

Psychosoziale Versorgung

B. van Treeck, F. Bergmann, F. Schneider

2.1 Einführung – 12

2.2 Versorgungsangebote – 13

2.2.1 Teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung – 14

2.2.2 Exkurs: Psychosomatik – Der deutsche Sonderweg – 15

2.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen – 16

2.2.4 Häusliche Krankenpflege – 17

2.2.5 Ambulante Soziotherapie – 19

2.2.6 Rehabilitationsleistungen / Teilhabeleistungen – 19

2.2.7 Medizinische Rehabilitation – 20

2.2.8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Berufliche
Rehabilitationsleistungen – 22

2.2.9 Betreutes Wohnen – 25

2.2.10 Sozialpsychiatrische Zentren und Tagesstätten – 26

2.2.11 Beratungsstellen – 26

Weiterführende Literatur – 27

»Kurzinfo«

- In Deutschland existiert ein differenziertes, **sektorisiertes** Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen.
- Das Versorgungsangebot umfasst professionelle stationäre, teilstationäre (z. B. Tageskliniken) und ambulante kurative, komplementäre gemeindepsychiatrische sowie (ganztägig) ambulante und stationäre rehabilitative Angebote (z. B. Betreutes Wohnen, Rehabilitation psychisch Kranker) als auch nichtprofessionelle Hilfesysteme (z. B. Selbsthilfegruppen); zu den ambulanten kurativen Versorgungsangeboten gehören:
 - **Vertragsärztliche Behandlung und Richtlinienpsychotherapie**
 - **Psychiatrische Institutsambulanzen:** Multiprofessionelles ambulantes Komplexbehandlungsangebot für schwer oder chronisch psychisch Kranke
 - **Häusliche Krankenpflege:** Ergänzende ambulante psychiatrische Pflege zur Unterstützung schwer psychisch Kranker bei der Alltagsbewältigung
 - **Ambulante Soziotherapie:** Spezielle Form des ambulanten Case-Managements, um psychisch Kranke gezielt an ambulante Hilfen durch Anleitung und Motivationsarbeit heranzuführen.
- Zugleich erweist sich das psychosoziale Versorgungssystem als unübersichtlich und z. T. schlecht vernetzt; die Sektorisierung besteht auch auf Seiten der Leistungsträger (früher »Kostenträger« genannt), was das Finden des zuständigen Leistungsanbieters und -trägers erschweren kann.

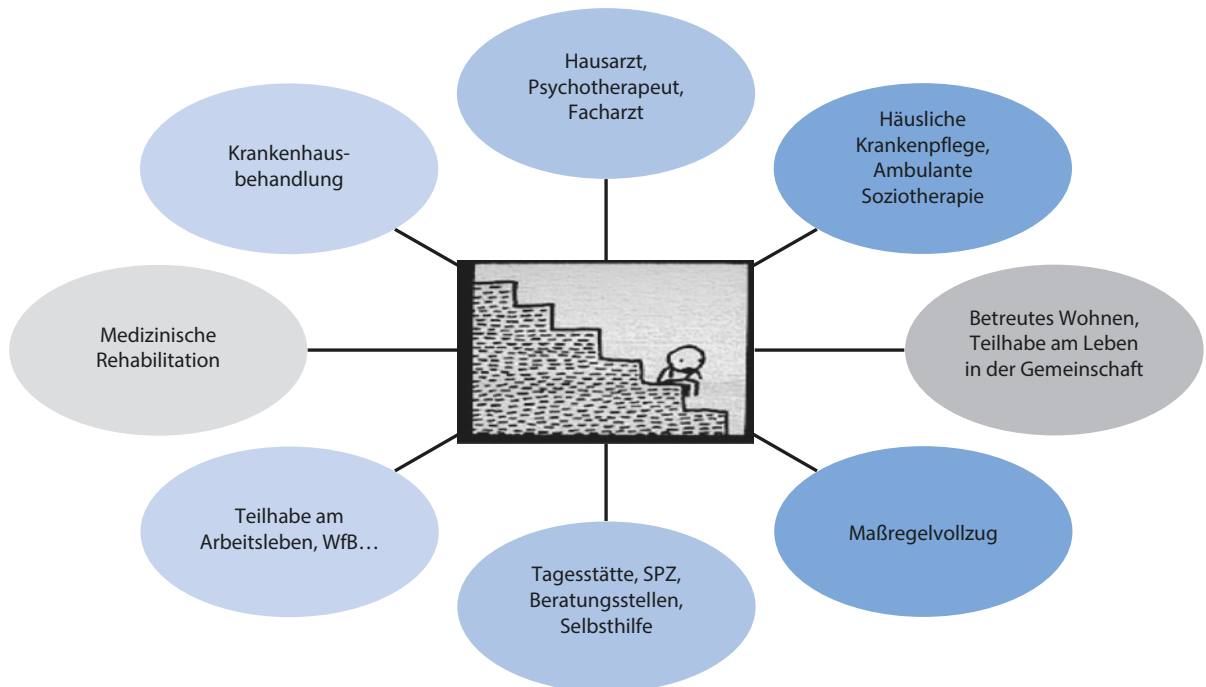
- Kennzeichen der aktuellen Entwicklung des psychosozialen Versorgungssystems sind:
 - Bemühungen um eine **effektivere Vernetzung** und **Integration** der einzelnen Versorgungsstrukturen (z. B. durch die Einführung der **Integrierten Versorgung** bzw. entsprechende Regelungen im SGB IX)
 - Übergang von einer institutionsbezogenen zu einer mehr **personenbezogenen** und damit **gemeindenahen** und **bedarfsgerechten** Versorgung.

2.1 Einführung

Das Angebot im deutschen Gesundheitssystem zur Versorgung psychisch erkrankter Patienten ist vielfältig. Versorgungsleistungen umfassen neben Information und Aufklärung über psychische Erkrankungen auch Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention, Diagnostik und Therapie, Krisenintervention, Beratung, Betreuung und medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation.

Bestandteile des Versorgungssystems sind (■ Abb. 2.1):

- Kurative Behandlung durch den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich durch Hausärzte, Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten, Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)



■ **Abb. 2.1** Psychosoziales Versorgungssystem. SPZ: Sozialpsychiatrische Zentren, WfB: Werkstätte für behinderte Menschen (Zeichnung: mit freundlicher Genehmigung von B. Hoppek)

- Teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung (einschließlich prä- und poststationärer Behandlung)
- Häusliche Krankenpflege (HKP bzw. Ambulante Psychiatrische Pflege, kurz APP)
- Ambulante Psychotherapie (AST)
- Ambulante, ganztägig ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation und Nachsorge
- Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) als Komplexleistung medizinischer und beruflicher Rehabilitation (ganztägig ambulant und stationär)
- Betreutes Wohnen (zu Hause oder in stationären Einrichtungen), Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (früher: Eingliederungshilfe)
- Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ), Gesundheitsämter, Tagesstätten, Beratungsstellen
- Berufsförderungswerke und andere Einrichtungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Maßregelvollzug zur Unterbringung und Behandlung von psychisch kranken Straftätern
- Selbsthilfegruppen.

Aus der Vielfältigkeit des Versorgungssystems, dessen einzelne Module nur in Ausnahmefällen trennscharf gegeneinander abgegrenzt sind, resultiert eine gewisse Unübersichtlichkeit mit einer z. T. schlechten Vernetzung und Koordination der einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Dadurch hat sich regional eine Unter-, Über- und Fehlversorgung entwickelt (Tab. 2.1). Bedarfsgerecht den richtigen Leistungsträger zu finden, ist nicht immer einfach. Zudem bestehen in Deutschland deutliche regionale Unterschiede im psychosozialen Versorgungsangebot. Nicht jede Leistung wird an jedem Wohnort angeboten. Insbesondere im Bereich der wohnortnahen Rehabilitation bestehen unverändert Defizite in der Indikation psychischer Erkrankungen.

Um eine bessere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Versorgungssektoren zu erzielen, wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 die **Integrierte Versorgung** als sektorenübergreifende Versorgungsform eingeführt (weiterentwickelt mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung GMG, das zum 01.01.2004 in Kraft getreten ist). Durch Integrationsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollte gerade bei chronischen, rezidivierenden und häufig auftretenden Erkrankungen eine Verbesserung der Behandlungskontinuität an Schnittstellen sowie der Behandlungsqualität und gleichzeitig eine Senkung der Gesundheitskosten erzielt werden. Die Schwierigkeit besteht darin, im Bereich solcher Selektivverträge Strukturen zu entwickeln, die effizienter als die Regelbehandlung sind und deren Umsetzung schlank, d. h. mit geringem Verwaltungsaufwand, erfolgt. Außerdem umfasst die Integrierte Versorgung nur Leistungen aus dem SGB V; für psychisch Kranke wichtige Behandlungsmodule bleiben damit außen vor.

Tab. 2.1 Ausgangslage in Deutschland, 2005. (Nach DAK – Unternehmen Leben)

Kostenfaktor bei psychischen Erkrankungen	Kosten [€]
Durchschnittliche Krankheits- und Folgekosten je Patient pro Jahr	40.000
Jährliche Krankheitskosten für psychische Erkrankungen	22.400.000.000
Entfallene Arbeitsjahre pro Jahr	157.000
Entfallene Arbeitstage pro Jahr	57.300.000
Gesamtwirtschaftliches Einsparpotenzial	2.000.000.000
Durchschnittliche Fehlversorgung	7,29 Jahre

Zur Weiterentwicklung der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen wurden Modellvorhaben nach § 64b SGB V zur Versorgung eingeführt. Es soll die Möglichkeiten zu Modellprojekten zur Verbesserung der Patientenversorgung optimieren. Bei Modellprojekten gemäß § 64b SGB V soll mit Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern die Patientenversorgung und sektorenübergreifende Leistungserbringung einschließlich der komplexen psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld verbessert werden.

Für die Finanzierung von innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsformen wurde ein Innovationsfonds eingeführt, der Teil des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist (§§ 92a und 92b SGB V Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss).

➤ **Das psychosoziale Versorgungssystem sollte gemeindenah, personenbezogen und bedarfsgerecht gestaltet sein, auf der Basis einer gut vernetzten Versorgungsstruktur, die die Kontinuität der Behandlung und Versorgung gewährleistet.**

2.2 Versorgungsangebote

In Deutschland werden psychisch Kranke viel häufiger im Krankenhaus behandelt als in den meisten anderen Ländern. Während bei somatischen Erkrankungen die Tage im Krankenhaus seit Jahren sinken, steigen die durch psychische Erkrankungen bedingten Behandlungstage im Krankenhaus stetig an. Die Behandlung von Alkoholabhängigkeit z. B. ist laut Krankenhaus-Report der Barmer GEK nach Herzinsuffizienz der zweithäufigste Grund für eine Aufnahme ins Krankenhaus. Was die Rangfolge der Behandlungsdauern angeht, befinden sich unter den Top 6 gleich vier psychische

Erkrankungen, davon auf Platz Eins und Zwei die rezidivierende depressive Störung und die depressive Episode.

Anwesenheitsdienst rund um die Uhr vor, sodass Krankenkassen dort nicht selten eine Kostenübernahme für Krankenhausbehandlungen ablehnen.

2.2.1 Teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung

Bei der Krankenhausbehandlung psychisch kranker Patienten bestehen in Deutschland gegenwärtig Doppelstrukturen:

- Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen zur Behandlung psychisch Kranker mit **regionaler Versorgungs Verpflichtung** (mit Versorgungsauftrag für krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten einer definierten Region und Aufnahmeverpflichtung für gesetzlich nach Betreuungsrecht oder PsychKG / UBG untergebrachte Patienten sowie psychiatrischer Notaufnahme mit verpflichtender 24-stündiger Verfügbarkeit eines Facharztes im Hintergrund).
- Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen **ohne Versorgungs Verpflichtung** (diese können wählen, welche behandlungsbedürftigen Patienten sie aufnehmen und welche nicht). Häufig handelt es sich um psychodynamisch ausgerichtete Kliniken, die Psychosomatik im Titel tragen und deren Therapiekonzept eher rehabilitativ ausgerichtet ist; kleinere psychosomatische Abteilungen halten oft nicht einmal einen fachärztlichen

Im Vergleich zum Beispiel zu den Niederlanden verfügt Deutschland bei vergleichbarer Morbidität über ein Vielfaches an Behandlungskapazitäten. Deutschland hat in den letzten Jahren sukzessive psychiatrisch-psychosomatische Behandlungskapazitäten im Krankenhaus aufgebaut und verfügt über mehr als 71.000 Krankenhausbetten zur Behandlung psychisch Kranker (Zahlen aus 2014 des Statistischen Bundesamtes zur Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie). Die Gründe dafür sind vielfältig. Die Bettendichte schwankt erheblich von Bundesland zu Bundesland, ohne dass die Abweichungen sozialmedizinisch zu erklären wären. Der Anteil teilstationärer Behandlungsangebote differiert ebenfalls von Bundesland zu Bundesland. Der Anteil tagesklinischer Behandlung ist erwartungsgemäß in den Stadtstaaten tendenziell am höchsten und in den Flächenbundesländern am geringsten, auf dem Land sind die Entfernungen zum täglichen Aufsuchen einfach oft zu groß.

Die Krankenhausbehandlung (Abb. 2.2), bei der Psychotherapie und Soziotherapie neben Psychopharmakotherapie immer eine wesentliche Rolle spielen, gliedert sich in:

- **Teilstationäre** Behandlung (häufigstes teilstationäres Angebot sind Tageskliniken)

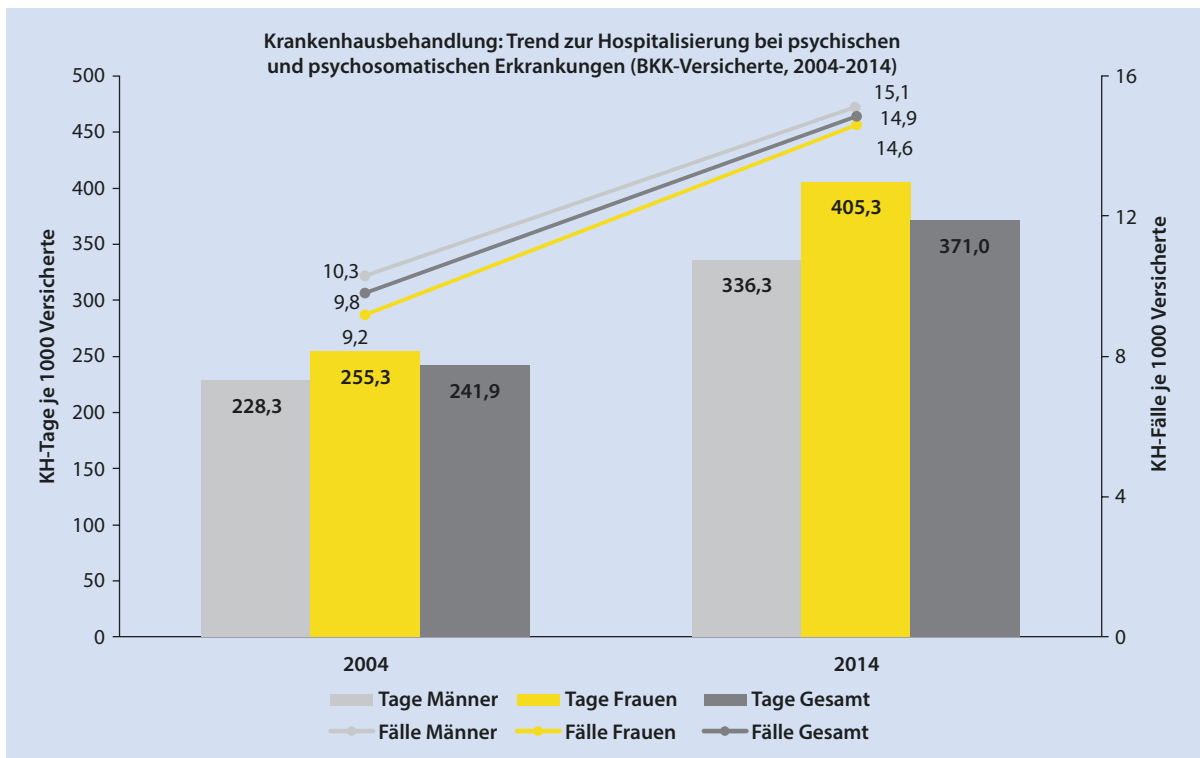


Abb. 2.2 Krankenhausbehandlung: Trend zur Hospitalisierung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen; KH = Krankenhaus. (BKK-Gesundheitsreport 2015)

- **Vollstationäre Behandlung auf:**
 - Offenen Stationen (in größeren Abteilungen / Kliniken meist Schwerpunkt- oder Spezialstationen für Schizophrenie, affektive Störungen, Demenzen, Persönlichkeitsstörungen u. a.),
 - Intensivstationen (halb geschlossene oder geschlossene / geschützte Stationen).

Immer noch gibt es keine allgemein konsentierten Abgrenzungskriterien, wann Patienten ambulant, teilstationär oder vollstationär kurativ behandelt werden sollten.

Unstrittig indiziert ist eine **vollstationäre Krankenhausbehandlung** insbesondere bei:

- Akuter Fremd- oder Eigengefährdung, z. B. bei akuter Suizidalität; zur Unterbringung gegen den Willen des Patienten ► **Kap. 50** (sofern allerdings keine ausreichende Aussicht mehr auf Erfolg einer Behandlung besteht und die ärztliche Behandlung nur noch eine die Unterbringung sichernde Funktion hat, handelt es sich nicht mehr um Krankenhausbehandlung und es muss ein Kostenträgerwechsel erfolgen).
- Beträchtlichen Störungen der Wahrnehmung, der Affektivität, des Antriebs oder der Sinnesverarbeitung, die ein Aufsuchen bzw. eine kontinuierliche Inanspruchnahme ambulanter oder teilstationärer Hilfsangebote unmöglich machen (z. B. bei einem extrem antriebsgeminderten depressiven Patienten oder aber bei einem akut psychotischen Patienten; Voraussetzung ist, dass die notwendigen ambulanten und teilstationären Angebote vor Ort auch zugänglich sind).
- Notwendigkeit komplexer pharmakologischer und / oder psychotherapeutischer Behandlung, die in dieser Form weder ambulant oder teilstationär, noch im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung, noch im Heim zu leisten ist.

Eine **teilstationäre Behandlung** kann beispielsweise indiziert sein:

- Wenn im Rahmen einer vollstationären Behandlung eine erste Stabilisierung erzielt wurde, eine Entlassung in den ambulanten Bereich aber noch zu früh erscheint, weil das dortige Setting nicht ausreichend dicht ist (z. B. bei schizophrenen Patienten, bei denen die akute psychotische Phase abgeklungen ist, die aber noch ausgeprägte Störungen des Antriebs und Affekts aufweisen).
- Um ambulant auftretende Krisen aufzufangen, sofern das ambulante Setting nicht ausreichend dicht ist und der Schweregrad der Erkrankung teilstationäre Behandlung zulässt, d. h. stationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist.

Ein besonderes Problem stellt die Abgrenzung teilstationärer Behandlung gegenüber (ganztägig) ambulanter Rehabilitation

dar. Je mehr es in der Therapie darum geht, Krankheitsfolgen und Störungen der Teilhabe zu bessern, d. h. den psychisch kranken Menschen zu befähigen, besser am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben trotz seiner Erkrankung teilzunehmen, desto eher ist an die Einleitung einer Rehabilitationsleistung bzw. einer Leistung zur Teilhabe alternativ zu teilstationärer Krankenhausbehandlung zu denken. Diesem leistungsrechtlich korrekten Vorgehen steht allerdings entgegen, dass es unverändert keine ausreichenden Angebote wohnortnaher Rehabilitation für psychisch Kranke gibt.

Der Krankenhausarzt ist verpflichtet, bei Aufnahme zu prüfen, ob tatsächlich die besondere Behandlungsdichte des Krankenhauses mit ständiger ärztlicher oder pflegerischer Präsenz erforderlich ist. Reicht ambulante oder teilstationäre Behandlung aus oder stehen rehabilitative Ziele im Vordergrund, darf der Patient nicht ins Krankenhaus aufgenommen werden. Die Prüfung der Klinik, inwieweit eine Krankenhausbehandlung bei einem Patienten notwendig ist, kann u. a. im Rahmen einer **prästationären Behandlung** erfolgen (§ 115a SGB V). Diese ist begrenzt auf maximal drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung. Im Regelfall reicht zur Beurteilung der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung, zu der das Krankenhaus verpflichtet ist, eine ärztliche Einweisung mit dem Aufnahmegespräch aus. Der Patient wird danach entweder aufgenommen oder aber an ein alternatives Behandlungsangebot verwiesen.

Eine **poststationäre Behandlung** ist durchführbar an maximal sieben Tagen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie dient der Sicherung des Behandlungserfolgs. In medizinisch begründeten Einzelfällen ist auch eine längere poststationäre Behandlung möglich.

2.2.2 Exkurs: Psychosomatik – Der deutsche Sonderweg

- **Nur in Deutschland ist die Psychosomatik als eigenes Fachgebiet ausgewiesen, ansonsten wird sie als Teil des Gebietes Psychiatrie verstanden.**

Tendenziell wird in Deutschland in der Psychosomatik deutlich länger behandelt als in der Psychiatrie. Diese Unterschiede sind durch Abweichungen im Patientenkontext (in Psychiatrie und Psychotherapie werden z. B. mehr abhängigkeitskranke Menschen mit tendenziell kürzerer Verweildauer behandelt) nur zum Teil erklärbar. Erschwerend kommt hinzu, dass die psychosomatischen Kliniken und Abteilungen keine Versorgungsverpflichtung wahrnehmen, z. T. erhebliche Wartezeiten aufweisen und zudem überwiegend wohnortfern behandeln. Es muss davon ausgegangen werden, dass die dort behandelten Patienten im Schnitt gesünder sind als in der Psychiatrie.

Da jede zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland erbrachte Leistung dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegt (§ 12 SGB V), steht die Psychosomatik vor besonderen Herausforderungen. Längere Verweildauern bzw. höhere Fallkosten dürfen nur von der Krankenkasse finanziert werden, wenn es dafür medizinische Gründe gibt. Solche Gründe sind bei tendenziell gesünderen Patienten schwer plausibel zu machen. Hinzu kommt, dass es erhebliche Verweildauerunterschiede zwischen den einzelnen psychosomatischen Abteilungen und Kliniken gibt, die medizinisch nicht zu erklären sind. So wird z. B. in Nordrhein-Westfalen in der Psychosomatik etwa doppelt so lange behandelt wie in Rheinland-Pfalz.

Es ist zu hoffen, dass sich im Zuge der Weiterentwicklung des neuen Krankenhausentgeltsystems für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Leistungen und Verpflichtungen der Krankenhäuser und Abteilungen, in denen psychisch kranke Menschen behandelt werden, angleichen. Das Prinzip dahinter: Gleiches Geld für gleiche Leistung.

2.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) – Sie stellt ein multiprofessionelles ambulantes Komplexbehandlungsangebot von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken oder entsprechenden Abteilungen in Kliniken der Allgemeinversorgung dar, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Die Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen ist für diejenigen psychisch erkrankten Patienten vorgesehen, »die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind« (§ 118 SGB V).

Es gibt etwas unterschiedliche Regelungen für PIAs an psychiatrischen Fachkrankenhäusern und PIAs an psychiatrischen Krankenhausabteilungen. In § 118 (1) SGB V finden sich die Regelungen zu PIAs an rein psychiatrischen Krankenhäusern. Die Ermächtigung dieser PIAs erfolgt über den Zulassungsausschuss. Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten Abteilungen hingegen werden nach § 118 (2) SGB V durch einen dreiseitigen Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) ermächtigt. In diesem Vertrag, umgangssprachlich auch »PIA-Vereinbarung« genannt, ist präzisiert, welche Patienten die PIA am Allgemeinkrankenhaus behandeln darf und welche nicht. Hochschulambulanzen können darüber hinaus nach § 117 SGB V eine Ermächtigung zur Behandlung beantragen, die durch

Vertragsabschluss mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen vertraglich zu fixieren ist. Ziel des § 117 SGB V ist die Sicherstellung von Forschung und Lehre.

Voraussetzung für den Betrieb einer PIA nach § 118 SGB V ist, dass die Abteilung oder das Krankenhaus eine Versorgungsverpflichtung für ein bestimmtes Gebiet wahrnimmt. Psychosomatische Abteilungen oder Kliniken dürfen derzeit, weil sie in der Regel diese Pflicht nicht erfüllen, deshalb keine PIA betreiben. Das Angebot einer PIA ist nicht auf rein ärztliche Leistungen beschränkt, sondern soll im Sinne einer multiprofessionellen Komplexleistung u. a. auch sozialarbeiterische und pflegerische Angebote umfassen. Zukünftig sollen vermehrt aufsuchende Dienste entstehen, wie es in anderen Ländern bereits üblich ist.

Patienten können im Anschluss an eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in einer Institutsambulanz weiter behandelt bzw. von Vertragsärzten auch direkt dorthin überwiesen werden. Darüber hinaus können sich schwer Erkrankte in Krisen eigenständig in einer Institutsambulanz vorstellen. Eine Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes sollte vorliegen, ist aber keine zwingende Voraussetzung für eine PIA-Behandlung. Einzelheiten zum Leistungsspektrum einer PIA in Abgrenzung zur vertragsärztlichen Versorgung sind dargestellt in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 (2) SGB V vom 30.04.2010 zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband (Download unter: [»Die Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz ist indiziert,](http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/48/aid/7117/title/Psychiatrische_Institutsambulanzen_-_Neue_dreiseitige_Vereinbarung_gemaess___118_Abs._2_SGB_V_%2528Unterschriftfassung%2529; zugriffen: 02.01.2017). Dort sind im Anhang die Einschlusskriterien für die Behandlung Erwachsener in der Psychiatrischen Institutsambulanz definiert:</p>
</div>
<div data-bbox=)

- wenn entweder eine Diagnose aus der Diagnosen-Positivliste vorliegt und Kriterium B oder C erfüllt sind
- oder wenn eine der restlichen Diagnosen aus dem Kapitel V (F) des ICD-10-GM in der jeweils gültigen Version vorliegt und Kriterium B und Kriterium C erfüllt sind.

Diese Kriterien sind als Eingangskriterien zu verstehen und werden zu Beginn der Behandlung seitens der Psychiatrischen Institutsambulanz überprüft«.

Im Wesentlichen soll sich eine PIA auf die Behandlung chronisch schwer psychisch Kranker konzentrieren. In der Diagnosenpositivliste (**A-Kriterium**) finden sich – zusammenfassend dargestellt – folgende Gruppen von Krankheitsbildern:

- Demenzen und organisch bedingte Störungen (F0 nach ICD-10)
- Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) mit Ausnahme des schädlichen Gebrauchs
- Schizophrenien, schizoaffective Störungen, schizotypen und wahnhaftes Störungen (F2)
- Manien, bipolare Störungen und schwere depressive Erkrankungen (F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3)
- Bestimmte Angst- und Zwangsstörungen (F41–F42) und die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Anorexie und Bulimie (F50.0–F50.3)
- Bestimmte schwere Persönlichkeitsstörungen und weitere F6-Diagnosen (F60.0–F60.3, F64.4–F64.8).

Zusätzlich zum A-Kriterium muss das im Folgenden dargestellte B- oder das C-Kriterium erfüllt sein. Liegt ein Krankheitsbild vor, das nicht auf der Diagnosenpositivliste steht, z. B. eine mittelschwere Depression, eine Agoraphobie oder ADHS, müssen das B- und C-Kriterium erfüllt sein:

B. Schwere der Erkrankung

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn Merkmal B 1 vorliegt oder mindestens vier der folgenden Merkmale B 2 bis B 12 vorliegen:

- B 1. Es liegt ein Notfall vor oder es besteht ein akutes Krankheitsbild, das sonst zu einer akuten stationären Aufnahme führen würde.
- B 2. Die Behandlung verkürzt einen aktuellen stationären Aufenthalt.
- B 3. Die Kriterien für zwei oder mehr Diagnosen gemäß ICD-10-GM, in der jeweils gültigen Version, Kapitel V (F) sind gegenwärtig erfüllt.
- B 4. Das globale Funktionsniveau des Patienten ist krankheitsbedingt erheblich beeinträchtigt, dokumentiert z. B. durch einen GAF-Wert unter 50 (Global Assessment of Functioning Scale, DSM-IV-TR).
- B 5. Der Krankheitsverlauf ist charakterisiert durch eine fehlende ausreichende Wirksamkeit bisheriger ambulanter Therapieversuche.
- B 6. Der Krankheitsverlauf ist charakterisiert durch wiederholte stationäre und / oder teilstationäre Behandlungen.
- B 7. Es liegt ein schwerer Krankheitsverlauf vor, dokumentiert z. B. durch einen CGI-Wert über 4 (Clinical Global Impression Scale) oder eine Verschlechterung in der CGI Veränderungsskala von -3 oder darunter.

- B 8. Es besteht ein erhebliches Gefährdungspotenzial (Selbst- oder Fremdgefährdung) beim Patienten.
- B 9. Der Krankheitsverlauf ist durch mangelnde Krankheitseinsicht und Zusammenarbeit (mangelnde Adhärenz) oder wiederholte Behandlungsabbrüche im ambulanten oder stationären Bereich gekennzeichnet.
- B 10. Die psychische Erkrankung hat einen erheblichen negativen Einfluss auf den Verlauf und die Therapie einer komorbiden, schweren somatischen Erkrankung.
- B 11. Der Patient war bisher nicht in der Lage, aus eigenem Antrieb eine notwendige, kontinuierliche ambulante fachspezifische Behandlung in Anspruch zu nehmen.
- B 12. Bei einer geplanten Entlassung aus stationärer Behandlung ist zu erwarten, dass der Patient die medizinisch notwendige, kontinuierliche Behandlung andernorts nicht wahrnehmen wird.

C. Dauer der Erkrankung

Das Kriterium der Dauer ist erfüllt, wenn eines der folgenden Merkmale vorliegt:

- C 1. Die Erkrankung besteht gegenwärtig seit mindestens sechs Monaten.
- C 2. Bei rezidivierenden Erkrankungen ist mindestens ein Rezidiv innerhalb von zwei Jahren aufgetreten.

➤ **Eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist ein multiprofessionelles Komplexleistungsangebot für schwer oder chronisch psychisch Kranke. Die PIA soll die vertragsärztliche Versorgung nicht ersetzen, sondern ergänzen. Ist eine vergleichbare multiprofessionelle Versorgung über den vertragsärztlichen oder -psychotherapeutischen Bereich zeitnah möglich, muss die Behandlung im Vertragsbereich erfolgen.**

2.2.4 Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke (HKP) – , früher auch »Ambulante Psychiatrische Pflege«, APP, genannt, ist ein wichtiges Instrument zur Unterstützung bestimmter, schwer psychisch Kranker bei der Alltagsbewältigung, die – trotz ambulanter medizinischer Behandlung – nicht ohne die ergänzende ambulante pflegerische Unterstützung im Alltag zurechtkommen würden. Ziel der HKP ist die Verhinderung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung. Auch wenn eine Krankenhausbehandlung zwar notwendig, aber nicht durchführbar ist, kann HKP verordnet werden.

Häusliche Krankenpflege ist ein wesentlicher Baustein in der ambulanten Versorgung. Unterschieden werden

Grundpflege (z. B. Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und Behandlungspflege (z. B. Medikamentengabe) von der speziellen häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke (HKP). Bei Letzterer ist ein deutlich längerer und intensiverer Kontakt und Beziehungsaufbau mit dem Patienten vorgesehen (bis zu vier Monate) und die Berücksichtigung spezifischer Aspekte der psychischen Erkrankung, mit dem Ziel, sich anbahnende Krisen frühzeitig zu erkennen und notwendige Gegenmaßnahmen rechtzeitig einzuleiten. Die entsprechenden Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste, die diese Leistung erbringen, müssen daher über besondere Kenntnisse in der Begleitung von schwer psychisch kranken Patienten verfügen, die sie über eine psychiatrische Zusatzqualifikation erlangen können.

HKP ist nur bei bestimmten psychischen Erkrankungen verordnungsfähig, die in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind (► Übersicht). Hauptsächlich wird HKP bei Patienten mit psychotischem Erleben verordnet, da diesen Patienten der Wechsel vom stationären oder teilstationären Krankenhaussetting in den ambulanten Bereich mit geringerer Versorgungsdichte oft besonders schwer fällt. HKP eröffnet hier die Möglichkeit, den Patienten schrittweise an die Alltagsanforderungen heranzuführen und seine Motivation für ambulante Maßnahmen (z. B. Einnahme der Medikation, Besuch einer Tagesstätte) zu erhöhen.

F-Diagnosen gemäß ICD-10, bei denen laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses HKP verordnet werden kann

- F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
- F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- F01.1 Multiinfarkt-Demenz
- F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz
- F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit
- F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- F02.2 Demenz bei Chorea Huntington
- F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
- F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit
- F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern
- F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- F06.0 Organische Halluzinose
- F06.1 Organische katatone Störung
- F06.2 Organische wahnhafte (schizophrenieforme) Störung

- F06.3 Organische affektive Störungen
- F06.4 Organische Angststörung
- F06.5 Organische dissoziative Störung
- F06.6 Organische emotional labile (asthenische) Störung
- F07.0 Organische Persönlichkeitsstörung
- F07.1 Postenzephalitisches Syndrom
- F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
- F20.x Schizophrenie
- F21 Schizotype Störung
- F22.x Anhaltende wahnhafte Störungen
- F24 Induzierte wahnhafte Störung
- F25.x Schizoaffective Störungen
- F30.x Manische Episode
- F31.x Bipolare affektive Störung mit Ausnahme von F31.7 bis F31.9
- F32.x Depressive Episode mit Ausnahme von F32.0, F32.1 und F32.9
- F33.x Rezidivierende depressive Störung mit Ausnahme von F33.0, F33.1, F33.4, F33.8 und F33.9
- F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- F41.1 Generalisierte Angststörung

HKP ist eine zeitlich begrenzte Behandlungspflege (in der Regel vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen auch bis zu vier Monaten, evtl. auch darüber hinaus), wobei sich die Zeitbegrenzung auf eine Krankheitsepisode bezieht. Bei einer längerfristig oder dauerhaft notwendigen psychosozialen Unterstützung sollten andere Leistungen, wie Betreutes Wohnen oder Leistungen der Pflegeversicherung, herangezogen werden.

Verordnet werden kann HKP durch den behandelnden Vertragsarzt. Sie ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Rechtliche Grundlagen zur Verordnung von HKP finden sich im § 37 SGB V.

Voraussetzungen für die Verordnung von HKP

- Vorliegen einer fachärztlich gesicherten F-Diagnose (ICD-10), die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt ist
- Vorliegen eines vom Pflegedienst und verordnendem Arzt erstellten Pflege- und Behandlungsplans
- Mögliche Erreichbarkeit der Behandlungsziele innerhalb eines Zeitraums von vier Monaten (d. h. es ist keine Dauerpflege notwendig).

2.2.5 Ambulante Soziotherapie

Ambulante Soziotherapie – bezeichnet, trotz des vom Gesetzgeber etwas unglücklich gewählten Namens, kein Therapieverfahren, sondern eine besondere Form des ambulanten Case-Managements, bei dem psychisch kranke Patienten durch einen Fachpfleger oder Sozialarbeiter gezielt an ambulante Hilfen (z. B. an Angebote von Ergotherapeuten, Vertragsärzten oder von Werkstätten für behinderte Menschen) durch Anleitung und Motivationsarbeit herangeführt werden. Falls notwendig, begleitet der ambulante Soziotherapeut den Patienten auch zu den entsprechenden Stellen.

Ambulante Soziotherapie ist für solche psychisch kranken Patienten gedacht, die so schwer erkrankt sind, dass sie ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen nicht selbstständig in Anspruch nehmen können. Ziel ist, diese Patienten an entsprechende Leistungen fachlich geleitet heranzuführen. Wie die HKP, wird auch die Ambulante Soziotherapie hauptsächlich bei Patienten mit psychotischem Erleben verordnet. Das Indikationsspektrum ist ebenfalls durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt (► Übersicht) und ähnelt dem der HKP.

F-Diagnosen gemäß ICD-10, bei denen laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Ambulante Soziotherapie verordnet werden kann

- F20.x Schizophrenie
- F21 Schizotypie Störung
- F22.x Anhaltende wahnhaftige Störungen
- F24 Induzierte wahnhaftige Störung
- F25.x Schizoaffective Störungen
- F31.5 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Leistungen Ambulanter Soziotherapie werden von entsprechend qualifizierten Diplom-Sozialarbeitern / Sozialpädagogen oder Fachpflegekräften für Psychiatrie (sog. Soziotherapeuten) erbracht.

Verordnungsfähig sind innerhalb von drei Jahren maximal 120 Stunden Ambulante Soziotherapie je Krankheitsfall. Zudem muss ein entsprechender Vertrag des Leistungsanbieters mit den Krankenkassen bestehen.

Um Ambulante Soziotherapie verordnen zu können, müssen Ärzte zuvor einen Antrag zur Verordnung von Ambulanter Soziotherapie bei der Kassenärztlichen

Vereinigung stellen, welche dann (vorausgesetzt, sie hält den Arzt für geeignet) eine Verordnungsbefugnis erteilt.

Die rechtlichen Grundlagen zur Verordnung Ambulanter Soziotherapie finden sich in § 37a SGB V.

Voraussetzungen für die Verordnung Ambulanter Soziotherapie

- Vorliegen einer fachärztlich gesicherten F-Diagnose (ICD-10), die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt ist
- Vorliegen von Fähigkeitsstörungen (Störungen der Aktivität nach ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), denen mit den Mitteln der Ambulanten Soziotherapie begegnet werden kann; klassifiziert werden Fähigkeitsstörungen anhand der GAF-Skala (Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus) des DSM-IV-TR
- Vorliegen eines soziotherapeutischen Betreuungsplans, der darauf angelegt ist, diese Leistung perspektivisch überflüssig zu machen
- Mögliche Erreichbarkeit der Behandlungsziele in der Regel mit maximal 120 Stunden Ambulanter Soziotherapie innerhalb von drei Jahren.

Das Bundessozialgericht führt in einem Urteil aus (B 1/3 KR 21/08 R), dass die Ambulante Soziotherapie nach der gesetzlichen Konzeption von vornherein keine Dauerleistung sei und Anleitung und Motivation nur dann einen Sinn haben, wenn die Chance zur Beeinflussung des Betroffenen besteht, dass aber die Begrenzungsregelung des § 37a Abs. 1 SGB V lediglich innerhalb der drei Jahre mehr als 120 Stunden Soziotherapie ausschließe. Mit Blick auf die Zielsetzung, Krankenhausaufenthalte (Drehtüreffekt) zu vermeiden, und die Beschreibung des Krankheitsfalles in den Soziotherapie-Richtlinien, zieht das BSG den Schluss, dass bei länger anhaltender Krankheit mit Ablauf des 3-Jahreszeitraums ein neuer »Krankheitsfall« beginnen kann und – soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind – ein Neuanspruch in Betracht kommt, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.

2.2.6 Rehabilitationsleistungen / Teilhabeleistungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben als Folge ihrer Erkrankung oft Probleme bei der Teilhabe am Berufsleben, am Leben in der Gemeinschaft sowie im privaten Umfeld. Arbeitsunfähigkeit durch psychische

Erkrankungen ist ein großes Problem. Insbesondere unter den Menschen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit finden sich viele psychisch Kranke. Dazu kommt, dass jedes Jahr über 70.000 Menschen wegen psychischer Erkrankungen frühberentet werden. Psychische Erkrankungen sind der mit Abstand häufigste Grund für eine Erwerbsminderungsrente. In Deutschland wurde deshalb ein System unterschiedlicher Rehabilitationsleistungen geschaffen, um diesen Teilhabestörungen wirkungsvoll zu begegnen.

Zu den Rehabilitationsleistungen gehören folgende Maßnahmen:

- **Medizinische Rehabilitation**
- **Berufliche Rehabilitation** (sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben §§ 33 ff. SGB IX)
- **Soziale Rehabilitation** (sog. Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft §§ 54 ff. SGB IX, z. B. Betreutes Wohnen)

Für Rehabilitationsleistungen ist nicht ein einheitlicher Träger zuständig, sondern, je nach Ausgangslage, unterschiedliche Rehabilitationsträger mit verschiedenen Schwerpunkten, z. B.:

- Gesetzliche Krankenkassen (medizinische Rehabilitationsleistungen)
- Bundesagentur für Arbeit (berufliche Rehabilitationsleistungen / Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).
- Rentenversicherungsträger (medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen).
- Unfallversicherungsträger (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen)
- Soziale Versorgungsträger sowie Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen).

Die gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation finden sich in verschiedenen Teilen des Sozialgesetzbuches und werden übergreifend im SGB IX geregelt. Aufgrund des nicht optimal funktionierenden Nebeneinanders der Leistungen und Leistungsträger wurden die sog. **Gemeinsamen Servicestellen** eingeführt (§§ 22–25 SGB IX), die als leistungsübergreifende Hilfen die Kompetenzen bündeln und Entscheidungen beschleunigen sollen. Sie können von Patienten und Ärzten genutzt werden, funktionieren allerdings regional unterschiedlich gut.

Je nach Schweregrad der psychischen Erkrankung sind bei der Rehabilitation psychisch kranker Patienten unterschiedliche Wege zu beschreiten. Grob vereinfacht sind zu unterscheiden:

1. Leichte bis mittelschwer psychisch erkrankte Personen mit prinzipiell hinreichend günstiger Prognose hinsichtlich Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit:

- Typische Erkrankungen sind Abhängigkeitserkrankungen, depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen.
- Diese Patientengruppe kann auf eine große Zahl primär psychotherapeutisch arbeitender, stationärer medizinischer Rehabilitationseinrichtungen zugreifen (Finanzierung v. a. über den Rentenversicherungsträger).

2. Schwer psychisch erkrankte Patienten mit grundsätzlich schlechterer Prognose bezüglich Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit:

- Zu dieser Gruppe gehören häufig chronisch erkrankte Patienten mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung oder Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung, oft mit weiteren Komorbiditäten.
- Hier stehen meist Leistungen der sozialen Teilhabe nach SGB XII im Vordergrund und in geringerem Maße Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Teilhabe.
- In einigen Bundesländern gibt es besondere Einrichtungen mit gemischtem Auftrag (Komplexleistung aus medizinischer und beruflicher Rehabilitation), sog. RPK-Einrichtungen (**Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen**), die speziell schwer psychisch Kranke mit einer schizophrenen Erkrankung rehabilitieren.

RPK-Einrichtungen – bieten eine »Komplexleistung« aus medizinischer und beruflicher Rehabilitation an. Sie können – wo vorhanden – eine gute Möglichkeit sein, Patienten mit schwereren Störungen der Teilhabe und Aktivitäten (nach ICF) auf den 1. Arbeitsmarkt zurückzuführen, und zwar v. a. dann, wenn ambulante Hilfeleistungen wie HKP, Betreutes Wohnen, Ambulante Sozialtherapie und Teilhabe am Arbeitsleben allein nicht greifen. Besteht keine realistische Aussicht auf Rückführung auf den 1. Arbeitsmarkt, ist eine RPK-Maßnahme nicht indiziert. RPK-Einrichtungen für schwer psychisch Kranke finden sich derzeit nur vereinzelt, und die bestehenden Einrichtungen arbeiten z. T. nach sehr unterschiedlichen Konzepten.

2.2.7 Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation – hat nicht die Heilung einer Erkrankung, sondern die Vermittlung eines besseren Umgangs mit Krankheitsfolgen bzw. eine Besserung von Störungen der Teilhabe zum Ziel. Es geht darum, dem Patienten einen besseren Umgang mit den Folgen seiner Erkrankung und den dadurch bedingten psychosozialen Einschränkungen (Störungen der Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF) zu vermitteln.

Die seit Jahren ansteigenden Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen (■ Tab. 2.2, ■ Abb. 2.3)

Tab. 2.2 Prozentuale Verteilung der Langzeiterkrankungen nach Diagnosegruppen. (BKK-Gesundheitsreport 2015) Relevante 3-stellige ICD-10-Diagnosen – Anteil an den erfassten vollstationären Leistungstagen 2014

ICD-10	Diagnosen-Rangfolge nach Krankenhaustagen 2014	Tage je 10.000 Versichertenjahre (VJ)	Tage je Fall	Anteil an allen Krankenhaustagen
F33	Rezidivierende depressive Störung	715,0	37,9	4,21 %
F32	Depressive Episode	528,7	32,5	3,11 %
I50	Herzinsuffizienz	440,0	10,4	2,59 %
F20	Schizophrenie	393,4	34,3	2,32 %
I63	Hirnfarkt	331,6	12,1	1,95 %
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	315,0	7,9	1,86 %
S72	Fraktur des Femurs	295,7	15,4	1,74 %
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	236,9	11,4	1,40 %
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	216,8	9,0	1,28 %
I70	Atherosklerose	216,2	9,9	1,27 %
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	211,4	9,9	1,25 %
I21	Akuter Myokardinfarkt	196,4	8,2	1,16 %
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	184,3	9,0	1,09 %
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	181,5	11,0	1,07 %
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	172,4	4,8	1,02 %
M54	Rückenschmerzen	171,4	6,5	1,01 %
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	160,0	7,5	0,94 %
K80	Cholelithiasis	157,9	5,9	0,93 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	150,0	17,9	0,88 %
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	147,9	14,1	0,87 %
	Kumulativ	5422,5		31,94 %

und die hohe Zahl an Neuzugängen bei Erwerbsminderungsrenten machen einen steigenden Bedarf an medizinischer Rehabilitation wahrscheinlich, der sich in der Versorgungslandschaft so allerdings nur bedingt abbildet.

➤ **Immer dann, wenn ein Patient aufgrund einer psychischen Erkrankung längere Zeit arbeitsunfähig ist oder wenn aufgrund der Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist bzw. Pflegebedürftigkeit droht, sollte die Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden (Prinzip: »Reha vor Rente« bzw. »Reha vor Pflege«). Notwendige Rehabilitationsmaßnahmen sollten schnell eingeleitet werden, da sich ohne sie der Verlauf der psychischen Erkrankung deutlich schlechter entwickeln kann. Voraussetzung ist allerdings, dass bei den Patienten eine hinreichend günstige Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit bestehen.**

Kostenträger medizinischer Rehabilitation ist in der Regel der Rentenversicherungsträger, seltener – vor allem bei Kindern und Rentnern – die Krankenkasse. Die Rehabilitation wird vom Patienten direkt beim Rentenversicherungsträger oder über die Gemeinsamen Servicestellen beantragt.

Leistungserbringer sind Rehabilitationsfachkliniken oder ambulante Rehabilitationseinrichtungen, die über entsprechend geschultes Personal unterschiedlicher Berufsgruppen und über einen Vertrag mit der GKV bzw. eine Belegungszusage der Deutschen Rentenversicherung (DRV) verfügen.

Die Dauer der Rehabilitationsleistung richtet sich im Allgemeinen nach dem Bedarf des Patienten und ist damit abhängig von der Schwere der Erkrankung. Jedoch ist mit zunehmendem Schweregrad zu berücksichtigen, dass sich die Zuständigkeit der Leistungsträger in der Regel weg von der Krankenversicherung und dem

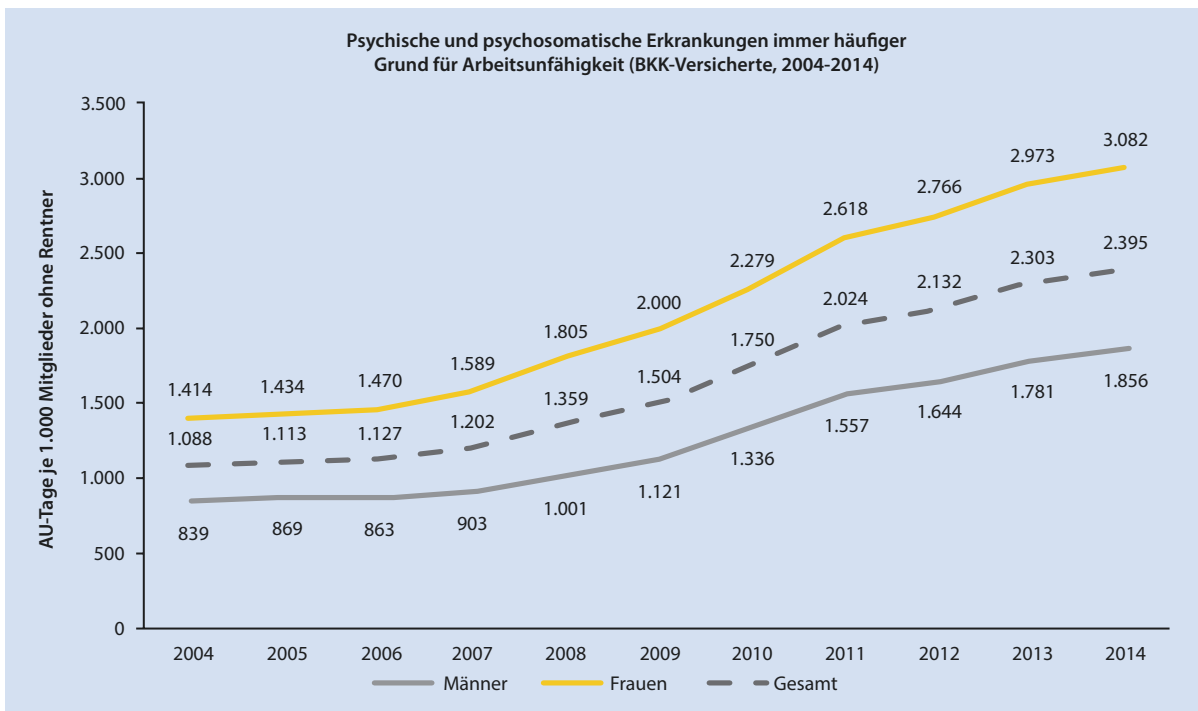


Abb. 2.3 Psychische und psychosomatische Erkrankungen immer häufiger Grund für Arbeitsunfähigkeit. (BKK-Gesundheitsreport 2015)

Rentenversicherungsträger hin zum Leistungsträger der sozialen Rehabilitation, dem überörtlichen Sozialhilfeträger, verschiebt.

Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsleistungen

- Kurative Behandlung ist ausgeschöpft bzw. nicht zielführend
- Rehabilitationsbedarf (erkennbar u. a. an längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten)
- Rehabilitationsfähigkeit (der Patient muss ausreichend stabil für die Rehabilitationsmaßnahme sein und sollte »psychotherapiefähig« sein, um von der Rehabilitationsmaßnahme profitieren zu können)
- Ausreichend günstige Rehabilitationsprognose (einschließlich Motivation für die geplante Leistung, eine gewisse Ambivalenz, z. B. bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung, spricht aber nicht gegen eine medizinische Rehabilitation)
- Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (prüft der Rentenversicherungsträger; liegen diese nicht vor, kann eine Weiterleitung an die Krankenversicherung erfolgen)
- Rehabilitationsantrag für medizinische Rehabilitation (vom Patienten zu stellen)
- Ärztlicher Bericht.

Die Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation verdeutlicht ([Abb. 2.4](#)). Hieraus geht hervor, dass zwei Jahre nach der medizinischen Rehabilitation 84 % der Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Sucht) wieder erwerbsfähig sind (17 % scheiden nach der Rehabilitation mit Erwerbsminderungs- oder Altersrente aus).

2.2.8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Berufliche Rehabilitationsleistungen

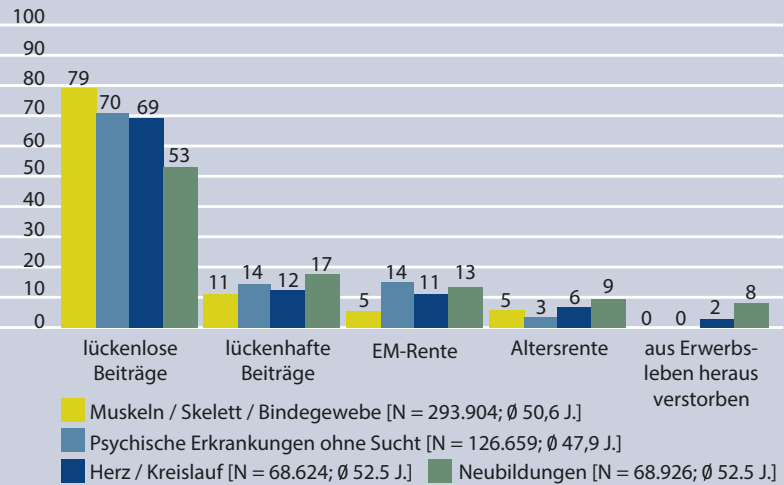
Entgegen dem Trend bei den somatischen Erkrankungen nehmen die Arbeitsunfähigkeitszeiten im Bereich der psychischen Erkrankungen zu ([Abb. 2.5](#)). Leichter als somatisch Kranke fallen psychisch Kranke aus den beruflichen Bezügen heraus, was die hohe Zahl der Berentungen wegen psychischer Erkrankung verdeutlicht ([Abb. 2.6](#)). Nicht erfasst wird – was für den Patienten in der Regel noch viel belastender ist – die Zahl derer, die aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitslos werden und bleiben. Nach den jetzigen gesetzlichen Regelungen besteht kein Berufsschutz mehr.

Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (kurz LTA) sind daher Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (der Begriff der beruflichen Rehabilitation wird im SGB IX durch den der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ersetzt).

Leistungen zur Teilhabe schwerer psychisch Kranker am Arbeitsleben wurden lange vorwiegend in geschützten

Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis IRSDI 2006-2013

Abb. 2.4 Sozialmedizinischer 2-Jahresverlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2011 für verschiedene Diagnosegruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden); Reha-Statistik Datenbasis 2006-2013. (Reha-Bericht 2015 der DRV Bund)

Bei Langzeitarbeitsunfähigkeit
(AU-Dauer > 6 Wochen) stehen psychische Störungen bereits auf Platz 2
(Berichtsjahr 2014)

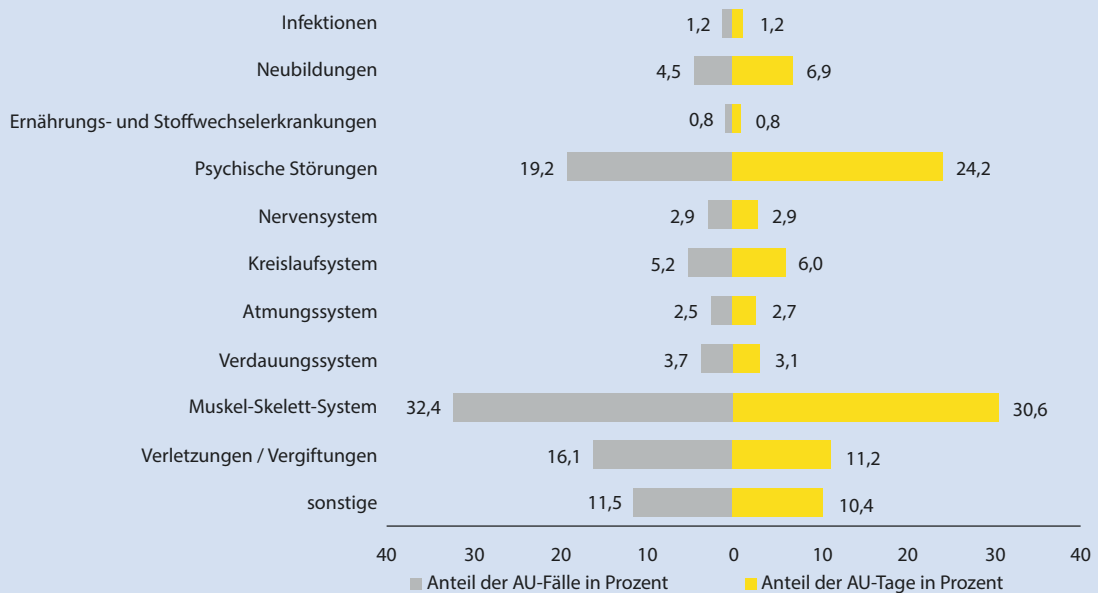
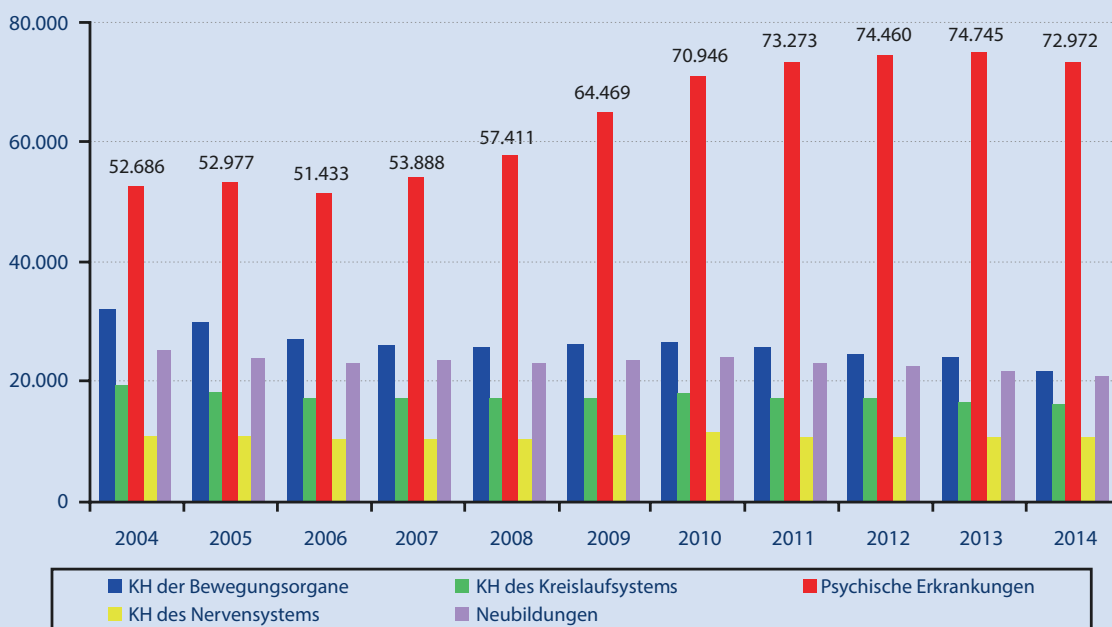


Abb. 2.5 Bei Langzeitarbeitsunfähigkeit stehen psychische Erkrankungen auf Platz 2. (BKK-Gesundheitsreport 2015)

Entwicklung der Renten wegen Erwerbsminderung nach Indikationen 2004 bis 2014 [incl. Sucht]

Deutsche Rentenversicherung Bund



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenzugänge, Tab 229.00 Z RV.ISRV

Abb. 2.6 Anteil psychischer Erkrankungen an den EM-Rentenzugängen der Deutschen Rentenversicherung Bund 2004-2014. (DRV-Bund)

Werkstätten durchgeführt. Seit den 1990er Jahren ist jedoch – ausgehend von den USA – ein Trend hin zu einer beruflichen Rehabilitation unmittelbar an einem Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu verzeichnen. Arbeit ist dabei nicht mehr nur das Ziel der Rehabilitation, sondern wird selbst als ein therapeutisch-rehabilitatives Mittel bewertet. Man spricht von »Supported Employment«. Die Strategie: »First train, then place« wurde ergänzt durch: »First place, then train«. Supported Employment stellt einen Paradigmenwechsel dar. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten, die mit Unterstützung von Supported-Employment-Programmen auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sind, in der Folge weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen als Kontrollpersonen an geschützten Arbeitsplätzen. Dies gilt unabhängig von der Schwere der Grunderkrankung.

- **Steht der Patient noch aktiv in einem Arbeitsverhältnis, sollte alles daran gesetzt werden, den Arbeitsplatz zu erhalten. Zu bedenken ist, dass selbst kurzfristige**

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ungünstige Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung haben können (z. B. durch Ausbildung einer negativen Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten) und v. a. in kleineren Betrieben den Arbeitsplatz des Patienten bedrohen können. Wo immer möglich, sollte der Patient an einem Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt gehalten werden, ggf. mit aktivem Coaching, dem Supported Employment.

Sobald ein Arbeitnehmer mehr als sechs Wochen im Jahr arbeitsunfähig ist, ist der Arbeitgeber verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen (§ 84 SGB IX). Bei Problemen am Arbeitsplatz sollte so früh wie möglich an eine leidensgerechte Anpassung des Arbeitsplatzes gedacht werden, ggf. unter Einschaltung von Integrationsämtern. Mittlere und größere Betriebe verfügen über entsprechende betriebliche Ansprechpartner. Möglichkeiten einer Umschulung oder Kündigung sollten in Hinblick auf die Arbeitsmarktsituation in den Hintergrund rücken.

Praxistipp

Integrationsämter bzw. der von ihnen beauftragte Integrationsfachdienst (kurz IFD) können helfen, die richtige Maßnahme zu finden. Der IFD hilft Menschen mit einer seelischen Behinderung, die eine Arbeitsstelle suchen oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben (z. B. durch Erstellung eines Fähigkeitsprofils, Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz oder nach Möglichkeiten zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes). Träger der Integrationsfachdienste unterhalten gelegentlich auch Integrationsprojekte, die helfen sollen, die Teilhabechancen zu verbessern.

Darüber hinaus gibt es außerbetriebliche Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, wie **Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke**, die sowohl ambulant als auch stationär arbeiten. Die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke bieten Informations- und Beratungsgespräche an zur Klärung, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu empfehlen sind – einige Krankenkassen finanzieren die Beratungsgespräche. Zudem werden dort sog. **Reha-Assessments** zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit angeboten.

Sofern die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt unwahrscheinlich erscheint, kann die Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in heilpädagogischen Zentren angestrebt werden.

Die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der Kriegsofferversorgung, der Kriegsofferversorgung, der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe können nach §§ 5 und 6 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, wenn dies zur dauerhaften Eingliederung eines behinderten Menschen in das Arbeitsleben erforderlich ist. Der Rentenversicherungsträger ist zuständig für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn der Patient

- eine Versicherungszeit von 180 Beitragsmonaten in der gesetzlichen Rentenversicherung nachgewiesen hat oder
- eine Rente wegen Erwerbsminderung bezieht oder
- in den letzten sechs Monaten vor Antragstellung eine medizinische Rehabilitationsleistung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers erhalten hat.

Ansonsten fallen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel in die Zuständigkeit der Agentur für Arbeit, sofern die Leistungen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben über den Rentenversicherungsträger können durch den behandelnden Arzt, durch die Krankenkasse, durch den Arbeitgeber oder durch den Patienten selbst beantragt werden.

Die Dauer von Rehabilitationsleistungen richtet sich prinzipiell nach der vorgeschriebenen bzw. für die Erreichung des Teilhabeziels allgemein üblichen Zeit; diese kann aber verlängert werden, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Leistungen zur beruflichen Weiterbildung sollen in der Regel bei ganztägigem Unterricht nicht länger als zwei Jahre andauern, es sei denn, eine längere Dauer verspricht eine wesentliche Verbesserung der Eingliederungsaussichten.

Eingangsvoraussetzungen für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die vor Aufnahme in einem Berufsförderungswerk zum Zweck einer Ausbildung oder Umschulung oder beruflichen Integrationsmaßnahme geprüft werden:

- Verfügbarkeit von Leistungen, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen
- Ausreichende Motivation und Krankheitseinsicht beim Patienten
- Ausreichende intellektuelle und körperliche Fähigkeiten des Patienten
- Ausreichende Selbstständigkeit und Belastbarkeit des Patienten für ganztägig ausgerichtete Maßnahmen.

2.2.9 Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen – Leistungsangebot der sozialen Rehabilitation (sog. Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft). Gemäß § 54 SGB XII ist Betreutes Wohnen u. a. eine »nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen«. Diese Leistung soll Menschen mit einer sog. seelischen Behinderung bei der Eingliederung in den Alltag und in die Gemeinschaft unterstützen und ihnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglichen.

Primäres Ziel des Betreuten Wohnens ist die Wiedereingliederung des Patienten in die Gemeinschaft. Dieses Leistungsangebot kann grundsätzlich bei jeder schweren, chronischen psychischen Erkrankung in Betracht gezogen werden.

Entscheidend dafür, ob Maßnahmen des Betreuten Wohnens in Anspruch genommen werden können oder nicht, ist nicht eine bestimmte ICD-10-Diagnose, sondern das Vorliegen einer sog. **seelischen Behinderung**, die diese Hilfe erforderlich macht.

Behinderung – Behindert sind nach § 2 Abs.1 SGB IX Menschen, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate

von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Betreutes Wohnen ist zum einen stationär in speziellen Einrichtungen möglich, aber auch ambulant in der eigenen Häuslichkeit.

Bedarf und Umfang der Betreuung und Unterbringung ergeben sich aus der Schwere der Störung der psychischen Funktionen sowie der daraus resultierenden Behinderung und sozialen Benachteiligung. Die Inanspruchnahme ist langfristig möglich.

Leistungserbringer sind medizinisches Fachpersonal, Sozialarbeiter, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten und Heilpädagogen mit entsprechender Erfahrung in diesem Bereich.

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Betreuten Wohnens:

- Vorliegen einer sog. seelischen Behinderung bzw. einer drohenden seelischen Behinderung und ein damit verbundener Hilfebedarf, der durch Betreutes Wohnen gedeckt werden kann
- Ärztlicher Bericht (bei Erstverordnung)
- Sozialhilfegrundertrag (bei Erstverordnung)
- Antrag auf Wohnunterstützung (durch den Patienten)
- Hilfeplan (wird meist in einer Hilfeplankonferenz erstellt).

In regelmäßigen Abständen wird der Bedarf überprüft. Bei Wiederholungsanträgen genügt lediglich ein erneutes Hilfeplangespräch.

2.2.10 Sozialpsychiatrische Zentren und Tagesstätten

Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) und Tagesstätten haben zum Ziel, chronisch psychisch Kranke dabei zu unterstützen, den Alltag zu bewältigen, ihren Tag sinnvoll zu strukturieren und sich sozial wieder zu integrieren. Sie finden sich v. a., aber nicht nur, in Ballungsräumen und werden über die öffentliche Hand finanziert. Grundlage ist das SGB XII.

- **In Tagesstätten findet im Unterschied zu Tageskliniken in der Regel keine ärztliche Betreuung statt. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.**

2.2.11 Beratungsstellen

Beratungsstellen werden über die öffentliche Hand finanziert. Die Inanspruchnahme ist kostenlos und kann auf Wunsch anonym erfolgen. Am weitesten verbreitet sind Beratungsstellen für Abhängigkeitskranke. Viele Beratungsstellen vermitteln die Patienten nicht nur in geeignete Behandlungsangebote und erstellen die für den Antritt von Entwöhnungsmaßnahmen notwendigen Sozialberichte, sondern bieten selbst Leistungen der ambulanten Rehabilitation an (sog. ARS-Leistungen). Regelungen zu den ARS-Leistungen finden sich im Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008.

- **In Beratungsstellen findet in der Regel keine ärztliche Betreuung statt, viele der dort arbeitenden Sozialarbeiter und Psychologen haben aber eine suchtherapeutische Qualifikation. Die Standards der Ausbildung zum Suchttherapeuten liegen unter denen der Richtlinienpsychotherapeuten, orientieren sich aber daran.**

- Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs) e.V.: <http://www.uni-lipps.de>
- Bundesdirektorenkonferenz Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V.: <http://www.bdk-deutschland.de>
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA): <http://www.ackpa.de>
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN): <http://www.bvdn.de>
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP): <http://www.bv-psychiater.de>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): <http://www.dgppn.de>

Übungsfragen

1. Nennen Sie die aktuellen Bestrebungen bei der Optimierung des psychosozialen Versorgungssystems.
2. Wie lassen sich Psychiatrische Institutsambulanzen charakterisieren?

3. Wozu dient die Ambulante Psychotherapie? Für maximal wie viel Stunden pro Krankheitsfall kann sie verordnet werden?
4. Nennen Sie Voraussetzungen für die Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.
5. Was ist Betreutes Wohnen?

Weiterführende Literatur

- Bitzer EM, Lehmann B, Böhm S, Priess H-W (2015) Barmer GEK Report Krankenhaus, Berlin; <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2015/150721-Report-Krankenhaus/PDF-Report-Krankenhaus-2015.property=Data.pdf> (Zugegriffen: 02.01.2017)
- Backendorf A, Bassler M, Borchers U, Bublitx Th, Dedring K-H, Haack K-H, Hilbert J, Lang A, Nagel M, Rupperecht Ch, Schmachtenberg R, Schmidt S, Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C, Seiter H, Siegel N-R, Surek M, van Treeck B, Verspohl I, Weisbrodt-Frey H (2015) Zukunft der medizinischen Rehabilitation – Reformvorschläge. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2015) Reha-Bericht, Berlin; http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Zugegriffen: 02.01.2017)
- Fuchs H (2008) Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Asgard Verlag, St. Augustin
- IGES-Institut (2015) DAK-Gesundheitsreport 2015, Hamburg; http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2015-1585948.pdf (Zugegriffen: 02.01.2017)
- Knieps F, Pfaff H (2014) BKK Gesundheitsatlas 2015 – Gesundheit in den Regionen. MWG, Berlin
- Knieps F, Pfaff H (2015) BKK Gesundheitsreport 2015 – Langzeiterkrankungen. MWG, Berlin; <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/> (Zugegriffen: 02.01.2017)
- Psychiatrie-Enquete (1975) Deutscher Bundestag, Drucksache 7 / 4200 - Bericht über die Lage in der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn; https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf (Zugegriffen: 02.01.2017)
- Schneider F, Falkai P, Maier W (2012) Psychiatrie 2020plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen. Springer, Berlin Heidelberg

<http://www.springer.com/978-3-662-50344-7>

Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie

Schneider, F. (Hrsg.)

2017, XVIII, 725 S. 104 Abb., 95 Abb. in Farbe.,
Hardcover

ISBN: 978-3-662-50344-7