Kollegen/Mitarbeitern?
- Arbeitet der Betroffene an einem isolierten Arbeitsplatz, an dem sich wenig Kontakte zu anderen Menschen ergeben?
- Sind die Arbeitsanforderungen zu hoch/zu niedrig?
- Unterhält der Betroffene während der Arbeit regelmäßig Kontakt zu anderen Kollegen – zu Vorgesetzten?
- Entzieht er sich dem Kontakt zu Kollegen?
- Spricht er Konflikte am Arbeitsplatz von sich aus an und versucht er sie zu lösen?
- Bringt der Betroffene seine Interessen zum Ausdruck, versucht er sie durchzusetzen?
- Wird der Betroffene in Arbeitsabsprachen mit einbezogen?
- Wird er an Gesprächen (z.B. Unterhaltung in Pausen) beteiligt?
- Wird er um seine Meinung oder seinen Rat gefragt?
- Wird die Integration am Arbeitsplatz durch eine veränderte/beeinträchtigte Selbstwerteinschätzung behindert?

4.4 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten

Psychische Erkrankungen und Behinderungen stellen besondere Anforderungen an die gutachterliche Tätigkeit, da sie erst durch genauere Kenntnis der erkrankten Person, ihrer Entwicklung und ihres sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen verstehbar und in ihren Auswirkungen erfassbar werden. Die Anforderungen an ein Gutachten sind bei den verschiedenen Rehabilitationsträgern unterschiedlich ausgestaltet⁹⁾, wobei regelmäßig Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziel (vgl. Kap. 4.2) darzustellen sind. Dabei sind Angaben zu einzelnen oder mehreren der folgenden Bereiche zu machen:

- Diagnosen, Symptomatik, Krankheitsvorgeschichte,
- Persönlichkeit und Krankheitsverarbeitung,
- Sozialanamnese,
- Vorhandene Fähigkeiten sowie Art und Ausprägung von Beeinträchtigungen,
- Vorschläge zu Art und Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Prognose auf der Grundlage praktischer Erprobung.

Da diese Angaben nicht nur für das gutachterliche Verfahren, sondern vom Grundsatz her auch für die Ermittlung des Bedarfs an Hilfen und Förderung durch die Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation von handlungsleitender Bedeutung sind, werden die einzelnen Bereiche im Folgenden ausführlicher dargestellt.

● *Diagnose, Symptomatik, Krankheitsvorgeschichte*

Die klinische Diagnose ist ebenso wie die Beschreibung der Symptomatik ein unerlässlicher Bestandteil des Gutachtens. Für die sozialmedizinische Beurteilung und die Klärung der Notwendigkeit, der Art und des Umfangs von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind sie jedoch nicht vorrangig entscheidend. Erst das individuell ausgeprägte Spektrum von funktionellen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen gibt die Hinweise auf die geeigneten Leistungen.

Die Erfassung der Krankheitsvorgeschichte bietet dabei wichtige Anhaltspunkte für den Grad der Chronifizierung einer Erkrankung sowie bestehender Behinderungen und informiert über vorausgegangene Behandlungsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen).

9) Vgl. z.B.: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation, Essen 2001. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Das ärztliche Gutachten, Hinweise zur Begutachtung, Frankfurt a.M. 2000 (www.vdr.de – Stichwort: Sozialmedizin). Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Hinweise zur Begutachtung, Frankfurt a.M. 2001

● *Persönlichkeit und Krankheitsverarbeitung*

Die Beschreibung der Persönlichkeit des psychisch kranken und behinderten Menschen und seiner Krankheitsverarbeitung gibt Aufschluss darüber, inwieweit er sich seiner Erkrankung bewusst sein kann und dies auch durch sein Verhalten zum Ausdruck bringen kann.

Eine Rehabilitationsmotivation kann z.B. angenommen werden, wenn der psychisch kranke und behinderte Mensch

- Krankheitsgefühle äußert und Leidensdruck zeigt,
- ärztlichen Empfehlungen nachkommt,
- aus eigener Initiative ärztliche Hilfe beim Auftreten von Störungen in Anspruch nimmt,
- seine Chancen und Risiken einigermaßen realistisch einzuschätzen vermag,
- realistische Erwartungen an die von ihm gewünschte Leistung zur Teilhabe knüpft.

Insbesondere bei chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen werden hier krankheitsbedingte Einschränkungen und Beeinträchtigungen vorliegen, sodass die Erarbeitung einer Rehabilitationsmotivation selbst zu einer zentralen Aufgabe rehabilitativer Arbeit wird.

● *Sozialanamnese*

Die Erhebung der Sozialanamnese enthält wichtige Hinweise zum Verständnis der Persönlichkeit einschließlich der persönlichen Wertvorstellungen, der Lebensziele und der Stellung des psychisch kranken und behinderten Menschen im Gefüge seiner sozialen, insbesondere der familiären Umgebung. Angesichts der Bedeutung, die eine angemessene positive Erwartungshaltung des sozialen Umfeldes, vor allem auch der Angehörigen, für den Erfolg rehabilitativer Maßnahmen hat, enthält die Sozialanamnese nicht nur Hinweise auf den Rehabilitationsbedarf des Betroffenen, sondern auch auf den Umfang und die Intensität der Einbeziehung der sozialen Umgebung und der Angehörigen.

Der Lebenslauf (biografische Anamnese) und die Erfassung der familiären Situation (Familienanamnese) ermöglichen u.a. Einblicke in die schulische und berufliche Entwicklung, die gegenwärtige berufliche, finanzielle und soziale Situation einschließlich der Wohnsituation. So wird deutlich, in welchem Umfang der Betroffene berufliche und alltagspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln und erproben konnte, z.B. selbständige Haushaltsführung, Selbstversorgung mit Lebensmitteln, mehrjährige Berufstätigkeit.

Die Sozialanamnese gibt damit wichtige Hinweise auf den Rehabilitationsbedarf, insofern aus ihr hervorgeht,

- ob bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten bereits erworben und erprobt wurden und gegenwärtig krankheits- bzw. behinderungsbedingt beeinträchtigt sind oder

- ob bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten noch nicht erworben oder nur in geringem Umfang erprobt werden konnten und bei rehabilitativen Maßnahmen entsprechend zu berücksichtigen sind.

Daneben ist bei der Sozialanamnese den sozialen Beziehungen, insbesondere den Familienbeziehungen, Beachtung zu widmen, da sie Hinweise auf die Beziehungsfähigkeit, die Entwicklung sozialer Kompetenzen und den Aufbau bzw. das Vorhandensein tragfähiger Sozialkontakte geben.

● *Vorhandene Fähigkeiten sowie Art und Ausprägung von Beeinträchtigungen*

Ausschlaggebend für die Beurteilung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen ist die Erfassung vorhandener Fähigkeiten, an die angeknüpft werden kann sowie von Art, Ausprägung und Ausmaß von Beeinträchtigungen im Hinblick auf die angestrebte Lebensform einschließlich der beruflichen Perspektive und dem sich daraus ergebenden Bedarf an Hilfen und Förderung.

Hierzu ist eine umfassende Erhebung sowohl der vorhandenen wie auch der beeinträchtigten oder noch nicht erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich (vgl. Kap. 2). Dabei sollten auch die durch behandelnde Ärzte sowie durch Psychologen, Sozialarbeiter, Rehabilitationsberater, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten gewonnenen Informationen und Erkenntnisse – und wenn möglich auch die von Angehörigen, Arbeitskollegen und Vorgesetzten – einfließen. Definitive Angaben über vorhandene wie über beeinträchtigte Fähigkeiten und Fertigkeiten und das Ausmaß bestehender Behinderungen können teilweise erst im Verlauf bereits begonnener Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gewonnen werden.

Die Erhebung zuverlässiger Angaben über Art und Ausmaß der Behinderung ist unerlässlich für die Ermittlung und Festlegung realistischer, in kleinen Schritten anzustrebender Rehabilitationsziele, die damit zugleich einem unrealistischen Optimismus wie auch einer resignativen Einstellung entgegenwirken können.

● *Prognose auf der Grundlage praktischer Erprobung*

Während es eine Reihe von prognostischen Kriterien gibt (z.B. Dauer der Erkrankung, Ausmaß und Grad von Beeinträchtigungen), vor deren Hintergrund eine statistische Prognose möglich ist, kann eine individuelle Rehabilitationsprognose nur für einen jeweils überschaubaren Zeitraum auf der Grundlage praktischer Erprobungen – möglichst im eigenen Lebensfeld oder zumindest in einem realistischen alltagsnahen Kontext – zu stellen sein. Dies setzt im Einzelfall die Ausschöpfung des gestuften Systems rehabilitativer Hilfen und angemessene Erprobungszeiträume unter möglichst realitätsnahen Bedingungen voraus. So sollte z.B. eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erst auf der Grundlage der Erfahrungen einer Arbeits- und Belastungserprobung – möglichst in einem betrieblichen Kontext – in Betracht gezogen werden.

4.5 Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsplanung

Eine individuelle Rehabilitationsplanung und -prognose kann oft nur anhand praktischer Erprobungen unter möglichst realitätsnahen Bedingungen erstellt werden, da Umfeldfaktoren den Verlauf der Erkrankung und damit auch den Erfolg von Rehabilitationsleistungen beeinflussen. Aufgrund der Komplexität der Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren ist die Rehabilitationsplanung auf den Einzelfall auszurichten. Dabei sind die jeweils vorhandenen und die beeinträchtigten oder fehlenden Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen ebenso zu berücksichtigen wie dessen Biografie, Lebensziele und Selbstbild sowie die Erwartungen, die Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen in bezug auf den Betroffenen haben.

Dem dynamischen Verlauf psychischer Erkrankungen und Behinderungen entsprechend muss im Prognoseverfahren wie bei der Rehabilitationsplanung die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass Schwankungen in der persönlichen Stabilität mit Auswirkungen in den Bereichen Alltagsbewältigung, soziale Beziehungsfähigkeit und berufliche Belastbarkeit auftreten können. Hierzu ist ein dynamisches Gutachten- und Prognoseverfahren erforderlich, das sich auf überschaubare Zeitabschnitte und kleinschrittige Rehabilitationsziele bezieht und im Rehabilitationsprozess fortgeschrieben wird.

Die vor diesem Hintergrund – sofern Rehabilitationsfähigkeit besteht – zu stellende Rehabilitationsprognose sollte dabei zunächst davon ausgehen, dass durch rehabilitative Maßnahmen eine Besserung eintreten kann. Diese Haltung gründet sich darauf, dass

- auch bei mehrjähriger, teilweise jahrzehntelanger Chronifizierung der Erkrankung mit weitreichenden funktionellen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen in der Regel noch Rehabilitationserfolge möglich sind;
- gerade die Induktion einer positiven Erwartungshaltung hinsichtlich der angestrebten Rehabilitationsziele durch die Behandelnden wie auch durch das soziale Umfeld, insbesondere die Angehörigen, ein wesentlicher Faktor für erfolgreiche Rehabilitationsleistungen ist.

Für die Bewilligung bestimmter Leistungen, z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesanstalt für Arbeit oder die Rentenversicherungsträger, ist eine präzise Prognostik erforderlich. Allein die Möglichkeit, dass eine Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eintreten kann, beinhaltet hier keine ausreichende Bewilligungsgrundlage. Die Erreichung des Rehabilitationszieles muss hier hinreichend wahrscheinlich sein.

Um eine entsprechend aussagekräftige und möglichst zuverlässige Prognose erstellen zu können, ist im jeweiligen Einzelfall eine praktische Erprobung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und der persönlichen Belastbarkeit unverzichtbar. So muss z.B. das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung „voraussichtlich“ zu erreichen sein. Ein geringerer Grad von Wahrscheinlichkeit, also die bloße Möglichkeit des Rehabilitationserfolgs, genügt nicht.

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

- Förderung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Befähigung zur Inanspruchnahme notwendiger Hilfen,
- Förderung und Erprobung alltagspraktischer Fertigkeiten,
- Förderung und Erprobung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten,
- Belastungserprobung,
- Berufsfindung und zur beruflichen Anpassung,
- Förderung und Erprobung beruflicher Fertigkeiten,
- Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

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

Das System der Hilfen ist darüber hinaus flexibel zu gestalten, um bei krankheits- und/ oder behinderungsbedingten Schwankungen in der persönlichen Stabilität und Belastbarkeit dem sich verändernden Bedarf an Hilfe und Förderung zu entsprechen (vgl. Kap. 5).

Die Festlegung der anzustrebenden Rehabilitationsziele erfolgt in Abstimmung mit dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung von dessen Selbstbild und Lebenszielen, ausgehend von Art und Ausmaß der eingetretenen oder drohenden Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie der Dauer der Erkrankung und Behinderung, z.B.:

- Bei einem chronisch psychisch erkrankten und behinderten Menschen, der über einen längeren (mehrjährigen) Zeitraum in einer stationären Einrichtung versorgt oder von Angehörigen in der eigenen Familie betreut wurde, ist langfristig zunächst die Befähigung zu einer möglichst eigenständigen und von Pflege weitgehend unabhängigen Lebensführung durch rehabilitative Maßnahmen anzustreben.
- Bei einem berufstätigen, in eigenem Haushalt lebenden erstmals psychisch erkrankten Menschen werden – je nach Art und Ausmaß drohender oder eingetretener Beeinträchtigungen und Behinderungen – Maßnahmen zum Erhalt einer selbständigen Lebensführung und zum Erhalt bzw. der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund stehen.

4.6 Der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“

Die vorstehend beschriebenen Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik und die Rehabilitationsplanung erfüllt der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP“ (Kauder/Aktion Psychisch Kranke 1997, Bundes-

ministerium für Gesundheit 1999a), der ein wichtiges Hilfsmittel beinhaltet, um im Einzelfall notwendige Hilfen entsprechend dem aktuellen Bedarf zu erbringen und die Kontinuität von Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen – gerade in Anbetracht des gegenwärtig bestehenden institutionell differenzierten Systems von Hilfeangeboten (vgl. Kap. 6) zu gewährleisten.

Zur Strategie der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung gehört es, ein Gesamtproblem in konkret definierten und machbaren Schritten (mehrere Problemlösezyklen) aufzuarbeiten. Ein Problemlösezyklus umfasst dabei jeweils vier Schritte:

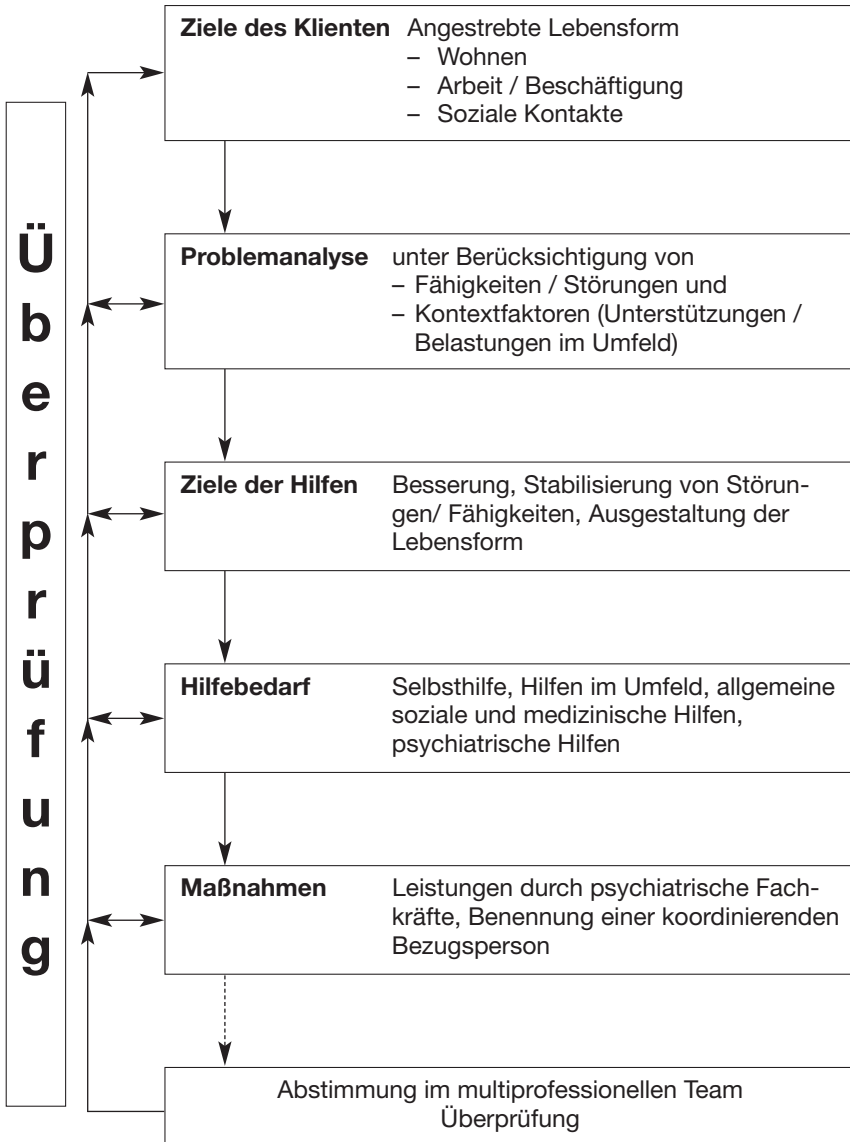
- **Problemdefinition:** Die möglichst genaue Erfassung und Beschreibung des Problems, Beschreibung des Problems unter Bezug auf die angestrebte individuelle Lebensform.
- **Zieldefinition:** Die Ermittlung und Abstimmung eines angestrebten (und realisierbaren) Ziels (ggf. unter Berücksichtigung von Teilzielen), das innerhalb eines überschaubaren und zu vereinbarenden Zeitraums erreicht werden soll.
- **Mittel zur Zielerreichung:** Die Festlegung von geeigneten und notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung.
- **Überprüfung der Zielerreichung:** Diese steht am Ende eines jeden Problemlösezyklus – zum Abschluss einer Maßnahme oder zu einem vereinbarten Zeitpunkt als Grundlage für den nächsten Problemlösezyklus.

Kern der Erstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans ist ein „Übersichtsbogen“. Als Hilfsmittel und Leitfäden zum Ausfüllen des Übersichtsbogens sind verschiedene Bögen und Instrumente entwickelt worden. Darüber hinaus kann es für einzelne Bereiche bzw. zur Planung spezifischer Maßnahmen sinnvoll und ggf. auch erforderlich sein, weitere Verfahren – z.B. aus der psychologischen Diagnostik – als Hilfsmittel zu nutzen.

Zur Umsetzung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans liegt ein ausführliches Handbuch vor (Gromann 2001). Des Weiteren sind die Bögen und Instrumente auch im Internet verfügbar (www.ibrp-online.de).

Abb. 5: Ablaufplan: Schritte zur inhaltlichen Erarbeitung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans

Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan – Übersichtsbogen –



5. Organisation und Ausgestaltung der Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen

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

Zu den zu berücksichtigenden Besonderheiten gehört insbesondere, dass sich chronische psychische Erkrankungen und Behinderungen nicht linear bzw. kontinuierlich im Sinne eines vorgezeichneten Schemas, sondern dynamisch und prozesshaft entwickeln (vgl. Kap. 1). Der Verlauf wird durch das Zusammenwirken und die wechselseitige Beeinflussung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren geprägt und erfordert ein mehrdimensionales Behandlungs- und Rehabilitationskonzept entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Hilfebedarf (vgl. Kap. 2.3 und 4).

Dabei sind bezüglich der Organisation und Ausgestaltung von psychiatrischen Hilfen folgende Leitlinien und Prinzipien handlungsleitend:

● *Gemeindeintegrierte Hilfen*

Um die sozialen Bindungen der psychisch kranken und behinderten Menschen zu erhalten und die Integration im gewohnten Lebensumfeld zu fördern, ist ein wohnortnahes Angebot an medizinischen, sozialen und beruflichen Maßnahmen zur Teilhabe erforderlich.

Die rehabilitativen Angebote sind auf regionaler Ebene – im Rahmen gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme – so aufeinander abzustimmen, dass sie je nach dem individuellen Bedarf einzeln, in Kombination oder nacheinander in unterschiedlicher Reihenfolge in Anspruch genommen werden können.

● *Koordination und Zugänglichkeit der Angebote*

Die einzelnen Maßnahmen und Angebote der Rehabilitation (vgl. Kap. 6) müssen durch eine enge Kooperation der beteiligten Einrichtungen und Dienste sowie der niedergelassenen Ärzte auf regionaler Ebene sowie vor allem auch für jeden Einzelfall abgestimmt und sinnvoll koordiniert sein.

Dabei ist psychisch kranken und behinderten Menschen entsprechend den individuellen Anspruchsvoraussetzungen und ihrem Bedarf an Förderung und Hilfe der Zugang zu entsprechenden Angeboten zu ermöglichen.

● *Flexible, am individuellen Bedarf orientierte Hilfen*

Aufgrund der Komplexität der Störungen und der behinderungsbedingten Schwankungen in der persönlichen Stabilität und dem Leistungsvermögen

muss die Rehabilitation schrittweise geplant, durchgeführt und die Prognose entsprechend fortgeschrieben werden. Dabei müssen Rehabilitationsplanung und -verlauf zielgerichtet und für den Rehabilitanden, für die Mitarbeiter in den Einrichtungen und die Leistungsträger überschaubar bleiben.

In den einzelnen Rehabilitationsabschnitten muss eine Anpassung an einen sich erhöhenden oder verringernden Bedarf an Förderung und Hilfe möglich sein, ohne dass der psychisch kranke und behinderte Mensch aus seinem sozialen Bezugssystem, zu dem auch die jeweiligen Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen gehören, ausgegliedert wird.

● *Kontinuität*

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

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

● *Realitätsnähe und Lebensfeldbezug*

Zu den wesentlichen Zielen gehört die Erhaltung oder die Eingliederung in möglichst normale Lebensverhältnisse. Die Lebensbedingungen während rehabilitativer Maßnahmen müssen daher soweit wie möglich an der Lebenswirklichkeit orientiert sein. Dementsprechend hat die Erbringung von Hilfeleistungen im gewohnten sozialräumlichen Umfeld – und je nach Erfordernissen auch im Lebensfeld – des Rehabilitanden (z.B. in der Wohnung bzw. dem Wohnumfeld, am Arbeitsplatz usw.) Vorrang vor der Aufnahme in die besondere Lebenswelt einer vollstationären Einrichtung.

Je größer der Unterschied zwischen den Bedingungen während der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und dem „normalen Leben“ ist, umso größer ist die Gefahr, dass die durch die Leistungen erzielten Erfolge nicht in das normale Leben übertragen werden können.

● *Einbeziehung des sozialen Umfeldes*

Ein wohnortnahes Angebot an rehabilitativen Hilfen ist zugleich auch Voraussetzung, um Ressourcen im sozialen Umfeld zu mobilisieren und ggf. bestehende Belastungen nach Möglichkeit zu vermindern.

Einzubeziehen sind nach den Besonderheiten des Einzelfalles als Bezugspersonen z.B.

- Angehörige,
- Nachbarn oder Vermieter,
- Vorgesetzte und Kollegen.

Die hierbei zu berücksichtigenden Aspekte und die Bedeutung der Einbeziehung von Bezugspersonen sind in Kap. 1.3.3 dargestellt.

● *Rehabilitationsförderndes Milieu*

In der rehabilitativen und therapeutischen Arbeit mit psychisch kranken und behinderten Menschen kann bei der Gestaltung des Umgangs und der Hilfen von dem Grundsatz ausgegangen werden, dass alle Einflüsse und Bedingungen als günstig anzusehen sind, die auch einen nicht behinderten Menschen in seiner sozialen Entwicklung fördern und stabilisieren.

Aufgrund ihrer Sensibilität und Verletzlichkeit benötigen psychisch kranke und behinderte Menschen in besonderem Maße ein Milieu, das von Verständnis und Respekt vor ihrer Autonomie geprägt ist.

Aufgrund ihrer häufig gestörten Beziehung zu sich und ihrer sozialen Umgebung – mit der Folge, beim Aufbau tragfähiger Beziehungen beeinträchtigt zu sein und sich nicht auf sich selbst verlassen zu können – benötigen sie eine Umgebung, in der sie Sicherheit und Verlässlichkeit erfahren können. Hierzu gehören neben Verlässlichkeit und Kontinuität sowie Klarheit und Eindeutigkeit im Kontakt auch übersichtliche und klare Strukturen aller institutionellen, räumlichen, personellen und finanziellen Verhältnisse.

Zu einem optimalen rehabilitativen Milieu gehört des Weiteren Beweglichkeit und Offenheit, um sich dem verändernden Hilfebedarf bei eintretenden Besserungen wie bei Verschlechterungen anpassen zu können.

Die wirksamsten Faktoren in Rehabilitationsprogrammen und damit Eckpfeiler eines rehabilitationsfördernden Milieus sind:

- Einbeziehung des Rehabilitanden als „Partner“,
- Förderung angemessen positiver Erwartungen,
- strukturierte Aktivitäten mit schrittweiser Übertragung von Verantwortung,
- aktions- statt erklärungsorientierte Behandlung,

-
- organisierte, strukturierte Programme, die Überforderung ebenso vermeiden wie Unterforderung,
 - Schwerpunktsetzung auf konkrete Fertigkeiten in Haushalt, Beruf usw.,
 - Schaffung von Kontakten in der Gemeinschaft,
 - stützende Begleitung.

● *Interdisziplinäres Team*

Psychiatrische Rehabilitation und Behandlung müssen sich mit den körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren der Erkrankung und Behinderung auseinandersetzen. Diesen komplexen Zusammenhängen wird durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit Rechnung getragen, in der insbesondere somatische, milieu- und soziotherapeutische sowie psychotherapeutische Vorgehens- und Verfahrensweisen von Bedeutung sind.

Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation werden erbracht von

- Ärzten für Psychiatrie oder Ärzten für Psychiatrie und Neurologie,
- Psychotherapeuten (Ärzten, Psychologen),
- Psychologen,
- Pädagogen,
- Sozialarbeitern/Sozialpädagogen,
- psychiatrischen Krankenpflegekräften,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapie),
- Krankengymnasten/Bewegungstherapeuten,
- Fachkräften für berufsfördernde Maßnahmen.

Diese Berufsgruppen bringen jeweils ihre spezifische Fachkompetenz in den Prozess der Rehabilitation ein, in dem – je nach den Besonderheiten des Einzelfalles – das Zusammenwirken von

- medizinischen,
- psychologischen,
- pädagogisch und/oder pflegerisch aktivierenden,
- sozial beratenden und begleitenden sowie
- berufsfördernden

Hilfen erforderlich ist.

Die Verwirklichung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Wahrnehmung des Betroffenen wie auch der angemessenen Nutzung der Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten erfordert bei

der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen besondere Anstrengungen.

Während im Rahmen der Krankenhausbehandlung (ambulant und stationär) sowie in ärztlich geleiteten Rehabilitationseinrichtungen ein multiprofessionelles Team institutionell abgesichert ist, muss bei den Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation und bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vielfach interdisziplinäre Zusammenarbeit über das Zusammenwirken mehrerer Dienste und Einrichtungen sichergestellt werden.

Dem Arzt kommt in der psychiatrischen Rehabilitation eine Schlüsselfunktion zu. Er ist neben der medizinischen Versorgung einschließlich der medikamentösen Behandlung insbesondere für die Einleitung, die Klärung des Umfangs und die Beendigung von notwendigen Leistungen zur Behandlung und Rehabilitation verantwortlich.

Für die Diagnostik, insbesondere die qualitativ und quantitativ möglichst genaue Erfassung von vorhandenen Fähigkeiten wie auch der Funktionsstörungen und die Fortschreibung der Rehabilitationsprognose, ist die Zusammenarbeit des Arztes mit den anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams unerlässlich, um die durch ärztliche Untersuchung und Behandlung gewonnenen Angaben mit den Erkenntnissen aus der praktischen Erprobung zusammenzuführen.

Darüber hinaus ist ein abgestimmtes Vorgehen erforderlich, um den sich allen Mitgliedern des therapeutischen Teams stellenden Aufgaben gerecht zu werden. Diese umfassen insbesondere die

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

Dabei ist als weitere Besonderheit der psychiatrischen Rehabilitation zu berücksichtigen, dass sich zum einen die Funktionsbereiche und Angebote von Diensten und Einrichtungen (vgl. Kap. 6), zum anderen die Aufgaben einzelner Berufsgruppen überschneiden.

6. Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Das System der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen befindet sich in einem Prozess der fortlaufenden Weiterentwicklung. In den letzten drei Jahrzehnten stand dabei vor allem der Auf- und Ausbau wohnortnaher und ambulanter Hilfen im Vordergrund, um die Einbindung des sozialen Umfeldes in die Versorgung zu ermöglichen und für den psychisch kranken und behinderten Menschen den Erhalt des Verbleibs im gewohnten Lebensfeld zu gewährleisten.

Vor dem Hintergrund bestehender Organisationsstrukturen und Finanzierungsregelungen war diese Entwicklung zunächst von einer fortschreitenden institutionellen Differenzierung und einer damit einhergehenden Fragmentierung des Hilfesystems geprägt. Es entstanden viele verschiedene jeweils maßnahmemhomogene institutionelle Angebote für Personen mit im Querschnitt gleichem Hilfebedarf mit der Konsequenz, dass bei Veränderungen des Hilfebedarfs auch ein Wechsel von einer Einrichtung zu einer anderen notwendig wird (Konzept der institutionellen Rehabilitationskette): Fremdbestimmte Beziehungsabbrüche und immer neue Entwurzelungen sind die Folge. Andererseits weisen die Leistungsangebote der verschiedenen Einrichtungen und Dienste auch mehr oder weniger große Überschneidungen auf.

Diese Situation gab Anlass, von der herkömmlichen „einrichtungsbezogenen“ Betrachtungsweise abzuweichen und eine funktionale Betrachtungsweise zu Grunde zu legen. Danach ist für die Qualität und Leistungsfähigkeit eines gemeindepsychiatrischen Hilfesystems die Zahl der vorhandenen Einrichtungen und Dienste nur von nachrangiger Bedeutung. Entscheidend ist, dass die vorhandenen Einrichtungen und Dienste in der Lage sind, die für den regionalen Bedarf erforderlichen Hilfsfunktionen in den Bereichen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe bezogen auf die Lebensfelder

- Selbstversorgung / Wohnen,
- Teilhabe am Arbeitsleben,
- Tagesgestaltung und Kontaktstiftung

zu gewährleisten.

Bei der nachstehenden Darstellung der heute bestehenden Einrichtungen und Dienste zur Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen sind drei Besonderheiten zu berücksichtigen:

- Der überwiegende Teil der Angebote bietet jeweils ein – teilweise breit gefächertes – Spektrum von Hilfen an; dementsprechend bestehen Überlappungen zwischen den Aufgabenbereichen einzelner Einrichtungen und Dienste, die regional unterschiedlich ausgeprägt sind.

- Die Hilfeangebote sind hinsichtlich ihrer Aufgabenstellung und personellen Ausstattung in den einzelnen Bundesländern zum Teil unterschiedlich strukturiert. Selbst bei identischer Bezeichnung bestehen teilweise Unterschiede in Aufgabenstellung und Zielsetzung des jeweiligen Angebotes.
- Bei der Bezeichnung der einzelnen Dienste und Einrichtungen handelt es sich zunächst um „kostentechnische Bausteine“, für die teilweise – aufgrund von Unterschieden in zugrundeliegenden Konzeptionen – auch bei gleicher Bezeichnung unterschiedliche Finanzierungsregelungen bzw. -vereinbarungen bestehen.

Die gegenwärtig bestehenden und im Folgenden beschriebenen Einrichtungen und Dienste sind daher nicht unbedingt typisch für alle Versorgungsregionen. Aufgrund struktureller Entwicklungen sind bei einzelnen Angebotstypen durchaus Abweichungen und andere Schwerpunktbildungen möglich.

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

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

Dem Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme kommt daher insbesondere für den Personenkreis der chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen große Bedeutung zu. Der zum Teil komplexe Bedarf an rehabilitativen und nachgehenden Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen erfordert ein abgestimmtes und integriertes Angebot (vgl. Abb. 3).

Neben der Kooperation auf der institutionellen Ebene ist mit Menschen, die infolge der psychischen Erkrankung oder Behinderung einen komplexen Bedarf an Hilfe haben, jeweils im Einzelfall ein Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan (vgl. Kap. 4.6) zu erarbeiten, der auch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen des institutionell differenzierten Hilfesystems eine zentrale Grundlage für eine personenbezogene (einrichtungs- und ggf. leistungsträgerübergreifende), am individuellen Bedarf orientierte Erbringung von Hilfen beinhaltet.

6.1 Krankenbehandlung

6.1.1 Niedergelassene praktische- und Allgemeinärzte

Niedergelassene Ärzte sind vielfach eine erste Anlaufstelle für psychisch kranke und behinderte Menschen. Bei leichteren vorübergehenden psychischen

Beeinträchtigungen und Befindlichkeitsstörungen mit Krankheitswert können sie vielfach selbst den Patienten beraten und behandeln. Bei Bedarf überweist der niedergelassene Arzt den Patienten an einen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie.

6.1.2 *Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde (Nervenärzte)*

Aufgabe der niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der Nervenärzte ist die ambulante Behandlung psychisch und/oder neurologisch kranker Menschen. Sie umfasst insbesondere

- Diagnostik,
- Beratung auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Einzel- und Gruppengespräche,
- Pharmakotherapie,
- psychosomatische Grundversorgung,
- Psychotherapie,
- Notfallbehandlung und Krisenintervention,
- Verordnung von Ergotherapie, Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege.

Einige Ärzte haben über das in der ärztlichen Praxis übliche Personal hinaus zusätzlich spezifische Fachkräfte (z.B. für Krankenpflege, Soziotherapie) in der eigenen Praxis oder können im Bedarfsfall darauf zurückgreifen.

6.1.3 *Niedergelassene Psychotherapeuten*

Die Berufsbezeichnung Psychotherapeut ist seit dem 1. Januar 1999 gesetzlich geschützt. Sie darf nur noch von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten geführt werden. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört die Psychotherapie zu den Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Näheres zur Indikation, Zielsetzung und Durchführung sowie den zugelassenen Behandlungsverfahren einer psychotherapeutischen Behandlung ist in den „Psychotherapie-Richtlinien“ sowie der „Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“ geregelt (vgl. 7.1.1 Psychotherapie).

6.1.4 *Psychiatrische Kliniken*

Psychiatrische Kliniken (psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) verfügen über ein breites Spektrum an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

Die grundlegende Verbesserung der Ausstattung von psychiatrischen Kliniken mit therapeutischem Personal durch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) seit 1991 hat die Möglichkeiten zu individuellen Therapien unter Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie weiteren mit der Behandlung und Rehabilitation befassten Institutionen erheblich aus-
geweitet.

Die Psychiatrie-Personalverordnung basiert auf einem rehabilitativ ausgerich-
teten¹⁰ mehrdimensionalen Behandlungskonzept, das sich in die Bereiche All-
gemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie gliedert,
die dann jeweils wiederum in sechs Behandlungsbereiche untergliedert sind:

- Regelbehandlung,
- Intensivbehandlung,
- Rehabilitative Behandlung,
- Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker,
- Psychotherapie,
- Tagesklinische Behandlung.

Diese Behandlungsbereiche sind jeweils personenbezogen durch entspre-
chende individuelle Behandlungspläne (und nicht durch institutionelle Diffe-
renzierung, z.B. in Form von speziellen Stationen) umzusetzen.

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung umfasst neben der medizini-
schen Grundversorgung und der Pharmakotherapie auch Psychotherapie,
Arbeits- und Beschäftigungstherapie, sozio- und milieutherapeutische Ange-
bote, Bewegungstherapie.

Die Kliniken verfügen über multidisziplinäre Teams mit Fachärzten, (Fach-)
Krankenpflegekräften, Dipl.-Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungsthe-
rapeuten, Physiotherapeuten/Krankengymnasten und Sozialarbeitern/ Sozial-
pädagogen.

● *Tagesklinische Behandlung*

Tagesklinische Behandlung erfüllt eine Brückenfunktion zwischen vollsta-
tionärer und ambulanter Behandlung. Die Behandlung kommt für Patienten in
Betracht an Stelle oder nach stationärer Behandlung, wenn

- durch stationäre Behandlung eine gewisse Stabilisierung eingetreten ist,
- ein Aufenthalt während der Abend- und Nachtstunden sowie am Wochen-
ende in häuslicher Umgebung möglich, aber
- eine ambulante Behandlung nicht oder noch nicht ausreichend ist.

10) § 27 SGB IX enthält die Regelung, wonach die Ziele der medizinischen Rehabilitation auch bei Lei-
stungen der Krankenbehandlung gelten. Dieser Vorgabe wird im Bereich der psychiatrischen Kranken-
hausbehandlung schon seit längerem Rechnung getragen (vgl. die Beschreibung der Behandlungsziele
in der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Psych-PV).

Tagesklinische Behandlung wird zunehmend nicht nur in separaten Einheiten („Tagesklinik“), sondern auch integriert von der Station aus realisiert, die einen Patienten zuvor stationär behandelt hat („integrierte Tagesklinik“). Zunehmend wird von vorne herein tagesklinisch behandelt anstelle vollstationärer Behandlung.

Die tagesklinische Behandlung dient der (weitergehenden) psychischen Stabilisierung, der Belastungserprobung, der Förderung sozialer Fertigkeiten im Alltag und in der Arbeitswelt und der Befähigung zur Krankheitsbewältigung. Der Aufenthalt der Patienten in der häuslichen Umgebung während der Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende wird diagnostisch und therapeutisch genutzt, ebenso wie ggf. ein betriebliches Praktikum oder die stufenweise Wiedereingliederung am eigenen Arbeitsplatz als (stundenweise) ausgelagerte Arbeitstherapie.

Einige psychiatrische Kliniken realisieren Arbeits- und Beschäftigungstherapie auch in teilstationärer bzw. ambulanter Form. Dieses Angebot wendet sich an Patienten, die nach einer Krankenhausbehandlung spezifische Förderung im Bereich der Belastungserprobung benötigen.

Der tägliche Wechsel zwischen Therapie und Alltag ist in besonderem Maße geeignet, die Übertragung der Therapiefortschritte in das eigene Leben des Patienten und seine Verantwortung praktisch zu realisieren.

● *Psychiatrische Institutsambulanzen*

Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sind an psychiatrische Krankenhäuser sowie an Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung angegliedert. Ihr vorrangiges Ziel besteht in der Vermeidung von Krankenhausaufenthalt und der Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Mitarbeiterteams (z.B. Facharzt, Psychologischer Psychotherapeut, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, (Fach-)Krankenpflegekraft) aus.

Schwerpunktmäßig bieten sie – insbesondere im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung – chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen, die vom niedergelassenen Facharzt im Hinblick auf den komplexen Behandlungsbedarf nicht ausreichend versorgt werden können, die erforderliche vorsorgende, beratende, intervenierende und nachgehende Hilfe an, die auch Hausbesuche umfasst.

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

Zur Ermöglichung therapeutischer Kontinuität z.B. zwischen Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) und ambulanter fachpsychiatrischer Weiterbehandlung können perso-

nelle Brücken etabliert werden, indem Facharzt, Psychologe, Sozialarbeiter als Teilzeitkräfte sowohl in der Klinik wie auch in der Reha-Einrichtung (RPK) beschäftigt sind.

6.1.5 Soziotherapie-Leistungserbringer

Bei den Leistungserbringern von Soziotherapie (vgl. Kap. 7.2.1) handelt es sich um Sozialarbeiter/Sozialpädagogen oder Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie, die diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben, hierüber einen Vertrag mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden abgeschlossen haben und in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sind.

6.1.6 Ergotherapie-Praxen

Arbeits- und Beschäftigungstherapie gehört zu den therapeutischen Dienstleistungen, die unter die Heilmittel fallen. Seit August 1990 kann diese Leistung für psychisch kranke oder behinderte Menschen auch ambulant durch niedergelassene Ergotherapeuten erbracht werden (zu Aufgabenstellung und Leistungskatalog vgl. Kap. 7.1.1 Heilmittel).

6.1.7 Pflegedienste

Ambulante Pflegeeinrichtungen (teilweise sind auch andere Bezeichnungen gebräuchlich, wie z.B. Sozialstation, Hauskrankenpflege, Zentrum für pflegerische Dienste) erbringen ambulante Leistungen im Bereich der häuslichen Kranken-, Haus-, Familien- und Altenpflege. Sie verfügen über ein breitgefächertes Leistungsangebot, das in der Regel folgende Bereiche umfasst:

- häusliche Krankenpflege (gem. § 37 SGB V, vgl. Kap. 7.2.1) als Leistung der Krankenbehandlung,
- Hilfe zur Pflege nach BSHG,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V.

In einigen Bundesländern bzw. Regionen verfügen die Dienste zur häuslichen Krankenpflege schon seit längerem über psychiatrisch qualifiziertes Personal und bieten insbesondere zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sowie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung vor allem bei chronisch psychisch erkrankten Menschen Hilfen in der häuslichen Umgebung (vgl. 7.1.1 Häusliche Krankenpflege).

6.2 Medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

6.2.1 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen sind möglichst gemeindenaher Einrichtungen für Rehabilitanden, die umfas-

sende Hilfen und Förderung in den Bereichen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Das Versorgungsangebot umfasst ärztliche Behandlung, Psychotherapie, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung, Krankenpflege, Bewegungstherapie, Training der Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung sowie berufsvorbereitende Maßnahmen und Arbeitstraining im Rahmen einer integrierten Komplexleistung. Hierzu verfügen die Rehabilitationseinrichtungen über ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Krankenpflegefachkräften, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, nichtärztlichen Therapeuten und Fachkräften für berufsbezogene Hilfen/Maßnahmen.

Ziel der RPKs ist es, die Fähigkeiten des psychisch kranken oder behinderten Menschen zur Wiedereingliederung durch Aktivierung, körperliche und psychische Stabilisierung, Training der Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung sowie Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung von Krankheit zu erreichen. Außerdem werden – soweit erforderlich – durch Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung sowie Hinführung zu beruflichen Maßnahmen die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende und dauerhafte Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – auch in Integrationsprojekten – oder auf „beschützenden Arbeitsplätzen“ in Werkstätten für behinderte Menschen geschaffen.

Entstanden sind die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) auf der Grundlage der auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossenen „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte“ (vom 17. November 1986). Bestandteil der Empfehlungsvereinbarung ist ein Anforderungsprofil, das u.a. Regelungen zu den regionalen und institutionellen Rahmenbedingungen, zu den Zielen, Leistungsangeboten, den beteiligten Berufsgruppen sowie Zugangsvoraussetzungen enthält.

6.2.2 Psychosomatisch-psychotherapeutisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen

Psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen wenden sich in ihrer Schwerpunktsetzung vorrangig an einen anderen Personenkreis mit neurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Anpassungsstörungen im Rahmen von Lebenskrisen, der in dieser Arbeitshilfe nur am Rande berücksichtigt wird. Ein psychotherapeutisch orientiertes Rehabilitationsangebot z.B. für Rehabilitanden mit schizophrenen Psychosen wird im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nur in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten. Hier bestehen recht hohe Anforderungen hinsichtlich der psychischen Stabilität der Rehabilitanden

und der psychotherapeutischen Kompetenz sämtlicher Mitarbeiter des Rehabilitationsteams. Im Rahmen eines integrativen, biopsychosozialen Rehabilitationsansatzes liegt der Behandlungsschwerpunkt vor allem im verbalen und interaktionellen Bereich; ergänzend kommen übende, aktivitätsfördernde und kreativtherapeutische Elemente zum Einsatz. Therapeutische Interventionen erfolgen vorwiegend in offener bzw. geschlossener Gruppenform.

6.2.3 Sozialpsychiatrische Dienste

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

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

Die zentralen Aufgaben in der patientenbezogenen Arbeit liegen in der Gewährung vorsorgender und nachgehender Hilfen, auch durch Hausbesuche, sowie in der Krisenintervention. Ein Schwerpunkt ist die Kontaktaufnahme mit behandlungsbedürftigen Personen, die aus mangelnder Eigeninitiative bzw. eingeschränktem Hilfesuchvermögen nicht die erforderlichen psychiatrischen Hilfen von sich aus in Anspruch nehmen können. Diese Kontakte dienen dem Ziel, die Betroffenen an geeignete Einrichtungen und Dienste zu vermitteln und – sofern erforderlich – eine begleitende Hilfe durch eigene Mitarbeiter sicherzustellen.

In den meisten Bundesländern sind Sozialpsychiatrische Dienste Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens und organisatorisch an die kommunalen bzw. staatlichen Gesundheitsämter angegliedert. Sie nehmen hier in der Regel auch hoheitliche Aufgaben (Beteiligung am Unterbringungsverfahren) nach den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder wahr.

Sozialpsychiatrische Dienste verfügen in der Regel über ein multiprofessionelles Team (Facharzt, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und/oder psychiatrische Krankenpflegefachkräfte, z.T. Psychologen), dessen personelle Ausstattung teilweise von Region zu Region unterschiedlich ist. Baden Württemberg und Bayern haben in Bezug auf Sozialpsychiatrische Dienste einen Sonderweg beschritten mit zum Teil spezifischen Aufgabenstellungen.

6.2.4 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion / Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Die Aufgaben der Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sind je nach Bundesland unterschiedlich ausgerichtet und verbreitet. Sie arbeiten zumeist im Verbund mit anderen gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten (beispielsweise

Tagesstätte, Angebote des Betreuten Wohnens) und bieten psychisch kranken und behinderten Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung, Betreuung und Hilfe. Ihr Angebotsspektrum umfasst insbesondere Beratung, auch für Angehörige und Bezugspersonen und unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten ggf. auch

- Hilfen zur Tagesgestaltung,
- lebenspraktisches Training,
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie,
- Hilfe zum Erhalt und zum Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Hilfen zur Sicherung von häuslichen und materiellen Ansprüchen.

6.2.5 Tagesstätten

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

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

- Arbeits- und Beschäftigungstherapie,
- Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten,
- Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung der Neigungen und Interessen im Bereich der Freizeitgestaltung (kulturelle und sportliche Aktivitäten) sowie
- soziale Beratung umfasst.

Das Angebot wendet sich an ehemalige psychiatrische Patienten, die einen umfassenden Bedarf an Betreuung haben, für die das Angebot einer begleitenden und aktivierenden Hilfe (z.B. durch betreute Wohnangebote) oder einer nachgehenden ambulanten Betreuung (z.B. durch Sozialpsychiatrische Dienste) nicht ausreicht und die noch nicht die hinreichende Stabilität und Belastbarkeit für ein regelmäßiges Arbeits- und Beschäftigungsangebot erlangt haben.

6.2.6 *Betreute Wohnangebote (Betreutes Wohnen): Einzelwohnen, Paarwohnen, Wohngemeinschaften*

Betreute Wohnangebote haben sich in den Bundesländern mit einer Vielfalt unterschiedlicher Organisationsformen, konzeptioneller Orientierungen und personeller Ausstattungen entwickelt. Die herkömmlich zumeist angebotsbezogen vereinbarten Personalausstattungen variieren bundesweit zwischen

1 : 2,5 und 1 : 15, wobei es sich in der Regel auch bei einer intensiveren Betreuung durch Fachkräfte (zumeist Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Krankenpflegefachkräfte, z.T. auch Psychologen und Ergotherapeuten) um ein ambulantes Hilfeangebot handelt, das je nach Zielgruppe und Konzeption zumeist auch auf eine längerfristige Betreuung entsprechend dem Bedarf des Einzelfalles ausgerichtet ist. In einigen Bundesländern haben intensiver betreute Wohnangebote in Form von Wohngemeinschaften den Status eines teilstationären Hilfeangebotes. Die ärztliche Versorgung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Fachärzte oder Institutsambulanzen.

Das Betreuungsangebot umfasst bei allen betreuten Wohnangeboten Hilfe und Förderung im Bereich alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Lebensführung sowie soziale Beratung und Unterstützung bei der Sicherung der finanziellen und sonstigen Lebensgrundlagen: Geltendmachung von Ansprüchen auf finanzielle Leistungen wie z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Rente, Unterhaltsgeld sowie von Ansprüchen auf Hilfen in den Bereichen der medizinischen Versorgung und der sozialen und/oder beruflichen Hilfen.

Je nach personeller Ausstattung und konzeptioneller Orientierung werden tagesstrukturierende Angebote durch die Mitarbeiter selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten sichergestellt.

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

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung und der Erkenntnis, dass sich die verschiedenen ambulanten und stationären Wohnformen zumeist nur formal (beispielsweise über vereinbarte Personalausstattungen) unterscheiden, gibt es zunehmend Bestrebungen, diese herkömmliche Differenzierung und damit die Koppelung von Wohnform und Hilfeintensität zugunsten einer am Bedarf des einzelnen psychisch erkrankten oder behinderten Menschen während eines Hilfeabschnittes orientierten Personalbemessung zu überwinden.

6.2.7 Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen sind hinsichtlich ihrer Funktion und Ausstattung teilweise unterschiedlich strukturiert, wobei sich das Leistungsspektrum vor allem mit dem von Angeboten des Betreuten Wohnens (vgl. 6.1.5) und der Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (vgl. 6.3.2) überlappen kann. In der Regel handelt es sich um Einrichtungen, in denen für psychisch kranke und behinderte Menschen zeitlich – in der Regel auf zwei bis drei Jahre – begrenzt Rehabilitationsleistungen angeboten wer-

den. Aufnahme finden diese Personen insbesondere im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn sie gezielter rehabilitativer Hilfen und Förderung zur Erlangung weitergehender Selbständigkeit benötigen.

Die Übergangseinrichtungen verfolgen das Ziel, psychisch kranke und behinderte Menschen zu fördern und in ihrer Selbstbehauptung und Belastbarkeit so zu stabilisieren, dass sie

- eine größtmögliche Selbständigkeit und Fähigkeit zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung (Wohnen, Alltagsbewältigung) erreichen,
- beruflich in den allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt integriert werden können.

Schwerpunkte der in Übergangseinrichtungen angebotenen Hilfen liegen im Bereich milieu- und soziotherapeutischer Angebote zur Förderung sozial-kommunikativer Fähigkeiten, der persönlichen Stabilität und der Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung. Maßnahmen zur Belastungserprobung im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation und Maßnahmen im Bereich der beruflichen Rehabilitation werden zumeist in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten sichergestellt (z.B. Tageskliniken, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Selbsthilfefirmen und Arbeitstrainingsmaßnahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt).

Zur Erreichung einer möglichst realitätsnahen Milieugestaltung verfügen Übergangseinrichtungen in der Regel über eine innere Strukturierung in kleine, überschaubare Wohngruppen, z.T. auch über dezentral organisierte Außenwohngruppen.

Die personelle Ausstattung umfasst in der Regel Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Krankenpflegefachkräfte und je nach Konzeption auch Psychologen und Ergotherapeuten. Neben der ambulanten ärztlichen Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzte (Facharztpraxis, Institutsambulanz) erfolgt in der Regel eine fachärztliche Mitarbeit in der Einrichtung stundenweise auf Honorarbasis.

6.2.8 Wohnheime

Für psychisch kranke und behinderte Menschen, die zwar nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sind, jedoch vorübergehend oder auf längere Sicht einer Betreuung rund-um-die-Uhr bedürfen, stehen Wohn- und Pflegeheime für behinderte Menschen zur Verfügung.

Die Wohnheime für behinderte Menschen sind – je nach dem spezifischen Bedarf der Bewohner – hinsichtlich der Betreuungsintensität und der internen Ausgestaltung unterschiedlich strukturiert. Zum einen werden chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen aufgenommen, die mehrjährige stationäre Aufenthalte in Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen hinter sich haben und in ihrer Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung weiterhin erheblich beeinträchtigt sind.

Zum anderen gibt es den Schwerpunkt in der Förderung von behinderten Menschen, die auf dem allgemeinen oder dem besonderen Arbeitsmarkt tätig sind oder nach entsprechender Förderung tätig werden können. Diese Einrichtungen konzentrieren sich konzeptionell auf die Versorgung und Förderung in den arbeitsfreien Zeiten. Die ärztliche Versorgung der Bewohner erfolgt in der Regel ambulant durch niedergelassene Ärzte.

Im Zuge der organisatorischen und strukturellen Weiterentwicklung der Wohnformen gibt es derzeit erste Bestrebungen, die herkömmliche Verknüpfung von Hilfeangeboten mit speziellen Wohnangeboten zu überwinden und personenbezogen zu flexibilisieren (vgl. Kap. 6.2.6).

6.3 Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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

6.3.1 Integrationsämter

Mit dem SGB IX sind die Hauptfürsorgestellen – bezogen auf ihre Leistungen aus der Ausgleichsabgabe – in Integrationsämter umbenannt worden. Die Verwendung der Ausgleichsabgabe ist in § 102 SGB IX sowie in der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung gesetzlich festgelegt. Sie darf nur zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eingesetzt werden, einschließlich der Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen. Vorrangig wird sie für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben verwendet, mit der schwerbehinderten Menschen ein angemessener Platz im Arbeitsleben gesichert werden soll.

Sie soll dahin wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie

ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten. Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben umfasst auch die nach den Umständen des Einzelfalls notwendige psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen.

Im Rahmen der begleitenden Hilfe werden sowohl Leistungen an schwerbehinderte Menschen als auch an Arbeitgeber, die ihrer Beschäftigungspflicht Genüge tun, erbracht. Bei den individuellen Leistungen an schwerbehinderte Menschen bilden technische Arbeitshilfen den größten Posten. Bei Leistungen an Arbeitgeber spielen die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, die behindertengerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen (Lohnkostenzuschüsse) eine zentrale Rolle.

Das Integrationsamt kann bei der Durchführung der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen.

6.3.2 Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Bei den Integrationsfachdiensten handelt es sich um einen noch relativ neuen „Baustein“ im institutionellen Gefüge der Einrichtungen und Dienste, dessen Aufgaben im SGB IX erstmals gesetzlich geregelt worden sind (§§ 109 ff. SGB IX). Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter (insbesondere in Trägerschaft von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege), die bei der Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit, der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter (früher: Hauptfürsorgestellen) beteiligt werden. In dieser Aufgabenstellung können die Integrationsfachdienste bei entsprechender Beauftragung durch einen Rehabilitationsträger auch für behinderte Menschen tätig werden, die nicht schwerbehindert sind.

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

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

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

- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen,
- die schwerbehinderten Menschen auf den vorgesehenen Arbeitsplatz vorzubereiten und sie – solange erforderlich – am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten am konkreten Arbeitsplatz zu begleiten,
- mit Zustimmung des schwerbehinderten Menschen die Mitarbeiter im Betrieb oder der Dienststelle über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln zu informieren und zu beraten,
- eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchzuführen,
- als Ansprechpartner für den Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen.

Seit dem In-Kraft-Treten des SGB IX sind vielerorts die früher eigenständigen Berufs begleitenden Dienste in die Integrationsfachdienste integriert worden.

6.3.3 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Begriff und Aufgaben der Integrationsprojekte sind mit dem SGB IX erstmals rechtlich geregelt worden (§§ 132 ff SGB IX). Ihre Vorläufer haben die Integrationsprojekte in den „Integrationsfirmen“ bzw. „Selbsthilfefirmen“, die seit den 80er Jahren als Arbeitsangebote insbesondere für psychisch erkrankte und behinderte Menschen gegründet wurden, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, den Anforderungen und dem Druck des allgemeinen Arbeitsmarktes Stand zu halten oder die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine Stelle gefunden haben.

Integrationsprojekte sind ein Angebot für schwerbehinderte Menschen, die prinzipiell dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, aber trotzdem keinen Arbeitsplatz finden. Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen.

Integrationsprojekte bieten Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes, die sich im wesentlichen über die am Markt erzielten Erlöse für erbrachte Dienstleistungen oder produzierte Waren finanzieren. Daneben kommen Förderungen durch die Integrationsämter in Betracht für Investitionskosten, Ausgleichszahlungen bei verminderter Leistungsfähigkeit der behinderten Menschen und für den Betreuungsaufwand.

Wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme einer Beschäftigung in einem Integrationsprojekt ist die Fähigkeit des Betroffenen, mit seiner Arbeit einen gewissen Mindestlohn zu erwirtschaften, da diese Firmen marktorientiert und wirtschaftlich arbeiten müssen. Die Bezahlung orientiert sich an den in der jeweiligen Branche üblichen Tariflöhnen. Insgesamt hat sich ein breites Spektrum von Firmen mit vielfältigen Arbeitsangeboten entwickelt.

6.3.4 Zuverdienstfirmen und -angebote

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

6.3.5 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese sind nicht in einzelne Phasen zeitlich voneinander abgesetzt, sondern wirken funktional zusammen (vgl. Kap. 6.2.1).

Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die nach Lage des Einzelfalls erforderlichen Maßnahmen durchgeführt, wie berufsvorbereitende Maßnahmen (z.B. Berufsfindung und Arbeitserprobung) sowie Arbeitstrainingsmaßnahmen. Die RPK muss in der Lage sein – wenn notwendig mit anderen Rehabilitationseinrichtungen in der Region –, für die kranken und behinderten Menschen, die es benötigen, das Angebot an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sicherzustellen.

6.3.6 Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Berufliche Trainingszentren sind regionale Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie dienen in erster Linie dem Wiedereinstieg von Erwachsenen mit einer psychischen Behinderung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies geschieht über

- die Abklärung vorhandener Kompetenzen,
- die Wiederauffrischung früherer beruflicher Kenntnisse und Kompetenzen,
- die Erarbeitung beruflicher Anpassungen und, wenn notwendig,
- den Erwerb von Teilqualifikationen.

Neben dieser Hauptaufgabe für den Personenkreis, der in der Regel über eine abgeschlossene Ausbildung bzw. Berufserfahrung verfügt, wird in geringerem Umfang an manchen Orten

- Berufsfindung durchgeführt oder
- Vorbereitung auf Umschulung oder Ausbildung angeboten.

Die Einrichtungen verfügen über Berufsfachkräfte sowie Pädagogen, Ergotherapeuten und psychosoziale Mitarbeiter (Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen), die in einem interdisziplinären Team arbeiten und den behinderten Menschen bis zur Integration in eine Arbeitsstelle und Übergabe an Integrationsfachdienste begleiten. Als regionale Einrichtungen kooperieren sie eng mit den vorbehandelnden klinisch-medizinischen und den begleitenden gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten.

Berufliche Trainingszentren sind bestrebt, die betriebliche Realität nachzubilden und nutzen betriebliche Praktika als integralen Bestandteil des bis zu 15 Monate dauernden Trainings.

6.3.7 Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke (BBW, BFW)

Berufsbildungswerke sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Sie dienen der erstmaligen Berufsausbildung vornehmlich jugendlicher behinderter Menschen, die nur in einer auf ihre Behinderungsart und deren Auswirkungen eingestellten Ausbildungsorganisation und bei einer auf die jeweiligen Belange ausgerichteten kontinuierlichen ausbildungsbegleitenden Betreuung durch Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte der Rehabilitation zu einem Ausbildungsabschluss nach dem Berufsausbildungsgesetz und dadurch zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befähigt werden können.

Berufsförderungswerke sind überregionale und überbetriebliche Rehabilitationseinrichtungen. Sie dienen in erster Linie der beruflichen Weiterbildung (z.B. Qualifizierungsmaßnahmen) behinderter Erwachsener, die nicht durch betriebliche oder allgemeine Leistungen für nichtbehinderte Menschen weitergebildet werden können. Die Einrichtungen verfügen neben den Ausbildungsstätten über begleitende medizinische, psychologische und soziale Dienste und ermöglichen somit notwendige entsprechende begleitende Hilfen und bieten darüber hinaus Freizeit- und Sportmöglichkeiten für behinderte Menschen. Die Maßnahmen sind in der Regel gegenüber der üblichen Ausbildungszeit auf zwei Jahre verkürzt.

6.3.8 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen sind Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Für Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, bieten sie

- eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis und
- sie ermöglichen, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Werkstätten verfügen zunehmend über spezielle Abteilungen für psychisch behinderte Menschen.

Die Werkstätten führen Eingangsverfahren und Maßnahmen im Berufsbildungsbereich durch und bieten Beschäftigungen im Arbeitsbereich. In der Regel verfügen sie über ein breites Angebot unterschiedlicher Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsplätze – auch ausgelagert in Betriebe – sowie über Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit.

Die Leistungen im Eingangsverfahren, die für die Dauer von vier Wochen, im Einzelfall bis zu drei Monaten erbracht werden können, dienen zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen und um einen Eingliederungsplan zu erstellen.

Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden erbracht, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, und wenn erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich können bis zu maximal zwei Jahre erbracht werden. Sie werden in der Regel zunächst für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn die Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

Leistungen im Arbeitsbereich erhalten behinderte Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder eine berufliche Ausbildung wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen sind darauf gerichtet, dem behinderten Menschen die Aufnahme und Ausübung einer seiner Neigung und Eignung entsprechenden Beschäftigung zu ermöglichen sowie durch arbeitsbegleitende Maßnahmen die im Berufsbildungsbereich erworbene Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern und den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen zu fördern.

6.4 Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen

Selbsthilfegruppen haben sich regional unterschiedlich und in einem breiten Spektrum von „reinen“ Selbsthilfegruppen von Betroffenen oder Angehörigen bis hin zu professionell begleiteten Gruppen gebildet. Bei den meisten Selbsthilfegruppen steht neben dem Gespräch, dem Informations- und Erfahrungsaustausch, die gemeinsame Gestaltung von Aktivitäten und/oder die gemeinsame Interessenvertretung im Vordergrund.

Nachdem in den 70er und 80er Jahren insbesondere ehrenamtlich tätige Bürger wichtige Impulse für den Aufbau von Selbsthilfeinitiativen (z.B. in Form von Patientenclubs) gegeben haben, sind in den 80er Jahren Zusammenschlüsse von Angehörigen und vor allem seit den 90er Jahren Selbsthilfegruppen von Betroffenen hinzugekommen.

6.4.1 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen finden erst in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung. Zu den älteren Selbsthilfegruppen gehören die „Emotions Anonymous“, die nach dem Vorbild der Anonymen Alkoholiker entstanden sind. Wichtige Impulse zum Aufbau von Selbsthilfegruppen gingen und gehen zum einen von den vielerorts geschaffenen „Selbsthilfe-Kontakt- und Beratungsstellen“ (teilweise von eigenen Vereinen getragen, teilweise bei den Kommunalverwaltungen angegliedert, mancherorts auch bei den Krankenkassen) und schließlich von dem 1992 gegründeten „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.“ aus. Neben dem Zusammenschluss auf Bundesebene bestehen zwischenzeitlich auch in fast allen Bundesländern Landesverbände. Neben der Interessenvertretung ist ein wesentliches Anliegen dieses Zusammenschlusses die Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen.

6.4.2 Angehörigengruppen

Angehörigengruppen haben sich in einer großen Vielfalt entwickelt und insgesamt dazu beigetragen, die Mit-Betroffenheit der Angehörigen von der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes zu verdeutlichen und die Notwendigkeit ihrer Entlastung und Einbeziehung bei der Behandlung und Rehabilitation herauszustellen.

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

Darüber hinaus ist das Angebot einer Angehörigengruppe in zahlreichen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen zu einem festen Bestandteil geworden. Sie dienen einerseits der Förderung der gegenseitigen Unterstützung

und Entlastung der Angehörigen, andererseits der Information z.B. über spezifische Aspekte psychischer Erkrankungen und Behinderungen sowie über Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen.

6.4.3 „Psychose-Seminare“

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

6.4.4 *Patientenclubs / Bürger- und Laienhilfe*

Patientenclubs sind ein offenes Kontakt- und Freizeitangebot, das zumeist von psychisch erkrankten und/oder behinderten Menschen im Zusammenwirken mit ehrenamtlich tätigen Bürgern (Bürger-/Laienhelfer) organisiert und gestaltet wird. Gruppentreffs, gemeinsame Gespräche und Unternehmungen bieten Kontaktmöglichkeiten, Gelegenheit zum persönlichen Informations- und Erfahrungsaustausch und vermitteln Anregungen zur Lebensgestaltung.

Patientenclubs sind organisatorisch häufig ambulanten Diensten und Einrichtungen angegliedert und werden von diesen Stellen zum Teil mit begleitet. Das ehrenamtliche Engagement von Bürgern und die eigenverantwortliche Organisation von Unternehmungen in den Patientenclubs beinhalten eine wichtige Brückenfunktion zur Gemeinde und der Erschließung und Förderung natürlicher Hilfspotentiale.

7. Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Im gegliederten System der sozialen Sicherung kommen als Träger für Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) bei einer psychischen Behinderung insbesondere die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitsverwaltung und die Sozialhilfe in Betracht. Je nach Zielsetzung und Inhalt der einzelnen Maßnahme und den Anspruchsvoraussetzungen des einzelnen ist in der Regel einer dieser Leistungsträger zuständig.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist für Rehabilitationsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen nur in den relativ seltenen Fällen zuständig, in denen es sich um Folgen von Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten handelt.

Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen zusammengefasst, die Sozialhilfe und die Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der von den Rehabilitationsträgern in den vier Leistungsgruppen (medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) weitgehend harmonisiert. So gelten die Vorschriften des SGB IX zur Teilhabe, die nachstehend in Kap. 7.1 dargestellt werden, für alle Rehabilitationsträger, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (auf die zu berücksichtigenden Besonderheiten wird in der Darstellung zu den verschiedenen Leistungsträgern, Kap. 7.2 ff. jeweils hingewiesen).

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

- Leistungen der Krankenbehandlung, bei der gem. § 27 SGB IX ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten sind,
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI),
- Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2),
- Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 39, 40 BSHG),
- Hilfe zur Pflege nach § 68 BSHG.

Vor diesem Hintergrund werden auch die wesentlichen leistungsrechtlichen Grundlagen für diese Leistungen in der nachfolgenden Darstellung berücksichtigt.

Außerhalb der sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen und diesen gegenüber nachrangig können als weitere gesetzliche Grundlage zur Gewährung von Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen insbesondere die Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) oder – sofern kein PsychKG besteht – die landesrechtlichen Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die in den Kommunalverfassungen der Länder verankerte Aufgabe der Daseinsvorsorge der Gemeinden für ihre Bürger dienen.

Bei der Gewährung von Leistungen auf Grundlage der Sozialgesetzgebung sind zum einen die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, zum anderen die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall zu beachten.

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Versicherte Anspruch auf Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und vor deren Verschlimmerung (§§ 20 bis 24b SGB V),
- zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
- zur Behandlung von Krankheiten (§§ 27 bis 52 SGB V).

Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) ist sie für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen zuständig. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt sie jedoch nur nachrangig, d.h. soweit diese nicht von anderen Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung übernommen werden.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zuständig, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach den §§ 10 und 11 SGB VI erfüllt sind. Entsprechendes gilt für die Alterssicherung der Landwirte. Diese erbringen jedoch keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Bundesanstalt für Arbeit gewährt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Die Frage, ob für diese Rehabilitationsleistungen die Rentenversicherung oder die Arbeitsverwaltung zuständig ist, wird abhängig von der individuellen Versicherungszeit und ggf. dem Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit geklärt.

Entsprechend dem Nachrang öffentlicher Leistungen gegenüber Leistungen der Sozialversicherungsträger kommt die Sozialhilfe in den Fällen als Leistungsträger in Betracht, in denen zum einen keiner der anderen Leistungsträger zuständig ist, zum anderen die Betroffenen nicht über ausreichende Mittel verfügen, um erforderliche Hilfen aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt Leistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, wenn Pflegebedürftigkeit

im Sinne des SGB XI besteht und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Leistungskatalog der unterschiedlichen Leistungsträger und die wesentlichen leistungsrechtlichen Grundlagen werden im Folgenden nach einem Überblick zu den Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX dargestellt.

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

7.1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)

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

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

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

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

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

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,

4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

7.1.2 Stufenweise Wiedereingliederung

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

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit ist oftmals für gerade genesende oder behinderte Menschen mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, was sowohl medizinisch als auch arbeitsphysiologisch und psychologisch problematisch sein kann. Um durch einen „ungeschützten“ Arbeitsbeginn missglückte Versuche der Arbeitsaufnahme, eine vorzeitige Berentung oder die Notwendigkeit kostenintensiver Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Diese Maßnahme ist in § 28 SGB IX und § 74 SGB V gesetzlich verankert.

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

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nachdem der kranke und behinderte Mensch zugestimmt hat, durch eine Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt, der zuständigen Krankenversicherung und dem Arbeitgeber erstellt werden. Für den Arbeitgeber besteht allerdings keine Verpflichtung zur Abwicklung stufenweiser Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung durch einen Träger der medizinischen Rehabilitation bleibt der Kranke während der gesamten Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahmen arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihm steht eine Entgelterstattung (Krankengeld, Übergangsgeld) unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

7.1.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 – § 39 SGB IX)

(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

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

(3) Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
5. Überbrückungsgeld entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

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

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

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in

Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

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

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,
2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

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

1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeits-

platz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,

5. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

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

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

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

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

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
5. Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.“

7.1.5 Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten im Überblick

Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein:

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

7.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

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

- Ambulant vor stationär und
- Rehabilitation vor Pflege

vorangestellt. Entsprechend dieser Vorgaben hat die gesetzliche Krankenversicherung eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung kranker und behinderter Menschen mitzugestalten und mitzufinanzieren.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), festgeschrieben. Nach § 27 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist,

um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst:

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Um den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen gerecht zu werden, wird in Satz 3 darauf hingewiesen, dass bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung die Besonderheiten dieses Krankheitsbildes zu berücksichtigen sind, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

7.2.1 Ambulante Krankenbehandlung

● *Ärztliche Versorgung*

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

● *Arzneimittel*¹¹

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

● *Psychotherapie*

Psychotherapeutische Behandlung kann zu Lasten der Krankenversicherung im Grundsatz nur durch Ärzte mit einer anerkannten Zusatzausbildung sowie Psychologische Psychotherapeuten durchgeführt werden. Die Gegebenheiten zur Indikation und Durchführung von Psychotherapie sind in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 23.10.1998 geregelt. Danach werden folgende Behandlungsformen anerkannt:

11) Für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsleistungen sind von Versicherten Zuzahlungen zu leisten, sofern aufgrund der Einkommensverhältnisse oder einer chronischen Erkrankung keine (teilweise) Befreiung möglich ist. Über die aktuelle Höhe der Zuzahlungen und Möglichkeiten der (teilweisen) Befreiung sind Informationen bei allen Krankenkassen erhältlich.

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- analytische Psychotherapie,
- Verhaltenstherapie,
- Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung.

Diese Leistungen werden nur für die zugelassenen Verfahren über die Krankenkassen finanziert. Psychotherapie durch nichtberechtigte Therapeuten oder Maßnahmen bei Störungen ohne Krankheitswert werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

Eine psychotherapeutische Behandlung muss gesondert beantragt und von der Krankenkasse bewilligt werden.

● *Heilmittel*¹²

Unter die Heilmittel (§ 32 SGB V) fallen die sogenannten therapeutischen Dienstleistungen. Für psychisch kranke Menschen sind dabei die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) von besonderer Bedeutung. Seit dem 14.08.1990 können Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Belastungserprobung bei psychischen Funktionseinschränkungen zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden. Gemäß den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)“ vom 06.02.2001 gehören zur psychisch-funktionellen Behandlung insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung

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

12) Siehe Seite 86, Fußnote Nr.11, Zuzahlungen

● *Häusliche Krankenpflege*

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege stehen grundsätzlich auch Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung. Diese können derzeit vom Arzt nur dort verordnet werden, wo es entsprechende regionale Vereinbarungen gibt.

● *Haushaltshilfe*

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

● *Soziotherapie*

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

Darüber hinaus wird in Soziotherapie-Richtlinien (gem. § 92 SGB V, Richtlinien vom 23. August 2001) festgelegt, bei welchen Krankheitsbildern Soziotherapie im Regelfall erforderlich ist und welche Anforderung an die Therapiefähigkeit der Patienten gestellt werden. Mit der ambulanten Soziotherapie werden zwei Hauptziele verfolgt:

- Vermeidung oder Verkürzung oder Ersatz von Krankenhausbehandlung, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist,
- Selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen durch die Patienten.

Um diese Ziele zu erreichen, soll die ambulante Soziotherapie den Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll dadurch in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch kranke Menschen auf der Grundlage von definierten Therapiezielen (bzw. Teilzielen). Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt. Sie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten eine bessere Krankheitswahrnehmung (Zugang zu sei-

ner Krankheit) ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden. Die einzelnen Leistungsinhalte der ambulanten Soziotherapie sind in den Soziotherapie-Richtlinien genannt.

Zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 29.11.2001 gemeinsame Empfehlungen (gemäß § 132 b SGB V) abgegeben.

7.2.2 Krankenhausbehandlung¹³

Ist das Behandlungsziel durch ambulante Maßnahmen einschließlich der häuslichen Krankenpflege nicht zu erreichen, besteht ein Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Dabei kann es sich um ein psychiatrisches Krankenhaus oder um eine psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus handeln.

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

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

7.2.3 Rehabilitation¹⁴

Reicht bei Versicherten eine Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen erbringen (§§ 11, 40 SGB V).

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

Die medizinische Rehabilitation wird ambulant und stationär durchgeführt. Die Entscheidung, ob Rehabilitationsleistungen ambulant oder stationär durchzuführen sind, trifft die Krankenkasse. Die Auswahl der Rehabilitationsform wird aufgrund der medizinischen Notwendigkeit getroffen. Leistungen der Rehabilitation, die mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt. Bei der Beurteilung sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichts-

13) Siehe Seite 86, Fußnote Nr. 11, Zuzahlungen

14) Siehe Seite 86, Fußnote Nr. 11, Zuzahlungen

punkte zu beachten. Hierbei werden auch die Wünsche des Versicherten, soweit angemessen, berücksichtigt.

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

Auf der Grundlage des § 111 b SGB V (n.F.) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Träger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine „Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen“ (vom 12.05.1999) erarbeitet, in denen Grundsätze, Ziele, Indikationen, individuelle Voraussetzungen, Konzeption usw. allgemein beschrieben sind. Weiterführende und konkretere Inhalte zu den einzelnen Feldern und Indikationsbereichen der Vorsorge und Rehabilitation werden in zusätzlichen Rahmenempfehlungen geregelt.

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

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) in der gesetzlichen Rentenversicherung haben das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern und damit nicht zuletzt die Gewährung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben. Für die Alterssicherung der Landwirte gelten die nachfolgenden Ausführungen entsprechend, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann (§ 10 SGB VI).

Die persönlichen Voraussetzungen haben Versicherte auch erfüllt, die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt

werden kann oder bei denen der Eintritt von im Bergbau vermindelter Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann (§ 10 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen richten sich nach der vorausgegangenen Erwerbstätigkeit (vgl. § 11 SGB VI).

Psychische Erkrankungen oder Behinderungen sind im Recht der Rentenversicherung Krankheiten bzw. Behinderungen im Sinne der Rehabilitationsvoraussetzungen. Hierbei sind für die sozialmedizinische Begutachtung, ebenso wie bei den körperlichen Erkrankungen, nicht die klassifizierenden Diagnosen maßgebend, sondern der Umfang der Behinderung sowie deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

● *Rehabilitationsprognose*

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

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

7.3.1 Medizinische Leistungen

Der Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus § 15 SGB VI. Danach erbringen die Träger der Rentenversicherung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 26 – 31 SGB IX, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 SGB IX (vgl. Kap. 7.1.1).

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden.

7.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI i.V.m. §§ 33 – 38 SGB IX sowie im Eingangs-

verfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX (vgl. Kap. 7.1.2).

Ziel ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Die Alterssicherung der Landwirte kann keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen.

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

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 33 Abs. 6 SGB IX). Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen werden in der Regel für zwei Jahre gewährt, es sei denn, dass der Versicherte nur durch eine länger dauernde Leistung eingegliedert werden kann. Dies kann bei psychisch behinderten Menschen in Betracht kommen.

7.3.3 Ergänzende Leistungen

Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können außer dem Übergangsgeld

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

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

7.3.4 Sonstige Leistungen

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können als sonstige Leistungen zur Teilhabe u.a. Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe erbringen. Diese Leistungen setzen ebenfalls voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraus-

setzungen erfüllt sind. Sie werden nur aufgrund gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erlassen werden.

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

7.4 Arbeitsförderung (SGB III)

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

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

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

Wesentliche Voraussetzungen für Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit sind, dass medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation, soweit diese indiziert sind, abgeschlossen sind.

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

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

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

7.4.1 Allgemeine Leistungen

Die allgemeinen Leistungen umfassen nach § 100 SGB III die Leistungen zur

1. Unterstützung der Beratung und Vermittlung (u.a. Berufsberatung und Arbeitsvermittlung, §§ 29 ff SGB III),
2. Verbesserung der Aussichten auf Teilhabe am Arbeitsleben (u.a. durch Trainingsmaßnahmen, §§ 48 ff SGB III),
3. Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung (u.a. Mobilitätshilfen, Arbeitnehmerhilfe, §§ 53 ff SGB III),
4. Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (§§ 57 f SGB III),
5. Förderung der Berufsausbildung (einschließlich berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen, §§ 59 ff SGB III),
6. Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 ff SGB III).

7.4.2 Besondere Leistungen

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

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

unerlässlich machen oder

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

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (z.B. RPKs, BTZs, Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation) sowie Werkstätten für behinderte Menschen.

7.4.3 Weitere Leistungen

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

- Übernahme der mit der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Fahrkosten und Haushaltshilfe, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, §§ 102 ff SGB III),
- Unterhaltsgeld (§ 153 SGB III) und Übergangsgeld (§ 44 SGB IX i.V.m. § 160 SGB III),
- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 236 SGB III),
- Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten (Eingliederungszuschüsse § 34 SGB IX i.V.m. §§ 217 ff SGB III),
- Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 SGB IX i.V.m. § 237 SGB III),
- die teilweise oder volle Erstattung der Kosten einer bis zu drei Monaten befristeten Probebeschäftigung behinderter Menschen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 238 SGB III),
- die Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (§§ 260 ff SGB III).

7.5 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Für psychisch kranke und behinderte Menschen werden die notwendigen Leistungen zur Teilhabe und sonstige Hilfen unter Umständen auch aus Mitteln der Sozialhilfe bereitgestellt. Die Leistungsarten der Sozialhilfe sind die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Hilfe in besonderen Lebenslagen. Die Hilfen in besonderen Lebenslagen umfassen unter anderem Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege.

Die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz zielen darauf, den Empfänger von Hilfen so weit wie möglich zu befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierbei muss der Hilfeempfänger nach seinen Kräften mitwirken (§ 1 Abs. 2 Satz 2 BSHG).

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (§ 39 Abs. 3 BSHG).

7.5.1 Grundlagen der Gewährung von Leistungen

● Nachrang der Sozialhilfe

Nach § 2 BSHG werden Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig gewährt. Hat der psychisch kranke oder behinderte Mensch Ansprüche auf Leistungen

zur Teilhabe oder andere Leistungen gegen andere Sozialleistungsträger, insbesondere gegen die Sozialversicherungsträger, so muss er diese in Anspruch nehmen. Auch gehen Soll- und Kann-Leistungen anderer Leistungsträger Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe vor.

Soweit er keine solchen Ansprüche hat, kann er die erforderlichen Hilfen dann vom Sozialhilfeträger erhalten, wenn er oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Eltern) nicht über hinreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, um die notwendige Hilfe in zumutbarer Weise selbst finanzieren zu können. Bezüglich der sozialhilferechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen (§§ 76 – 89 BSHG) sind im Hinblick auf Leistungen der Eingliederungshilfe folgende Sonderregelungen zu beachten.

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

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

nur die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten (§ 43 Abs. 2 BSHG). Bei den vorstehend genannten Leistungen erfolgt also weder eine Bedürftigkeitsprüfung noch eine Heranziehung zu deren Kosten. Eine Aufbringung der Kosten für den Lebensunterhalt ist dabei nicht zumutbar, wenn das Einkommen des behinderten Menschen insgesamt einen Betrag in Höhe des zweifachen Regelsatzes nach § 72 Abs. 1 BSHG nicht übersteigt.

Bezüglich der Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger sind folgende Sonderregelungen zu beachten.

Bei Kindern, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege in vollstationären Einrichtungen erhalten, ist davon auszugehen, dass der Unterhaltsanspruch gegen die Eltern nur in Höhe von 26 Euro monatlich übergeht. Bei Kindern nach Vollendung des 18. und vor Vollendung des 27. Lebensjahres kann auf Antrag geprüft werden, ob auch im Hinblick auf diesen Betrag eine unbillige Härte vorliegt.

Wird bei Kindern nach Vollendung des 18. Lebensjahres ambulante oder teilstationäre Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege gewährt, so liegt in der Regel eine unbillige Härte vor, die den Übergang des Unterhaltsanspruchs auf den Sozialhilfeträger ausschließt (§ 91 Abs. 2 BSHG).

● *Art, Form und Maß der Leistungen*

Art, Form und Maß der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach der Person des Hilfeempfängers, der Art seines Bedarfes und den örtlichen Verhältnissen (§ 3 Abs. 1 BSHG). Formen der Sozialhilfe sind persönliche Hilfe, Geldleistung oder Sachleistung (§ 8 Abs. 1 BSHG).

Wünschen der Hilfeempfänger soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind (§ 3 Abs. 2 BSHG). Im übrigen haben ambulante Hilfen Vorrang vor stationären Angeboten (§ 3 a BSHG).

Sozialhilferechtlich sind z.B.

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

7.5.2 *Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen*

● *Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe*

Zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden die medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen gewährt. Andere Leistungen werden nur gewährt, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht (§ 37 BSHG).

● *Eingliederungshilfe*

Die einzelnen Maßnahmen der Eingliederungshilfe zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ergeben sich aus § 40 BSHG.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind danach vor allem:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX,
- Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen ein-

schließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleibt unberührt,

- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

● *Hilfe zur Pflege*

Sofern Pflegebedürftigkeit besteht, wird Hilfe zur Pflege nach den §§ 68 ff BSHG gewährt, soweit diese nicht bereits Bestandteil einer Maßnahme der Kranken- oder der Eingliederungshilfe ist. Mit dem In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung (SGB XI, vgl. 7.7) wurden die Regelungen der Hilfe zur Pflege im BSHG weithin denen des SGB XI angeglichen. Dies betrifft insbesondere die Definition der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs sowie die Höhe des Pflegegeldes.

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

- voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht,
- geringer ist als der für die Zuordnung zur Pflegestufe I nach dem SGB XI,
- für andere als die im SGB XI (bzw. § 68 Abs. 4 BSHG) genannten Verrichtungen besteht.

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

7.5.3 *Vorläufige Leistungen*

Soweit Ansprüche gegen einen vorrangig leistungspflichtigen Sozialleistungsträger bestehen, die von diesem aber nicht befriedigt werden, werden die notwendigen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Rahmen vorläufiger Hilfeleistung nach § 44 BSHG vom Sozialhilfeträger durchgeführt, wenn zu befürchten ist, dass sie sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Bietet der vorrangig verpflichtete Sozialleistungsträger jedoch anstelle einer vom Patienten gewünschten Hilfe eine ausreichende andere Maßnahme an, kommt eine vorläufige Leistung des Sozialhilfeträgers für die abgelehnte Maßnahme nicht in Betracht.

Voraussetzung für eine vorläufige Hilfgewährung durch den Sozialhilfeträger ist stets die Hilfebedürftigkeit des kranken oder behinderten Menschen. Hierzu gehört nicht nur der Nachweis seiner Mittellosigkeit, sondern auch der Nachweis der vorausgegangenen, aber ergebnislos gebliebenen Antragstellung bei dem (den) vorrangig verpflichteten Sozialleistungsträger(n).

7.5.4 Zuständige Sozialhilfeträger

Das Bundessozialhilfegesetz normiert zum einen in § 99 BSHG eine umfassende Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe (Kreise und kreisfreie Städte), und ordnet in § 100 nur einzelne Maßnahmen – wie beispielsweise die stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder die Versorgung behinderter Menschen mit Körperersatzstücken – der Zuständigkeit des überörtlichen Trägers (je nach Land sind das die Landessozialämter, Landschafts- oder Landeswohlfahrtsverbände, Landesämter oder Senatsbehörden für Soziales, Abteilungen für Sozialhilfe bei den Bezirken oder Landessozialministerien, Sozialhilfeabteilungen) zu.

Durch landesrechtliche Regelungen (Ausführungsgesetze zum BSHG) kann von dieser Zuständigkeitsregelung abgewichen werden. So ist in Bayern inzwischen bereits eine einheitliche Zuständigkeit der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Bezirke) für alle ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und behinderte Menschen eingeführt worden. In einigen anderen Ländern wird die Einführung einer einheitlichen Zuständigkeit für Maßnahmen der Eingliederungshilfe derzeit diskutiert.

7.6 Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für psychisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe.

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

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

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

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und

- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35 a Abs. 1 SGB VIII).

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

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

7.7 Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)

Als fünfte Säule der Sozialversicherung hat die Pflegeversicherung die Aufgabe der Hilfe für Pflegebedürftige, die wegen Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 SGB XI). Die Pflegeversicherung gehört nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger und umfasst keine Leistungen zur Rehabilitation – vielmehr haben Leistungen zur Rehabilitation durch die anderen Leistungsträger ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt ihr auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, indem die Hilfen darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Im Kontext dieser Arbeitshilfe sind Leistungen der Pflegeversicherung vor allem bei der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen psychisch kranken und behinderten Menschen bedeutsam.

7.7.1 Leistungsvoraussetzungen

Für Leistungen der Pflegeversicherung müssen wie auch bei anderen Zweigen der Sozialversicherung persönliche (§ 14 SGB XI) und versicherungsrechtliche (§ 33 SGB XI) Voraussetzungen erfüllt sein.

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

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bedarf an Grundpflege) sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Bei diesen Verrichtungen muss ein Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung, Anleitung, teilweiser oder vollständiger Übernahme bestehen. Abhängig vom Umfang des Hilfebedarfs wird einer pflegebedürftigen Person eine der drei Pflegestufen zuerkannt.

Für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (erhebliche Pflegebedürftigkeit, Schwerpflegebedürftigkeit, Schwerstpflegebedürftigkeit, § 15 SGB XI) erforderlich.

7.7.2 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen im Rahmen der ambulanten Versorgung bei häuslicher Pflege die Pflegesachleistungen und/oder das Pflegegeld sowie Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§§ 36 – 41 SGB XI) oder die teilstationäre Pflege, ferner die vollstationäre Pflege.

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

In vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe werden derzeit auch die Kosten der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung im Rahmen der Höchstbeträge übernommen (die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege ist zeitlich befristet bis zum 31.12.2004; zum 1.1.2005 soll die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen in die Zuständigkeit der Krankenversicherung übergehen).

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe übernimmt die Pflegeversicherung zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen sowie der medizinischen Behandlungspflege (wie in vollstationären Pflegeeinrichtungen befristet bis zum 31.12.2004) und der sozialen Betreuung eine Pauschale in Höhe von zehn Prozent des Heimentgelts, maximal 256 € monatlich (§ 43 a SGB XI).

Pflegebedürftige nach § 45 a SGB XI (u.a. Pflegebedürftige mit psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat) erhalten nach § 45 b SGB XI zusätzliche Betreuungsleistungen und zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 € je Kalenderjahr.

7.8 Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2)

Das Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2 – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen) bietet auch psychisch behinderten Menschen – unabhängig von Rehabilitationsleistungen – Hilfen und Nachteilsausgleiche insbesondere im Arbeitsleben.

Schwerbehinderte sind Personen, bei denen nicht nur vorübergehend Funktionseinschränkungen bestehen und bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Beträgt der GdB mindestens 30, kann beim Arbeitsamt die Gleichstellung mit Schwerbehinderten beantragt werden, wenn anders kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder behalten werden kann (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

7.8.1 Leistungsvoraussetzungen

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

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

● *Hilfen und Nachteilsausgleiche*

Das Schwerbehindertenrecht regelt als Schutzgesetz das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und dem schwerbehinderten Arbeitnehmer. Es enthält dabei allgemeine Regelungen, wie z.B. die Verpflichtung von Arbeitgebern mit mindestens 20 Arbeitsplätzen auf einem gesetzlich vorgegebenen Anteil der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen (Pflichtquote) oder andernfalls für jeden nicht besetzten Platz eine Ausgleichsabgabe zu zahlen (§§ 71 ff SGB IX).

Hilfen von besonderer Bedeutung für psychisch behinderte Menschen sind:

● *Begleitende Hilfe im Arbeitsleben*

Die Durchführung der begleitenden Hilfe ist eine Pflichtaufgabe der Integrationsämter (§ 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) mit dem Ziel, dass der schwerbehinderte Mensch im Arbeitsleben keine Nachteile aufgrund seiner Behinderung erleidet. Der einzelne Schwerbehinderte hat dabei ein Recht auf diese Hilfen (vgl. Kap. 6.3.1).

● *Finanzielle Hilfen*

Bedeutsamer für den Personenkreis der psychisch behinderten Menschen sind finanzielle Hilfen zur Übernahme von Betreuungskosten oder die Gewährung von finanziellen Hilfen an den Arbeitgeber zum Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminderung.

Betreuungskosten sind dabei Kosten, die dem Arbeitgeber durch die notwendige Betreuung des beschäftigten schwerbehinderten Menschen im Betrieb durch Vorgesetzte, Kollegen oder Fachkräfte entstehen. Zu den Voraussetzungen für die Finanzierung von Betreuungskosten gehört u.a., dass eine psychische Behinderung mit einem GdB von mindestens 50 vorliegt und die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen nicht nur vorübergehend mit ungewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist.

Für eine finanzielle Hilfe als Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminde- rung gelten die eben genannten Voraussetzungen und eine Arbeitsleistung, die mindestens 30% unter der Durchschnittsleistung einer vergleichbaren Arbeitsgruppe liegt.

Technische Hilfen zur behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes kommen für psychisch behinderte Menschen selten in Frage, obwohl auch hier technische Maßnahmen zur Eindämmung von äußeren Reizen wie z.B. Lärm behinderungsbedingt notwendig sein können. Diese Maßnahmen können aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert werden (§ 19 und § 26 Ausgleichsabgabe-Verordnung).

Weitere Regelungen betreffen einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Jahr (bei Fünf-Tage-Woche) und einen besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen.

Nähere Informationen über das Anerkennungsverfahren, Anerkennungsvoraussetzungen, Hilfen und Nachteilsausgleiche sind bei den Integrationsäm- tern erhältlich.

8. Ausblick

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

Deutlich wird der Bedarf an Weiterentwicklung beim Vergleich zwischen dem dargestellten Modell der bedarfsgerechten Ausgestaltung psychiatrischer Rehabilitation und einer kritischen Betrachtung der gegenwärtigen Praxis und ihrer Rahmenbedingungen. Bei der Ausgestaltung der psychiatrischen Rehabilitation ist der Personenkreis der chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen besonders zu berücksichtigen. Zum einen bedarf es intensiver rehabilitativer Hilfen zur Erhaltung größtmöglicher Eigenständigkeit, zum anderen gilt es im Einzelfall jeweils den Zeitpunkt zu ermitteln, zu dem – auch nach jahrelanger Chronifizierung – weitergehende Rehabilitationsleistungen in Betracht zu ziehen sind.

Ein Bedarf an Weiterentwicklung ergibt sich dabei

- a) auf der Ebene der Einrichtungen und Dienste insbesondere hinsichtlich
 - der Schaffung flexibler wohnortbezogener ambulanter Hilfeangebote unter Wahrung des multidisziplinären Ansatzes, die Art und Umfang der Hilfen am Bedarf des Einzelfalles ausrichten und den Betroffenen nicht bei einem veränderten Hilfebedarf zu einem Wechsel des Angebotes, der tragenden therapeutischen Beziehungen und der Wohnung zwingen,
 - der Umsetzung einer personenbezogenen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung einschließlich der notwendigen kontinuierlichen Beratung und Begleitung von Rehabilitanden,
 - der Koordination von Hilfen,
 - der zum Teil nach wie vor fehlenden Gemeindenähe einiger stationärer Einrichtungen,
- b) auf der Ebene der Finanzierung von Rehabilitationsleistungen vor dem Hintergrund, dass
 - sich die Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger nicht zuletzt aus dem Finalitätsprinzip – der Orientierung am Rehabilitationsziel – ergibt, es dem einzelnen Finanzierungsträger aber nicht immer möglich ist, alle im Einzelfall geeigneten und erforderlichen Leistungen zu finanzieren,
 - derzeit die Voraussetzungen für eine die Leistungszuständigkeiten übergreifende, integrierte Leistungserbringung fehlen,

- die Voraussetzungen für ambulante Komplexleistungsprogramme unter Einschluss von lebensfeldbezogenen Hilfen zur Alltagsbewältigung, zur Alltagsgestaltung, zur Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben noch unzureichend ausgestaltet sind,¹⁵

c) bezogen auf den Einzelfall hinsichtlich

- der Ausschöpfung von Leistungsansprüchen und Gestaltungsmöglichkeiten,
- der Praxis der Begutachtung und Rehabilitationsprognostik (vgl. Kap. 4), um auf der Grundlage praktischer Erprobung flexibel und entsprechend dem aktuellen Bedarf den Zugang zu erforderlichen Hilfen zu erschließen.

Diese Übersicht kann und soll nicht über die seit der Vorlage der Psychiatrie-Enquete erreichten rechtlichen und tatsächlichen Verbesserungen hinweggehen. So verfügen wir heute insgesamt über ein breites und differenziertes Spektrum von Einrichtungen und Diensten, die an der Behandlung, Rehabilitation, Beratung und Betreuung psychisch kranker und behinderter Menschen beteiligt sind. Dabei hat sich ein Versorgungs- und Betreuungsangebot entwickelt, das – selbst wenn man Besonderheiten in einzelnen Bundesländern zunächst außer Acht lässt – inzwischen so vielfältig geworden ist (vgl. Kap. 6), dass derjenige, der nicht ständig damit zu tun hat, schnell den Überblick verlieren und nicht alles richtig einordnen kann. Die große Innovationsgeschwindigkeit und die aufgrund von landesspezifischen Ausgestaltungen teilweise uneinheitliche Leistungsstruktur von neu entstandenen Diensten und Einrichtungen erschweren sozialrechtliche Einordnungen, was schon für sich zu gewissen Finanzierungsproblemen führen kann.

Ein zentrales Problem besteht darin, dass gegenwärtig das psychiatrische Hilfesystem aufgrund der Organisations- und Finanzierungsstruktur von einer institutionellen Differenzierung geprägt ist (vgl. Kap. 6). In diesem System gibt es einerseits zwischen den verschiedenen Angeboten mehr oder weniger große Überschneidungen in den erbrachten Leistungen, andererseits aber – bedingt durch Finanzierungsregelungen und einrichtungsbezogene konzeptionelle Orientierungen – deutliche Abstufungen hinsichtlich des Umfangs und der Intensität von Hilfen.

Dementsprechend ist die gegenwärtige Situation unter anderem dadurch geprägt, dass

- die bestehenden Einrichtungen weiterhin die Betroffenen auswählen, die zu dem institutionellen Hilfeangebot passen (bzw. die Voraussetzungen für die Aufnahme erfüllen), anstatt die Hilfen dem Bedarf der betroffenen Menschen anzupassen;
- die Betroffenen bei einem veränderten Bedarf an Hilfen jeweils andere Einrichtungen und Dienste in Anspruch nehmen müssen und sich bei einem hohen Bedarf an Hilfen weithin noch „in das Bett einer Einrichtung legen müssen“, weil ambulant nur Hilfen in geringem Umfang verfügbar sind.

15) Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 1999 b

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

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass sich im Bereich der gemeindepsychiatrischen Hilfen zwar in den meisten Regionen eine institutionelle Kooperationskultur entwickelt hat, andererseits aber eine klientenbezogene Abstimmung und Koordination erst noch am Anfang steht.

Fachlich zukunftsweisend ist das Konzept der Weiterentwicklung „von institutions- zu personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“ (Kruckenberg/Kunze 1999). Von zentraler Bedeutung ist dabei der Vorschlag, Hilfen für chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen künftig in Form von „Komplexleistungsprogrammen“ zu organisieren und zu finanzieren.

Der Begriff „Komplexleistungsprogramm“ zielt darauf, dass eine multiprofessionelle, integrierte, abgestimmte und entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles umfassende Erbringung von Hilfen nicht nur in stationären Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen), sondern auch im ambulanten Bereich möglich wird¹⁶. Zur Erbringung dieser Komplexleistungsprogramme sollen keine neuen Institutionen geschaffen werden, sondern bereits bestehende Hilfeangebote weiterentwickelt (flexibilisiert) und im Sinne eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems vernetzt werden. Die im Rahmen eines Komplexleistungsprogramms zu erbringenden Hilfen sind jeweils individuell, bezogen auf den einzelnen betroffenen Menschen zu planen und durchzuführen. Als Leitfaden hierzu ist der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (vgl. 4.6) entwickelt worden, der bereits unter den gegenwärtig bestehenden Bedingungen ein wichtiges Hilfsmittel beinhaltet, um dem Anspruch einer ganzheitlichen und personenbezogenen Hilfe Rechnung zu tragen.

Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation ist in dem Vorschlag für ein behinderungsgerechtes System der beruflichen Eingliederung psychisch behinderter Menschen vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1987) die Einrichtung einer ortsnah arbeitenden begleitenden Beratung und Betreuung angeregt worden, die den Rehabilitanden

- in allen Belangen der beruflichen Förderung beratend zur Verfügung steht,
- die Übergänge von einer Stufe zur nächstfolgenden erleichtert,
- nachgehende Hilfen erschließt und
- außerdem bei der Koordination des Rehabilitationsverfahrens fachlich mitwirkt.

16) Im Beschluss des Deutschen Bundestages „25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung“ ist das Konzept der ambulanten Komplexleistung aufgegriffen (BT-Drucks. 14/9555, verabschiedet am 04. Juli 2002).

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

9. Glossar¹⁷

Affekt, affektiv: (heftige) Gefühlsregung, s. auch affektive Störungen

Affektive Störungen: hierzu gehören insbesondere manische Episoden, bipolar affektive Störungen (s. Manie, Depression), depressive Episoden und depressive Störungen

Akzeptanz: positive Einstellung

Ambulant (ambulante Hilfeangebote): Als ambulant werden alle Hilfen bezeichnet, die – in Abgrenzung zu stationären Hilfen – ohne Unterkunft erbracht werden. Ambulante Hilfen werden von der eigenen Wohnung aus aufgesucht oder auch im eigenen Lebensfeld erbracht, bei denen ein Verbleib in der eigenen Wohnung möglich ist. In diese Definition gehört auch die tagesklinische Behandlung (Kap. 6.1) oder auch eine ambulante Rehabilitation, bei der man sich wochentags über wesentliche Teile des Tages in eine Einrichtung begibt.

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

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

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

Compliance: Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Therapie

Dekompensation: Versagen der Ausgleichs- und Anpassungsfunktionen

Demenz: meist hirnganisch bedingte Minderung der Hirnleistungsfunktionen in Bezug auf Merkfähigkeit und Gedächtnis sowie Urteils- und Kritikvermögen

Depression: krankhafte (traurige) Verstimmung ohne ausreichenden Anlass, verbunden z.B. mit Antriebsstörungen, Angst und Verarmungs-ideen

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

Endogen: ohne äußeren Anlass („von innen“)

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

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

Finalitätsprinzip: ausschließlich zweck- und zielgerichtetes Handeln

Gerontopsychiatrisch: auf das höhere Lebensalter bezogenes nervenärztliches Handeln

Halluzination: (Trug-)Wahrnehmung ohne wirklich vorliegenden Sinnesreiz

Hypochondrie: (Wahnhafte) krankheitsbezogene Selbstbeobachtung

17) Vgl. auch Peters, U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie. Urban & Schwarzenberg, 5. Aufl., München – Wien 1999

(Hysterie), hysterisch (histrionisch): Eigenart, überschießend zu reagieren und zu agieren

Integration: soziale Eingliederung, Teilhabe an der Gesellschaft

Interdisziplinär: fächerübergreifend

Kommunikationsstörung: Verlust an Befähigung, soziale Kontakte aufzubauen und zu unterhalten

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

Manisch-depressive Psychose: wiederholte Episoden von Manie und Depression

Motivation: vielfältig zu strukturierender positiver Einstellungswandel

Multikausal: mehrere Ursachen gleichzeitig

Multimorbidität: gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen bes. in der Geriatrie (s. gerontopsychiatrisch)

Neuroleptika: gegen bestimmte psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn u.a.) wirksame Medikamente (insbes. bei schizophrenen und wahnhaften Störungen)

Neurose: herkömmlicher Oberbegriff zur Klassifizierung psychischer Störungen, dem u.a. Verstimmungen, Ängste, Zwänge und körperliche (psycho-somatische) Beschwerden zugeordnet waren

Organisch bedingte psychische Störungen: hierzu gehören insbesondere die Demenz (s. Demenz) sowie andere aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung eingetretene psychische Störungen oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Paranoia, paranoid: (gestörte Geistestätigkeit mit) Ausbildung eines in sich geschlossenen, durch Erfahrung nicht korrigierbaren Systems der Wirklichkeitsumdeutungen (Wahn)

Persönlichkeitsstörung: anhaltendes Reaktionsmuster eines Menschen, mit spezifischen Verhaltensabweichungen zu reagieren und zu agieren

Phobie: (auf eine bestimmte Situation bezogene) Angstentwicklung (s. Neurose)

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

Prophylaxe: Vorbeugung

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

Psychopathologie: Erfassen und Beschreiben abnormer Seelenzustände

Psychosen: herkömmlicher Oberbegriff zur Klassifizierung von seelischen Erkrankungen, bei denen traditionell zwischen Neurosen und Psychosen unterschieden wurde. Seit ICD 10 wird der Begriff psychotisch nur noch beschreibend für das

Vorkommen von u.a. wahnhaften Störungen verwendet; siehe Schizophrenie, affektive Störungen, organische psychische Störungen.

Psychosomatisch: der rückbezügliche, regelkreisgesteuerte Einfluss der seelischen Funktionen auf den Körper und der Körperfunktionen auf das seelische Befinden im Rahmen von Stress-Anpassungsfunktionen (s. Neurose)

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

Residualsyndrom: Symptom, das nach Abklingen der Akutsymptomatik noch über einen längeren Zeitraum weiter besteht

Reversibel: umkehrbar, wiederherstellbar

Rezidiv: Wiederauftreten (teilw. auch als „Exazerbation“)

Schizophrenie (paranoide, hebephrene, katatone), schizotype und wahnhafte Störungen: kennzeichnend sind charakteristische Störungen des Denkens und der Wahrnehmung, wobei die intellektuellen Fähigkeiten in der Regel nicht beeinträchtigt sind

Soziale Kompetenz: Befähigung zur gesellschaftlichen Rollenfindung und -ausübung

Soziotherapie, soziotherapeutisch: handlungsorientierte Einfluss-

nahme auf die Wechselwirkung zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld; zur Definition i.S. des SGB V siehe Kap. 7.1.1

Stationäre (stationäre Hilfe): zeichnet sich dadurch aus, dass sie auch Unterkunft und Verpflegung umfasst und man sich – im Unterschied zur ambulanten Hilfe – „in das Bett einer Einrichtung legen“ muss.

Stress-Anpassung: körperlich-hormonelle und seelische Reaktion auf einen meist überschwelligem Reiz oder zur Bewältigung einer Krisen- und Konfliktsituation (s. psychosomatischer Regelkreis, „Coping“)

Suchterkrankung: Abhängigkeit von seelisch wirksamen Substanzen

Symptom: Krankheitszeichen

Syndrom: regelhaft miteinander verbundene Krankheitszeichen

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

Wahn: Umdeutung der Wirklichkeit (s. paranoid)

Zwang: (wiederkehrender) Handlungsimpuls, der objektiv und subjektiv als widersinnig empfunden wird

Zyklothymie: andauernde Instabilität der Stimmung, ohne die Kriterien für eine bipolare affektive Störung zu erfüllen

10. Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation vom 12. März 2001 (Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V). Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.)

Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen – Hinweise zur Begutachtung. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), DVR-Schriften Band 30, Oktober 2001.

Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte – Empfehlungsvereinbarung RPK – vom 17. November 1986 – Anlage 1: Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (Anforderungsprofil) und Kriterienkatalog Übergangsheim (Zur Abgrenzung gegenüber dem RPK-Anforderungsprofil). Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)

Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie vom 29. November 2001

Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V vom 12. Mai 1999

Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)

Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)

Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen vom 20. Oktober 2000. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) vom 11. Dezember 1998

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Soziotherapie (Soziotherapie-Richtlinien) vom 23. August 2001

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ vom 16. Februar 2000

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 6. Februar 2001

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) vom 18. Dezember 1990

11. Literatur

Bäumli, J.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Springer, Berlin 1995

Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München 1999

Bochnik, H.J., Koch, H.: Die Nervenarzt-Studie, Ärzte-Verlag, Köln 1990

Bock, T., Weigand, H. (Hrsg.): Hand-Werks-Buch Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, 4. vollständig überarbeitete Auflage, Bonn 1998

Böker-Scharnhölz, M., Brill, K.-E. u.a.: Außerstationäre psychiatrische Pflege. Gutachten erstattet durch die Aktion Psychisch Kranke e.V. Teil I: Ambulante psychiatrische Behandlungspflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 121, Nomos, Baden-Baden 1999

Brill, K.-E.: Psychisch Kranke im Recht. Psychiatrie-Verlag, 2. neubearbeitete Auflage, Bonn 1999

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Die Rehabilitation Behinderter – Wegweiser für Ärzte, Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl., Köln 1994

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 11. Aufl., Frankfurt a. M. 2001

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt a. M. 2000

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 8, Frankfurt a.M. 1992

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (Hrsg.): Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, Schriftenreihe der BAGH, 29. Aufl., Düsseldorf 2001

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter. Vorschlag für ein behindertengerechtes System der beruflichen Eingliederung, Bonn 1987.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Psychisch Behinderte im System der beruflichen Rehabilitation, Forschungsbericht, Sozialforschung Bd. 174, Bonn 1988

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung.

– Band I Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Schriftenreihe des BMG Band 116 I, Baden-Baden 1999 (a)

- Band II Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des BMG Band 116 II, Baden-Baden 1999 (b)

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Schriftenreihe: Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“. Kohlhammer, Stuttgart 1988

Ciampi, L., Dauwalder, H.-P., Ague, C.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. I. Konzepte und methodologische Probleme, Nervenarzt 48, 1977, S. 12 – 18. II. Querschnittuntersuchung chronischer Spitalpatienten in einem modernen psychiatrischen Sektor, Nervenarzt 49, 1978, S. 332 – 338. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik, Nervenarzt 50, 1979, S. 366 – 378

Ciampi, L.: Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? – Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte, Nervenarzt 52, 1981, S. 506 – 515

Dau, D., Duwell, F. J., Haines, H. (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar SGB IX, Nomos, Baden-Baden 2001

Dauwalder, H.-P. et al: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. V. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen, Nervenarzt 55, 1984, S. 257 – 264.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Springer, Berlin, Heidelberg 1997

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. – Arbeitsausschuss „Beruf und Arbeit Behinderter“: Hinweise für Beratungsdienste zur Rehabilitation Behinderter, Nr. 9: Zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen, Rehabilitation 30, 1991, S. XXIII – XLII

Eikelmann, B.: Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. Enke, Stuttgart 1997

Expertenkommission: 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

Finzen, A.: Schizophrenie – die Krankheit verstehen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993

Finzen, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998

Gromann, P.: Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Häfner, H.: Das Rätsel Schizophrenie – Eine Krankheit wird entschlüsselt, C. H. Beck, München 2000

- Hauck, K., Noftz, W.: Sozialgesetzbuch – SGB IX, Kommentar, Erich-Schmidt-Verlag, Berlin 2001
- Hell, D., Gestefeld, M.: Schizophrenien. Orientierungshilfen für Betroffene, Springer, Berlin 1993
- Hell, D.: Welchen Sinn macht Depression? Rowohlt, Reinbek 1995
- Helmchen, H., Rafaelsen, O. J.: Depression, Melancholie, Manie. Ein Buch für Kranke und Angehörige. Thieme, Stuttgart 1992
- IG Metall-Vorstand (Hrsg.): Psychisch Kranke im Arbeitsleben. Ein Leitfaden für die Praxis im Betrieb, Schriftenreihe Arbeitssicherheit der Industriegewerkschaft Metall, Heft 23, 2. Aufl., Frankfurt a.M. 1991
- Kauder, V., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997
- Kulenkampff, C. u.a.: Neue Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte. Psychosoziale Arbeitshilfen 3, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1986
- Kunze, H.: Probleme der beruflichen und sozialen Rehabilitation, in: Kulenkampff, C. Picard, W., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich, Rheinland-Verlag, Köln 1989
- Kunze, H., Picard, W., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung, Rheinland-Verlag, Köln 1992
- Kunze, H., Kaltenbach, L. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2002
- Landschaftsverband Rheinland – Hauptfürsorgestelle (Hrsg.): Psychisch Behinderte im betrieblichen Alltag, Sonderreihe Nr. 13, Köln 1991
- Luderer, H. J.: Schizophrenien. Ratgeber für Patienten und Angehörige. Thieme, Stuttgart 1989
- Luderer, H. J.: Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt. Depression und Manie. Ursachen und Behandlung. Thieme, Stuttgart 1989
- Matthesius, R. G., Jochheim, K. A., Barolin, G. S. (Hrsg.): ICIDH – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. WHO Genf / Ullstein Mosby, Berlin 1995
- Melchinger, H.: Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 115, Nomos, Baden-Baden 1999
- Moeller, H. J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Thieme, Stuttgart 2000
- Mrozynski, P.: Rehabilitationsrecht, 3. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, C.H. Beck, München 1992
- Mrozynski: SGB IX, Teil 1, Kommentar, C. H. Beck, München 2002

- Reker, T.: Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie. Steinkopf, Darmstadt 1998
- Rössler, W., Salize, H. J.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 77, Nomos, Baden-Baden 1996
- Sachsse, U., Arndt, F. P.: Die schizophrene Erkrankung als narzisstische Dauerkatastrophe – Konsequenzen für die soziale Therapie, in: Krankenhauspsychiatrie, 1994, S. 37 – 41
- Schou, M.: Lithium-Behandlung der manisch-depressiven Krankheit. Thieme, Stuttgart 1991
- Seyfried, E., Bühler, A., Gmelin, A.: Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, 236, Bonn 1994
- Thurm, J., Häfner, H.: Wahrgenommene Verletzbarkeit, Rückfallrisiko und Bewältigung von Krankheitsphänomenen in der Schizophrenie, in: Häfner, H. (Hrsg.), a.a.O.
- Töle, R.: Psychiatrie. Springer, Berlin 1996
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Empfehlung für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, DRV-Schriften, Band 30, Frankfurt a.M. 2001
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation (ICIDH-2), Beta-1 Entwurf; 1998, Genf / Frankfurt a. M. 1998
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern / Göttingen / Toronto 1991
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Schizophrenie: Informationen für Angehörige. Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim 1991
- Wienberg, G. (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1995
- Wittchen, H. U., Bullinger-Naber, M., Hand, I., Kasper, S., Katschnig, H., Linden, M., Margraf, J., Möller, H. J., Naber, D., Pödlinger, W.: Was Sie schon immer über Angst wissen wollten! Angst, Angsterkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten. Karger, Basel 1993
- Wittchen, H. U., Benkert, O., Boerner, R., Gülsdorf, B., Philipp, M., Szegedi, A.: Panik-Ratgeber. Was Sie schon immer über die Behandlung von Panikstörungen wissen wollten. Karger, Basel 1997
- Wolfersdorf, M.: Depression. Verstehen und Bewältigen. Springer, Berlin 1994
- World Health Organisation (WHO): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), Geneve 1980

12. Adressen

Ausgewählte Institutionen und Selbsthilfe-Verbände, die im Bereich der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen von Bedeutung sind.

Aktion Psychisch Kranke e.V.
 Brungsgasse 4 – 6
 53117 Bonn
 Tel. 02 28 / 67 67 40
 Fax 02 28 / 67 67 42
 E-Mail: apk@psychiatrie.de
 Internet: www.psychiatrie.de/apk

*Bundesarbeitsgemeinschaft
 Hilfe für Behinderte e.V.*
 Kirchfeldstraße 149
 40215 Düsseldorf
 Tel. 02 21 / 3 10 06 – 0
 Fax 02 21 / 3 10 06 48
 E-Mail: info@bagh.de
 Internet: www.bagh.de

*Bundesverband
 Psychiatrie-Erfahrener e.V.*
 Thomas-Mann-Straße 49 a
 53111 Bonn
 Tel. 02 28 / 63 26 46
 Fax 02 28 / 65 80 63
 Internet: www.bpe-online.de

*Bundesverband der Angehörigen
 psychisch Kranker e.V.*
 Thomas-Mann-Straße 49 a
 53111 Bonn
 Tel. 02 28 / 63 26 46
 Fax 02 28 / 65 80 63
 E-Mail: bapk@psychiatrie.de
 Internet: www.psychiatrie.de

*Dachverband Psychosozialer
 Hilfsvereinigungen e.V.*
 Thomas-Mann-Straße 49 a
 53111 Bonn
 Tel. 02 28 / 63 26 46
 Fax 02 28 / 65 80 63
 E-mail: dachverband@psychiatrie.de
 Internet: www.psychiatrie.de

*Deutsche Gesellschaft für
 Soziale Psychiatrie e.V.*
 Zeltinger Str. 9
 50969 Köln
 Tel. 02 21 / 51 10 02
 Fax 02 21 / 52 99 03
 E-Mail: dgsp@netcologne.de
 Internet: www.psychiatrie.de

Ein umfassendes Verzeichnis von Anschriften der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherungsträger, der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden, von Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit, der Integrationsämter, der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie weiterer Institutionen im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen enthält der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, 11. Auflage, Frankfurt a.M. 2001.

Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesanstalt für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

ISSN 0933-8462