

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Dialogforum 1: „Versorgungsbereiche (ambulante, teil-stationäre, stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation)“.

Für den Vorstand der BAG RPK e.V.

Stephan Kauffeldt, 1. Vorsitzender

s.kauffeldt@zre-osnabrueck.de

Eva-Marie Torhorst MBA, Kommunikation

eva-marie.torhorst@real-isarwinkel.de

Beschreibung der Handlungsbedarfe und -optionen aus Sicht der BAG RPK e.V.

Für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit krankheitsbedingten erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen und Teilhabeverlusten lassen sich drei Problembereiche formulieren, die dem eigentlichen Zweck der Rehabilitation entgegenstehen und in erheblichem Maße zur Exklusion, bzw. zu dauerhaften Teilhabeverlusten der Betroffenen beitragen:

- 1. Fehlender Rechtsrahmen für frühe Rehabilitation im Sinne einer Anschlussheilbehandlung (AHB)**
- 2. Frühe Berentung ohne vorausgegangene Rehabilitationsleistung**
- 3. Fehlende bedarfsorientierte Nachsorge mit Zuschnitt auf psychiatrische Bedarfe (in Abgrenzung zum psychosomatischen Indikationsbereich)**

Lösungsansätze sind bislang nur in einzelnen Modellen erprobt und weit entfernt von einer Regelfinanzierung. Im Folgenden sollen die einzelnen Aspekte weiter ausgeführt werden.

Dabei fokussiert dieses Papier auf den Regelbereich des SGB V.

Die RPK stellt sich vor: Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke Menschen (RPK) als komplexes Rehabilitationsangebot

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

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

Die RPK-Maßnahme gliedert sich in eine medizinische und eine berufliche Phase. Die beiden Phasen können jeweils bis zu einem Jahr dauern, so dass sich eine maximale Gesamtdauer von 2 Jahren ergibt. Sie ist fallbezogen nochmals um 6 Monate erweiterbar.

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

Eine planmäßige Beendigung der RPK-Maßnahme kann bereits in der medizinischen Phase erfolgen und leitet direkt in Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt über.

Damit fällt der medizinische Teil der Rehabilitation in den Rechtskreis des SGB V.

1. Frühe Rehabilitation im Sinne einer Anschlussheilbehandlung (AHB) ermöglichen Schaffen einer gesetzlichen Grundlage für die Herstellung/Förderung von Rehabilitationsfähigkeit nach Akutbehandlung

Aktuelle Gesundheitsberichte der Krankenkassen weisen psychische Erkrankungen als zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (AU) aus (s.o.). Des Weiteren ist der Anteil an Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen unter den Langzeitarbeitslosen und Erwerbsminderungsrentnern auffallend groß.

Aufgrund der drastisch gesunkenen Verweildauern und dem Strukturwandel der Akutpsychiatrie sind die in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) verankerten rehabilitativen Leistungen in der Akutpsychiatrie aus der Versorgungslandschaft verschwunden. Dieser Prozess wird sich auf der Basis des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) voraussichtlich weiter zuspitzen.

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

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

Empfehlung: Schaffen eines Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation

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

Damit werden finanzielle Ressourcen effizienter genutzt, sowie die Folgekosten im Gesundheitssystem verringert. Zudem ließen sich auch die enormen Zeiträume, die bis zu einer passgenauen, störungsspezifischen Behandlung vergehen, drastisch verkürzen. Dem Chronifizierungsrisiko schwerer psychischer Erkrankungen könnte so schon frühzeitiger begegnet werden.

2. Frühe Berentung vermeiden und Zugang zur Rehabilitation ermöglichen

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

Psychische Erkrankung ist mit 42% die häufigste Ursache für Frühverrentung¹. Die Frühverrentung erfolgt im Durchschnitt bei einer psychischen Erkrankung drei Jahre früher als aufgrund einer somatischen Erkrankung². Nur die Hälfte der Betroffenen hat im Vorfeld der Berentung eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen.

Diese Realität widerspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ (SGB IX §8 und SGB VI §9), der ausdrücklich die medizinische Rehabilitation vor die Erwerbsminderungsrente setzt. Dieser Grundsatz sollte dringend auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischer Erkrankung durchgängig Anwendung finden.

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

Niederschwelligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang:

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

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

Die ca. 50 Einrichtungen stellen 1800 Behandlungsplätze zur Verfügung, pro Jahr werden ca. 1900 Maßnahmen durchgeführt. Das entspricht weniger als 0,1% der Rehabilitationsmaßnahmen pro Jahr in Deutschland. Die Wartezeiten auf die Rehabilitation betragen in der Regel mehrere Monate. Ambulante Rehabilitationsplätze stehen in einigen Regionen gar nicht zur Verfügung bzw. sind in ländlichen Regionen aufgrund von Hemmnissen in der Erreichbarkeit kaum realisierbar.

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

Die Diskrepanz zwischen Angebot und Bedarf bleibt auch unter Berücksichtigung von sozialmedizinischen Voraussetzungen wie Rehabilitationsbedarf, Erfolgsprognose und Motivation der Betroffenen eklatant.

¹ BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (2013)

² Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller (2015), Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland; im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

3. Nachsorge ermöglichen auch nach einer medizinischen Rehabilitationsphase

Bei Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung finden Begleitung und Unterstützung am Arbeitsplatz unabhängig von der Art der Reha-Phase (Nur medizinische Rehabilitation oder in Kombination mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt) nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme in der Regel nicht statt. Die betroffenen Menschen sind mit dem Ende der Rehabilitation mit oder ohne Beginn lohnabhängiger Tätigkeit auf sich allein gestellt.

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

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

Wünschenswert ist hier ein Modell, das Beziehungskontinuität herstellt und es am Rehapprozess beteiligten Fachkräften ermöglicht, auch über das Ende einer Rehabilitationsmaßnahme hinaus unterstützend und ggf. moderierend tätig zu sein. In diesem Sinne sollte die Nachsorge nach Rehabilitationsmaßnahmen langfristig und flexibel angepasst an den individuellen Unterstützungsbedarf ermöglicht werden. Sie sollte Betroffenen und Arbeitgebern zur Verfügung stehen. Erfolgsfaktoren sind: konstante Beziehungen, Lebensweltorientierung und ggf. aufsuchende Hilfen. Dafür muss ein regelfinanzierter Rahmen entwickelt werden³.

Die Notwendigkeit von Nachsorge nach der Rehabilitation zur überdauernden Sicherung des Rehabilitationsergebnisses ist bei den Leistungsträgern Konsens. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat für die Belange psychisch erkrankter Menschen Nachsorgekonzepte entwickelt. Diese beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation⁴ (siehe IRENA und PSYRENA). Dabei handelt es sich in der Regel eine vier- bis sechswöchige Maßnahme, oft wohnortfern für Menschen mit leichteren psychischen Störungen. Der GKV-Bereich sieht nur eine optionale sozialmedizinische Nachsorge im Kinder- und Jugendlichen-Bereich vor.

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

³ Hierfür bieten sich regionale Projekte im Rahmen von RehaPro an (z. B. Projektskizze „Job Protection“ der DRV Braunschweig-Hannover).

⁴ DRV-Konzept „Rahmenkonzept zur Nachsorge für Medizinische Rehabilitation nach §15 SGB VI, Stand: Juni 2015, Fassung vom 02. Januar 2018