

kennen und beherrschen. Gleichzeitig müssen sie ihre IPS-Rolle in unterschiedlichen (Ausbildungs)Betrieben dem allgemeinen Arbeitsmarkt finden und vermitteln. Durch die Corona Pandemie verlagerte sich der Schwerpunkt zum Gespräch in der Klinik oder über die Videosprechstunde. Auch die IPS-Teilnehmenden sind z. T. bis heute im Home Office und kommunizieren fast ausschließlich online mit ihren Vorgesetzten und Teams. Die IPS-Coaches mussten sich nicht nur selbst an die neuen digitalen Anforderungen anpassen sondern, sondern ihren Support - auch unter komplexen sozialen Bedingungen am Arbeits-/Ausbildungsplatz - im virtuellen Setting realisieren.

6. IPS und arbeitsbezogene Teilhabe psychisch kranker Menschen

Berufliche Teilhabe, im Sinne der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), beinhaltet die Identifizierung notwendiger Teilhabeleistungen und eine personenzentrierte, am Wunsch- und Wahlrecht orientierte sowie bedarfsgerechte Leistungserbringung. Auf der Suche nach wirksamen Methoden zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe psychisch erkrankter Menschen ist ein wachsendes Interesse am Ansatz des IPS in Deutschland festzustellen. So publizierte die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) berufene Task Force ein Positionspapier zum Supported Employment (Stengler et al., 2021) und es entstanden eine Reihe von Pilotprojekten im Rahmen des BMAS geförderten Programms "rehapro" (BMAS, 2021), die ihre Konzepte am IPS Modell orientierten. Dennoch gibt es in Deutschland derzeit zwei IPS-Programme, die in der Regelversorgung verankert sind. Diese erbringen Eingliederungsraten, die mit denen internationaler Studien vergleichbar sind (Jäckel et al., 2022; Nischk & Hörsting, 2021). Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Initiativen als förderlich erweisen, um IPS flächendeckend zu implementieren und eine allgemeine Zugänglichkeit zu nachgewiesenermaßen wirksamen Hilfen für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland zu realisieren. ●

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag finden Sie unter www.kerbe.info

Mobile medizinische Rehabilitation

Eine bislang verhinderte Ressource in der Gemeindepsychiatrie

Von David Walburg und Andres Plieninger

Stellen wir uns vor, ein älterer Herr bricht sich bei einem Sturz die Hüfte und kommt in ein Krankenhaus. Nach erfolgreicher Operation kann er kaum gehen und wird deshalb in ein Pflegeheim überstellt, wo er die kommenden Jahre mit Unbeweglichkeit und Schmerzen lebt, abgeschnitten von seiner Familie, seinen Hobbies und seinem gewohnten Umfeld. Wir würden berechtigterweise fragen, warum dem Mann nach seiner Operation keine Rehabilitationsmaßnahme verordnet wurde, damit er die Krankheitsfolgen bewältigen, sein Wohnumfeld an die neuen Gegebenheiten angepasst und er Kompensationsstrategien entwickeln hätte können.

In der Welt der schwer psychisch erkrankten Menschen ist diese Art des Umgangs mit Krankheitsfolgen an der Tagesordnung. Menschen werden in psychischen Krisen in Kliniken behandelt und dann nach Hause entlassen. Wenn das nicht möglich ist, stehen lediglich Angebote der Gemeindepsychiatrie zur Verfügung. Es fehlt bislang das Äquivalent einer psychiatrischen Rehabilitation. Eine Reduktion der Krankheitsfolgen, eine Entwicklung von Adaptations- und Kompensationsstrategien ist nicht vorgesehen. Im Rahmen von stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sowie RPK-Maßnahmen bestehen zwar rehabilitative Angebote, doch sind diese rar gesät, benötigen eine positive Erwerbsprognose, sind in aller Regel psychosomatischen Behandlungen vorbehalten und verlangen den Betroffenen vor allem ab, den ganztags ambulanten oder stationären Rahmen zu bewältigen und die Transferleistung von Gelerntem in das häusliche Umfeld zu übertragen. Bereits 2008 wurde im Rahmen einer Projektgruppe des Diakonischen Werks auf die Notwendigkeit einer mobilen Rehabilitation für psychisch kranke



David Walburg

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge im Projekt RESET. Er arbeitet im Sozialpsychiatrischen Dienst und Gerontopsychiatrischen Beratungsdienst der Evangelischen Gesellschaft e.V.

Andres Plieninger

Leitung Konzeption des Projekts RESET. Leitender Psychologe in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Rudolf Sophien Stift in Stuttgart.

Menschen hingewiesen¹, wie es sie im geriatrischen Bereich seit vielen Jahren gibt. Der Zugang zu einem aufsuchenden Rehabilitationsprogramm, in dem ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung eine Komplexleistung erbringt, kann die Mechanismen der Drehtürpsychiatrie aushebeln, Teilhabe maximieren und eine Personengruppe rehabilitativ erreichen, die bislang durch das Hilfesystem fällt. Die mobile psychiatrische Rehabilitation versucht nicht nur eine Lösung zur Schließung der Versorgungslücke zwischen Akutbehandlung und rehabilitativen Leistungen zu sein, sondern stellt sich als große Chance für Menschen dar, die wegen persönlicher Lebensumstände eine ambulante oder stationäre Rehabilitation für sich ausgeschlossen hatten. Sie sind auf eine Behandlung Zuhause angewiesen, weil

¹ https://www.diakonie-wissen.de/documents/9605586/15921163/DT2008-14++Mobile_Reha.pdf/ca438ec2-5645-40a2-8774-1cbf40385be9?version=1.1

sie ihr Wohnumfeld aufgrund einer Angst- oder Zwangssymptomatik, eines starken sozialen Rückzugs in Folge einer psychotischen Phase oder aufgrund schwerer Antriebslosigkeit bei einer depressiven Episode nicht mehr verlassen können. Auch Menschen, die aufgrund von Care-Verpflichtungen, z.B. mehrfache Eltern, Alleinerziehende, Menschen mit pflegebedürftigen Angehörigen oder auch Menschen mit gefährdetem Arbeitsplatz sowie Menschen, die Schwierigkeiten in Gruppensettings haben, können ihren Rehabilitationsanspruch auf diese Weise erstmalig geltend machen. Die mobile Reha trägt damit zur Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Menschen

bei und kann sowohl nach einem Klinikaufenthalt eine Chronifizierung verhindern, sie kann von Reha und Betreuung unerreichte Personen ins Behandlungs- und Versorgungssystem bringen und sie kann chronisch erkrankten Menschen endlich die rehabilitative

Unterstützung liefern, die diesen zusteht: Eine personenzentrierte Rehabilitation im häuslichen Umfeld, mit den An- und Zugehörigen, ohne die Notwendigkeit der Erbringung unmöglicher Transferleistungen und ohne der Hürde einer ganztags ambulanten oder stationären Maßnahme.

Im Dezember 2020 konnte die Rudolf Sophien Stift gGmbH die Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg gewinnen, ein zweijähriges Modellprojekt zur Etablierung von Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation im Gemeindepsychiatrischen Verbund Stuttgart zu fördern. Ziel des Projekts war die Erprobung von mobiler medizinischer Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen, sowie die Entwicklung einer Konzeption, die den Voraussetzungen des GKV Spitzenverbands genügt und die Verstetigung des Angebots im Rahmen eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen.

Das Team von RESET (Mobile medizinische Rehabilitation für seelische Gesundheit und Teilhabe) bestand unter fachärztlicher Leitung aus den Professionen Psychologie, Soziale Arbeit/Soziotherapie, Ergotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege. In einer spürbaren

Aufbruchstimmung entstanden in kurzer Zeit ein konzeptionelles Grundgerüst, ein reger Austausch über Notwendiges, Überflüssiges und Mögliches. Viele Gespräche mit VertreterInnen bestehender Rehabilitationsangebote im psychiatrischen Bereich und mobiler Angebote im geriatrischen Bereich, Vernetzungen im GPV Stuttgart und die Beratung der BAG Mobile Rehabilitation machten die Teammitglieder zu ExpertInnen im Bereich der aufsuchenden Arbeit und der rehabilitativen Ansätze.

Das Team bestand von Beginn an aus Fachpersonen aus der aufsuchenden Arbeit der ambulanten psychiatrischen Pflege und des Sozialpsychiatrischen Dienst eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums der Evangelischen Gesellschaft sowie aus ExpertInnen der rehabilitativen Arbeit aus der RPK-Abteilung des Rudolf Sophien Stifts. Beide Grundhaltungen waren für die Gestaltung eines nachhaltigen Angebots wertvoll und im Rückblick unabdingbar.

Im Projektzeitraum konnte RESET vielfach die mobile Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen erproben und eine Vielzahl an Personen erreichen, denen bisher der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen verwehrt blieb. Im Zeitraum von zwölf Wochen konnten betroffene Menschen an mindestens drei Tagen pro Woche in insgesamt 60 Therapieeinheiten ein individuelles und strukturiertes Rehabilitationsprogramm durchlaufen. Der nach der ganzheitlichen Betrachtungsweise der funktionalen Gesundheit im Sinne des ICF erstellte Rehabilitationsplan und die darin beschriebenen Ziele und Maßnahmen wurden dabei interdisziplinär beschrieben und mit der betroffenen Person sowie deren An- und Zugehörigen abgestimmt. Therapieinhalte der Verhaltenstherapie (Expositionssitzungen, Aktivierung, Entwicklung eines Störungsmodells, Anwendung von Skills, Psychoedukation,...), Soziotherapie, Netzwerkgespräche mit An- und Zugehörigen, sozialdienstliche Unterstützung, fachpflegerische Hilfe, Hirnleistungstrainings zur Verbesserung von Konzentration und Merkfähigkeit, Erweiterung der Teilhabe durch Anbindung an stadtteilnahe Angebote und eine enge fachärztliche Behandlung unterstützten die betroffenen Personen

bei der Restitution, Kompensation und Adaptation ihrer Krankheitsfolgen. Zum ersten Mal findet psychiatrische Rehabilitation im Wohnzimmer der betroffenen Menschen statt, fachärztliche und psychotherapeutische Leistungen wirken direkt ins Lebensfeld der erkrankten Person ein. Die Mobile Reha verkörpert somit eine neue Interventionsform im Prozess der Erkrankung, die sich als kurzzeitige, zielgerichtete und effektive (Neu-/Um-) Orientierungs- und Veränderungsmöglichkeit darstellt, die im unmittelbaren Lebensumfeld adaptiv und ggf. kompensatorisch die Krankheitsfolgen zu überwinden und weiter zu einer selbstständigen Lebensführung mit größtmöglicher sozialer Teilhabe zu befähigen versucht.

RESET erreichte in der Projektphase einen isoliert lebenden Architekten, dessen sozialer Radius sich auf feste Strecken zu festen Zeiten beschränkte und der nur noch einen Sozialkontakt hatte. Der Mann mit paranoider Schizophrenie konnte im Rahmen von RESET befähigt werden, eine RPK Maßnahme im ambulanten Setting bewältigen zu können. Inzwischen arbeitet er in einem großen Stuttgarter Architekturbüro festangestellt.

Eine Mutter mit schweren Depressionen, gekennzeichnet durch massive Antriebsarmut, nahm auf Anraten einer PIA an RESET teil. Durch die Arbeit mit der Familie konnte diese Entlastung erfahren und die Fachpersonen ein Verständnis dafür entwickeln, wie weit auseinander ein, gegenüber dem Hilfesystem präsentiertes Außenbild über Struktur, verbliebene Fähigkeiten und Gesundheit von dem tatsächlichen Bild in der Wohnung liegen kann. Die Frau konnte für die Inanspruchnahme der Hilfen des zuständigen GPZ motiviert werden und die Tochter Unterstützung von AUFWIND erhalten, einem Angebot für Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Eltern teil aufwachsen.

Im Rahmen des Projekts konnten auch junge Männer erreicht werden, die in ihren Familien oder in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe lebten; die seit ihrer Volljährigkeit zwar immer wieder in Kliniken waren, aber nie die Unterstützung vom gemeindepsychiatrischen Hilfesystem oder rehabilitativen Trägern erhielt und denen das Angebot von RESET im aufsuchenden Rahmen erst ermöglicht hat, den Blick aufzurichten und sich mit Behandlung, sozialer Teilhabe und einer (berufli-

RESET erreichte in der Projektphase einen isoliert lebenden Architekten, dessen sozialer Radius sich auf feste Strecken zu festen Zeiten beschränkte und der nur noch einen Sozialkontakt hatte.

chen) Perspektive zu beschäftigen. RESET fand zeitgleich mit Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe statt, wurde während dem Aufenthalt in besonderen Wohnformen durchgeführt. Das Team war in Familien und in Notunterkünften. Menschen in Wohngemeinschaften und bei Ihren Eltern wurden rehabilitativ begleitet. Mit einzelnen Ausnahmen war allen Fällen gemein, dass die betroffenen Personen von Komm-Strukturen nicht erreicht wurden. Die rehabilitative Arbeit im eigenen häuslichen Umfeld eröffnete Einzelnen erst den Zugang zu weiterführenden Hilfen oder ermutigte andere nach vergangenen, negativen Erfahrungen sich wieder auf eine deutlich individuellere und personenzentrierte Behandlung einzulassen. Die Begleitung einer Frau nach mehrfachen Aufenthalten in der Psychiatrie im Rahmen einer RESET-Maßnahme ab dem Entlassungstag zeigte ebenfalls, dass die Einbeziehung des häuslichen Umfelds und der Personen um die betroffenen Menschen herum, sowie die Erbringung von Rehabilitation vor Ort einen deutlichen Unterschied machen kann und einen wiederholten Klinikaufenthalt unnötig macht. Während der Erprobungsphase von RESET konnte die entwickelte Konzeption den VertreterInnen der Landesverbände der Krankenkassen zur Prüfung vorgelegt werden. Der Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111c SGB V zur Erbringung von Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 wurde im Jahr 2022 von den Kassenverbänden geprüft und dem Medizinischen Dienst zur Begutachtung vorgelegt. Die Signale der Kassenverbände sind deutlich positiv, dass im Rahmen einer Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Versorgungsvertrag für die ambulante und stationäre RPK des Rudolf Sophien Stift eine Verstärkung des Angebots der mobilen Rehabilitation gelingen kann. Damit kann RESET als Leuchtturmprojekt eine neue Phase in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen einläuten, da eine gravierende Versorgungslücke geschlossen wird, Schnittstellen und Sektoren überwunden werden, indem durch die personenzentrierte, aufsuchende und multiprofessionell-interdisziplinäre Komplexleistung der mobilen Rehabilitation viele Menschen erstmals ihren Anspruch auf Rehabilitationsleistungen wahrnehmen können. ●

Von der Jugendhilfe ins Wohnheim – wo bleibt die Rehabilitation?

Erfordernisse junger schwer psychisch erkrankter Menschen

Von Wolfgang Schuppert

Ungünstige Verläufe hängen insbesondere bei schwer psychisch erkrankten Jugendlichen eng mit einem unzureichend auf die Zielgruppe angepassten Versorgungssystem zusammen. Rehabilitation kann eine Antwort auf die systemischen Barrieren sein, wenn bestimmte Qualitätsmerkmale wie ausreichende Behandlungszeit, echte Interprofessionalität oder Teilhabeorientierung umgesetzt werden. Mit dem Angebot der „Psychiatrischen Jugend-rehabilitation“ (PJR) liegt ein solcher Ansatz vor.

Für die Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Jugendlichen wurden in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen. Innovative Modellprojekte, wie z.B. Mobile Rehabilitation in Stuttgart (Armbruster 2023) oder die Weiterentwicklung von Kassenleistungen (z.B. Netzwerkversorgung, GBA 2023), schließen Versorgungslücken und verbessern Teilhabechancen im Sozialraum. Die Teilgruppe der schwer psychisch erkrankten Jugendlichen („serious mental illness“) bleibt trotz dieser Bemühungen strukturell unterversorgt. Ausgeprägte Multimorbidität, hohe Inanspruchnahme von Leistungen bei hoch ambivalenter Motivation („heavy user“), Ausfall der Eltern aufgrund psychischer Belastung sowie anhaltende Teilhabebeeinträchtigung, ziehen einen komplexen Hilfebedarf nach sich, der auf Barrieren im immer noch sektoral und qualitativ regional sehr unterschiedlich aufgestellten Versorgungssystem trifft. Das Gesamtsystem mit seinen riskanten Übergängen, wechselnden Bezugspersonen und unterschiedlichen Unterstützungslogiken trägt dann dazu bei, Beeinträchtigung aufrechtzuerhalten. (AJG 2018; APK 2017; Giertz 2021, 2023; Groen 2021).

Beispiele für Barrieren im Versorgungssystem

Das Gros der schwer psychisch erkrankten Jugendlichen wird nach wie vor in der stationären Jugendhilfe, jugendpsychiatrischen Praxen sowie in der stationären



Wolfgang Schuppert

Dipl. Sozialpädagoge, Geschäftsbereichsleiter Sozialpsychiatrie, Sucht und Gesundheit, Diakonie Herzogsägmühle gGmbH; 2010 – 2022 Gesamtleiter der Psychiatrischen Jugend-rehabilitation in Peiting-Herzogsägmühle

Jugendpsychiatrie versorgt, die sich nachfragebedingt in Richtung Akutbehandlung verschiebt. Liegezeiten verkürzen sich seit Jahren (KVB 2023), so dass nicht ausreichend behandelte Jugendliche auf eine dafür unzureichend vorbereitete Jugendhilfe treffen. Die Kooperation zwischen den beiden Hilfesystemen ist ausbaufähig. Neben den strukturellen Barrieren erschweren Vorbehalte der verschiedenen Berufsgruppen die Zusammenarbeit.

Im ursprünglichen SGB VIII war Eingliederungshilfe den Hilfen für Erziehung zugeordnet. Erziehung und Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen sollten im Mittelpunkt stehen, auch bei vorliegender psychischer Beeinträchtigung. Entwicklungsfördernde Lebensbedingungen zur Vermeidung von Exklusion, nicht Therapie und Rehabilitation, standen im Vordergrund (Harnach 2021). In der Folge entwickelten sich in der Jugendhilfe zunächst Einrichtungen mit dezidiert störungsunspezifischen Ansätzen, deren Ziel ein gelingenderer Alltag war. Auf theoretischer Ebene war das hermeneutische Wissenschaftsparadigma zugrunde gelegt, das in der Praxis in Konflikt mit dem in der Medizin vorherrschenden naturwissenschaftlichen Ansatz, mit