

Ambulante Medizinische Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Jutta Prönneke

1. Einleitung

In ihrem Gesundheitsreport 2005 teilte die Techniker Krankenkasse mit: „Die Zahl der Krankschreibungen auf Grund psychischer Erkrankung hat im Bundesgebiet stark zugenommen. Die Diagnose ‚depressive Verstimmung‘ liegt in Deutschland mittlerweile auf Platz 2 der Krankmeldungen, gleich nach der Volkskrankheit Rückenschmerzen“ (TKK 2005, S. 23 ff.).

Die Deutsche Rentenversicherung gibt bekannt, dass die Zahl der Neuanträge auf Erwerbsunfähigkeitsrenten seit 2003 sprunghaft gestiegen sei.

Als Reaktion auf die Problematik psychischer Erkrankung, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit hat der Kölner Verein für Rehabilitation e.V. am 2.1.2007 eine eigene ambulante medizinische Rehabilitation „OSKAR“ eröffnet. Der Kölner Verein für Rehabilitation e.V. kümmert sich als freier und gemeinnütziger Träger seit über 30 Jahren in Köln um psychisch erkrankte Mitbürger. Dazu betreibt er stationäre und ambulante Dienste im ganzen Stadtgebiet.

Zur Vorgeschichte: Am 1.7.2006 ist die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene RPK-Empfehlungsvereinbarung (Rehabilitations-einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen) als Ergänzung zur Empfehlungsvereinbarung vom 17.11.1986 in Kraft getreten. Sie besagt u.a., dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowohl in stationären wie auch, seit Juli 2006 empfohlen, in ambulanten Einrichtungen erbracht werden können.

Diese Form der wohnortnahen Rehabilitationsdurchführung soll nach der neuen RPK-Empfehlungsvereinbarung den besonderen Bedürfnissen seelisch Behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen gerecht werden. Eine medizinische Rehabilitation in ambulanter Form kommt also dann in Betracht, wenn folgende Kriterien nach der RPK-Empfehlung vom 1.7.2006 zutreffen:

- Die dem ICF (DIMDI 2002) zugrunde liegenden Klassifizierungen von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die so genannten psychofunktionellen Störungen, liegen in einem Ausprägungsgrad vor, der eine ambulante Rehabilitation Erfolg versprechend und somit eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht mehr erforderlich macht.
- Im sozialen Lebensumfeld des Rehabilitanden bestehen (noch) stabilisierende und unterstützende Faktoren.
- Der Rehabilitand strebt eine berufliche Integration an, sieht sich aber auf Grund von Arbeitslosigkeit, fehlender Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit nicht in der Lage, eine Teilhabe am Arbeitsleben zu erwirken.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden. Der Rehabilitand sieht für sich die Möglichkeit, an einem ganztägigen, an fünf Wochentagen stattfindenden Therapieangebot teilnehmen zu können.
- Die Fahrzeit zum Rehabilitationsort beträgt nicht mehr als eine Stunde.

Ambulante medizinische Rehabilitation kann also im unmittelbaren Wohn- bzw. Lebensort der Menschen stattfinden. Das Lebensumfeld bestimmenden „Säulen“ Wohnen, Arbeit und soziale Beziehungen können somit direkt in die therapeutischen und rehabilitativen Hilfen mit einfließen. Als Indikatoren sind sie für die prozesshafte Überprüfung der Rehabilitations-Zielsetzung wichtig.

Die neue RPK-Empfehlung bedeutet dabei auch eine Gleichstellung von psychisch Erkrankten mit körperlich Erkrankten in dem Bereich der medizinischen Rehabilitation. Gerade nach häufig kurzen stationären psychiatrischen Klinikaufenthalten ist die Frage nach einer Vorbereitung und Weiterbetreuung, mit dem Ziel der möglichen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für viele Betroffene ein großes Problem.

Bis zur Eröffnung unserer medizinischen Rehabilitationseinrichtung „OSKAR“ war die bislang einzige ambulante Einrichtung bundesweit die Reha-Ambulanz in Neuss. Dort hat 1999 das Diakonische Werk der evangelischen Kirchengemeinde mit der AOK Rheinland einen Vertrag über ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen abgeschlossen. In den nachfolgenden Jahren schlossen sich dem Vertrag auch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland bzw. Bund an.

Grundsätzlich muss ein Kostenübernahmeantrag mit den vorliegenden Gutachten der bisherigen psychiatrischen Behandler und den ärztlichen Stellungnahmen der voraussichtlich aufnehmenden Einrichtung nach persönlicher Vorstellung beim zuständigen Rehabilitations-träger gestellt werden.

2. Ziele der medizinischen Rehabilitation

Das Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) definiert medizinische Rehabilitation als die Gesamtheit der medizinischen Leistungen, die Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen und eine Verschlimmerung verhüten oder vermeiden soll. Medizinische Rehabilitation in der Psychiatrie bedeutet nach Dr.H. Mecklenburg:

- „Stabilisierung und Besserung des in der Akutbehandlung erreichten Gesundheitsniveaus mit dem Ziel, Wiedererkrankung zu verhindern,
- Verbesserung der sozialen Kompetenz mit dem Ziel, in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Teilhabe am sozialen Leben kompetente Positionen einnehmen zu können,
- Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten, um die Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitation zu schaffen.“ (Mecklenburg 2004, S. 28).

Nach ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, DIMDI 2002) sind die allgemeinen Ziele einer ambulanten medizinischen Rehabilitation die vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die Entwicklung von Ersatzstrategien und deren Anpassung an die Umweltbedingungen.

3. Zielgruppen

Entsprechend der Zuweisung der vorbehandelnden Ärzte und der Diagnostik im Aufnahme-Gespräch werden Menschen nach Diagnosen aufgenommen: Mit schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen, mit affektiven Störungen, mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Und nach dem Ausprägungsgrad der Erkrankung: Menschen, die aufgrund der Schwere der Erkrankung von Behinderung bedroht sind, und Menschen, die aufgrund der Schwere der Erkrankung und der Kompliziertheit des Krankheitsverlauf besondere, umfassende und in komplexer Form angebotene Leistungen benötigen.

Nicht aufgenommen werden Menschen mit akuten Erkrankungen und mit akuter Suizidalität.

4. Allgemeine Voraussetzungen

Laut Konzeption des Kölner Vereins für Rehabilitation e.V. sind die allgemeinen Voraussetzungen zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation wie folgt beschrieben:

- Es handelt sich bei der Erkrankung nicht nur um eine vorübergehende Störung.
- Die Erkrankung hat zu erheblichen Funktionsstörungen in der Bewältigung des Alltags- und Arbeitslebens geführt.
- Die Betroffenen sind von diesen Funktionsstörungen bedroht und es kann eine positive Erwerbsprognose bzw. positive Erfolgsprognose gestellt werden.

5. Einrichtung OSKAR

OSKAR (ortsnahe, soziale, Kölner ambulante Rehabilitation) liegt mitten im Gewerbegebiet zwischen Köln-Ehrenfeld und Köln-Braunsfeld. Es ist ein lebendiges und mit vielen kleinen Gewerbeeinheiten aufstrebendes Gebiet im Westen von Köln.

In der zweiten Etage in einem Bürohaus liegen die hellen und großzügigen Räumlichkeiten, die für die unterschiedlichen therapeutischen Anwendungen den Teilnehmern zur Verfügung stehen.

Direkt neben der eigentlichen Einrichtung steht auf einem Außengelände ein ca. 110 m² großes Gewächshaus. Schwerpunkt in diesem arbeitstherapeutischen Bereich ist die Produktion von Stauden, Blumen und essbaren Kräutern. Externe gärtnerische Aufträge, z.B. in Form eines Hol- und Bringdienstes für ein so genanntes „Überwinterungshotel für Kübelpflanzen“, sind in Planung. Den Rehabilitanden stehen in diesem Bereich ca. acht bis zehn von den insgesamt 20 Therapieplätzen zur Verfügung.

Im Aufbau sind zwei weitere Arbeitstherapiebereiche, der EDV- und der Hauswirtschaftsbereich mit je fünf Arbeitstherapieplätzen. Schwerpunkt im EDV- Bereich sind sowohl allgemeine Büro- und Verwaltungsaufgaben und PC-Training als auch die Auftragsabwicklung für den Arbeitstherapiebereich Garten. Im Hauswirtschaftsbereich wird die Verarbeitung der Kräuter und die gemeinsame tägliche Essenzubereitung angestrebt.

Folgende berufliche Qualifikationen repräsentieren in der Endphase des Projektaufbaus das multiprofessionelle Team von OSKAR: Arzt/Ärztin mit der Fachbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologe/Psychologin, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Verwaltungsfachkraft und Fachkräfte aus dem Bereich Krankenpflege und Physiotherapie.

Im Unterschied zur beruflichen Rehabilitation steht die Einrichtung der medizinischen Rehabilitation unter Verantwortung einer ärztlichen Leitung, die gemeinsam mit den weiteren therapeutischen Berufsgruppen für Indikationsstellung, Rehabilitationsdiagnostik, Rehabilitationsplanung und die therapeutisch-rehabilitative Behandlung zuständig ist.

6. Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist in vier aufeinander aufbauenden Phasen gegliedert und in **Tabelle 6.1** dargestellt.

Zu Beginn der ambulanten medizinischen Rehabilitation steht die lebensgeschichtliche Ausgangssituation eines jeden Rehabilitanden im Vordergrund. Die anamnestischen

Erhebungen der wichtigsten Lebens- und Arbeitszusammenhänge beinhalten in der Zusammenfassung die wesentlichen Kernaussagen zur weiteren prognostischen Einschätzung und Planung der Rehabilitation.

Die Erstellung eines sowohl strukturierten wie auch individuellen abgestimmten Wochenplans ist ein nächster wichtiger Punkt in der ersten Behandlungsphase. Einzel- und Gruppengespräche sollten dabei vorsichtig miteinander gemischt werden.

Die in **Tabelle 6.1** genannten sozialmedizinisch und arbeitsrehabilitativen Verfahrensweisen werden bei OSKAR durch folgende weitere Behandlungsangebote ergänzt: Sport und Entspannung, kognitives Training, Kunsttherapie, Hausbesuche, lebensfeldbezogene Beratung, Angehörigenarbeit und das Training lebenspraktischer Fertigkeiten.

Insgesamt sollten alle Behandlungsmaßnahmen individuell dosiert abgestimmt werden, dies ist vor allem in der Einstiegsphase zu beachten. So können z.B. vormittägliche eher bewegungsfördernde Therapieangebote mit nachmittäglichem kognitiven Training (Leittexte, Übungsaufgaben etc.) kombiniert und mit ihren unterschiedlichen Anforderungsprofilen genutzt werden.

Im Besonderen sind neben standardisierten Übungen- und Aufgabenstellungen die realen, lebensumfeldbestimmenden Ausgangssituationen der Rehabilitanden mit einzubeziehen und zu nutzen. So diene z. B. eine erste Zugfahrt zur medizinischen Rehabilitationseinrichtung einer Teilnehmerin, bei der sie keine Zugfahrkarte am Automaten am Abfahrtsort kaufen konnte und angeblich als „Schwarzfahlerin“ erwischt wurde, als Grundlage, gemeinsam einen Beschwerdebrief zu formulieren.

Tab. 6.1 Phasenaufteilung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation OSKAR

1. Phase: Einstieg (ca. erster Monat)	Orientierung und erste Zielplanung	– Aufnahmebogen – Stammdatenblatt – Wochenplan
	Eingangsdiagnostik	Anwendung erster Assessments
	Orientierung in den drei Arbeitstherapiebereichen	– Garten – Hauswirtschaft – EDV
	Erstellung des Behandlungsplans	– Rehabilitationsverlaufsbogen – Leistungsdokumentation – Ärztliche und psychologische Testverfahren
	Kontakte zu Vorbehandlern, Angehörigen u.a.	

2. Phase: interne Belastungserprobung (ca. zweiter bis vierter Monat)	Rehabilitationsdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> – Sozial- und Arbeitsanamnese – Selbst- und Fremdeinschätzungsbogen
	Themenspezifische Trainings- und Therapiegruppen	Psychoedukation, „Ermutigungsgruppe“, Kognitives Training, Kunsttherapie, Entspannungsgruppen u.a.
	Durchführung der arbeits-therapeutischen Belastungserprobung in der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsaufträge in Form von Leittexten – Tätigkeitsspezifische Trainings- und Übungsabläufe – Weitere Assessments
	<ul style="list-style-type: none"> – Individuelle Rehabilitationsplanung – Abstimmung der Rehazielle 	<ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationsplanungsbogen – Ärztlicher Zwischenbericht
3. Phase: Externe Belastungserprobung (ca. dritter bis fünfter Monat)	Lösungsorientierte Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> – Alltagskompetenzgruppe – Psychotherapeutische Gruppen
	Steigerung der Belastungserprobung außerhalb der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> – Betriebspraktikum – Praktikum in Institutionen des eigenen Trägers – Auftragsarbeiten
	Abklärung des Rehabilitationziels	– Rehabilitationsauswertungsgespräche
	Anbahnung zukünftiger und weiterführender Möglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> – Kontakt zu beruflichen Rehabilitationsträgern – Bewerbungsaktivitäten
4. Phase: Entlassungsphase ca. ein Monat	Vorbereitung der Entlassung	Ärztlicher Entlassungsbericht

Durch sich wiederholende, täglich stattfindende Therapieabläufe, wie die morgendliche Arbeitsbesprechung, vor- und nachmittägliche Arbeitstherapie, gemeinsames Mittagessen etc., soll eine allgemeine Belastbarkeit einer „5-Tage- Arbeitswoche“ erreicht werden.

In den weiteren Monaten der Rehabilitation (Phase 2) können bei ausreichender Stabilität und „Verwurzelung“ die nächsten Schritte in Form einer verstärkten Belastungserprobung geplant werden. Erhöhte Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsschulung für die eigenen (Erwerbs-) Fähigkeiten einerseits und die Erhöhung therapeutischer Anforderungen an den Rehabilitanden andererseits kennzeichnen diese Phase der Rehabilitation. Die Auswahl der geeigneten therapeutischen Interventionen ist dabei von hoher Bedeutung.

Gestaltung und Ausdruck mit kreativen Medien, Körperwahrnehmungsschulungen, Ernährungsberatung, Recherche von Stellenangeboten, Internetrecherche von Arbeits- und Gesundheitsthemen, Besuche im Berufsinformationszentrum (BIZZ) sind einige Beispiele für die Durchführung arbeitsrehabilitativer Angebote bei OSKAR.

Das Training der so genannten Grundarbeits- und sozioemotionalen Fähigkeiten, wie Konzentration, Ausdauer, Teamfähigkeit etc., findet dabei in allen Phasen der ambulanten medizinischen Rehabilitation statt.

Die vertraute Einbindung in die Einrichtung bietet somit die wichtige Möglichkeit, vor Ort alle im Lebensumfeld wirkenden Faktoren (Wohnsituation, Beziehungen zu Familie und Angehörigen, weitere Betreuungspersonen etc.) einzubeziehen und, wenn möglich, Hilfen zu vernetzen. Im Vergleich mit der beruflichen Rehabilitation ist die medizinische Rehabilitationseinrichtung in der Einstiegsphase eher noch eine Art „hortus conclusus“, der, im übersetzten Sinne, einen überschaubaren und geschützten Ort bezeichnet.

In der Regel findet in dem Zeitraum vom dritten bis fünften Monat ein Wechsel aus dem vertrauten Einrichtungsrahmen zu Betriebspraktika oder Auftragsarbeiten außerhalb der Rehabilitationseinrichtung statt mit dem Ziel einer externen Belastungserprobung. Verstärkt werden erprobte arbeitsrehabilitative Verfahrensweisen, wie z.B. die Erstellung von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen (MELBA, Kleffmann 1997) eingesetzt. Reflexions- und Auswertungsgespräche finden regelmäßig und zeitnah statt, sowohl in der Einrichtung wie auch an der Praktikumsstelle. Verknüpfung bisheriger Berufserfahrungen mit neuen beruflichen Orientierungen stehen dabei im Vordergrund.

Externe Gartenaufträge mit Kundenkontakten, wie der Hol- und Bringdienst, können z.B. in dieser Phase ein passendes arbeitsrehabilitatives Angebot für eine verstärkte Belastungserprobung außerhalb der Einrichtung sein. Auch an anderen Orten des Kölner Vereins, wie den Sozialpsychiatrischen Zentren, kann in den Bereichen Handwerk/Holz, Fahrradmechanik und Mittagstisch/Catering das Training der Arbeitsfähigkeiten stattfinden. Kontakte und Kooperationen mit regionalen Firmen, vor allem mit in der Nachbarschaft ansässigen Betrieben, sind in dieser Phase von Praktikumsplanung und -akquise besonders wertvoll.

Am Ende der medizinischen Rehabilitation wird ein ärztlicher Bericht erstellt, der die Darstellung von Verlauf und Ergebnis mit weiteren Empfehlungen verbindet. Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, wird rechtzeitig vor Beendigung der medizinischen Rehabilitation ein Antrag beim zuständigen Leistungsträger gestellt, damit der Übergang zur beruflichen Rehabilitation nahtlos erfolgen kann.

7. Schlussbemerkung

„... ich habe schon so viel gemacht, ich weiß gar nicht mehr, wo ich stehe und ob ich überhaupt noch in Zukunft arbeiten kann...“

„...wenn ich mich mag, kann ich auch mit anderen sein, und wenn ich arbeiten könnte, wäre ich auch wieder wer...“ (Zitate einiger Interessenten beim Erstgespräch).

Ambulante medizinische Rehabilitation verbindet die beiden Themen Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Psychosoziale, medizinische und berufliche Rehabilitation greifen hier also ineinander. Somit hat diese Form der Rehabilitation ihren Standort zwischen einer (tages-)klinischen Behandlung und gezielten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Die ambulante medizinische Rehabilitation hat damit eine Überleitungsfunktion zur beruflichen Rehabilitation, Integration und Qualifizierung, vor allem dann, wenn sie die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Erwerbsfähigkeit im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation erfolgreich behandelt.

Arbeitsrehabilitative Verfahrensweisen sind, wie in den vorangegangenen Ausführungen beschrieben, in allen übenden Handlungsfeldern der medizinischen Rehabilitation zu finden. Priorität für die Arbeitstherapie innerhalb einer ambulanten medizinischen Rehabilitation haben also Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. RPK-

Empfehlungsvereinbarung vom 29.9.2005. www.bar-frankfurt.de

Kleffmann A, Föhres F, Müller B, Weinmann S. Melba –

Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration (Manual).

Universität Siegen 1997

Mecklenburg H. Medizinische Rehabilitation. In: Fasshauer K, Schönle PW, Hrsg. Chance und Möglichkeiten der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen.

Ulm: Universitätsverlag, 2004

Techniker Krankenkasse (Hrsg.). Gesundheitsreportauswertungen 2005 zu Trends der Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung. Hamburg 2005. www.tk-online.de.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.).

Rentenzugangstatistik: Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung. www.driv.de