Manuela Herden

Rehabilitation psychischer Störungen am Beispiel psychotischer Störungen (bzw. Schizophrenie)

Wissenschaftliche Hausarbeit im Rahmen der Eingangsprüfung

Evangelische Hochschule TABOR, Marburg

M.A. Religion und Psychotherapie

Prof. Dr. Henning Freund

Wintersemester 2017/2018

Abgabefrist: 24. Mai 2017

Inhalt

1	Einleitung				
	1.1 Wa	as versteht man unter Rehabilitation?	3		
	1.2 Zu	m Begriff der Gesundheit	3		
	1.3 Ab	grenzung kurativer von rehabilitativer Behandlung	5		
2	Psychis	che Störungen und das Krankheitsbild der Schizophrenie	6		
	2.1 Kla	assifikation psychischer Störungen	6		
	2.2 Sc	hizophrene Psychosen	6		
	2.3 Ke	nnzeichen und Diagnostik der Schizophrenie	6		
	2.4 Kr	ankheitsverlauf	8		
	2.5 Ursachen				
	2.6 Be	handlung	12		
	2.7 Pe	rsönliche Voraussetzungen zur Rehabilitation bei Schizoph	renie12		
3	Beteiligte Akteure im Rehabilitationsgeschehen14				
	3.1 Arl	peitsgemeinschaften und Fachgesellschaften	14		
	3.2 Kostenträger				
	3.3 Le	istungserbringer	15		
	3.3.	1 Medizinische Rehabilitation	15		
	3.3.	2 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft			
		(Soziale Rehabilitation)	16		
	3.3.	3 Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	16		
	3.3.	4 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und			
		behinderte Menschen (RPK)	17		
	3.3.	5 Kosten für Rehabilitation und Teilhabe	17		
4	Schlussteil und kritische Würdigung		19		
5	Abkürzungsverzeichnis21				
6	Literaturverzeichnis22				
7	Abbildungsverzeichnis24				
	Persönliche Erklärung				

1 Einleitung

Als Kundenberaterin einer großen deutschen Krankenkasse habe ich in meinem beruflichen Alltag über Anträge auf Rehabilitation zu entscheiden. Psychische Störungen lösen oft entweder als Hauptdiagnose die Anträge aus oder spielen als Nebendiagnosen eine Rolle.

Gerade vor dem Hintergrund der Komplexität psychotischer Störungen mit derzeit noch divergierender und keineswegs vollständig erforschter Ätiologie und Genese mit der Folge teils voneinander abweichender Behandlungs-empfehlungen erschwert die komplizierte sozialrechtliche Zuordnung zu den einzelnen Kostenträgern Betroffenen, Angehörigen und Behandlern die Orientierung.

Diese Hausarbeit soll zur Klärung beitragen und stellt hierfür zunächst kurz den Konsens der derzeitigen Forschungslage zu Diagnostik, Ätiologie, Genese und leitliniengerechter Behandlung dar und zeigt auf, welche Leistungen zur Rehabilitation psychotisch erkrankter Menschen existieren, wie und vom wem sie erbracht werden und unter welchen Voraussetzungen Betroffene diese erhalten.

Die **Einleitung** bietet hierzu erste Orientierung und klärt den Begriff "Rehabilitation" mit Definitionen von Weltgesundheitsorganisation (WHO), Medizinischen Fachgesellschaften und Sozialgesetzbuch (SGB).

Das **erste Kapitel des Hauptteils** gibt zunächst eine Einführung in das Thema der psychischen Störungen im Allgemeinen und der Psychosen im Besonderen mit Definition und Differentialdiagnostik der Schizophrenie sowie empfohlener evidenzbasierter, leitliniengerechter Behandlung.

Das **zweite Kapitel des Hauptteils** stellt die an der Rehabilitation psychischer Störungen beteiligten Akteure im Gesundheitssystem dar und zeigt die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten und Chancen zur Rehabilitation bei dem komplexen Störungsbild der Schizophrenie.

Das **Schlusskapitel** enthält eine kritische Würdigung der derzeitigen Versorgungslage mit Verweis auf Modellprojekte und zukünftig zu erwartende Entwicklungen.

1.1 Was versteht man unter Rehabilitation?

Der Begriff der Rehabilitation wird in unterschiedlichen Zusammenhängen benutzt. Zum einen spricht man von rehabilitativen Maßnahmen innerhalb der kurativen Behandlung, zum anderen wird der Begriff umgangssprachlich verwendet, wenn es zum Beispiel um die Rehabilitation von geschädigtem Ansehen geht. Darüber hinaus gibt es eine im Sozialversicherungsrecht definierte Bedeutung.

Im Rahmen dieser Hausarbeit geht es um Rehabilitation im Sinne der Wiederherstellung psychischer Gesundheit am Beispiel von Psychosen, bzw. konkret am Beispiel von Schizophrenie im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems. Hierzu sei zunächst der Gesundheits- und Behinderungsbegriff eingeführt.

1.2 Zum Begriff der Gesundheit

Die wohl bekannteste Definition von **Gesundheit** wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert:

"Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen." (übersetzt aus dem Englischen: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. ") (WHO, 2017)

Psychische Gesundheit wird durch die WHO definiert als ein

"Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen." (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2017, zitiert nach WHO 2001)

Richtungweisend im Zusammenhang mit Rehabilitation ist für das deutsche Gesundheitssystem der mit dem SGB IX im Jahre 2001 eingeführte **Behinderungsbegriff**, dort heißt es:

"Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit

länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist." (Verlag C. H. Beck oHG, 2012, S. 1258)

Das **SGB** lehnt sich damit an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) an, die durch die Weltgesundheitsorganisation definiert wurde. Jedoch geht der Begriff der Behinderung im ICF noch etwas weiter. Anders als in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD) basiert die ICF nicht auf Krankheitsbeschreibung und Klassifizierung von Krankheit, sondern Grundlage des ICF ist das **bio-psycho-soziale Modell**, welches auf das Ineinanderwirken der biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren besonderes Augenmerk richtet.

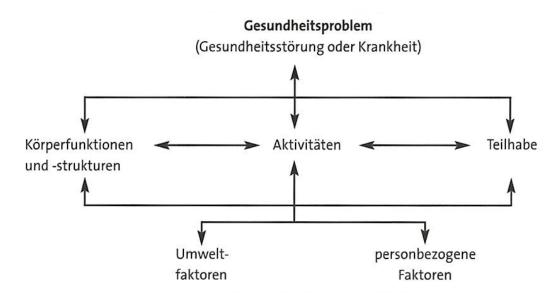


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (Bauer et. al., 2005, S. 16)

Vor allem die im Rahmen der ICF eingeführten **Kontextfaktoren** (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) bieten wichtige Ansätze für die Therapie, da sich einige dieser Kontextfaktoren als Förderfaktoren, andere als Barrieren auswirken und so therapeutisch genutzt werden können. (vgl. Frieboes et. al., 2009, S. 19)

Die folgende Abbildung zeigt eine Auswahl häufiger Kontextfaktoren:

Umweltfaktoren	Personbezogene Faktoren
Kapitel der Klassifikation der Umweltfaktoren	(nicht klassifiziert), Beispiele
 Produkte und Technologien (z.B. Hilfsmittel, Medikamente) natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Bauten, Straßen, Fußwege) Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheitsund Sozialsystems) Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z.B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen) Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften) 	 Alter Geschlecht Charakter, Lebensstil, Coping sozialer Hintergrund Bildung/Ausbildung Beruf Erfahrung Motivation Handlungswille Mut genetische Prädisposition

Abbildung 2: Kontextfaktoren der ICF (Frieboes et. al., 2009, S. 19)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) schreibt in ihrem Handbuch für Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation über den Behinderungsbegriff nach der ICF:

"Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (Kontextfaktoren), die den betroffenen Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern." (Rehabilitation, 2009, S. 1)

1.3 Abgrenzung kurativer von rehabilitativer Behandlung

Die rehabilitative Behandlung ist von der kurativen Behandlung abzugrenzen. Abgeleitet aus dem lateinischen "rehabilitatio" steht Rehabilitation für "Wiederherstellung"; "Curare" dagegen bedeutet "Heilung."
Die kurative Behandlung zielt auf die Behandlung, bzw. Heilung der Krankheit, die Rehabilitation dagegen nimmt die Krankheitsfolgen und die damit verbundenen Einschränkungen in den Blick.

2 Psychische Störungen und das Krankheitsbild der Schizophrenie

2.1 Klassifikation psychischer Störungen

Psychische Störungen wurden im triadischen System nach Kurt Schneider anhand ihrer Entstehungsursache kategorisiert. Moderne Klassifikationssysteme wie **DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), **ICF** und im **ICD** dagegen basieren auf phänomenologischen Aspekten. (vgl. Ofenstein, 2013, S. 16 f.)

2.2 Schizophrene Psychosen

Unter Psychosen versteht man schwere psychische Erkrankungen, die mit dem Verlust von Realitätsbezug einhergehen. Umgangssprachlich wird Psychose häufig als Synonym für die Schizophrenie, teilweise auch für die Borderline-Störung und für die Manisch-Depressive Störung verwendet. Schizophrenie ist sprachlich aus dem griechischen "schizo" (spalten) und "phren" (Zwerchfell) abgeleitet. Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler löste mit dieser Bezeichnung 1991 die bis dahin geltende Bezeichnung "Dementia praecox" ab, die 1899 durch Emil Kraeplin geprägt wurde. (vgl. Hahlweg, 2005, S. 9)

Obwohl der Name darauf hinzuweisen scheint, geht es bei der Schizophrenie nicht um eine Persönlichkeitsspaltung, sondern um die Spaltung, bzw. das Auseinanderfallen von Denken, Fühlen und Realität.

2.3 Kennzeichen und Diagnostik der Schizophrenie

Die **Diagnostik** der Schizophrenie ist aufwendig. Das liegt zum einen an der chamäleonartigen Symptomatik, denn die Kennzeichen können von Wahrnehmungsstörungen über manische Phasen, von Ich-Störungen bis zu depressiven Episoden und katatonen Symptomen reichen; zum anderen ist es schwierig, die Schizophrenie differentialdiagnostisch zu ähnlichen Störungen abzugrenzen.

Die gründliche **Anamnese**, vorzugsweise auch mit Beteiligung von Angehörigen, spielt eine wichtige Rolle. Darüber hinaus wird auf bildgebende Untersuchungsverfahren wie Kernspintographie oder Computertomographie

und ggf. Blutuntersuchung zurückgegriffen, um etwaige organische Ursachen wie neurologische Defizite oder auch stoffgebundene Abhängigkeit erkennen, beziehungsweise ausschließen zu können.

Die **Beschreibung von Schizophrenie** in der **Fachliteratur** ist nach wie vor sehr unterschiedlich. Vor allem die Abgrenzung gegenüber schizoaffektiven Störungen wurde bei Einführung des ICD-10 ausführlich diskutiert.

Die beteiligten Experten einigten sich schließlich auf die Klassifizierung der "Gruppe der Schizophrenien, schizotypen Zustände und wahnhaften Störungen" und deren Einordnung in die Diagnosegruppen F20-F29. (vgl. Dilling et. al., 2015, S. 25 ff.)

Als **Leitmerkmal** der Schizophrenie (F20) gelten demnach "grundlegende und charakterliche Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität [...] Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt." (vgl. Dilling et. al., 2015, S. 127)

Charakteristische Symptome der Schizophrenie, die durchgängig in Fachliteratur sowie in Patienten-, bzw. Angehörigenratgebern beschrieben werden, bestehen aus Positiv- und Negativsymptomen.

Positivsymptome sind dabei alle Symptome, die über das Erleben eines gesunden Menschen hinausgehen, wie:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen
- Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
- Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (zum Beispiel das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen
- Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen oder wächserner Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor (vgl. Dilling et. al., 2015, S. 129)

Negativsymptome dagegen sind:

- Apathie
- Sprachverarmung
- Verflachte oder inadäquate Affekte
- Sozialer Rückzug
- Verminderte soziale Leistungsfähigkeit (vgl. Dilling et. al., 2015, S. 129)

2.4 Krankheitsverlauf

Eine Schizophrenie durchläuft mehrere Phasen:

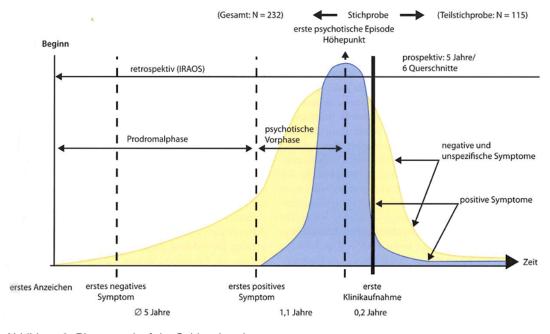


Abbildung 3: Phasenverlauf der Schizophrenie (Wittchen, Hoyer, 2011, S. 809, zitiert nach Häfner, 2000)

Während einer längeren **Prodromalphase**, die bis zu fünf Jahren dauert und oft nur retrospektiv der Schizophrenie zugeordnet werden kann, zeigen sich die ersten Symptome der Erkrankung, meist in Form von Negativsymptomen wie sozialer Rückzug, verminderte soziale Leistungsfähigkeit und Affektverflachung.

Es folgt die **psychotische Vorphase**, die ebenfalls noch gut ein Jahr dauern kann, allerdings bereits deutlich erkennbare Anzeichen der Psychose mit Positivsymptomatik wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Ich-Störungen aufweist.

Auf dem Höhepunkt der Psychose, dem **psychotischen Schub**, ist vor allem die Positiv-Symptomatik sehr ausgeprägt. Dies ist meist auch der Zeitpunkt, an dem die Umwelt die Störung unverkennbar wahrnimmt und der Leidensdruck für die Familie am höchsten wird. Gleichzeit ist in dieser Phase das soziale Umfeld besonders wichtig, um unterstützend bei der Krankheitseinsicht mitzuwirken.

Je nach Stärke und Ausprägung des psychotischen Schubs kann es nötig werden, eine stationäre Unterbringung in einer akutpsychiatrischen Station vorzunehmen, bei Selbst- oder Fremdgefährdung auch gegen den Willen des Erkrankten.

Während der Akutphase steht die Behandlung der Positivsymptome durch **Pharmakotherapie** (Neuroleptika, Antipsychotika) im Vordergrund. Sind die Positivsymptome abgeklungen, kann bereits mit den ersten **psychotherapeutischen Maßnahmen** begonnen werden. Die Therapieziele der postakuten Phase umfassen:

- "Festigung der therapeutischen Beziehung.
- Stabilisierung bei Remission und Abklingen der psychischen Symptome.
- Behandlung kognitiver und sozialer Defizite sowie weiterer Negativsymptomatik.
- Förderung von Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance.
- Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte

- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen in Aufklärung, Rückfallprävention und Behandlung im Einvernehmen mit dem Betroffenen.
- Früherkennung drohender Rückfälle.
- Entwicklung individueller Coping-Strategien.
- Harmonisierung von Konflikten in der Familie und Umwelt.
- Verständniserarbeitung der individuellen Bedeutung der Erkr.
 (Sinngebung).
- Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte.
- Vorbereitung und Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen.
- Motivation zur Selbsthilfe." (Rick, 2013, S. 475)

Auf die Akutphase folgt eine Zeit, in der die Negativsymptomatik deutlicher in den Vordergrund tritt und sich in Erschöpfung, Depression und teilweise Apathie äußert. In dieser Phase hängt vieles davon ab, wie gut es gelingt, eine stabile, wertschätzende Umgebung zu bieten, in der Erholung gelingen kann, Trauer über die Erkrankung und den ggf. angerichteten Schaden Raum hat und das Vertrauen in die eigene Urteilskraft wiedergewonnen werden kann.

Gesprächstherapeutische Elemente der Erstbehandlung werden nach und nach durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen ergänzt. (vgl. Wittchen, Hoyer, 2011, S. 809)

Für den **Langzeitverlauf** geht man davon aus, dass ca. 20-30 % der Schizophrenie-Erkrankten nur eine Episode in ihrem Leben haben, die auch ohne Behandlung wieder abklingt, weitere ca. 30 % mehrere akute Schübe erleben, die sich z.T. rückstandslos zurückbilden, zum Teil Rezedivsymptome aufweisen und weitere ca. 30 % einen chronifizieren Verlauf zeigen.

2.5 Ursachen

Zur Entstehung der Schizophrenie gibt es unterschiedliche Theorien. Im Wesentlichen geht man von einer **multifaktoriellen Genese** aus. Man vermutet sowohl **genetische Ursachen** als auch **biochemische Prozesse** und **soziale Kontextfaktoren** als Auslöser oder Verstärker der Störung.

Insbesondere die "Dopaminhypothese" spielt bei der medikamentösen Behandlung eine wichtige Rolle, da durch die Behandlung mit Neuroleptika die für die Schizophrenie vermutete übersteigerte Dopaminaktivität eingeschränkt wird. Neueren Studien zufolge wird die Beteiligung weiterer Stoffwechselsysteme im Gehirn angenommen (Glutamat, GABA und Serotonin). Auch physiologische Defizite bei der Organisation des Gehirns werden als Ursache vermutet. (vgl. Wittchen, Hoyer, 2011, S. 819 ff.) Wesentlich für die Planung psychotherapeutischer sowie rehabilitativer Maßnahmen ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.



Abbildung 4: Mögliche Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren, die zu positiven Schizophreniesymptomen führen können. (Wittchen, Hoyer, 2011, S. 834, zitiert nach Nuechterlein, 1987, S. 297-316)

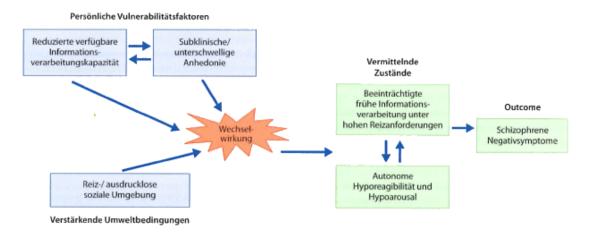


Abbildung 5: Mögliche Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren, die zu positiven Schizophreniesymptomen führen können. (Wittchen, Hoyer, 2011, S. 834, zitiert nach Nuechterlein, 1987, S. 297-316)

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell basiert auf der Annahme, dass persönliche, intraindividuelle Anfälligkeit (Vulnerabilität) dazu führen, auf Außenreize oder lebensgeschichtliche Ereignisse auf eine ganz persönliche Weise zu reagieren. Diese Vulnerabilität kann genetisch oder biochemisch bedingt sein, sich aber auch aus den sozialen Umgebungsfaktoren ableiten

und erlernt sein. Eine besondere Rolle im Fall von Schizophrenie sieht man in der Überstimulierung durch die soziale Umwelt, in überengagierten Bezugspersonen (Stichwort: Expressed Emotions), gegebenenfalls auch in Unterstimulation durch die soziale Umwelt und in eingeschränkter kognitiver Entwicklungsmöglichkeit. Man nimmt an, dass diese persönlichen Vulnerabilitäten, angeboren oder erlernt, den Boden für die Entwicklung einer Schizophrenie bereiten. Der eigentliche Ausbruch der Krankheit geschieht dann häufig vor dem Hintergrund stressvoller Lebensereignisse.

Die Erörterung der individuellen Vulnerabilitäten in Verbindung mit den individuell vorhandenen Bewältigungsfaktoren gibt wertvolle Hinweise für die anschließende Therapie.

2.6 Behandlung

Aufbauend auf den zuvor genannten Theorien zur Entstehung von Psychosen erfolgt die leitliniengerechte Behandlung durch

- 1. Medikamentöse Behandlung
- 2. Psychotherapie und
- 3. Rehabilitation

Ergänzend werden Maßnahmen zur **Selbsthilfe**, zum Beispiel im Rahmen von Betroffenen- und Angehörigengruppen angeboten. (vgl. Hell, Schüpbach, 2016, S. 83 ff.)

Eine ausführliche Behandlungsempfehlung bietet die derzeit in Überarbeitung befindliche "Leitlinie Psychiatrie Schizophrenie". (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2017)

2.7 Persönliche Voraussetzungen zur Rehabilitation bei Schizophrenie

Durch die Arbeitsgemeinschaften für Rehabilitation wurden vier **grundsätzliche Voraussetzungen** für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen definiert:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsziele und
- Positive Rehabilitationsprognose

Rehabilitationsbedürftigkeit kann bei Schizophrenie – außer bei sehr schwachem Krankheitsverlauf – in fast jedem Fall vorausgesetzt werden, da die Erkrankung einen tiefen Einschnitt in das Leben darstellt und mit Einschränkungen auf somatischer, sozialer und gesellschaftlicher Ebene verbunden ist.

Bei der **Rehabilitationsfähigkeit** wird es bereits etwas schwieriger, da zum Beispiel die hier geforderte Krankheitseinsicht und Motivation krankheitsbedingt zumindest während der Phase des psychotischen Schubs nicht gegeben ist und definitionsgemäß nicht gegeben sein kann. Es ist ja gerade eines der wesentlichen Merkmale der Schizophrenie, nicht "Wollen zu können" und nicht adäquat mit Wahrnehmung und Affekten umgehen zu können.

Daher wird eine Rehabilitationsmaßnahme im sozialrechtlichen Sinn erst nach abgeklungener Akutphase der Schizophrenie beginnen können. Konkrete **Rehabilitationsziele** ergeben sich aus der Art der Einschränkung und können sein:

- Kompetenzerwerb im Umgang mit der Störung
- Wiedereingliederung in das häusliche Umfeld
- Wiedereingliederung in das Berufsleben
- Aufbau und Stärkung sozialer Kompetenzen

Als letzter Punkt wird die positive **Rehabilitationsprognose** gefordert, d.h. die Erreichung der definierten Ziele soll mit den Maßnahmen der geplanten Rehabilitation mit hoher Wahrscheinlichkeit erreichbar sein.

3 Beteiligte Akteure im Rehabilitationsgeschehen

So komplex wie die Schizophrenie und ihre Ursachen ist die Behandlung im Rahmen von Rehabilitation. Angefangen von den Kostenträgern, welche die Leistungen für den Patienten bezahlen über die Leistungserbringer sowie die beteiligten Berufsgruppen ist die Rehabilitation psychisch kranker Menschen ein kompliziertes, teils schwer zu überschauendes System.

3.1 Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurde bereits erwähnt. Für den Bereich der Rehabilitation psychischer Störungen ist die Bundesarbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK e.V.) eine weitere wichtige Institution. Beide gemeinsam bringen in der "Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen" sowie der "RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen" Vorschläge zur praktischen Vorgehensweise der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen.

Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlichen Leitlinien (https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html), sowohl für medizinisches Fachpersonal als auch für Betroffene und Angehörige.

Die Leitlinien können über diese und weitere Fachgesellschaften abgerufen werden oder über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) unter http://www.awmf.org.

3.2 Kostenträger

Je nachdem, ob es um medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitation geht, werden für die Kostenübernahme einer Rehabilitationsmaßnahme unterschiedliche Kostenträger zuständig.

Im medizinischen Bereich spricht man von **medizinischer Rehabilitation**, definiert im SGB in § 26 Abs. 1 SGB IX und § 40 SGB V. Bei den Maßnahmen zur beruflichen und zur sozialen Rehabilitation haben sich die Begriffe "**Teilhabe am Arbeitsleben**" und "**Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**" durchgesetzt. Gesetzliche Grundlagen sind neben dem SGB

IX die jeweiligen Bücher der zuständigen Leistungsträger, wie das SGB VI für die gesetzliche Rentenversicherung, das SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung und so weiter, in denen auch die Kostenträgerschaft geregelt ist.

Leistungen zur	Unfall- versicherung	Soziale Entschädi- gung	Kranken- versicherung	Renten- versicherung	Bundes- agentur für Arbeit	Sozial- hilfe	Ju- gend- hilfe
Medizinischen Rehabilitation	✓	✓	√	✓		✓	✓
Teilhabe am Arbeitsleben	√	✓		✓	✓	✓	√
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	~	√				√	✓

Abbildung 6: Übersicht Rehabilitationsleistungen und zuständige Rehabilitationsträger (Rehabilitation, 2009, S. 142)

Da Rehabilitation eine genehmigungspflichtige Leistung darstellt, gilt es, bereits bei der Beantragung die komplexen Zuständigkeiten im Blick zu haben. Orientierungshilfe bieten auch die "Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation".

3.3 Leistungserbringer

Leistungen zur Rehabilitation werden durch ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat in ihren Arbeitshilfen und Rahmenempfehlungen Vorschläge zur Zusammensetzung von interdisziplinären Teams gemacht, die sich an dem jeweiligen Krankheitsbild orientieren. Im Bereich der Rehabilitation psychischer Störungen setzt sich ein solches Team idealerweise aus Psychiatern, Neurologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Pädagogen und Soziotherapeuten zusammen. Die beteiligten Psychotherapeuten sollten für die Phase der Rehabilitation mindestens eine Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie vorweisen.

3.3.1 Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation findet in darauf spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen statt. Aber auch gewachsene, gemeindenahe Angebote wie ambulante Ergotherapie gehören inhaltlich zur rehabilitativen Behandlung, werden allerdings nicht als Rehabilitationsmaßnahme, sondern als Heilmittel verordnet. Die Übergänge zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sind fließend, und so wird eine als medizinische Rehabilitation begonnene Maßnahme in Zuverdienstprojekten und arbeitstherapeutisch orientierten Tagesstätten häufig als Rehabilitation zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder zur Teilhabe am Arbeitsleben weitergeführt. (vgl. Storck, 2015, S. 283)

3.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Soziale Rehabilitation)

Soziale Rehabilitation zielt auf die Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben und ist oft der beruflichen Rehabilitation vorgeschaltet. Diese Form der Rehabilitation wird sowohl ambulant als auch – zum Beispiel im Rahmen von Inklusionsmaßnahmen der Landschaftsverbände oder in Einrichtungen des betreuten Wohnens stationär – angeboten.

Schwerpunkte sind für psychisch Erkrankte vor allem das Training sozialer Fertigkeiten sowie Maßnahmen der Alltagsgestaltung in Form von Soziotherapie.

Die psychosoziale Rehabilitation spielt auch vor dem Hintergrund der oft frühen Erkrankung eine wichtige Rolle. Soziale Fertigkeiten, die in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter erlernt werden, werden durch einen frühen Ausbruch der Schizophrenie verhindert und müssen im ambulanten oder stationären Setting nachtrainiert werden.

3.3.3 Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind spezialisiert auf berufliche Rehabilitation und werden ergänzt durch ambulante und gemeindenahe Trainingsmaßnahmen durch Bildungsträger und gemeindepsychiatrische Leistungserbringer. Darüber hinaus ist die dem US-amerikanischen Modell des "Supported Employment" nachempfundene "Unterstützte Beschäftigung (UB)" ein Angebot, das vor allem für Menschen an der Schwelle zur Werkstattfähigkeit interessant ist. Arbeitnehmer und Arbeitgeber werden hierbei durch einen Jobcoach begleitet mit dem Ziel, durch eine langfristige Betreuung den Weg in den ersten Arbeitsmarkt zu ebnen.

Zuverdienst-, bzw. Integrationsfirmen bieten weitere Möglichkeiten der "Betreuten Beschäftigung". (vgl. Storck, 2015, S. 283 f.)

Zu den Einrichtungen für berufliche Rehabilitation zählen auch **Werkstätten für Behinderte** und **Beschützende Werkstätten** auf dem zweiten Arbeitsmarkt, **Berufsbildungswerke** und **Berufsförderungswerke**. (vgl. Wittchen, Hoyer, 2011, S. 849)

3.3.4 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Speziell auf die Belange psychisch erkrankter Menschen, bei denen häufig sowohl medizinische Rehabilitation als auch Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft notwendig ist, wurden sogenannte RPK-Einrichtungen eingeführt.

"Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) bieten Leistungen zur Teilhabe an, für die die Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger in Betracht kommt.

Sie sind möglichst wohnortnahe Einrichtungen mit einem spezifischen therapeutischen Milieu, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer integrierten Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhalten." (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, RPK Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen, 2011, S. 11)

3.3.5 Kosten für Rehabilitation und Teilhabe

Im Newsletter der "Reha-Info der BAR 1/2017" wurde eine Ausgabenstatistik für Rehabilitation und Teilhabe angeben, welche die besondere Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen im Gesundheitsbudget der BRD unterstreicht.

Die Kosten für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker Menschen sind vor allem unter den Punkten "Belastungserprobung und Arbeitstherapie", "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben", "Begleitende Hilfe im Arbeitsleben", "Arbeitsprogramme", "Persönliches Budget" und allgemein unter "Eingliederungshilfe", subsummiert.

Eingliederungshilfen für behinderte Menschen machen mit circa 17 Mrd. Euro mehr als die Hälfte der gesamten Sozialhilfeausgaben aus, wobei ein Teil dieser Ausgaben auf die Rehabilitation psychisch kranker Menschen entfällt. Sie stellen damit mehr als die Hälfte der gesamten Sozialhilfeausgaben (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Reha-Info der BAR 1/2017, 2017, S. 3)

		2013	2014	2015	Veränd. zum Vorjahr in %
Krankenversicherung	Σ	2840	2961	3067	3,6%
Stationäre Anschlussrehabilitation gesamt		1691	1730	1775	2,6%
Stationäre Rehabilitation gesamt		360	383	388	1,4%
Rehabilitation für Mütter und Väter		18	14	15	1,7%
Ambulante Rehabilitation gesamt		113	116	122	5,3%
Beiträge zur UV für Rehabilitanden		59	54	59	9,3%
Rehasport / Funktionstraining		189	215	234	9,1%
Sonstige ergänzende Leistungen		91	101	105	3,9%
Leistungen in sozialpäd. Zentren		189	205	221	7.7%
Belastungserprobung u. Arbeitstherapie		0,7	0,5	8,0	51,7%
Leistungen in Frühförderstellen		99	107	113	6,0%
Ergänzende Leistungen zur Reha		21	21	15	-30,9%
Persönliches Budget		12	15	20	33,2%
Rentenversicherung	Σ	5841	6031	6208	2,9%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		3830	3947	4050	2,6%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)		1194	1246	1296	4,0%
Sonstige Leistungen nach §31 SGB VI		482	487	494	1,6%
Sozialversicherungsbeiträge		335	350	367	4,8%
Persönliches Budget		0,5	0,5	8,0	59,4%
Alterssicherung der Landwirte	Σ	15	13	14	2,3%
Unfallversicherung [2]	Σ	3997	4152	4271	2,9%
Ambulante Heilbehandlung u. Zahnersatz		1348	1402	1477	5,3%
Stat. Behandlung u. häusl. Krankenpflege		1079	1117	1100	-1.5%
Verletztengeld und bes. Unterstützung		640	659	681	3,3%
Sonstige Heilbehandlungskosten		747	788	827	5,0%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)		184	186	187	0,2%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	Σ	332	349	361	3,6%
Persönliches Budget		1,0	1,3	0,9	-33,2%
Bundesagentur für Arbeit	Σ	2234	2266	2278	0,5%
Pflichtleistungen der LTA		2113	2141	2153	0,6%
Ermessensleistungen der LTA		113	115	114	-0,8%
Persönliches Budget		8.0	9,9	11	10.0%
Integrationsämter	Σ	447	507	520	2,6%
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben		346	384	400	4,2%
Arbeitsmarktprogramme		25	43	47	9,8%
Sonstige Leistungen:		75	80	73	-9,1%
Persönliches Budget		0,5	0,3	0,5	38,2%
Eingliederungshilfe	Σ	15575	16358	17044	4,2%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		35	36	35	-2,4%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben		33	33	26	-19,7%
Leistungen in anerkannten WfbM		4037	4241	4406	3,9%
Weitere Leistungen zur Teilhabe:		11 471	12048	12576	4,4%
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Ge- meinschaft nach § 55 SGB IX		9843	10305	10713	4,0%
Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII		1199	1304	1392	6,8%
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe		429	440	472	7,2%

Tab. 1 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio. €)[1].

Quellen:

Queieri.
BMG, Endgültige Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung 2013-2015
Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2013-2015
Landwirtschaftliche Alterssicherung, Geschäfts- und Rechnungsgreichnisse 2013-2015

Rechnungsergebnisse 2013-2015 DGUV, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2013-2015

Landwirtschaftliche Unfallversicherung, Geschäftsund Rechnungsergebnisse 2013-2015 Bundesagentur für Arbeit, Monatsergebnisse des Beitragshaushalts 2013-2015 BIH, Jahresbericht 2013-2015 Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe 2013-2015

Abbildung 7: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio. €) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Reha-Info der BAR 1/2017, 2017)

^[1] Abweichungen im Summenverhältnis ergeben sich durch das Runden der Zahlen. Für die Richtigkeit der genannten Zahlen können wir keine Gewähr übernehmen, da diese in der Verantwortung der einzelnen Herausgeber liegen. [2] In der Unfallversicherung kann eine Aufspaltung der Ausgaben zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation nicht vorgenommen werden.

4 Schlussteil und kritische Würdigung

Das Rehabilitationsrecht gilt als eines der komplexesten Themen innerhalb der Sozialgesetzgebung. Mit der **Novellierung des SGB IX**, welche vom 01.01. bis zum 01.01.2023 schrittweise eingeführt wird, versprechen sich die Betroffenen weitere Verbesserungen und Vereinfachungen.

Für den Bereich der schizophrenen Erkrankungen, in deren Beurteilung, Klassifikation und Behandlungsempfehlung selbst Fachleute voneinander abweichen, ist dies besonders begrüßenswert.

Mit hohem Engagement und zahlreichen **Modellprojekten** wird versucht, die Behandlung weiter zu optimieren. Hierzu zählen die in vielen Städten stattfindenden **Psychoseseminare** für Fachleute, Betroffene und Angehörige sowie **Selbsthilfegruppen**. Die **Peer-Arbeit**, also die Begleitung psychoseerkrankter Menschen durch bereits länger erkrankte, jedoch mit ihrer Erkrankung bereits erfahrener und stabilisierter Menschen nimmt einen wichtigen Raum ein. Stadtprojekte wie das "**Berliner Weglaufhaus**" oder auch "**Die Nachtschwärmer**" in Bremen nutzen die Expertise Betroffener und bieten niedrigschwellige Angebote für psychisch Kranke.

Die **Soteria**-Angebote, die ursprünglich in den USA im Rahmen der **Antipsychiatrie-Bewegung** entstanden und ihren Schwerpunkt in der Milieutherapie sehen, gelten längst als etabliert und der steigende Einsatz **Psychiatrie-Erfahrener** in Kliniken und in der sozialen und beruflichen Rehabilitation (Stichwort "**Ex-In**") zeigt einen weiteren Trend im Umgang mit psychischen Krankheiten. Über **Recovery** und **Empowerment** soll die durch das eigene Krankheitserleben gewonnene Expertise an andere Betroffene weitergegeben werden.

Bei der Komplexität der Erkrankung und der notwendigen Individualität der Behandlungspfade sowie bei der Auswahl des jeweils zuständigen Kostenträgers ist es für Betroffene und Angehörige jedoch nach wie vor schwer, ihren Weg im Versorgungssystem zu finden.

Hier werden die Bemühungen um eine nachvollziehbare und leicht erreichbare Versorgung weiter verstärkt werden müssen.

Bei allem Engagement für die Rehabilitation Psychoseerkrankter bleibt zusätzlich wichtig, realistisch die gegebenen Möglichkeiten einzuschätzen und bei der **Akzeptanz** eines ggf. nicht rehabilitierbaren Status quo therapeutisch zu unterstützen.

5 Abkürzungsverzeichnis

BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

ICD International Classification of Diseases

(deutsch: Internationale Klassifikation der Krankheiten)

ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

(deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,

Behinderung und Gesundheit)

SGB Sozialgesetzbuch

WHO World Health Organization

(deutsch: Weltgesundheitsorganisation)

6 Literaturverzeichnis

- Bauer et. al. (2005). Rehabilitation und Teilhabe Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, B. (2011). *RPK Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen.*Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR;.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, B. (29. 04 2017). *Reha-Info der BAR 1/2017*. Von http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha-info/downloads/08_BAR_Reha_Info_1-2017.pdf abgerufen
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. u. (25. 04 2017). AWMF Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Von www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie_01.pdf abgerufen
- Dilling et. al. (2015). *ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen.* Bern: Hogrefe AG.
- Frieboes et. al. (2009). *Rehabilitation bei psychischen Störungen.* München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- Hahlweg, D. (2005). Ratgeber Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hell, Schüpbach. (2016). Schizophrenien. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ofenstein, C. M. (2013). *Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie*. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer.
- Rehabilitation, B. e.-B. (2009). Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Rick, S. (2013). *Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation*. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- Rössler. (2014). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer Verlag.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, (16. 05 2017), zitiert nach WHO. Bundesverwaltung - Psychische Gesundheit. Von

- https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/wohlfahrt/subjektives-wohlbefinden/psychischegesundheit.html abgerufen
- Stangl, W. (16. 04 2014). *Online-Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Von http://lexikon.stangl.eu/14319/psychische-gesundheit abgerufen
- Storck, P. (2015). *Handbuch Arbeit Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben.* Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Verlag C. H. Beck oHG. (2012). *Sozialgesetzbuch.* München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- WHO, W. (. (12. 04 2017). Constitution of WHO: principles. Von http://www.who.int/about/mission/en/ abgerufen
- Wittchen, Hoyer. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	
	(Bauer et. al., 2005, S. 16)	.4
Abbildung 2:	Kontextfaktoren der ICF	
	(Frieboes et. al., 2009, S. 19)	.5
Abbildung 3:	Phasenverlauf der Schizophrenie	
	(Wittchen, Hoyer, 2011, S. 809, zitiert nach Häfner, 2000)	.8
Abbildung 4:	Mögliche Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren, die zu positiven	
	Schizophreniesymptomen führen können.	
	(Wittchen, Hoyer, 2011, S. 834, zitiert nach Nuechterlein,	
	1987, S. 297-316)	11
Abbildung 5:	Mögliche Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren, die zu positiven	
	Schizophreniesymptomen führen können.	
	(Wittchen, Hoyer, 2011, S. 834, zitiert nach Nuechterlein,	
	1987, S. 297-316)	11
Abbildung 6:	Übersicht Rehabilitationsleistungen und zuständige	
	Rehabilitationsträger (Rehabilitation, 2009)	15
Abbildung 7:	Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio. €)	
	(Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Reha-Info der	
	BAR 1/2017, 2017)1	18

8 Persönliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig erarbeitet habe. Dabei habe ich nur die im Literaturverzeichnis aufgeführten Bücher und Hilfsmittel verwendet. Die Arbeit hat einen Umfang von 29.396 Zeichen. Ich bin damit einverstanden, dass die vorliegende Arbeit durch die Bibliothek der Ev. Hochschule TABOR öffentlich zugänglich gemacht wird.

Köln, den 16.05.2017

Manuela Herden