

Perspektiven schaffen – Rehabilitation vor Resignation

Dr. med. Sabine Krefß



Julian hängt in der Luft

Vor acht Monaten war er noch psychotisch, jetzt sitzt er zu Hause und nimmt Medikamente. Das Stimmenhören ist weg, auch das Verfolgungsgefühl. Letztes Jahr hat er Abitur gemacht, eigentlich wollte er studieren, ist immer noch eingeschrieben. Er kann sich aber nicht konzentrieren, morgens kommt er nicht aus dem Bett. Seit der stationären psychiatrischen Behandlung geht er zu einem niedergelassenen Psychiater. Bei einem Psychotherapeuten steht er auf der Warteliste. Er hat sich eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen angesehen, wegen der Tagesstruktur.

Nicole ist am Ende

Gerade schreibt sie ihre Kündigung. Sie kann nicht mehr zurück in ihren alten Job als Krankenschwester. Die stufenweise Wiedereingliederung hat sie auch im zweiten Anlauf vorzeitig beendet. Seit zwei Jahren geht es ihr psychisch immer schlechter, seit fast einem Jahr ist sie kontinuierlich krankgeschrieben, zweimal war sie in der psychiatrischen Tagesklinik. Struktur und Medikation hatten durchaus Erfolg, immerhin kann sie ihren Haushalt bewältigen, geht auch mal wieder vor die Tür. Sie könnte eine Umschulung machen, aber länger als drei Stunden hält sie es eigentlich nicht aus unter anderen Menschen. Soll sie mit Ende dreißig Rente beantragen?

Michael steckt in der Sackgasse

Noch bekommt er Arbeitslosengeld I, das Krankengeld ist vor ein paar Wochen ausgelaufen. Vor einem halben Jahr war er in einer psychosomatischen Reha wegen eines Burn-outs. Außerdem spielt sein Rücken nicht mehr mit. Das hatte schon häufiger zu Krankheitsphasen geführt und in der Folge zu heftigen Konflikten mit seinem Schichtleiter. Dieses Klima von Anforderung und Misstrauen hält er nicht mehr aus. Aus der Reha wurde er vollschichtig

leistungsfähig entlassen, aber er ist weiter arbeitsunfähig. Er sollte Psychotherapie machen. Jetzt hat die Rentenversicherung seinen Rentenantrag abgelehnt. Für etwas Neues hat er keine Kraft. Mit 52 Jahren ist er doch raus. Den Abtrag fürs Haus werden sie bald nicht mehr zahlen können.

Teilhabe ist eingeschränkt

Drei Menschen in völlig unterschiedlichen Phasen ihres Lebens und Berufslebens ereilt das Schicksal einer psychischen Erkrankung. Die Akutversorgung und Behandlung der Symptomatik erfolgen in angemessener und grundsätzlich auch erfolgreicher Weise. Die Schwere der Erkrankung führt aber in allen drei Fällen dazu, dass eine reibungslose Rückkehr ins bisherige Leben mit den entsprechenden Rollen und sozialen Anforderungen nicht gelingt. Die Teilhabe am Leben ist allen dreien nicht (Arbeitsleben) oder nur noch bedingt (Alltagsleben) möglich.

Für diese Fälle hält unser Versorgungssystem ein spezifisches Angebot vor: die Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen – RPK. [1]

Was ist RPK?

Zielgruppe einer RPK-Maßnahme sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [2, 3]. Die Schwere der Erkrankung definiert sich aber nicht allein über die ICD-10-Diagnose oder die Ausprägung der Symptomatik. Entscheidend ist die Tragweite der in der Folge der Erkrankung aufgetretenen Schädigungen (wie beispielsweise psychosoziale Funktionen) und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in allen Lebensbereichen. Die Mehrzahl der Rehabilitanden in einer RPK leidet unter affektiven Störungen, psychotischen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Aber auch alle anderen Diagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10 sind vertreten, voraus-

gesetzt die Krankheitsfolgen sind erheblich. Rehabilitationsprinzipien sind: ambulant vor stationär, regional vernetzt und wohnortnah, personenzentriert, niedrigschwellig und frühzeitig.

Die Einbeziehung rehabilitativer Angebote nach schweren Erkrankungen ist im Bereich der somatischen Medizin eine Selbstverständlichkeit. „Die Rehabilitation beginnt am Unfallort“ (Zitat: Unfallkasse), die Rückkehr in die bislang relevanten Lebensbereiche ist immer das Ziel, die Versorgungsalgorithmen sind entsprechend ausgerichtet. In der psychiatrischen Versorgung wird die medizinische Rehabilitation für schwerer erkrankte Menschen meist noch gar nicht gedacht oder als Randphänomen betrachtet. Dabei sind die bestehenden Strukturen und Angebote in Hessen differenziert, auf fachlich hohem Niveau und vielerorts schon wohnortnah verfügbar.

Was passiert in einer RPK?

Ein multiprofessionelles Team aus Fachärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und Gesundheits- und Krankenpflegern bietet psychoedukative, bewältigungsorientierte und handlungsorientierte psychotherapeutische Verfahren und fachärztliche Therapie in Gruppen und Einzelkontakten. Zentrale Aspekte sind diagnostische und trainierende Verfahren zur Arbeitsrehabilitation. Die Einbeziehung des persönlichen Umfelds, der Angehörigen und des Arbeitsumfeldes, soweit noch vorhanden, ist obligat. Belastungserprobungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind zentraler Bestandteil jeder Maßnahme. Dabei erfolgt eine intensive Begleitung der Betroffenen und auch der Arbeitsgeber durch die Mitarbeiter der Reha-Teams [4]. Konzeptionelles Bezugssystem ist die ICF [5]. Als rehabilitatives Prinzip hat sich insbesondere in den ganztags-ambulanten Angeboten das Prinzip „first place, then

train“ (konkreten Platz im sozialen System einnehmen, dann trainieren) durchgesetzt. So wird durch wohnortnahe Behandlung und Lebensweltorientierung die Schaffung von künstlichen Trainingswelten vermieden und der reale Lebenskontext der Rehabilitanden aktiv in die Rehabilitation eingebunden und genutzt [6, 7, 8, 9].

Für die drei geschilderten Fälle gilt: Die Akutbehandlung ist abgeschlossen. Die Rückkehr ins alte Leben wird von allen angestrebt. Die Einschränkungen in Bezug auf Alltagsanforderungen sind noch erheblich. Die weitere Entwicklung ist prognostisch kaum abzuschätzen. Ohne intensive Hilfen droht in allen Fällen die dauerhafte soziale und berufliche Exklusion und die langfristige finanzielle Abhängigkeit von staatlichen Institutionen. Rehabilitation, und hier medizinische Rehabilitation mit einem komplexen Unterstützungsangebot, ist dringend indiziert.

Nicole und Michael finden wohnortnah ein ambulantes RPK-Angebot und nehmen an einem unverbindlichen Informationstermin und einem individuellen Beratungsgespräch teil. Hier wird die Indikation für die Reha geprüft und bestätigt. Mit Hilfe der Mitarbeiter der RPK-Einrichtungen stellen beide einen Antrag auf Kostenübernahme bei der jeweils zuständigen Rentenversicherung.

Julian muss weiter reisen, die nächste RPK-Einrichtung ist 100 Kilometer entfernt. Für ihn stellt sich aber sogar die Frage nach einer Indikation für ein stationäres Setting, da von allen Beteiligten die Distanz zum Elternhaus und die Verselbstständigung als ein zentrales Rehabilitati-

onsziel unter anderen identifiziert werden. Auch er stellt mit Hilfe der RPK-Mitarbeiter einen Antrag auf Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse.

Die RPK-Landschaft in Hessen

RPK-Einrichtungen sind intensiv örtlich vernetzt und mit ihrem Angebot in die Versorgungslandschaft der jeweiligen Regionen eingepasst. So finden sich RPK-Einrichtungen mit einem rein ambulanten, rein stationären oder einem gemischten Angebot. Alle RPK-Einrichtungen bieten medizinische Rehabilitation über die Krankenkassen und die Rentenversicherung an, ein Teil der Einrichtungen kann den nahtlosen Übergang in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben realisieren. Eine RPK-Maßnahme kann prognoseabhängig bis zu zwei Jahre dauern.

Das Zugangsverfahren ist in allen RPK-Einrichtungen ähnlich. Die Betroffenen stellen selbst den Kontakt her (Infotermin, Beratungsgespräch), die Mitarbeiter der Einrichtungen kümmern sich dann um die Antragstellung. Die Bearbeitungszeiten der Anträge sind in der Regel überschaubar, die Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz in den Regionen sehr unterschiedlich.

Julian hat Boden unter den Füßen

Er war sehr skeptisch und von zu Hause weg zu sein ist ihm nicht leicht gefallen. Aber die ambulanten Angebote waren zu weit weg und im Endeffekt war es ganz gut, sich mal nicht auf die Eltern verlassen zu können und wie in einer WG mit anderen zurecht kommen zu müssen. Die Eltern waren zu Gesprächen in der Reha. Es

tat gut, gemeinsam noch mal die Krisen der letzten Monate in aller Ruhe zu betrachten. So konnten sie auch einen Notfallplan miteinander abstimmen, sollte es mal wieder zu einer Krise bei Julian kommen. Man kann ja nie wissen. Julian hat in der Reha unterschiedliche Medikamente ausprobiert, rauf und runter, bis er das Gefühl hatte, einigermaßen klar denken zu können und bis er auch wieder ein paar Kilo abgenommen hatte. Der Sport, die konsequenten Alltagsanforderungen und die Tatsache, dass seine Tage in der Reha ausgefüllt waren, haben sicher einen Teil dazu beigetragen. In Bezug auf die Medikamente wurde ihm viel Verantwortung überlassen. Für seine Ambivalenz hatte man immer ein offenes Ohr. Bevor er ins Praktikum startete, ließ er dann die Medikamente in der Hoffnung, wieder richtig fit zu werden, ohne Rücksprache mit dem Arzt weg. Im Praktikum konnte er zunächst punkten. Gemeinsam mit den Reha-Mitarbeitern hatte er sich den Erprobungsplatz gesucht, war nach dem Vorstellungsgespräch in Begleitung seines Therapeuten begeistert. Es entsprach sehr genau seinen Interessen und er ist ein schlauer Kopf. Doch dann kamen die Stimmen im Kopf wieder und die Angst. Eine Woche konnte er deswegen gar nicht arbeiten. Dabei hatte er eine Aufgabe übernommen, die fertig werden musste. Sein Therapeut in der Reha hat ihn gelassen durch die Krise gesteuert. Er war so erleichtert, als er das Praktikum fortsetzen konnte. Das Absetzen der Medikamente hat er erst mal hinten angestellt. Und dann lief es richtig gut für ihn. Im Gespräch mit dem Rehaberater des Jobcenters, begleitet von den RPK-Mitarbeitern, konnte er seine berufliche Perspektive planen. Nach der Reha hat er eine Ausbildung zum IT-Kaufmann in einem Berufsbildungswerk begonnen, lebt dort im Internat. Vielleicht probiert er noch mal, ohne Medikamente auszukommen, wenn er seine Ausbildung in der Tasche hat. Der Plan zu studieren, ist auch noch nicht vom Tisch. Das läuft ihm nicht weg. Im Moment tut es ihm noch gut, nicht zu viel Spielraum für tägliche Entscheidungen zu haben. Von ganz allein und ohne äußere Struktur kommt ihm doch noch manchmal der Antrieb abhanden. Gelegentlich meldet er sich noch bei seinem ehemali-

Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen: RPK-Standorte in Hessen

Vitos Reha Kassel

50 ambulante Plätze
www.vitos-reha.de

RPK Marburg

12 ambulante Plätze
www.bi-marburg.de

RPK Schlüchtern

20 stationäre, 10 ambulante Plätze
www.mkkliniken.de

Vitos Reha Frankfurt

30 ambulante Plätze
www.vitos-reha.de

RPK Modautal

40 stationäre Plätze
www.reas.de

Standortsuche im Internet unter:

www.bag-rpk.de

gen RPK-Therapeuten und berichtet, wie es ihm geht. Nach neun Monaten RPK hat er die Kontrolle über sein Leben wieder.

Nicole startet neu

Sie hatte so viel Angst erneut zu scheitern, dass sie fast nicht mit der Reha angefangen hätte. Und anfangs konnte sie auch kaum mehr als halbe Tage dort bleiben. Die RPK-Mitarbeiter blieben gelassen und immer wieder wurde der Wochenplan mit den Anforderungen an ihre Möglichkeiten angepasst. Langsam wurde es besser. Ihre Wohnung war ihre Zuflucht. Die zuverlässig optimistische Haltung der Reha-Mitarbeiter und die Diskussion und Prüfung aller Alternativen taten ihr gut. Außerdem bekam sie wieder ein Gefühl für ihre eigenen Fähigkeiten. In den Gruppen war sie beliebt, konnte gut auf Andere eingehen, hilfreich sein. Manchmal übernahm sie sich dann auch wieder in der Fürsorge für andere. Ihre RPK-Therapeutin bremste sie. Sie verstand langsam, wohin ihre Energien immer wieder versickerten. Aber auch, welche Vorteile sie daraus zog. Die in der Reha beantragte Anerkennung einer Schwerbehinderung hat dann bei der Finanzierung ihrer weiteren Perspektive geholfen. Ihr erstes Praktikum fand im Tierheim statt. Mehr als Katzen streicheln hatte sie sich zunächst nicht zugetraut. Und selbst hier ist sie mit dem Leid der Tiere kaum fertig geworden. Am Ende, als sie immer mehr Kraft und auch wieder Hoffnung hatte, arbeitete sie in einer Apotheke, konnte auf ihr Wissen als Krankenschwester zurückgreifen. Schließlich hat ihr Chef ihr einen Aus- bzw. Umschulungsplatz angeboten. In der Reha wurde dann der Weg dafür geebnet, alle Anträge mit ihr gestellt und alle Fragen geklärt. Sie konnte im vertrauten Apotheken-Team bleiben, die Anforderungen der Berufsschule bewältigt sie gut. Ohne Schichtarbeit und mit mehr Abstand zu den Menschen kann sie ihr inneres Gleichgewicht halten. Nach wie vor ist sie in regelmäßiger ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Das Jahr in der Reha ist wie im Flug vergangen.

Michael hat Hindernisse aus dem Weg geräumt

Anfangs war er überzeugt davon, dass außer Rente für ihn nichts mehr in Frage kä-

me. Es war sein Auftrag an die Reha, das für ihn durchzusetzen. Die Frage seines RPK-Therapeuten, was er dann im Weiteren mit seinem Leben so anfangen wollte, hat ihn irritiert. Was ging die das an? Gleichzeitig haben sie mit ihm überprüft, wie seine Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente aussehen. Das war deutlich weniger als er sich vorgestellt hatte. Also hat er ein Praktikum versucht, eigentlich nur, um zu prüfen, ob so etwas wie ehrenamtliche Arbeit in Frage käme. Ging dann ganz gut. Am Ende hat er sich bereit erklärt, mit seinem Arbeitgeber Kontakt aufzunehmen. Reha-Mitarbeiter haben ihn begleitet. Zu seinem Erstaunen war man offen, er erlebte sogar so etwas wie Wertschätzung, auch wenn allen klar war, dass er nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkonnte. Aber die Kenntnis der Strukturen und die Vernetzung im Betrieb prädestinierten ihn für koordinierende Tätigkeiten. Allerdings stellte er im Verlauf auch fest, dass er weder körperlich noch psychisch acht Stunden am Tag durchhielt. Das Ergebnis: anerkannte Schwerbehinderung, halbe Rente und halbtags tätig sein in seinem alten Betrieb in einer neuen Tätigkeit. Seine Ehefrau arbeitet seitdem mit einer vollen Stelle. Das war eine Idee aus den diversen Angehörigengesprächen in der Reha. Sie fand das gar nicht so schlimm, wie er befürchtet hatte. Sie hatte immer nur Sorge, ihn allein zu Hause zu lassen. Außerdem hat er mit seiner Frau beschlossen, dass sie sich einen Hund zulegen, damit er regelmäßig raus kommt. Die Zeit dafür hat er ja jetzt. Und umziehen mussten sie am Ende auch nicht. Er hat den Eindruck, innerhalb von sechs Monaten Rehabilitation zunächst schier unüberwindbare Hindernisse aus dem Weg geräumt zu haben. Jetzt hat er wieder freie Sicht.

Rehabilitation in der RPK

- Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gibt es ein differenziertes und individuell ausgerichtetes Angebot der medizinischen Rehabilitation: RPK.
- Die Rehabilitation in der RPK findet an der Lebenswelt orientiert im konkreten Lebenskontext der Rehabilitanden statt, also vorwiegend ambulant und wohnortnah.

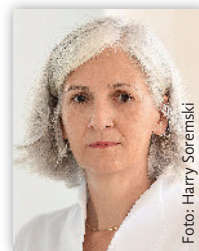
- Die Rehabilitation dauert bis zu 24 Monate.
- Das Angebot einer Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist obligat.
- Betroffene nehmen selber mit den regionalen Einrichtungen Kontakt auf.
- Die Mitarbeiter der RPK übernehmen die Beantragung der Kostenübernahme.

Resümee

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen darf die Hoffnung auf Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im Alltag, Rückkehr oder Verbleib im bisherigen Lebenskontext mit der Vielfalt an sozialen Rollen und Verantwortungen nicht vorenthalten werden [10, 11].

Es ist die Aufgabe der Behandler, die Angebotsvielfalt der Rehabilitationslandschaft für diese Menschen verfügbar zu machen – frühzeitig, angemessen optimistisch und am Bedarf des Einzelnen orientiert.

**Dr. med.
Sabine Kress**
Fachärztin
für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Sozialmedizin,
Medizinische
Geschäftsführerin
der Vitos Reha GmbH



E-Mail: sabine.kress@vitos-reha.de

Zur Autorin: Ausbildungszeiten in der Akutpsychiatrie Vitos Kurhessen, in der neurologischen Frührehabilitation und als Gutachterin beim MDK Hessen. Leitung der Psychiatrischen Rehabilitation (RPK) bei Vitos, seit 2013 in der Funktion der Medizinischen Geschäftsführerin der Vitos Reha GmbH, Aufbau der RPK-Standorte in Frankfurt und in Kassel. Außerdem Tätigkeit als Dozentin und Prüferin in der Aus- und Weiterbildungsambulanz für klinische Verhaltenstherapie in Kassel und Friedrichsdorf sowie als Koordinatorin im geschäftsführenden Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK).

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Artikel:

Perspektiven schaffen – Rehabilitation vor Resignation

Dr. med. Sabine Krefß

- [1] RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen, Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt, 2011
- [2] DGPPN (2013, 2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1. Update 2018.
- [3] Gühne U. et al (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? In: Psychiatrische Praxis 2015; 42: 415–423
- [4] Hoffmann, H.; Jäckel D., Weig W. (2010): Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- [5] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2002.
- [6] DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin GmbH (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin.
- [7] Gühne, U.; Hoffmann H.; Stengler, K.; Becker T.; Riedel-Heller, S.G.: Supported Employment bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Die Psychiatrie 4/2015. Stuttgart
- [8] Hoffmann, H., Bangen, R., Gobes, K. (2014): Berufliche Rehabilitation: First place, then Train – Pro & Contra. In: Psychiatrische Praxis 6–2014. Thieme Verlag, Stuttgart
- [9] Hoffmann H., Jäckel D. et al. (2014): Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry 2014; 00:1–8
- [10] Krefß, S.; Kunze, H.; Theißing, A.: Sattelfeste Erkenntnisse, f&w 4/2013
- [11] Krefß, S.: Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Ärztliche Psychotherapie 2018; 13: 40–43