

## Rehabilitation, Teilhabe, Inklusion - aktuelle Situation in Deutschland, Perspektiven der Weiterentwicklung.

Dr. Hermann MECKLENBURG

Köln, Chefarzt i.R., Dachverband Gemeindepsychiatrie

Das Wort Rehabilitation stammt vom französischen „réhabiliter“. Es wurde in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gebraucht in der Armenpflege in dem Sinne: Den Armen wieder zur Ehren bringen, ihn wieder in seine früheren Recht einsetzen. In diesem Sinne hat sich der Begriff in Deutschland als „Rehabilitierung“ erhalten, wenn ein Mensch von einem Schuld-Vorwurf befreit und wieder in seine frühere ehrenhafte Position eingesetzt wird. In der heutigen Bedeutung als Eingliederung behinderter Menschen wurde der Begriff „Rehabilitation“ erst nach dem 2. Weltkrieg gebräuchlich (Jochheim u.a. 2001). In der frühen Bedeutung klingt bereits einiges an vom heutigen partnerschaftlichen Verständnis von Rehabilitation: Einem Menschen die Mittel zur Verfügung zu stellen, damit er seine Fähigkeiten entwickeln und ein ihm angemessenes Leben führen kann; und – so könnte man den Gedanken weiter entwickeln - dieses als ein bürgerliches Ehrenrecht zu definieren. In einem pragmatischen Sinne bezeichnet Bennett (1983) Rehabilitation als das Ziel eines Menschen, „in einem soweit als möglichst normalem sozialem Leben den bestmöglichen Gebrauch von den ihm verbliebenen Fähigkeiten zu machen.“ Rehabilitation ist nicht dasselbe wie Therapie (Reker 2004). Das klassische medizinische Modell „Krankheit – Therapie – Heilung“ wird ergänzt durch die Sequenz „Behinderung – Rehabilitation – Funktionsfähigkeit“. Rehabilitation ist damit mehr am ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientiert als am ICD (International Classification of Diseases).

---

Therapie und Rehabilitation als sich ergänzende Perspektiven (modifiziert nach REKER 2000)

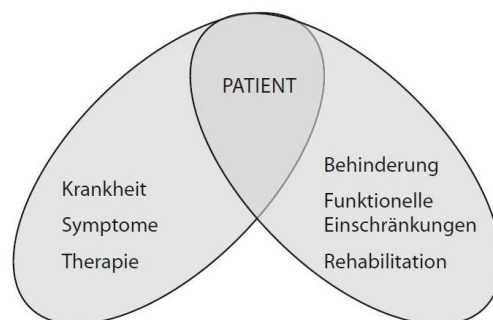


Abbildung 1

### 1. Soziale Rehabilitation

Soziale Rehabilitation wurde die zentrale Aufgabe der Gemeindepsychiatrie in Deutschland im Gefolge der Psychiatrie-Reform in den 80er Jahren. Sie wandte sich vor allem den chronisch psychisch kranken Menschen zu, die damals noch überwiegend in den großen psychiatrischen Anstalten lebten.

## **Hilfen zum Wohnen**

### Fachliche Inhalte

Unter dem Schlagwort „ein Bett ist keine Wohnung“ erhielten die Patienten Hilfen, aus den Krankenhäusern auszuziehen. Es wurden Heime gegründet, die allerdings oft noch Ähnlichkeit hatten mit den Krankenhaus-Stationen, welche die Menschen gerade verlassen hatten. Heute leben auch chronisch psychisch kranke Menschen in guten psychiatrischen Regionen ganz überwiegend in eigener Wohnung und erhalten im Rahmen des „betreuten Wohnens“ die Hilfen, die sie brauchen, um bei guter „funktionaler Gesundheit“ (ICF) ihren Wohn-Alltag zu meistern.

### Institutionelle Realisierung

Folgende Wohnformen bieten Unterstützung (mit zunehmender Unterstützung)

- betreutes Einzelwohnen
- Wohngemeinschaft
- ausgelagerte Wohnheimplätze für einzelne Menschen
- ausgelagerte Wohnheimplätze in Wohngemeinschaften
- Wohnen im Heim.

Diese institutionelle Differenzierung verliert zunehmend an Bedeutung. In Hilfeplan-Konferenzen wird unter Einbeziehung des Klienten der Hilfebedarf quantitativ (in Fachleistungsstunden) und qualitativ definiert und dann entschieden, in welcher Wohnform das stattfinden soll.

Die Frage, ob es überhaupt Heime geben soll, wird nach wie vor noch ideologiebesetzt diskutiert. Am besten wird die Antwort den Wohnung Suchenden überlassen. Manche wünschen sich den Schutz, die Gemeinschaft und den Service von Heimen. Und das ist gut so, wenn die Heime nicht erneuter Hospitalisierung Vorschub leisten. Diese Gefahr ist allerdings noch groß. Jährliche Hilfe-Konferenzen zur regelmäßigen Überprüfung des Bedarfs können dem vorbeugen.

### Finanzierung

Hilfen beim Wohnen für behinderte Menschen wird in Deutschland von der Sozialhilfe bezahlt. Die Folge ist allerdings, dass die Menschen in Armut geraten.

## **Hilfen zur Teilhabe am sozialen Leben**

### Fachliche Inhalte

In diesen Lebensbereichen geht es um Freizeit, Teilnahme an kulturellen Ereignissen, Tagesstrukturierung und soziale Integration. In der Praxis heißt das: Chronisch psychisch kranke Menschen sollen in der Gemeinde leben und wie jeder andere und nach ihren Interessen z.B. im Sportverein sein oder ins Konzert gehen. Wenn sie nicht arbeiten, soll ihr Tag doch strukturiert sein, auch durch sinnstiftende Tätigkeiten (Jahoda 1983).

An diesen Hilfen entzündet sich in der letzten Zeit viel Kritik. Es sei keine Inklusion gelungen, die Betroffenen lebten in Ghettos und trafen nur Ihresgleichen. Die Betreuer machten während ihrer Bürozeiten Angebote, die wenig aktivierten und die Klienten in

der Position von Hilfeempfängern hielten, nicht von selbstbestimmt und aktiv Handelnden.

#### Institutionelle Realisierung

- Kontakt- und Beratungsstellen,
- Tagesstätten,
- Angebote der Tagesstrukturierung.
- Es gibt Überschneidungen mit dem ambulanten betreuten Wohnen.

#### Finanzierung

Diese Hilfen werden ebenfalls von der Sozialhilfe finanziert.

## **2. Medizinische Rehabilitation**

Medizinische Rehabilitation ist die Fortführung der psychiatrischen Behandlung nach Abklingen der akuten Erkrankung. Insbesondere Menschen mit schweren psychischen Leiden brauchen lange Rekonvaleszenz-Zeiten, um wieder ganz gesund zu werden oder wenigsten einen Status „funktionaler Gesundheit“ zu erreichen. Wenn es gut geht, nehmen die Menschen danach ihre Arbeit wieder auf oder sie beginnen mit einer beruflichen Rehabilitation. Wenn es nicht gut geht, werden die Patienten nach langer Arbeitsunfähigkeit arbeitslos und es droht ihnen die Berentung. Die ungünstigen Ausgänge sind häufiger als die gelungenen.

#### Fachliche Inhalte

In der medizinischen Rehabilitation verschieben sich die therapeutischen Inhalte vom psychiatrisch-medikamentösen Schwerpunkt hin zu einem komplexen Behandlungsgeschehen. Es sind die in der Psychiatrie relevanten Berufsgruppen daran beteiligt: Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Krankenpflegekräfte. Sie erstellen einen untereinander und mit dem Rehabilitanden abgestimmten Rehabilitationsplan. Dieser beschreibt den jeweils individuellen Behandlungsbedarf des Einzelnen. Er wird in Reha-Verlaufsgesprächen kontinuierlich der fortschreitenden Kompetenz des Klienten angepasst. Medizinische Rehabilitation (wie Rehabilitation überhaupt) ist stärker handlungs- als behandlungsbezogen. Die Ergotherapie als Arbeitstherapie und Belastungserprobung besitzt deshalb eine zentrale Funktion. Medizinische Rehabilitation ist nach außen bezogen, nicht auf die Institution beschränkt. Erprobungszeiten in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, in der Familie oder in anderen sozialen Kontexten sind integrierenden Teil der Behandlung. Während dieser Zeiten finden die ärztlichen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsmodule weiterhin in der Reha-Institution statt.

Am Ende der medizinischen Rehabilitation steht eine Entscheidung des Klienten zu seiner zukünftigen sozialen Rolle: Er geht als Hausfrau oder Hausmann wieder in die Familie zurück, für die er verantwortlich ist. Er nimmt seine frühere Arbeit wieder auf oder sucht sich (unterstützt durch das Reha-Team) eine neue oder zum ersten Mal überhaupt eine berufliche Tätigkeit. Oder er entscheidet sich für eine berufliche Rehabilitation. Der Weg dort hin wurde bereits während der medizinischen Rehabilitation gebahnt. Es kann auch sein, dass er (notgedrungen, vielleicht vorerst) auf eine berufliche Zukunft verzichtet und seinen Platz im gemeindepsychiatrischen Setting findet mit einer sonstigen sinn-

stiftenden Tätigkeit oder sich seinen eigenen Weg sucht, mit Grundsicherung, Rente oder im Rahmen des Familien-Einkommens.

### Institutionelle Realisierung

- *Psychosomatische medizinische Rehabilitation*: Die Versorgungssituation in Deutschland scheint auf den ersten Blick sehr gut zu sein. Es gibt nämlich etwa 9.000 stationäre Plätze für die Durchführung medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen; mehr als sonst in der ganzen Welt. Und es finden hier jährlich 100.000 Behandlungen statt. Diese sind aber Kurzzeitbehandlungen von drei bis sechs Wochen für Menschen mit leichteren neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen, die meistens noch in Arbeit sind. Der Therapieschwerpunkt ist verbal psychotherapeutisch. Das bedeutet, dass diese Behandlungen für die Patienten, die oben beschrieben wurden, eingeschränkt geeignet und in vielen Fällen sogar schädlich sein kann. Psychosomatische Rehabilitation kann seit 2004 auch ambulant durchgeführt werden (BAR 2004).

- *Psychiatrische medizinische Rehabilitation*: Gegenüber der vorgenannten psychosomatischen medizinischen Rehabilitation gibt es für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nur die Möglichkeit einer psychiatrischen medizinischen Rehabilitation in einer RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke). Es gibt in Deutschland nur etwa 15 RPK mit insgesamt knapp 1.000 Plätzen, in denen im Jahre 2006 etwa 1.300 Patienten eine Behandlung bekamen. Es wird dort medizinische und berufliche Rehabilitation durchgeführt. Es handelt sich um vollstationäre Institutionen, die oft wohnortfern liegen. Einige RPK haben allerdings in den letzten Jahren ambulante Behandlungsangebote hinzu gefügt. Rechtlich hat sich die Situation seit 2005 gebessert. Mit der neuen „RPK-Empfehlungsvereinbarung“ (BAR 2005) besteht seitdem die Möglichkeit, psychiatrische medizinische Rehabilitation auch ambulant und wohnortnah zu erbringen. Bis heute ist allerdings erst eine dieser neuen RPK gegründet worden, in Glauchau in Sachsen, die 2008 an den Start ging. Der Widerstand der Kostenträger ist noch groß.

In Köln gingen wir einen anderen Weg. Wir gründeten 2006 die „ambulante medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke OSKAR“. Diese Institution arbeitet nach den fachlichen Kriterien einer RPK, bietet aber nur medizinische Rehabilitation an. Es gibt in Köln ausreichend Plätze für berufliche Rehabilitation, sodass eine komplette RPK nicht erforderlich ist. Es besteht zudem eine enge Kooperation mit dem BTZ Köln. Diese institutionelle Realisierung der medizinischen Rehabilitation ist aber im deutschen Versicherungssystem nicht vorgesehen, sodass die Anerkennung der Kostenträger noch schwerer zu erreichen ist als für eine RPK. Immerhin starteten wir mit der Anerkennung durch die Rentenversicherung Rheinland, und mit einer Durchschnittsbelegung von 15 Plätzen können wir auch knapp die Kosten decken. Jetzt ringen wir seit zwei Jahren mit der Rentenversicherung Bund und mit den Krankenkassen, um auch diese in Boot zu holen.

- In der Praxis wurden *gemeindepsychiatrische Lösungen* gefunden, um medizinische Rehabilitation zumindest in rudimentärer Form anbieten zu können. So erhalten vor Ort viele Klienten doch die Chance, sich für eine Berufstätigkeit oder eine berufliche Rehabilitation zu stabilisieren und zu qualifizieren. Zu nennen sind:

- Tagesstätten, insbesondere „Tagesstätten Arbeit“,
- Zuverdienstprojekte,
- Angebote der Tagesstrukturierung,
- ambulante Ergotherapie.

Vor allem ambulante Ergotherapie bietet viele Möglichkeiten, wenn der Schwerpunkt auf Arbeitstherapie liegt. Viele psychiatrische Trägervereine haben Ergotherapie-Praxen gegründet. Wir in Köln haben eine Praxis zeitgleich mit der Eröffnung der „medizinischen Rehabilitation OSKAR“ etabliert.

Schließlich besitzen Tageskliniken mit allgemeinspsychiatrischem Schwerpunkt per se eine medizinisch-rehabilitative Funktion. Es wird dort Therapie angeboten, die über die Akutbehandlung hinaus geht mit dem Ziel stabilisierter sozialer Integration und Festigung der Heilung. Besonders nützlich sind Tageskliniken mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt und guter Vernetzung mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

#### Finanzierung

RPK	gemeinschaftliche Finanzierung durch Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Agentur für Arbeit.
Med. Reha	Krankenkassen, Rentenversicherungsträger.
Ergotherapie	Krankenkassen.
Tagesstätten etc.	Sozialhilfe.
Tageskliniken	Krankenkassen

### **3. Berufliche Rehabilitation**

Vielfältige „Hilfen zur Arbeit“ (so der versicherungsrechtlich korrekte Begriff) haben den Zweck, Menschen mit Behinderungen wieder oder zum ersten Mal den Weg in Arbeit zu bahnen (Mecklenburg 2008). Gute berufliche Rehabilitation ist handlungsbezogen, arbeitsmarktnah und institutionsfern. Insbesondere Letzteres ist seit einiger Zeit Gegenstand einer fruchtbaren fachlichen Auseinandersetzung. Die Befürworter des „supported employment“ (Hoffmann 2008, Weinmann u.a. 2009) plädieren dafür, nach dem Prinzip „erst platzieren, dann rehabilitieren“ überhaupt keine Rehabilitations-Einrichtung zu betreiben. Stattdessen gehen die Rehabilitanden sofort als Arbeitnehmer in einen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes und werden dort von Professionellen begleitet. Den Gegenpol bilden stationäre Institutionen, in denen die Teilnehmer das gesamte Training und die Qualifizierung für den späteren Beruf in der Einrichtung absolvieren. Dieses Modell findet sich noch in den traditionellen RPK. Es gilt aber nicht mehr als zeitgemäß. In der Realität hat sich ein Kompromiss heraus gebildet. Die Einrichtung dient als Rehabilitationszentrum, in dem Diagnostik, Belastungserprobung und psychosoziale Begleitung stattfinden. Berufliches Training und Qualifizierung absolvieren die Teilnehmer in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Diese Praktika dauern jeweils einige Wochen bis Monate. Das letzte erfolgt optimalerweise in einer Firma, in der ein Arbeitsplatz zur Verfügung steht, falls der Rehabilitand gut einschlägt.

#### Fachliche Inhalte

Die notwendigen Funktionen einer guten beruflichen Rehabilitation sind übersichtlich dargestellt im Kölner Instrumentarium (Abb 2., Lit: Kölner Instrumentarium)), welches vom Autor und der früheren Leiterin des beruflichen Trainingszentrums Köln, Christiane Haerlin, entwickelt wurde.

**„Kölner Instrumentarium“  
Der Kompass für Wege in Arbeit**

**15 Funktionen im Überblick**

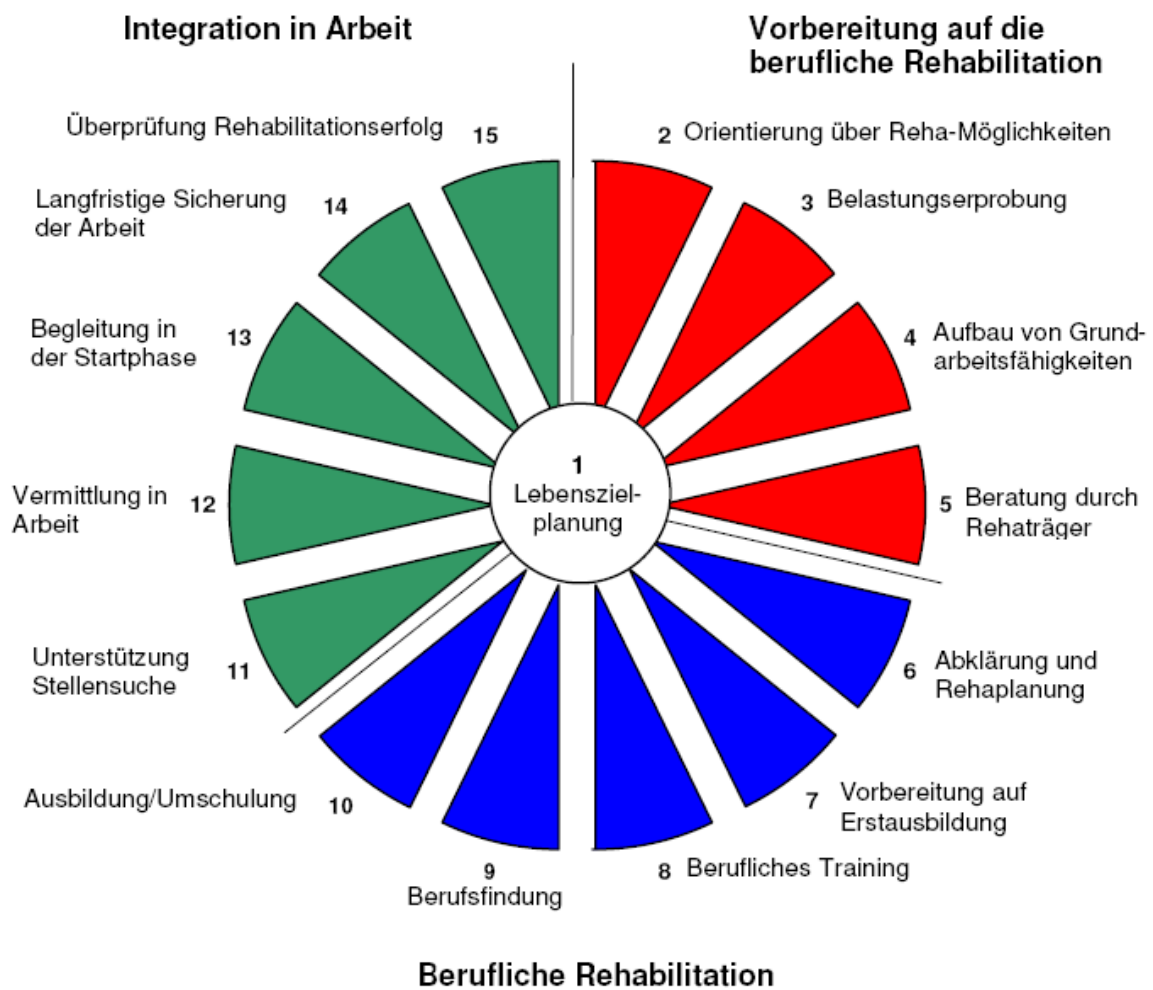


Abbildung 2

Die Funktion 1 (Beratung zur „Lebenszielplanung“) bedarf besonderer Erläuterung. Viele Menschen nach der ersten Erfahrung schwerer psychiatrischer Erkrankung sagen, sie wollen ihren bisherigen beruflichen Weg wieder aufnehmen. Tun sie das, dann scheitern sie häufig. Nach wiederholten Misserfolgen resignieren sie und geraten in beschäftigungslose Chronifizierung oder in eine Werkstatt für psychisch behinderte Menschen. (Entgegen vielen Vorurteilen gilt: Werkstätten für psychisch behinderte Menschen können bei sorgfältig gestellter Indikation und zeitgemäßer Qualität der Institution ein guter Ort sinnstiftender Tätigkeit sein). Um diesen schicksalhaften Verlauf – wiederholte Enttäuschung, Chronifizierung, WfbM - zu unterbrechen, gehört zu jeder psychiatrischen Behandlung – ob im Krankenhaus, beim niedergelassenen Psychiater oder im sozialpsychiatrischen Zentrum – eine Beratung zur Lebenszielplanung unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Perspektive. In dieser ist zu klären, ob Arbeit am allgemeinen Arbeitsmarkt gegenwärtig eine realistische Perspektive ist; und wenn ja, auf welche Weise und mit welchen Hilfen dieser Weg gegangen werden soll. Christiane Haerlin (Haerlin 2008) hat beschrieben, wie diese Beratung fachgerecht vonstatten gehen muss.

Die berufliche Rehabilitation umfasst drei Abschnitte:

- Vorbereitung auf berufliche Rehabilitation.  
Hier gibt es noch Überschneidungen mit der medizinischen Rehabilitation. Dieses betrifft die Funktionen 2, 3 und 4.
- Berufliche Rehabilitation im engeren Sinne (Funktionen 5 bis 10).
- Integration in Arbeit (Funktionen 11 bis 15).

### 3.1. Vorbereitung auf berufliche Rehabilitation

#### *Orientierung über Reha-Möglichkeiten*

Die Beratung über Rehabilitationsmöglichkeiten ist eine ein- oder mehrmalige Intervention zu grundsätzlichen beruflichen Fragestellungen. Diese Beratung soll früh stattfinden, bereits während der ersten Erkrankungsphase im Krankenhaus oder beim behandelnden Psychiater. Jedes Zuwarten ist mit dem Risiko von Langzeitarbeitsunfähigkeit und Chronifizierung der Erkrankung verbunden.

#### *Belastungserprobung*

Belastungserprobung ist eine (handlungsorientierte) Erprobung der aktuellen Arbeitsfähigkeiten in einem oder mehreren Arbeitsfeldern. Im Verlauf mehrerer Wochen werden in einem oder mehreren Arbeitsbereichen Grundarbeitsfähigkeiten, soziale Kompetenzen, körperliche und psychische Stabilität analysiert. Die Arbeitszeit liegt zwischen ein bis vier Stunden täglich. Planende und reflektierende Gespräche gehören als integraler Bestandteil dazu.

#### *Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten*

Der Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten ist ein mittel- bis langfristiger Vorgang, der nach längeren Phasen der Krankheit und Arbeitslosigkeit vor dem Einstieg ins Arbeitsleben notwendig sein kann.

Hierzu gehören die für jegliche Arbeit notwendigen Grundkompetenzen, wie z.B.:

- Zeiteinteilung, Pünktlichkeit, Arbeitstempo
- Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnisleistung

- Arbeitsorganisation, Planung und Durchführung von Abläufen
- Selbstständigkeit und Verantwortung.

und im weiteren Sinne:

- körperliche und emotionale Stabilität
- zwischenmenschliche Fähigkeiten im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten.

#### *Beratung durch den Rehabilitations-Träger*

Es werden die Hilfen und speziellen Maßnahmen identifiziert, die für eine Integration ins Arbeits- und Berufsleben notwendig sind. Die Rehabilitationsberatung der Rehabilitationsträger geht einher mit dem individuellen formalen Antrag auf Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

### 3.2. Berufliche Rehabilitation im engeren Sinne

#### *Abklärung und Reha-Planung*

Die berufliche Abklärung und Orientierung ist ein individueller diagnostischer Prozess, der ggf. nach Belastungserprobung und Aufbau von Grundfertigkeiten am Beginn oder im Verlauf eines beruflichen Rehabilitationsprozesses steht, jedoch auch zum direkten Einstieg in das Arbeitsleben führen kann.

Es ist zu klären, welche Belastungsfähigkeit gegenwärtig besteht, welches Leistungspotential aber grundsätzlich noch erhalten ist und welches berufliche Ziel anzustreben ist. Primär wird die Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf oder in eine berufsnahe Tätigkeit angestrebt. Mit zweiter Priorität soll eine berufliche Perspektive entwickelt werden, in der bisherige berufliche Erfahrungen eingebracht werden können. Schließlich muss an die Möglichkeit einer Umschulung gedacht werden; oder – bei Teilnehmern ohne bisherige Berufserfahrung – an eine Ausbildung. Zu Beantwortung dieser Fragen dient die Arbeitserprobung im Rahmen der Abklärung. Es werden entweder in der Institution Handlungsfelder angeboten oder es werden Erfahrungen in Betrieben gesammelt. Die Anforderungen wachsen während der Arbeitserprobung und der Prozess wird in den Reha-Verlaufsgesprächen durchgearbeitet. Am Ende steht eine gutachterliche Stellungnahme mit Vorschlägen zum weiterführenden Rehabilitationsablauf, in der die individuellen Fähigkeiten und Neigungen herausgearbeitet werden, aber auch die noch bestehenden Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe und die Fehlstellen bei den Kontextfaktoren.

#### *Berufliches Training*

Berufliche Anpassung in Form des beruflichen Trainings ist das Kernstück der Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dem Rehabilitanden wird Gelegenheit gegeben, mit zunehmenden Anforderungen in arbeitsmarkttypische Kontexte hineinzuwachsen und seine früheren und gegebenenfalls neue Fertigkeiten und Qualifikationen (wieder) zu erwerben. Er kann so eine tragfähige Arbeitnehmerrolle erwerben, die sich vor allem im angemessenen Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Kunden zeigt. Er steigert seine allgemeine Leistungsfähigkeit und vertieft seine Grundarbeitsfähigkeiten. Er erwirbt berufsspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen und schließlich Teilqualifikationen, die für einen bereits in Aussicht stehenden Arbeitsplatz erforderlich sind. Da alle diese Ziele sich am besten in normalen Betrieben erreichen lassen, ist die frühzeitige und wiederholte Qualifikation in Praktika der zentrale Baustein der beruflichen Anpassung. In der Schlussphase der beruflichen Rehabilitation soll das Praktikum möglichst in einem Betrieb stattfinden, in dem Aussicht auf eine Anstellung besteht oder gesichert ist.



Eine spezielle Form der beruflichen Anpassung ist die *Berufsvorbereitung* für jüngere Menschen, die ohne Berufserfahrung sind und bei denen die Motivation für die Aufnahme einer Ausbildung oder Arbeit gefördert werden soll. Gerade psychische Erkrankungen treffen junge Menschen oft, bevor sie ihre Ausbildung beginnen oder abschließen konnten. Sie müssen dann an die Schlüsselqualifikationen für Berufstätigkeit herangeführt werden und in diesem vorbereitenden Rahmen ein berufliches Training erhalten. Es werden theoretische Fertigkeiten unterrichtet, und die Teilnehmer erhalten Gelegenheit, den angestrebten Beruf in Praktika kennen zu lernen. Falls erforderlich, kann der Hauptschulabschluss nachgeholt werden. Die Teilnehmer sollen nach nochmaliger Überprüfung des Rehabilitations-Zieles zeitnah in eine betriebliche oder überbetriebliche Ausbildung einsteigen oder nach ergänzender Förderung und Qualifizierung eine Arbeit aufnehmen.

#### *Berufsfindung*

Berufsfindung ist eine über wenige Woche gehende diagnostische Maßnahme (quasi ein berufsspezifisches Assessment) mit dem Ziel, Qualifizierungs-, Ausbildungs- bzw. Umschulungsvorschläge zu erarbeiten mit Angabe der voraussichtlich erreichbaren Qualifikation. Sie ist gedacht für Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können. Sie umfasst eine ärztliche Begutachtung, eine psychologische Eignungsuntersuchung, praktische Erprobung in standardisierten Untersuchungsreihen und eventuell ein Kurzpraktikum und Expertengespräche. Die Ergebnisse werden in einem Gutachten für den Kostenträger zusammengefasst. Diese Art der Berufsfindung ist in der Regel nicht Teil der bisher beschriebenen Rehabilitationsmaßnahmen. Sie werden als abgegrenztes Modul z.B. von Berufsförderungswerken angeboten.

#### *Ausbildung, Umschulung*

Ausbildung und Umschulung sind zunächst einmal normale Wege zur Qualifizierung im Berufsleben. Ihr Ablauf wird durch Ausbildungsordnungen, das Berufsausbildungsgesetz und durch die Regelungen der beruflichen Weiterbildung bestimmt. Rehabilitation in diesem Zusammenhang wird bestimmt durch die zusätzliche besondere Förderung für Menschen mit Behinderungen.

#### *Ausbildung*

Ausbildungen für junge Menschen und junge Erwachsene mit Handicaps finden häufig überbetrieblich in den Berufsbildungswerken (BBW) statt. Wohnortnahe Ausbildungsträger erhalten inzwischen zunehmende Bedeutung. Es wird so für die jungen Menschen soziale Entwurzelung vermieden und es können die Ausbildungen in Kooperation mit einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes stattfinden.

Für jüngere Erwachsene über 25 Jahren ist oftmals eine betriebliche Ausbildung mit begleitenden Hilfen der bessere Weg. Die Integration in Ausbildung mit Unterstützung durch den Integrationsfachdienst (IFD) der Hauptfürsorgestellen kann deshalb das optimale Ergebnis einer beruflichen Rehabilitation sein.

#### *Umschulung*

Umschulung meint das Erlernen eines neuen Berufes, wenn der alte Beruf oder eine langfristig ausgeübte Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden kann. Das Ziel einer Umschulung ist also einerseits die Qualifikation für eine neue Berufstätigkeit, andererseits gilt es aber, eine umfassende berufliche Handlungsfähigkeit in einer sich immer schneller verändernden Arbeitswelt herzustellen.

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss die Entscheidung über die Art der beruflichen Neuqualifizierung unter genauer Betrachtung des Einzelfalls getroffen werden. Zahlreiche Stressfaktoren mit dem Risiko der Wiedererkrankung sind zu berücksichtigen. Die meisten Berufsförderungswerke (BFW) bieten im Rahmen des berufs- und eignungsdiagnostischen Eingangsbereichs (RehaAssessment) Hilfen zur Findung des besten Weges an. Dieser individuell richtige Weg kann reichen von der wohnortnahen betrieblichen Neuqualifizierung über teilstationäre Angeboten bis hin zur vollstationären Umschulung mit Internatsunterbringung. Ein psychosozial stabilisierendes Umfeld und die therapeutische Anbindung können neben fachlichen Aspekten wichtige Kriterien für die Auswahl des optimalen Qualifizierungsweges sein.

#### *Berufliche Rehabilitation in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).*

Berufliche Rehabilitation im Berufsbildungsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen ist ein Angebot für Psychiatrieerfahrene, die schwer behindert sind und deren Leistungsfähigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt weniger als 3 Stunden täglich beträgt. Der Berufsbildungsbereich der Werkstätten zielt weniger auf Qualifizierung im Rahmen bereits bestehender beruflicher Erfahrungen. Denn psychiatrieeifahrene Menschen sind zum großen Teil durchaus in der Lage, Arbeitsgänge – auch technisch anspruchsvolle und komplizierte – auszuführen. Es geht vielmehr schwerpunktmäßig um die Wiederherstellung von Grundarbeitsfähigkeiten wie Ausdauer und Konzentration, Belastbarkeit und Flexibilität, die eigenen Kräfte einteilen lernen, Kritikfähigkeit und oft auch um den Umgang mit Angst. Es geht um Integration in eine Arbeitsgruppe, Kontaktaufnahme zu Menschen, Aufbau und Gestaltung von Beziehungen. Selbstvertrauen, Selbständigkeit und Eigenverantwortung sollen gestärkt werden. Fähigkeiten wie Initiative, Antrieb, Motivation, Interesse und Flexibilität sollen aktiviert und geweckt werden. Bis vor einiger Zeit bestand das Selbstverständnis der Werkstätten darin, die Reha-Teilnehmer vorzubereiten auf eine Tätigkeit im Arbeits- und Produktionsbereich des gleichen Betriebes. Dieses Selbstverständnis beginnt sich zu wandeln. Es entstehen z.B. in Betriebe ausgelagerte Arbeitsplätze und in zunehmendem Maße auch den Werkstätten assoziierte Integrations-Unternehmen. So entwickeln sich allmählich die immer wieder geforderten Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieses alles ist aber nur sinnvoll und wirkungsvoll, wenn es in eigenen Werkstätten für psychisch behinderte Menschen statt findet.

#### *Gemeindepsychiatrische Lösungen*

Es gibt bewährte Wege in Arbeit, die nicht im offiziellen Reha-Status stattfinden. Auch hier ist ambulante Ergotherapie zu nennen, besonders, wenn sie als teilstationäre Arbeitstherapie stattfindet. Zuverdienst wird von vielen Klienten genutzt, um sich einer regulären Arbeit anzunähern. Aber auch Versuche, über geringfügige Beschäftigung oder über Arbeitsgelegenheiten einzusteigen, können nützlich sein. Wichtig ist, dass es eine psychosoziale Begleitung gibt, in der im Sinne der oben beschriebenen Reflexionsgespräche Erfahrungen, Erfolge und Schwierigkeiten besprochen werden können. Auch ambulante Ergotherapie mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt kann den Weg in Arbeit bahnen.

### 3.3. Integration In Arbeit

#### *Unterstützung bei der Stellensuche*

Es werden die Erfahrungen und Ergebnisse des beruflichen Trainings genutzt, um zwischen individuellen Stärken und behinderungsbedingten Einschränkungen einerseits

(Bewerberprofil) und möglichen Arbeitsplätzen andererseits (Arbeitsplatzprofil) eine passgenaue Lösung zu finden. Dazu dienen im Einzelnen

- Erstellen eines Bewerberprofils
- Erstellen der Bewerbungsunterlagen
- Informationen über und Akquisition von Stellen
- Bewerbung bei Arbeitsgebern
- Reflektion und Bearbeitung von Erfolg oder Misserfolg einer Bewerbung

#### *Vermittlung in Arbeit*

Es gilt nicht mehr als angemessen für einen Leistungserbringer, eine berufliche Rehabilitation durchzuführen und dann den Klienten bei der Stellensuche sich selbst zu überlassen. Unterstützung bei der Stellensuche ist deshalb integrierender Bestandteil der beruflichen Rehabilitation. Die abschließende Vermittlung in Arbeit ist das oberste Ziel einer beruflichen Rehabilitation. Die Reha-Institution übernimmt damit quasi die Aufgaben des Arbeitsvermittlers bei der Arbeitsagentur. Voraussetzung für den Erfolg sind die oben beschriebene Vorbereitung für die Bewerbung, die Analyse des regionalen Stellenmarktes, im günstigen Fall die Akquise eines Praktikums, aus dem eine Festanstellung entstehen kann, in Reflexionsgesprächen die Vorbereitung auf den ersten Arbeitstag. Frühzeitige Verhandlungen mit der Arbeitsagentur über Finanzhilfen (z.B. Lohnkostenzuschüsse) können nützlich sein.

#### *Begleitung in der Startphase am neuen Arbeitsplatz*

Im Jahre 1992 initiierte der Autor eine Untersuchung über den Unterstützungsbedarf der Rehabilitanden nach Festanstellung (Kleffmann 1996). In den ersten drei Monaten verdoppelte sich die Anzahl der Kriseninterventions-Gespräche im Vergleich mit der Zeit im Praktikantenstatus. Dieses bedeutet, dass zur Sicherung des neu erworbenen Arbeitsplatzes eine dichte Begleitung in der Startphase erforderlich ist. Das kann zusätzliche Gespräche mit dem Arbeitgeber bedeuten und die Sicherstellung fachärztlicher und sonstiger professioneller therapeutischer Begleitung. Dieses alles soll unbedingt noch durch die dem Arbeitnehmer aus der Rehabilitation bekannten Experten erfolgen, bevor später die Übergabe der unterstützenden Begleitung am Arbeitsplatz an den IFD übergeht, falls das dann noch erforderlich und möglich ist.

#### *Langfristige Sicherung der Arbeit*

Der Arbeitsplatz kann in Gefahr geraten durch sich verändernde Rahmenbedingungen im Betrieb und durch gesundheitliche Labilisierung des Arbeitnehmers. Optimal wäre dann die begleitende Unterstützung durch den IFD (Integrations-Fachdienst). Dieser ist in der Regel aber nur zuständig für schwerbehinderte Menschen, finanziert durch die Integrationsämter. Für die anderen müssen die Arbeitsagentur oder der Rentenversicherungsträger den IFD ausdrücklich beauftragen. Und damit tun sie sich schwer. Therapeutische Hilfen – z.B. ambulante Ergotherapie – können eine gute Alternative sein. Wegen der fehlenden Regelfinanzierung für Begleitung am Arbeitsplatz stehen Menschen mit Psychiatrieerfahrung unter einem erhöhten Risiko erneuter Langzeit-Arbeitsunfähigkeit oder des Arbeitsplatzverlustes.

#### *Überprüfung des Rehabilitationserfolges*

Durch katamnestische Untersuchungen oder unkomplizierte Verfahren wie Ehemaligen-Treffen lässt sich einiges herausfinden über das berufliche Schicksal und die gesundheitliche Entwicklung der Rehabilitanden. Dieses ermöglicht Aussagen zur Qualität des Rehabilitationsangebotes. Und es können Schlüsse gezogen werden zu sinnvollen Wei-

terentwicklungen der beruflichen Rehabilitation. Es kann als gesichert gelten: Der Erhalt des Arbeitsplatzes reduziert das Wiedererkrankungs-Risiko signifikant.

### Institutionelle Realisierung

Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)

Berufliches Trainingszentrum (BTZ)

Es werden Hilfen zur Arbeit angeboten in Form der oben beschriebenen beruflichen Anpassung für Menschen, die bereits berufstätig gewesen sind. Dauer bis zu 12 Monaten.

Berufsförderungswerke (BFW)

Es werden Umschulungen und Berufsfindung durchgeführt.

Gemeindepsychiatrische Trägervereine und Bildungsträger

Berufspraktische Wiedereingliederungs-Lehrgänge (BWL) und Berufliche Reintegration für psychisch Kranke (BeRePK). Dauer bis zu 12 Monaten.

Diese ausschließlich ambulant und ortsnah tätigen Maßnahmen sind weniger institutionell strukturiert und nähern sich in der Form ihrer Hilfen stärker dem Prinzip des „supported employment“ an.

Integrationsfachdienst (IFD)

Gemeindepsychiatrische Trägervereine

Praxen für ambulante Ergotherapie

Leistungserbringer im Auftrage der ARGE

- Trainingsmaßnahmen der Eignungsfeststellung von 2 bis 8 Wochen Dauer.
- Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW). Dauer bis zu 12 Monaten.
- Arbeitsgelegenheiten (1-€-Jobs). Dauer bis zu 6 Monaten. Als „Entgeltvariante“ in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis.
- Maßnahmen gemäß §16e SGB II zur Beschäftigungsförderung in Form dauerhaft subventionierter Arbeit.

Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

### Finanzierung

Die Kostenträger-Zuständigkeit richtet sich danach, ob ein Mensch noch erwerbsfähig ist oder nicht. „Erwerbsfähig“ ist derjenige, der noch wenigstens drei Stunden täglich arbeiten kann.

berufliche Rehabilitation erwerbsfähiger Erwachsener	Rentenversicherungsträger Arbeitsagentur ARGE
Umschulung	Rentenversicherungsträger Arbeitsagentur
Ausbildung Jugendlicher	Arbeitsagentur
berufliche Rehabilitation nicht erwerbsfähiger Erwachsener in einer WfbM	Rentenversicherungsträger Arbeitsagentur

Gemeindepsychiatrische Lösungen	Sozialhilfe Krankenkassen (Ergotherapie)
Begleitung am Arbeitsplatz	IFD Schwerbeh.: Integrationsamt Sonstige: AA, RV auf Antrag

#### 4. Rehabilitationsplanung

Rehabilitationsplanung muss in drei Kontexten unterschiedlich angegangen werden.

##### 4.1

Als „integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung“ steht sie im Zentrum der Überlegungen, nachdem die akute Phase einer schweren psychischen Erkrankung abgeklungen ist, die unkomplizierte Rückkehr in das bisherige Leben sich aber als sehr schwierig erweist. Es müssen dann Aspekte der sozialen Integration, der psychiatrischen Weiterbehandlung und der beruflichen Zukunft gleichzeitig bedacht und Lösungen avisiert werden. Dieses gelingt am besten in Hilfeplan-Konferenzen, denen der IBRP zugrund gelegt wird.

Der IBRP ist ein von der „Aktion Psychisch Kranke“ entwickeltes Instrument der „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung“. Funktionen der Teilhabe am sozialen Leben, des Wohnens und der Selbstsorge, der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sowie der psychiatrischen Behandlung werden diagnostisch analysiert, und es wird eine auf den einzelnen Menschen abgestimmte Förderung geplant nach dem Prinzip der „personenbezogenen Hilfen“ mit Schwerpunkten in den Bereichen soziale, medizinische und berufliche Rehabilitation.

##### 4.2

Zur Frage der beruflichen Zukunft im Speziellen erfolgt die Rehabilitationsplanung in der Weise, wie das bereits zur Funktion 1 des „Kölner Instrumentariums“ unter dem Stichwort „Lebenszielplanung“ beschrieben wurde. Die Operationalisierung dieser Planung ist möglich auf der Basis eines Zusatzinstrumentes des IPRP.

##### 4.3

Während der beruflichen Rehabilitation wird der Rehabilitationsplan kontinuierlich an die Entwicklung und Bedürfnisse des einzelnen Rehabilitanden angepasst.

#### 5. Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Schwerpunkt der sozialpsychiatrischen Entwicklung nach der Veröffentlichung der Enquête (BT-Drucksache 1975) und des Expertenberichtes (Bundesministerium 1988) lag bei den Krankenhäusern und der sozialen Rehabilitation, die zur heute allgemein anerkannten Form der Gemeindepsychiatrie führte. Ein wichtiger Ideengeber war übrigens die Reform der Psychiatrie im 13. Arrondissement in Paris.

Seit den 90er Jahren kam an vielen Orten auch eine gute Entwicklung der beruflichen Rehabilitation in Gang. Allerdings blieb das bis heute Stückwerk oder es gab nur wohnortferne Institutionen.

Medizinische Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und lang dauernder Rekonvaleszenz wurde in den Rehabilitationsabteilungen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser angeboten, wenn auch nicht gemeindenah. Diese Abteilungen wurden nach der Jahrtausendwende geschlossen, da die Krankenkassen die Kosten nicht mehr übernahmen. Seitdem gibt es in Deutschland keine angemessenen medizinisch rehabilitativen Hilfen mehr außer in den wenigen, ebenfalls mehr oder weniger gemeindefernen RPK.

### ***Praktische Empfehlungen***

Die Weiterentwicklung kann wie folgt aussehen, und die Aussichten und die strukturellen Voraussetzungen sind nicht schlecht. Gefragt ist vor allem die Initiative gemeindepsychiatrischer Träger, sinnvollerweise oft in Kooperation mit sonstigen Bildungsträgern.

#### Medizinische Rehabilitation:

- Einrichtung ambulanter RPK; Antragstellung beim regionalen Rentenversicherungsträger,
- Etablierung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation (wie in Köln) in Regionen, in den bereits Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (z.B. BTZ) bestehen; Antragstellung beim regionalen Rentenversicherungsträger. Die Aussichten verbessern sich, dass sich die Rentenversicherung Bund beteiligt. Die Bereitschaft der Krankenkassen wird allmählich erkennbar.
- Alternativ Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation nach § 111 SGB V; Antragstellung bei dem zuständigen Landesverband der Krankenkassen.
- Gründung ergotherapeutischer Praxen.

#### Berufliche Rehabilitation:

##### Gründung

- einer ambulanten RPK; Antragstellung beim regionalen Rentenversicherungsträger,
- alternativ: eines BTZ; Antragstellung beim regionalen Rentenversicherungsträger,
- eines berufspraktischen Wiedereingliederungslehrgangs (BWL); Antragstellung beim regionalen Rentenversicherungsträger.
- Durchführung von Maßnahmen zur beruflichen Reintegration psychisch Kranker (BeRePK); Teilnahme an entsprechenden Ausschreibungen. Die Ausschreibungspraxis der Arbeitsagentur bleibt allerdings ein Nachteil. Da die Laufzeiten dieser Maßnahmen kurz sind, können sich keine erfahrenen Träger- und Qualitätsstrukturen entwickeln.
- Etablierung beschäftigungspolitischer Maßnahmen gemäß SGB II; Teilnahme an entsprechenden Ausschreibungen der ARGE.
- Entwicklung von Zuverdienst-Projekten, z.B. im Rahmen der Tagesstätten oder als Ausgründungen von WfbM.

## **6. Inklusion**

„Inklusion“ ist der neueste Schlagwort-Begriff der Gemeindepsychiatrie. Es ist noch nicht ausgemacht, ob nicht nur alter Wein in neue Schläuche gefüllt wird. Einige Projekte bemühen sich, chronisch psychisch Kranke im Rahmen der Gemeindepsychiatrie mehr als

Handelnde in die Planung und den Alltag der Hilfesysteme einzubeziehen, sie nicht nur als Hilfeempfänger zu sehen. Es wird damit die Hospitalisierung kritisch hinterfragt, die auch die Gemeindepsychiatrie in ihrer jetzigen Form erzeugt. „Inklusion“ meint aber das Leben von Bürgern mit Bürgern, unabhängig von ihrem Anderssein. Dieses ist für manche chronisch kranke Menschen und für viele „normale“ Bürger, aber auch für uns Professionelle eine sehr große Herausforderung. Allerdings gibt es ermutigende Tendenzen

- in der Gemeindepsychiatrie, wenn Klienten und Professionelle auf gleicher Augenhöhe verhandeln und planen,
- in den WfbM mit ausgelagerten Arbeitsplätzen,
- in Selbstorganisation von Psychiatrieerfahrenen entstandene Projekte: z.B. die „unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie“ der MüPE, des „Münchner Psychiatrie-Erfahrene e.V.“ oder das „Ex-In“ Experienced Involvement, in dem Psychiatrieerfahrene zu Beratern für psychisch kranke Menschen ausgebildet werden,
- in Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die nach dem Prinzip des „Supported Employment“ arbeiten.
- Integrationsbetriebe.

In Deutschland hat „Exklusion“ eine viel größere Tradition als „Inklusion“. Politisch hat die neue Richtlinie der Europäischen Union eine große Bedeutung, dass Kinder mit Behinderungen in die gleichen Schulen gehen müssen wie Kinder ohne Einschränkungen, dass es also keine Sonderschulen mehr geben darf. Das kann auch der Psychiatrie helfen.

## Literatur

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2004). Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Frankfurt a.M. Download: [www.BAR-Frankfurt.de](http://www.BAR-Frankfurt.de)

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2005). RPK-Empfehlungsvereinbarung. Frankfurt a.M. Download: [www.BAR-Frankfurt.de](http://www.BAR-Frankfurt.de)

Bennett DH (1983). The Historical Development of Rehabilitation Services. In: Watts FN, Bennett DH (eds). Theory and practice of psychiatric rehabilitation. Chichester: Wiley, S. 15

BT-Drucksache 7/4200 und 7/4201 (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland zu psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Deutscher Bundestag

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit – BMJFFG - (Hg, 1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich. Bonn: BMJFFG

Haerlin, C (2008). Berufliche Beratung für Menschen nach psychischer Erkrankung. In: Mecklenburg H, Storck J (Hg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Jahoda M (1983). Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim: Beltz

Jochheim KA, Schliehe F, Teichmann H (2001) Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung In: Bundesarchiv (Hg). Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd 02/1. Baden-Baden: Nomos, S. 559

Hoffmann H, Jäckel D (2008). Supported Employment. Nachhaltigkeit in der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker. In: Mecklenburg H, Storck J (Hg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Kleffmann A, Föhres F, Müller B, Weinmann S: Modellprojekt "Berufliche Integration am Kreiskrankenhaus Gummersbach in der Klinik Marienheide". Landschaftsverband Rheinland, Köln 1996

Mecklenburg H, Storck J (Hg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Reker T (2004) Rehabilitationsdiagnostik. In: Rössler (Hrsg). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin Heidelberg New York: Springer, S. 55

Weinmann S, Puschner B, Becker T. (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. Nervenarzt 2009. 80: 31-39

### **Anhang zum Referat:**

#### **4 Tabellarische Übersichten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

**- als Handreichung für die deutschen Leser**



## Réhabilitation, réinsertion et inclusion en Allemagne Etat des lieux et perspectives

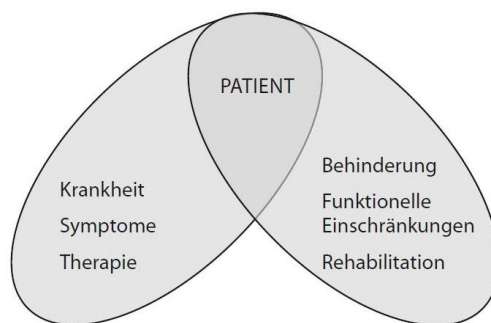
Dr. Hermann MECKLENBURG

Cologne, ancien chef de service, Association Psychiatrie Communautaire

Le terme de réhabilitation est employé en allemand également, en tant qu'emprunt à la langue française. Il a été utilisé pour la première fois au XIXe siècle dans le cadre de l'assistance aux pauvres, son sens étant alors de redonner leur dignité et leurs droits aux indigents. Il a gardé cette acception lorsqu'une personne est réintégrée dans ses droits et dignités après la levée d'une accusation. La réhabilitation n'a pris son sens actuel dans le cadre de l'insertion des personnes handicapées que depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale (Jochheim et alia 2001). Le sens premier de réhabilitation présente des similitudes avec son acception actuelle : mettre à la disposition d'une personne les moyens lui permettant de développer ses capacités et de mener une vie adaptée ; on pourrait même assimiler cela au droit (citoyen) de vivre dans la dignité. Dans un sens pragmatique, Bennett assimile en 1983 la réhabilitation à l'objectif d'une personne « de faire, dans le cadre d'une vie sociale la plus normale possible, le meilleur usage des capacités qui lui restent. » Il ne faut pas assimiler la réhabilitation à un traitement (Reker 2004). Le modèle médical classique « maladie - traitement – guérison » est complété par la séquence « handicap - réhabilitation – fonctionnalité ». La réhabilitation relève donc davantage du CIFHS (Classement international du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé) que du CIM (Classement international des maladies).

---

**Therapie und Rehabilitation als sich ergänzende Perspektiven** (modifiziert nach REKER 2000)



Traitement et réhabilitation : deux perspectives complémentaires

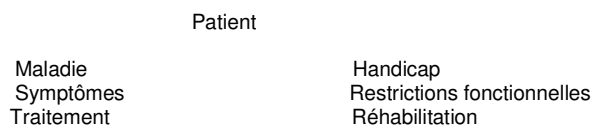


Figure 1

## 1. Réhabilitation psychosociale<sup>1</sup>

La réhabilitation psychosociale est devenue l'enjeu majeur de la psychiatrie communautaire<sup>2</sup> en Allemagne, dans le sillage de la réforme de la psychiatrie dans les années 1980. Elle s'adressait principalement aux personnes souffrant de troubles psychiques chroniques qui, à l'époque, étaient encore majoritairement internées dans de grands établissements psychiatriques.

Ses principaux volets sont l'assistance au logement et à l'insertion sociale. Pour des raisons de temps, je ne présenterai pas en détail les démarches thérapeutiques ni la prise en charge institutionnelle. Je pars du principe qu'en théorie comme en pratique, il existe un grand nombre de convergences entre la France et l'Allemagne, et que toutes les personnes ici présentes sont compétentes et suffisamment informées dans ce domaine.

Dans mon intervention, je ne traiterai pas des questions de financement. En effet, le système social allemand est tellement complexe et unique en son genre - dans le mauvais sens du terme - que je risquerais d'embrouiller inutilement nos amis français.

## 2. Réhabilitation médicale

La réhabilitation médicale est le prolongement du traitement psychiatrique à l'issue de la phase aiguë. Les patients souffrant de troubles psychiques graves, notamment, ont besoin de longues périodes de convalescence avant d'être entièrement guéris ou d'atteindre au minimum un « état de santé fonctionnel ». Dans le meilleur des cas, ils peuvent alors reprendre le travail ou entamer une démarche de réhabilitation professionnelle. Dans le pire des cas, à l'issue d'une longue période d'incapacité de travail, ces personnes sont confrontées au chômage et elles risquent une mise à la retraite. Les issues défavorables sont plus fréquentes chez celles dont la pathologie présente une évolution complexe.

### 2.1 Contenus professionnels

Dans le cadre de la réhabilitation médicale, l'approche psychiatrique et médicamenteuse cède le pas à une démarche thérapeutique complexe. Elle fait intervenir des personnels qui jouent un rôle clé en psychiatrie :

Médecins, psychologues, éducateurs, ergothérapeutes et personnel soignant. Un programme de réhabilitation est établi conjointement par les professionnels impliqués, en concertation avec l'intéressé. Il décrit les besoins individuels de l'utilisateur et est adapté en permanence à l'évolution de ses capacités. La réhabilitation médicale (à l'instar de la réhabilitation en général) est davantage axée sur l'action. C'est pourquoi l'ergothérapie, qui allie thérapie par le travail et évaluation des aptitudes, y joue un rôle central. La réhabilitation médicale est tournée vers l'extérieur et ne se limite pas à l'institution, les périodes passées dans des entreprises (marché général de l'emploi),

---

<sup>1</sup> En Allemagne, la réhabilitation psychosociale est un volet distinct de la réhabilitation, tandis qu'en France elle englobe la réhabilitation professionnelle et sociale, ainsi qu'une partie de la réhabilitation médicale.

<sup>2</sup> Comparable à la psychiatrie sectorisée en France.

dans la famille ou dans d'autres contextes font partie intégrante du traitement. Pendant ces périodes, les modules de traitement médicaux et psychosociaux continuent de se dérouler dans l'établissement de réhabilitation.

A la fin de la réhabilitation médicale, l'usager prend une décision sur son futur rôle social, à savoir reprendre sa place dans sa famille. Il réintègre son ancien poste ou (avec le soutien de l'équipe de réhabilitation) recherche un nouvel emploi ou un premier emploi. Ou alors, il opte pour la réhabilitation professionnelle. Cette voie a déjà été préparée pendant la réhabilitation médicale. Si nécessaire, il est également possible qu'il renonce (provisoirement) à une activité professionnelle au profit d'une intégration dans un environnement psychiatrique communautaire, associée à une autre activité donnant un sens à sa vie, ou qu'il recherche lui-même une manière d'assurer sa subsistance au travers du système d'assurance sociale de base, d'une retraite ou du revenu de la famille.

## 2.2. Prise en charge institutionnelle

De prime abord, les possibilités de prise en charge semblent très bonnes en Allemagne. Il existe environ 9.000 places d'accueil à temps plein, réservées à la réhabilitation médicale de personnes souffrant de troubles psychiques, soit plus que partout ailleurs au monde. Il s'agit toutefois d'une offre psychosomatique axée sur un travail psychothérapeutique verbal et s'adressant à des personnes présentant des troubles psychiques légers.

En revanche, la réhabilitation psychiatrique médicale n'est pratiquée que dans une quinzaine d'institutions (RPK : centres de réhabilitation pour les personnes souffrant de troubles psychiques) qui proposent environ 1.000 places et qui, en 2006, ont soigné environ 1.300 patients. Les RPK sont généralement des centres hospitaliers situés loin du domicile des patients. La situation juridique s'est améliorée depuis 2005, la nouvelle « Convention relative aux RPK » permet à ces établissements de proposer des prestations de réhabilitation psychiatrique médicale extrahospitalières de proximité. A ce jour toutefois, un seul nouveau RPK a été mis en place, à Glauchau en Saxe en 2008. La résistance des organismes bailleurs de fonds est grande.

Les centres RPK assurent la réhabilitation médicale et professionnelle. A Cologne toutefois, nous avons adopté une démarche différente. En 2006, nous avons créé l'unité OSKAR de réhabilitation médicale extrahospitalière pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Cette institution fonctionne selon les mêmes critères qu'un centre RPK mais ne propose que des prestations de réhabilitation médicale car, à Cologne, il existe suffisamment de places de réhabilitation professionnelle de sorte qu'une offre complète n'est pas nécessaire.

Dans la pratique, des solutions ont été trouvées dans le cadre de la psychiatrie communautaire en vue de proposer au minimum des formes rudimentaires de réhabilitation médicale. Cela a permis à de nombreux usagers de stabiliser leur état et d'intégrer le monde du travail ou d'opter pour une réhabilitation professionnelle. Citons en l'occurrence les :

- unités de jour
- projets de travail d'appoint,

- centres proposant des activités de jour,
- services d'ergothérapie ambulatoire.

L'ergothérapie ambulatoire offre de nombreuses possibilités, surtout si elle est spécifiquement axée sur la thérapie par le travail. Nombre d'associations de bailleurs de fonds ont créé des cabinets d'ergothérapie. A Cologne, nous avons mis en place un tel service dans le cadre de l'unité OSKAR de réhabilitation médicale.

Enfin, les cliniques de jour de psychiatrie générale ont, par nature, une fonction de réhabilitation médicale. Elles proposent des traitements qui vont au-delà de la phase aiguë et visent également à stabiliser l'intégration sociale du patient et à favoriser une guérison durable. Les hôpitaux de jour mettant l'accent sur la thérapie par le travail sont particulièrement efficaces.

### **3. Réhabilitation professionnelle**

De multiples dispositifs d'« aide au travail » (pour reprendre le terme d'usage dans l'assurance sociale) visent à aider les personnes handicapées à intégrer ou à réintégrer le monde du travail (Mecklenburg 2008). Une bonne réhabilitation professionnelle doit être axée sur l'action, en prise sur le marché du travail et relativement indépendante des institutions. Ce dernier point fait l'objet, depuis quelque temps, d'un débat nourri entre les professionnels. Les tenants de « l'emploi assisté » (Hoffmann 2008) préconisent de placer tout d'abord le patient dans un environnement professionnel avant d'engager la réhabilitation, et donc de s'affranchir des institutions de réhabilitation. Dans ce cas, les intéressés sont directement recrutés par une entreprise du marché général de l'emploi, où ils sont alors suivis par des professionnels. A l'inverse, d'autres préconisent une prise en charge dans des institutions où la personne suit l'ensemble de sa réhabilitation et de sa formation professionnelles. Ce modèle est toujours pratiqué dans les centres RPK traditionnels mais il n'est plus jugé adapté aujourd'hui. Dans la pratique, un compromis s'est imposé : l'institution fait office de centre de réhabilitation chargé du diagnostic, de l'évaluation des aptitudes et du suivi psychosocial, mais la formation et la qualification professionnelles sont assurées au niveau de l'employeur.

#### 3.1. Contenus professionnels

Les fonctions nécessaires à une bonne réhabilitation professionnelle sont présentées de façon synoptique dans le Dispositif de Cologne (cf [www.koelner-instrumentarium.de](http://www.koelner-instrumentarium.de)), élaboré par l'auteur et par Christiane Haerlin, l'ancienne directrice du centre de formation professionnelle de Cologne :

## 15 Funktionen im Überblick

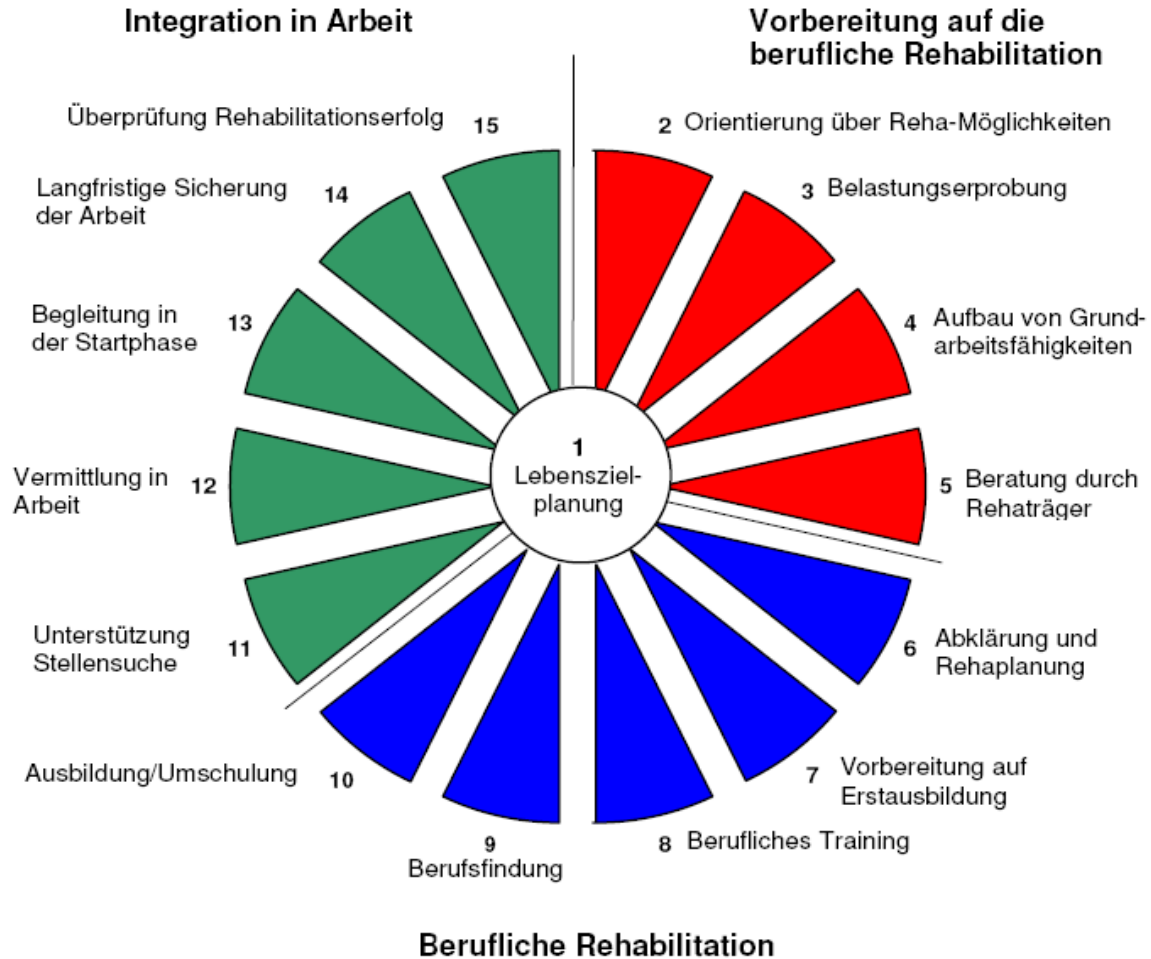


figure 2 : Le Dispositif de Cologne. Un guide pour la (ré)insertion professionnelle.

### 15 principales fonctions

Préparation à la réhabilitation professionnelle	7 Préparation à la formation initiale
Réhabilitation professionnelle	8 Formation professionnelle
Insertion professionnelle	9 Recherche d'un métier
1 Projet de vie	10 Formation/recyclage professionnels
2 Information sur les possibilités de réhabilitation	11 Assistance à la recherche d'emploi
3 Evaluation des aptitudes	12 Placement professionnel
4 Développement de capacités professionnelles de base	13 Accompagnement pendant la phase de démarrage
5 Concertation avec le responsable de la réhabilitation	14 Assurer un emploi pérenne
6 Mise au point et planification de la réhabilitation	15 Contrôle du résultat de la réhabilitation)

*La réhabilitation professionnelle couvre les trois domaines suivants :*

- Préparation à la réhabilitation professionnelle

Il existe en l'occurrence des recoupements avec la réhabilitation médicale, cf. les fonctions 2, 3, 4 et 5 :

- o Information sur les possibilités de réhabilitation,
- o Evaluation des aptitudes : pendant deux mois, l'usager passe les jours au moins quatre heures dans l'établissement de réhabilitation
- o Développement de capacités professionnelles de base, par ex. ponctualité, apparence soignée, capacité de concentration
- o Concertation avec l'organisme responsable du financement de la réhabilitation - sur les possibilités financières et institutionnelles

- Réhabilitation professionnelle au sens strict (fonctions 6 à 10)

- o Définition et organisation du programme concret de réhabilitation
- o Préparation à la formation initiale pour les jeunes (année de préparation à la formation professionnelle).
- o Formation professionnelle  
L'adaptation au monde du travail dans le cadre de la formation professionnelle est à la base de la préparation à l'insertion professionnelle. L'intéressé est confronté à des environnements de plus en plus complexes sur le marché du travail, il a la possibilité se réapproprier ses anciennes compétences professionnelles voire d'en acquérir de nouvelles. Ces objectifs étant plus faciles à atteindre dans une entreprise normale, la qualification précoce et répétée dans le cadre de stages constitue la pierre angulaire de la réadaptation professionnelle. Durant la phase finale de réhabilitation professionnelle, il est préférable que le stage se déroule dans une entreprise qui offre une embauche potentielle ou réelle.
- o Recherche d'un métier  
Cette mesure diagnostique dure 4 à 6 semaines et vise à identifier un objectif professionnel adapté.
- o Formation et recyclage professionnels

- Intégration professionnelle (fonctions 11 à 15)

- o Assistance à la recherche d'emploi : apprendre à faire une candidature et à analyser les offres d'emploi
- o Placement professionnel
- o Accompagnement pendant la phase de démarrage, au travers d'entretiens de conseil et, si nécessaire, de contacts avec l'employeur
- o Assurer un emploi pérenne, par ex. par un recours au service d'intégration au milieu ordinaire de travail (SIMOT)
- o Contrôle du résultat de la réhabilitation par des mesures de suivi et des rencontres entre les anciens

La réhabilitation professionnelle dans le cadre de centres d'aide par le travail (ESAT) s'adresse à des personnes qui ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique,

présentent un handicap grave et dont la capacité de travail sur le marché de l'emploi n'excède pas 3 heures par jour. Dès lors que la capacité de travail n'est pas améliorée par la réhabilitation, les personnes concernées peuvent travailler ensuite dans les ateliers des ESAT. A condition que l'indication soit soigneusement établie et qu'il s'agisse d'une institution moderne de qualité, ces ateliers peuvent constituer un lieu propice à une activité constructive, contrairement à une opinion très répandue. Mais cela n'a d'intérêt que si les ateliers sont réservés aux handicapés mentaux.

La 1ère fonction (conseils pour un « projet de vie ») requiert quelques explications. Les personnes qui ont souffert de troubles psychiques graves souhaitent reprendre généralement leur ancien travail. Or, elles échouent souvent sur cette voie. Après plusieurs échecs, elles se résignent et sombrent alors dans une phase chronique, où elles ne travaillent pas ou bien rejoignent un atelier pour handicapés mentaux. Pour éviter un tel parcours - déceptions répétées, passage au stade chronique de la maladie, centre d'aide par le travail - tous les traitements psychiatriques (dans un centre hospitalier, chez un psychiatre libéral ou dans un centre de psychiatrie communautaire) incluent un travail sur un projet de vie, qui s'attache tout particulièrement à la dimension professionnelle. Ce travail vise à déterminer si un retour sur le marché de l'emploi est réaliste à ce stade et, le cas échéant, quelles sont les méthodes et moyens les plus propices à cet effet. Christiane Haerlin (Haerlin 2008) a décrit comment mener ce travail de façon professionnelle.

### 3.2 Prise en charge institutionnelle

*Centres de réhabilitation pour les handicapés mentaux (RPK)*

*Centres de formation professionnelle (BTZ) :*

Des aides pour la réinsertion professionnelle sont proposées aux personnes ayant déjà travaillé (cf. ci-dessus). Durée : jusqu'à 12 mois.

*Centres de développement professionnel (BFW) :*

Formations de recyclage et de recherche d'emploi.

*Réhabilitation professionnelle au sein des organismes de formation de psychiatrie communautaire :*

Formations pratiques de réinsertion professionnelle (BWL) et réintégration professionnelle des handicapés mentaux (BeRePK). Durée : jusqu'à 12 mois.

Ces mesures exclusivement ambulatoires et de proximité s'appuient relativement peu sur des institutions et s'apparentent au principe de « l'emploi assisté ».

*Prestataires pour le compte des services publics de l'emploi (ARGE) :*

- Evaluation de l'adéquation avec le marché de l'emploi. Durée : 2 à 8 semaines.
- Promotion de la formation continue (FbW). Durée : jusqu'à 12 mois.
- Travaux d'intérêt général (« jobs à 1 € »). Durée : jusqu'à 6 mois. En guise de « rémunération alternative » dans le cadre d'un emploi soumis à cotisations sociales.
- Mesures d'aide à l'emploi sous la forme d'un travail subventionné durablement.

*Formation professionnelle dans des ateliers pour personnes handicapées (ESAT)*

*Solutions dans le domaine de la psychiatrie communautaire :*

Il existe des solutions éprouvées de réintégration sur le marché du travail, en-dehors du cadre officiel de la réhabilitation. Citons notamment l'ergothérapie ambulatoire, en particulier sous forme de thérapie par le travail pratiquée en partie en institution. Dans la perspective d'un emploi régulier, nombre d'usagers ont recours dans un premier temps à un travail d'appoint. Une activité minimale ou occasionnelle peut également être utile. Il est important d'assurer un suivi psychosocial (cf. ci-dessus) comportant une réflexion et des échanges sur les expériences faites, les succès et les difficultés. L'ergothérapie ambulatoire axée sur une thérapie par le travail peut également faciliter la réintégration sur le marché de l'emploi.

#### **4. Programme de réhabilitation**

Ce programme doit être adapté en fonction de 3 contextes différents :

4.1 A l'issue de la phase aiguë d'une maladie mentale grave, on établit un « programme intégré de traitement et de réhabilitation » (IBRP) lorsque le retour à une vie normale s'avère difficile. Il faut alors tenir compte d'aspects liés à l'intégration sociale, à la poursuite du traitement psychiatrique et à l'avenir professionnel, et rechercher des solutions adaptées. La démarche la plus efficace est la mise en place de « conférences de Case Management » (Hilfekonferenzen) qui se basent sur l'IBRP.

L'IBRP est un outil de l'évaluation des besoins individuels et de planification des services globaux (thérapie et réhabilitation) développé par l'association « Aktion Psychisch Kranke ». Les fonctions liées à l'insertion sociale, au logement et à l'autonomie, à l'insertion professionnelle et à l'emploi, ainsi qu'au traitement psychiatrique, sont analysées dans une perspective diagnostique en vue d'élaborer un programme de soutien individualisé, selon le principe des « services à la personne ». Ce programme débouche sur un dispositif d'aide incluant divers pôles en matière de réhabilitation psychosociale, médicale et professionnelle.

4.2 S'agissant de l'avenir professionnel en particulier, le programme de réhabilitation est conçu de façon analogue au « projet de vie », décrit dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> fonction du « Dispositif de Cologne » présenté ci-dessus. Pour rendre ce programme opérationnel, il est possible de recourir à un instrument complémentaire de l'IBRP.

4.3 Le programme est adapté à l'évolution et aux besoins du bénéficiaire *tout au long du processus de réhabilitation professionnelle*.

#### **5. Perspectives d'évolution**

A l'issue de la publication de l'« Enquête Psychiatrique » (BT-Drucksache 1975) et du rapport d'experts (Bundesministerium 1988), la priorité en matière de psychiatrie sociale a été donnée aux établissements psychiatriques et à la réhabilitation psychosociale, ce qui a conduit à la psychiatrie communautaire communément admise aujourd'hui. Elle s'est largement inspirée de la réforme de la psychiatrie dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.



Depuis les années 1990, la réhabilitation professionnelle a bien progressé dans de nombreux cas. Dans d'autres, rien n'a changé jusqu'à aujourd'hui, ou alors il n'existe que des institutions qui ne proposent pas de services de proximité.

Par le passé, la réhabilitation médicale des personnes souffrant de troubles psychiques graves et nécessitant une longue convalescence était assurée par les services de réhabilitation des hôpitaux psychiatriques spécialisés qui, souvent, ne proposent pas de services de proximité. Après l'an 2000, ces services ont été fermés, les caisses de maladie ne prenant plus les coûts en charge. Depuis, il n'existe plus en Allemagne de systèmes de réhabilitation médicale adaptés, hormis les centres RPK relativement peu nombreux.

**A présent, les perspectives et conditions structurelles sont loin d'être mauvaises et la situation pourrait évoluer comme suit. On attend surtout des initiatives émanant d'organismes de la psychiatrie communautaire, si possible en collaboration avec des organismes de formation.**

### **Recommandations pratiques**

A l'issue de mes explications sur la prise en charge institutionnelle, voici les interventions qui s'avèreraient logiques et nécessaires dans les trois domaines de la réhabilitation :

O Pour assurer la *réhabilitation médicale*, les organismes et associations dans les régions peuvent

- créer des cabinets d'ergothérapie
  - demander l'agrément de centres RPK
  - et aussi mettre à profit les structures de psychiatrie communautaire existantes.
- Ces organismes et associations doivent acquérir les connaissances nécessaires à cet effet, ce qui est notamment l'objectif de notre projet franco-allemand.

O Pour la *réhabilitation professionnelle*, une procédure en trois étapes serait utile :

1. A l'aide du « Dispositif de Cologne », évaluer dans votre région quelles sont les fonctions disponibles au sein du réseau de psychiatrie communautaire, puis les mettre à profit de façon ciblée.
2. Pour compléter les structures existantes, passer ensuite à l'étape suivante (plus simple) : mettre en place des formations extrahospitalières avec le soutien financier des organismes d'assurance retraite ou des services publics de l'emploi.
3. Ensuite, décider de l'opportunité de solutions institutionnelles plus complexes, telles que centres de formation ou de réhabilitation pour personnes souffrant de troubles mentaux.

Indépendamment de cela, vous pouvez prendre contact avec les services publics de l'emploi et convenir des mesures d'aide à l'emploi. Cela exige toutefois de se familiariser avec les procédures complexes d'appel d'offres. En l'occurrence, il est plus simple de s'associer avec un organisme de formation.

## 6. Inclusion

L'« inclusion » est le nouveau maître mot de la psychiatrie communautaire. Il n'est pas exclu qu'il s'agisse simplement d'une appellation nouvelle désignant le même système qu'auparavant. Toutefois, certains projets s'attachent à associer les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques à la planification et au fonctionnement quotidien des systèmes de soins et à ne pas les considérer uniquement comme des « assistés ». Dans cette logique, l'hospitalisation préconisée jusqu'ici par la psychiatrie communautaire dans sa forme actuelle est remise en question. En effet, l'« inclusion » signifie la cohabitation de tous les citoyens, par-delà leurs différences. Un tel concept est une véritable gageure, pour certains handicapés mentaux et pour nombre de citoyens « normaux », mais aussi pour nous, les professionnels. Cela dit, on observe des tendances encourageantes :

- en psychiatrie communautaire, lorsque les usagers et les professionnels négocient et planifient sur un pied d'égalité,
- dans le cadre de certaines mesures de réhabilitation médicale et professionnelle fondées sur le principe de « l'emploi assisté »,
- dans les centres d'aide par le travail, au travers d'emplois externalisés et de projets d'intégration associés,
- dans de nombreuses entreprises d'intégration où les salaires sont fixés par convention collective,
- par l'intégration sur le marché du travail, qui est d'ailleurs la forme la plus fréquente d'intégration professionnelle,
- par des initiatives lancées par des personnes ayant suivi un traitement psychiatrique, par exemple :  
le Bureau indépendant des réclamations en psychiatrie, créé par la MüPE,  
l'association munichoise des usagers en psychiatrie ou  
« Ex-In » Experienced Involvement : des personnes ayant suivi un traitement psychiatrique sont formées pour conseiller les malades mentaux.

En Allemagne, l'« exclusion » est bien plus répandue que l'« inclusion ». Du point de vue politique, la nouvelle directive de l'Union européenne est très importante car elle prévoit l'obligation de scolariser systématiquement les enfants handicapés dans les mêmes écoles que les autres, ce qui implique l'abandon des établissements spécialisés. Cette décision peut aussi s'avérer utile en termes de psychiatrie.

### Bibliographie

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2004). Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Frankfurt a.M. Download: [www.BAR-Frankfurt.de](http://www.BAR-Frankfurt.de)

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2005). RPK-Empfehlungsvereinbarung. Frankfurt a.M. Download: [www.BAR-Frankfurt.de](http://www.BAR-Frankfurt.de)

Bennett DH (1983). The Historical Development of Rehabilitation Services. In: Watts FN, Bennett DH (eds). Theory and practice of psychiatric rehabilitation. Chichester: Wiley,

S. 15

BT-Drucksache 7/4200 und 7/4201 (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland zu psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Deutscher Bundestag

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit – BMJFFG - (Hg, 1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich. Bonn: BMJFFG

Haerlin, C (2008). Berufliche Beratung für Menschen nach psychischer Erkrankung. In: Mecklenburg H, Storck J (Hg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Jahoda M (1983). Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim: Beltz

Jochheim KA, Schliehe F, Teichmann H (2001) Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung In: Bundesarchiv (Hg). Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd 02/1. Baden-Baden: Nomos, S. 559

Hoffmann H, Jäckel D (2008). Supported Employment. Nachhaltigkeit in der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker. In: Mecklenburg H, Storck J (Hg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Kleffmann A, Föhres F, Müller B, Weinmann S: Modellprojekt "Berufliche Integration am Kreiskrankenhaus Gummersbach in der Klinik Marienheide". Landschaftsverband Rheinland, Köln 1996

Mecklenburg H, Storck J (Hg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Reker T (2004) Rehabilitationsdiagnostik. In: Rössler (Hrsg). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin Heidelberg New York: Springer, S. 55

Weinmann S, Puschner B, Becker T. (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. Nervenarzt 2009. 80: 31-39

## Berufliche Rehabilitation 1

Kostenträger	Inhalt	sachliche Voraussetzungen	rechtliche Voraussetzungen
<b>Renten-Versicherer</b>  <b>Institution</b> <b>1. RPK</b> <b>2. BTZ</b> <b>3. BWL</b> <b>4. IFD</b>  <b>5. BFW</b>  <b>6. WfbM PsyB</b>	gemäß „Kölner Instrumentarium“ - Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten (?) - Beratung durch Reha-Träger - Abklärung und Rehaplanung - Berufliches Training - Unterstützung bei der Stellensuche - Vermittlung in Arbeit - Begleitung in der Startphase - langfristige Sicherung der Arbeit  - Berufsfindung	<u>Institutionell</u> päd./psychol. fachl. Leitung Personal - Psychol./Dipl. Päd. - Sozial-Pädagogen - Ergotherapeuten (Arbeitspädagogen) - Ausbilder angemessene Räumlichkeiten BTZ: Interne Trainingsplätze Kontakte zu berufsrehabilitativen Hilfen Kontakte zum regionalen Arbeitsmarkt <u>Individuell</u> positive Erwerbsprognose Reha-Fähigkeit	§§ 33 – 38 SGB IX § 35 SGB IX für RPK und BTZ §§ 9 und 16 SGB V Anerkennung durch Rentenversicherer und Arbeitsagentur BWL: Anerkennung durch RV IFD: Beauftragung

RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
BTZ	Berufliches Trainings-Zentrum
BWL	berufspraktischer Wiedereingliederungs-Lehrgang
IFD	Integrations-Fach-Dienstag
BFW	Berufs-Förderungs-Werk
WfbM PsyB	Werkstatt für psychisch behinderte Menschen
BeRePK	berufliche Reintegration Psychisch Kranker

## Berufliche Rehabilitation 2

Kostenträger	Inhalt	sachliche Voraussetzungen	rechtliche Voraussetzungen
<b>ARGE</b>  <b>Institution</b> <b>1.</b> <b>Bildungsträger</b> <b>im weiteren</b> <b>Sinne</b> <b>2.</b> <b>IFD</b>	Leistungen zur Eingliederung in Arbeit - Trainingsmaßnahmen 2 bis 8 Wochen, Eignungsfeststellung - FBW-Maßnahmen (entsprechend BeRePK nach SGB III) - Arbeitsgelegenheiten - Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung dauerhaft subventionierte Arbeit (§ 16e)	Trainingsmaßnahmen und FBW wie AA, BeRePK sachliche und personelle Infrastruktur für Begleitung und Betreuung	§§ 16 SGB II Ausschreibung

FBW Förderung der beruflichen Weiterbildung

## Medizinische Rehabilitation 1

Kostenträger	Inhalt	sachliche Voraussetzungen	rechtl. Voraussetz.
<b>Rentenversicherer</b>  <b>Institution</b> <b>1. RPK – ambulant</b> <b>2. psychosom. Reha - ambulant</b> <b>3. Einzelfälle zu § 111 SGB V</b>	psychiatrische Behandlung Komplexbehandlung folgender Professionen Psychologen Ergotherapeuten Sozialpädagogen Krankenpflegekräfte Körpertherapeuten	<u>Institutionell</u> Ärztliche Leitung, PsychiaterIn fachlich abgestimmte Konzeption angemessene Räumlichkeiten regionale gemeindepsychiatrische Vernetzung Kontakte zu berufsrehabilitativen Hilfen Kontakte zum regionalen Arbeitsmarkt <u>Individuell</u> positive Erwerbsprognose	§§ 26 – 31 SGB IX § 15 SGB VI § 35 SGB IX Anerkennung durch einen Rentenversicherer. Die anderen schließen sich an (?) Zuweisung auch in Maßnahmen gemäß § 111 SGB V möglich
<b>Krankenkassen</b>  <b>Institution</b> <b>1. § 111 SGB V</b>  <b>Krankenkassen im Rahmen von Behandlung</b>	psychiatrische Behandlung Komplexbehandlung folgender Professionen Psychologen Ergotherapeuten Sozialpädagogen Krankenpflegekräfte Körpertherapeuten  <b>Tagesklinik</b>  <b>Ergotherapeutische Ermächtigung des Krankenhauses</b> Ergotherapeutische Behandlung mit Schwerpunkt auf der kompetenzorientierten Methode Ärztliche Behandlung durch PIA (evtl.) Komplexbehandlung durch PIA (evtl.) ambulante Psychotherapie	<u>Institutionell</u> Ärztl.Ltg., Psy + Reha fachlich abgestimmte Konzeption angemessene Räumlichkeiten regionale gemeindepsychiatrische Vernetzung Kontakte zu berufsrehab.Hilfen <u>Individuell</u> <b><i>positive Leidensprognose = Begriff so ok ?</i></b>  Tagesklinik mit zureichender ergotherapeutischer Ausstattung  kompetenzorientierte Handlungsfelder (z.B. Arbeitstherapie)	§§ 26 – 31 SGB IX § 40 i.V.m § 111 SGB V Anerkennung durch den zuständigen Landesverband der Krk.  Zuweisung nur möglich, wenn Anerkennung gemäß § 111 vorliegt.  allgemeinpsychiatrische Tagesklinik im Krankenhausplan  ermächtigungsberechtigte/r Ergotherapeut/in



## Medizinische Rehabilitation 2

Kostenträger	Inhalt	sachliche Voraussetzungen	rechtliche Voraussetzungen
<b>Krankenkassen im Rahmen von Behandlung</b>	<b>Ergotherapeutische Praxis in Trägerschaft des Krankenhauses</b> Mehrmodales therapeutisches Spektrum für verschiedene Krankheitsbilder	niederlassungsberechtigte/r Ergotherapeut/in  abgetrennte Praxisräumlichkeiten  umfassende Praxisausstattung (allerdings: praktikable Lösungen)	Praxiszulassung
<b>Eingliederungs-Hilfe</b>	Nutzung gemeindepsychiatrischer Hilfen für Vorbereitung auf Arbeit, Beschäftigung und Rehabilitation  - Tagesstätte  - Kontakt- und Beratungsstelle		