

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Für den Vorstand der BAG RPK e.V.

Dipl. Psych. Stephan Kauffeldt, 1. Vorsitzender

s.kauffeldt@zre-osnabrueck.de

Eva-Marie Torhorst MBA, Kommunikation

eva-marie.torhorst@real-isarwinkel.de

Dialogforum 3: „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“

Besondere Zielgruppe aus Sicht der BAG RPK:

Von einer schweren psychiatrischen Erkrankung Betroffene mit deutlicher Chronifizierungsneigung bzw. dem drohenden Risiko einer Behinderung

Indikationsbezogen sind die hauptsächlich relevanten Störungskategorien die schizophrenen und affektiven Psychosen (F2 und F3), schwere Angst- und Traumafolgestörungen (F4), komplexe bzw. kombinierte Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie in Sondermodellen Autismusspektrum- und Substanzgebrauchsstörung (F8 bzw. F1).

Chronifizierung bedeutet den dauerhaften Verlust von Teilhabechancen und in den meisten Fällen einen Lebensweg mit Unterstützung aus den Sozialsystemen. Frühe und gezielte Prävention sowie Rehabilitation bieten große Chancen auf eine eigenständige und wirtschaftlich unabhängige Lebensführung. Auch die Sozialsysteme profitieren vom Rehabilitationserfolg der Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, indem sich die Gesamtkosten psychischer Erkrankung verringern.

Eine weitere Binnendifferenzierung lässt sich unter Berücksichtigung des Lebensalters vornehmen. Diesbezüglich entstehen altersbezogene Spezialbedarfe, die auch gesetzlich ausreichend Berücksichtigung finden sollten (Kinder & Jugendliche, Adoleszente und ältere Betroffene).

Aus unserer Sicht resultieren drei Fokusthemen, die im anstehenden Dialog „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“ aufgegriffen werden sollten (z. B. Ergänzung des §2a SGB V):

- 1. Die genannte Zielgruppe kann krankheitsbedingt nur von individuell angepassten, potentiell langfristigen und im Hinblick auf die Intensität der kontinuierlichen Begleitung flexiblen Behandlungssettings profitieren.**
- 2. Langfristige Nachsorge als Erfolgsfaktor für stabile Lebensentwürfe und Inklusion.**
- 3. Umsetzung der individuellen Rehastrategie direkt im Lebensumfeld – unabdingbar verknüpft mit der Gemeindepsychiatrie.**

Im Folgenden sollen die Einzelaspekte näher erläutert werden:

1. Die genannte Zielgruppe erfordert ein angemessenes Behandlungssetting – auch lebensphasenspezifisch.

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung umfassen eine klinisch bedeutsame Patientengruppe. Die Zahl der Betroffenen einer schweren psychischen Erkrankung kann vorsichtig auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt werden. In Deutschland gelten damit ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen als schwer psychisch krank¹. Die Betroffenen leiden nicht nur schon seit mindestens zwei Jahren durchgehend an einer psychischen Störung mit erheblichen Einschränkungen in Bezug auf Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe (messbare Verschlechterung des psychosozialen Funktionsniveaus), sondern verlangen oft einen erhöhten und aufwändigeren Unterstützungsbedarf von Seiten des Hilfesystems.² Dieser Umstand verdeutlicht, dass Rehabilitation nicht in den üblichen Zeitfenstern von drei bis sechs Wochen (z. B. Psychosomatik) zu bewerkstelligen ist. Bedarfsgerechte Angebote benötigen Zeiträume von bis zu achtzehn Monaten (z. B. bei Kombination medizinischer und beruflicher Reha-Bausteine). Hier fordern wir die Verankerung konkreter Bedingungen im SGB V, z. B. im Zusammenhang mit dem §2a, der nur formuliert, dass „den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen [...] Rechnung zu tragen“ ist. Wie schon oben erwähnt ist zudem auch das jeweilige Lebensalter der Betroffenen zu berücksichtigen.

Beispiel: Schwer psychisch erkrankte Menschen im hohen Lebensalter

Schwer psychisch erkrankte alte Menschen leben oft in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGBXII, die sich speziell auf ihre Teilhabebedarfe ausgerichtet haben. Die Teilhabe an der Gesellschaft, das Leben in einer Gemeinschaft, Ressourcenorientierung und die Öffnung in das soziale Umfeld zeichnen diese Einrichtungen aus. Wenn nun die aufkommenden Pflegebedarfe die Maßgaben des §43a SGBXI überschreiten, droht der Umzug in eine Einrichtung des SGBXI. Die üblichen Pflegeeinrichtungen sind jedoch nicht auf den Umgang mit schwer psychisch erkrankten Menschen eingerichtet und legen ihren Schwerpunkt strukturell bedingt auf den Aspekt der Pflege und nicht der Teilhabe. Während Menschen mit körperlicher Behinderung die Zusage der Politik erhalten haben, auch bis zum Tod in der für sie spezialisierten Einrichtung bleiben zu können, ist dies derzeit für Menschen mit seelischer Behinderung bzw. schwerer meist chronifizierter psychischer Erkrankung nicht möglich.

Es wäre wünschenswert, dass der Gesetzgeber auch für Menschen mit schwerer meist chronifizierter psychischer Erkrankung Möglichkeiten des Übergangs schafft. Ein Baustein in einem solchen Modell ist, dass ambulante Pflegeleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erfolgen dürfen. Das BTHG zielt in seiner Ausrichtung eindeutig auf die Überwindung von Sektorengrenzen, die für alte Menschen mit schwerer chronischer psychischer Erkrankung keine ausreichende Anwendung findet.

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

²S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Hrsg. DGPPN, Springer Verlag Berlin, 2013

BAG RPK e.V.: Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen, Thesenpapier für Dialogforum 3

2. Langfristige Nachsorge als Erfolgsfaktor für stabile Lebensentwürfe und Inklusion.

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 Arbeitsleben) 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 Rehaprozess 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 werden. Erste vielversprechende Versuche gibt es im Rahmen des aktuell laufenden Reha-Pro-Projektes „Job Protection“ (DRV Braunschweig-Hannover).

Die Notwendigkeit von Nachsorge nach der Rehabilitation zur überdauernden Sicherung des Rehabilitationsergebnisses ist bei den Leistungsträgern Konsens. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat für die Belange psychisch erkrankter Menschen Nachsorgekonzepte entwickelt. Diese beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation³ (siehe IRENA und PSYRENA). 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 DRV-Konzept „Rahmenkonzept zur Nachsorge für Medizinische Rehabilitation nach §15 SGB VI, Stand: Juni 2015, Fassung vom 02. Januar 2018

3. Umsetzung der individuellen Rehastrategie im direkten Lebensumfeld – unabdingbar verknüpft mit der Gemeindepsychiatrie.

Ausgangslage bei dem oben beschriebenen Betroffenenkreis der schweren psychiatrischen Erkrankungen ist eine umfassende Teilhabestörung mit gravierenden Aktivitätsstörungen. Eine erhöhte Tendenz zu Rückzugsverhalten ist oft gepaart mit einer schon länger zurückliegenden Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Etwa ein Viertel der Betroffenen haben noch gar keine Selbstwirksamkeitserfahrungen in Bezug auf die Arbeitnehmerrolle machen können, weil ihnen die Erkrankung schon zu einem frühen Zeitpunkt „einen Strich durch die Rechnung“ macht.

Die Rehabilitationsziele sind entsprechend weitreichender zu fassen und zeitaufwändiger zu erreichen. Auch der Transfer des Gelernten in den Alltag gelingt nachhaltig nur durch intensive Begleitung im eigenen Lebensumfeld. Damit ist aus unserer Sicht einer wohnortnahen Rehabilitation Vorrang einzuräumen, die gleichzeitig durch eine regional vernetzte und auf Kooperation basierende Grundhaltung gekennzeichnet sein muss, um einen inklusiven Rahmen mit ausreichendem Realitätsbezug sicherzustellen. Dies impliziert auch den klaren Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationären Angeboten. Im Gegensatz zu (psycho-)somatischen Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen ein Ortswechsel oft forciert und von den Betroffenen Kliniken weit weg vom Arbeits- und Wohnort gewünscht werden, benötigt die in diesem Papier benannte Zielgruppe eine Einbeziehung des sozialen und beruflichen Bezugsrahmens vom ersten Tag der Maßnahme an. Ebenfalls wichtig ist die Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationselemente, hier greifen MBOR- oder BORA-Ansätze (Sucht) deutlich zu kurz. Gerade Menschen, die lange Zeit aus dem aktiven Erwerbsleben ausgeschlossen waren, brauchen individualisierte und dosierte Unterstützung in der für Sie gewohnten Lebensumwelt.

Die Vernetzung der Reha-Einrichtung in vorhandene gemeindepsychiatrische Verbände ist dazu unabdingbare Voraussetzung. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit der ganzen Vielfalt der Akteure. Die individuelle Rehastrategie der Betroffenen sollte die Entscheidung über ein geeignetes Setting aus dem Spektrum vom ambulanten über ganztags-ambulantem bis hin zu stationärem Angebot prägen. Ebenso sollten Angebote der Akutpsychiatrie, der psychiatrischen Frührehabilitation sowie LTA-Maßnahmen wohnortnah und flächendeckend zur Verfügung stehen. Dazu gehört auch die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte, die aufgrund von Fehlanreizen in Vergütung zur Verfügung stehender Zeit je Patient und Quartal immer seltener zu finden sind.