

Medizinische Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen - Ein Positionspapier

Vorbemerkung

Für die medizinische Rehabilitation sind unterschiedliche Rehabilitationsträger zuständig. Die Strukturverantwortung hat die GRV, danach die GKV und – nachrangig – die EinglH/SGB IX. Darüber hinaus die Unfallversicherungen/Berufsgenossenschaften und andere.¹

1. Definition

Eine medizinische Rehabilitation soll Patientinnen und Patienten helfen, die aufgrund von Unfällen oder Erkrankungen (Inkl. Sucht) in ihrem alltäglichen Leben deutlich beeinträchtigt sind. Ziel ist es, eine dauerhafte Beeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise die Patientin oder den Patienten dabei zu unterstützen, mit den Folgen der Erkrankung besser zurechtzukommen. Medizinische Rehabilitation hat zwei Ziele: zum einen sollen betroffene Patienten durch die Wiederherstellung und Stärkung ihrer Gesundheit seelisch und körperlich wieder in ihr Sozial- und Berufsleben zurückfinden. Zum anderen soll diese auch zeigen, wie man sich individuell mit Lebensumständen auseinandersetzen und bewältigen kann, um einen Rückfall oder zusätzliche Erkrankung zu vermeiden. In der Reha werden je nach individuellem Bedarf verschiedene Behandlungselemente kombiniert: neben der ärztlichen oder psycho- und sozialtherapeutischen Behandlung beispielsweise auch Krankengymnastik, Ergotherapie, krankenflegerische Anteile sowie sozialarbeiterische Anteile mit unterschiedlichen Verfahren.

2. Zuständigkeiten

Die Zuständigkeiten sind unterschiedlich geregelt und die Kosten einer Rehabilitation werden je nach Zuständigkeit von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen.

Die Rentenversicherung (SGB VI) übernimmt in der Regel die Kosten bei Berufstätigen, bei denen mit Hilfe von Rehabilitationsmaßnahmen die Erwerbsfähigkeit verbessert oder wiederhergestellt werden soll. Dies bedeutet, dass das Ziel der vollen Erwerbsfähigkeit erreichbar sein sollte.

Darüber hinaus ist eine vorherige Berufstätigkeit Vorbedingung der Kostenübernahmen

Die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ist in der Regel für die Kostenübernahme bei Rentnerinnen und Rentnern sowie für Pflegebedürftige zuständig. Auch Mütter oder Väter können gemeinsam mit ihren Kindern eine medizinische Rehabilitation als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen – davon zu unterscheiden sind wiederum die Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren, die als Vorsorgeleistung von den Krankenkassen bezahlt werden können.

Nachrangig ist für die medizinische Rehabilitation auch der Träger der Eingliederungshilfe (SGB IX) zuständig

Die Unfallversicherung (SGB VII) ist z.B. bei einer Berufskrankheit oder einem Arbeitsunfall die Leistungsträgerin.

Für die Genehmigung einer medizinischen Reha sind folgende Aspekte wichtig:

¹ Siehe im Überblick: BAR 2020, 2022.

- Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung – Sie kann beispielsweise bestehen, wenn eine Patientin oder ein Patient aufgrund einer nicht heilbaren Kniegelenksarthrose Probleme beim Gehen hat und deshalb nicht mehr alleine einkaufen kann.
- Rehabilitationsfähigkeit – die Patientin oder der Patient muss körperlich und geistig in der Lage sein, an der Rehabilitation mitzuwirken.
- Rehabilitations-Prognose und Rehabilitations-Ziele – es muss wahrscheinlich sein, dass die individuellen alltagsrelevanten Rehabilitationsziele erreicht werden.
- Wird unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt eine ambulante oder stationäre Reha benötigt – eine sogenannte **Anschlussrehabilitation** – gilt Folgendes: Bei bestimmten Krankheitsbildern gibt es keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die gesetzliche Krankenkasse, so beispielsweise bei Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufsystems oder bei Krebserkrankungen.
- Ähnliches gilt bei der geriatrischen Rehabilitation.

Positionen der DGSP

Die Forderung nach einer rehabilitativen Ausrichtung der psychosozialen Hilfen ist eine, die die Sozialpsychiatrie seit ihrem Bestehen erhebt. Sie ist bis heute noch nicht eingelöst. Deshalb ist die grundlegende Forderung, dass die medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Krankheiten/ Störungen als ein soziale Recht eine Regelleistung der Sozialversicherungen sein soll, vornehmlich der Renten- und Krankenversicherungen. Sie muss sich vor allem auch an die Menschen richten, die schwer und langfristig erkrankt bzw. behindert sind und komplexe Problemlagen aufweisen. Darüber hinaus sollen sie gemeindeintegriert und kooperativ (im GPV) vor allem ambulant-aufsuchend erbracht werden.

1. Grundsätze

- 1.1. Bei der Festlegung des Rehabedarfs, der Diagnostik, der Leistungsplanung in unterschiedlichen Lebensbereichen sowie bei der Evaluation ist der funktionale Ansatz der ICF-von großem Wert.² Er sollte jedoch erweitert werden:
 - Zum einen um eine Sichtweise, die die Lebensgeschichtliche, Lebensereignisse und Umweltbedingungen in Betracht zieht, d.h. auch den individuell bedeutsamen »Sinn« psychischer Störungen und ihren Äußerungsformen.³
 - Zum anderen um die Ansätze und Prinzipien von Empowerment und Recovery.⁴
 Hieraus ergeben sich auch Zielsetzungen, die sich an »Selbstwirksamkeit«, »Selbstbewusstsein«, »Anerkennung« und »Teilhabe« bzw. »Partizipation« orientieren.
- 1.2. Grundsätzlich muss die medizinische Rehabilitation immer auch im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe sowie der Teilhabe am Arbeitsleben gedacht werden. Einer Lebensweltorientierung der Hilfen kommt deshalb eine große Bedeutung zu. Sie ist auch besonders wichtig für die Planung von Leistungen sowie auch die Kooperation unterschiedlicher Leitungsträger und -Erbringer im Reha-Prozess.⁵
- 1.3. Die medizinische Rehabilitation ist als ein arbeitsteiliger, multiprofessioneller Prozess zu konzipieren und ist in der Regel »gemeindeintegriert« ambulant durchzuführen als

² DRV-Bund 2009.

³ Siehe hierzu Kruckenberg et al. 2006, 2007 und die verstehenden phänomenologischen Ansätze der Lebensfeldorientierung oder anthropologischen Psychiatrie.

⁴ Siehe z.B. DGPPN 2019.

⁵ Zum Reha-Prozess: BAR 2019, 2020 Hier kann ggf. »Arbeitsvermögen« als zentrale Kategorie fungieren: Promberger 2008; Promberger et al. 2008; Hirsland und Ramos Lobato 2010 und auch ein erweiterter Arbeitsbegriff Voswinkel 2021.

kooperative Leistung der im GPV zusammengeschlossenen Einrichtungen/Dienste und ihrer Mitarbeiter:innen gestalten. Hierbei kann an den Konzepten und Erfahrungen der »mobilen geriatrischen Rehabilitation« angeschlossen werden.⁶ Hinsichtlich der Einbeziehung außerklinischer/ -medizinischer Leistungserbringer sollte an Erfahrungen von Stäb⁷ oder der »Komplexleistung«⁸ angeknüpft werden.

- 1.4. Insbesondere für schwer erkrankte, aber nicht mehr krankenhausbbehandlungsbedürftige Patient:innen sollte eine ambulante Rehabilitation als eine ambulante »Anschlussrehabilitation« konzipiert werden.
- 1.5. Hieraus ergibt sich jedoch auch, dass die bisherigen Konzepte der »psychosomatisch/ psychotherapeutischen Rehabilitation« grundsätzlich überdacht werden müssen.

2. Forderungen der DGSP

- 2.1 Vordringlich erscheint die Forderung, dass im SDGB VI (GRV) die Koppelung an die »Erfolgsprognose« sowie die Befristungen aufgehoben werden. Die Frage der »Rehabilitationsfähigkeit« ist keine Diagnose und darf nicht als Ablehnungsgrund menschenrechtswidrig missbraucht werden. Darüber hinaus sollten auch bestimmte Indikationen so verändert werden, dass auch schwer und langfristig erkrankte Menschen in den Genuss einer medizinischen Rehabilitation kommen können. (Siehe hierzu z.B. § 15 SGB VI). Die Rehabilitation sollte auch im Rahmen von regionalen Verbundsystemen möglich sein.
- 2.2 Im SGB V sollten dahingehend Veränderungen erfolgen, dass
 - Anschlussrehabilitation ermöglicht werden kann
 - Reha im Verbund möglich ist
 - Aussagen zur Befristung verlängert sind.
- 2.3 Die Rehabilitationsplanung sollte immer im Zusammenhang mit einer Teilhabeplanung/ Gesamtplanung erfolgen. Hierzu ist notwendig:
 - Sie ist als ein Recht der Betroffenen zu regeln
 - Die Harmonisierung und Vereinfachung der Planungsinstrumente
 - Die Einbeziehung aller »Stakeholder« und Gestaltung der Hilfeplankonferenzen als ein »Open Dialog«
- 2.4 Die Durchführung der Rehabilitation als ein kooperativer Prozess mit der Bestimmung einer »koordinierenden Bezugsperson«.
- 2.5 Eine Zulassung als Leistungserbringer zur medizinischen Rehabilitation soll in der Regel gekoppelt werden mit einer »Regionalen Versorgungsverpflichtung«.

3. Literaturverzeichnis

Armbruster, Jürgen; Kruse, Andreas; Metz, Brigitte R.; Schmidt-Ohlemann, Matthias; Schomberg, Armin; Steffens, Tomas et al. (2008): Mobile Rehabilitation. Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Hg. v. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland. Stuttgart (Diakonie Texte, 14.2008). Online verfügbar unter https://www.diakonie-wissen.de/documents/9605586/15921163/DT2008-14++Mobile_Reha.pdf/ca438ec2-5645-40a2-8774-1cbf40385be9?version=1.1, zuletzt geprüft am 21.01.2022.

Armbruster, Jürgen; Plieninger, Andreas (2023): Mobile Medizinische Rehabilitation der Gemeindepsychiatrie. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Kirsten Kappert-Gonthier, Peter Brieger und Matthias Rosemann (Hg.): 50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie Enquete Band 1. Band 1. Bonn: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Tagungsberichte, 49/2), S. 141–148.

⁶ Armbruster et al. 2008; GKV-Spitzenverband 2021; Armbruster und Plieninger 2023.

⁷ Weinmann et al. 2021.

⁸ GBA 2021; Mönter 2023.

- BAR (2019): Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Frankfurt am Main. Online verfügbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2024.
- BAR (2020): Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen. Unter Mitarbeit von Regina Ernst, Jennifer Haaf und Teresia Widera. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt am Main (Arbeitshilfe). Online verfügbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/AHPsych.barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2024.
- BAR (Hg.) (2022): Rehabilitation und Teilhabe. Ein Wegweiser. Unter Mitarbeit von Carola Penstorf, Günter Thielgen, Bernd Giraud und Helga Seel. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Frankfurt am Main. Online verfügbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/WegweiserHandbuch2020.RZweb.pdf, zuletzt geprüft am 30.08.2022.
- DGPPN (Hg.) (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.htm>, zuletzt geprüft am 05.08.2020.
- DRV-Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 3. Aufl. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Online verfügbar unter file:///C:/Users/User/Downloads/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2024.
- GBA (2021): Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. KSVPsych-RL. 2. September 2021. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5005/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2021.
- GKV-Spitzenverband (2021): Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation. vom 01.06.2021. Berlin.
- Hirseland, Andreas; Ramos Lobato, Philipp (2010): Armutsdynamik und Arbeitsmarkt. Entstehung, Verfestigung und Überwindung von Hilfebedürftigkeit bei Erwerbsfähigen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB - Forschungsbericht, 3). Online verfügbar unter <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2010/fb0310.pdf>.
- Kruckenberger, Peter; Reumschüssel-Wienert, Christian; Grampp, Peter (2006): ICF und IBRP - die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bei der personenzentrierten Hilfeplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt „Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems“. Bonn, S. 192–200.
- Kruckenberger, Peter; Reumschüssel-Wienert, Christian; Grampp, Peter (2007): Betrifft Rehabilitationsplanung - ICF kann in den IBRP integriert werden. In: *Psychosoziale Umschau*, S. 34–37.
- Mönter, Norbert (2023): Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung. Erfolgreicher Start der Umsetzung der KSV-Psych-Richtlinie in Berlin. In: *Soziale Psychiatrie (Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie)* 47 (3), S. 12–15.
- Promberger, Markus (2008): Arbeit, Arbeitslosigkeit und soziale Integration. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, S. 7–15.
- Promberger, Markus; Wenzel, Ulrich; Pfeiffer, Sabine; Hackett, Anne; Hirseland, Andreas (2008): Beschäftigungsfähigkeit, Arbeitsvermögen und Arbeitslosigkeit. In: *WSI Mitteilungen*, 2008, S. 70–76.
- Voswinkel, Stephan (2021): Arbeitssoziologie und Gesellschaftstheorie. Perspektiven der Arbeitssoziologie 2. Hg. v. Institut für Sozialforschung Frankfurt am Main. Frankfurt am Main (IFS Working Paper, 14). Online verfügbar unter <file:///C:/Users/User/Downloads/Voswinkel-IFS-Working-Papers.pdf>, zuletzt geprüft am 20.07.2023.

Köln, der 15. Oktober 2024

Unterschrieben vom

DGSP-Fachausschuss Psychiatrie 4.0

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

