

Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation

Hartmann Hinterhuber und Ullrich Meise

Univ.-Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck

Gesellschaft für Psychische Gesundheit – pro mente tirol, Innsbruck

The Importance of Medical-Psychiatric Rehabilitation

Nach einer Definition der deutschen Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation umfasst psychiatrische Rehabilitation alle Maßnahmen, um „... einen seelisch behinderten Menschen über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, schulischem, beruflichem und allgemein-sozialem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und Lebensstellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden bzw. wieder zu erlangen“.

(Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1984, zit. nach [1])

Der prinzipielle Rechtsanspruch auf Rehabilitation ist in Österreich gesetzlich festgelegt: Jeder psychisch Kranke und jede Person, die von Behinderung bedroht ist, hat ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten, oder ihre Folgen zu mildern, und
- ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern.

An der Basis jeglicher Rehabilitation und deren Planung steht der individuelle Unterstützungsbedarf eines Individuums, die Krankheitsfolgen im eigenen Lebensfeld zu bewältigen mit dem Ziel, an subjektiv wichtigen Lebensbereichen teilzuhaben.

Rehabilitative Leistungen in der Psychiatrie können heute nach Einzelbereichen in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation unterteilt werden.

Wir möchten hier auch auf die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation hinweisen, die sich nach der Evaluation zweier Pilotprojekte, die in den letzten Jahren von pro mente austria – Organisationen in Österreich durchgeführt wurden, als sehr wirksam erwiesen hat [2-4].

Die Weltgesundheitsorganisation hat 1980 die „Internationale Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörungen

gen und Beeinträchtigungen (ICIDH)“ publiziert: Diese baut auf einem dreidimensional orientiertem Konzept auf:

- Auf der Ebene der Störung der biologischen und/oder psychischen Struktur und Funktion: „Schädigung“ („impairment“).
- Auf der Ebene der Störung der Fähigkeiten der betroffenen Person zur Ausführung zweckgerichteter Handlungen: „Fähigkeitsstörungen“ („disability“).
- Auf der Ebene der Störung der sozialen Stellung oder Rolle der betroffenen Person und ihrer Fähigkeiten sowie Möglichkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben: „(soziale) Beeinträchtigung“ („handicap“).

Seither wurde die ICIDH kontinuierlich modifiziert und im Mai 2001 in „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ umbenannt [5]. Darin wurden vor allem negativ konnotierte Begriffe wie

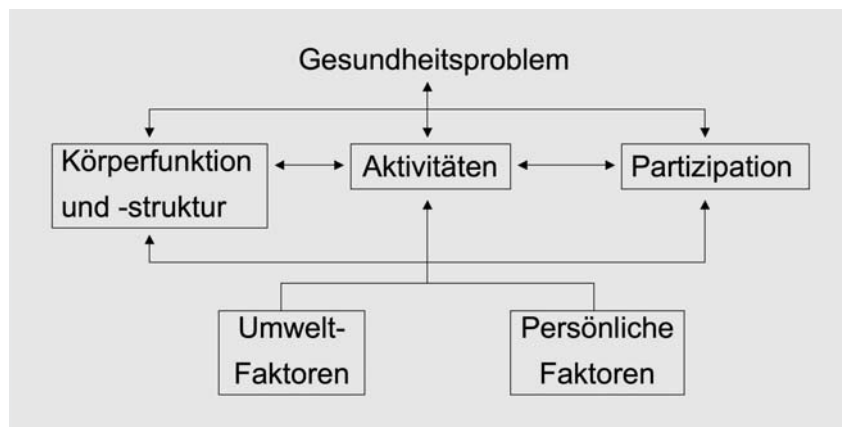


Abbildung 1: ICF-Klassifikation, die Interaktion von Konzepten [5]

„Schädigung“, „Funktionsstörung“ oder „Handicap“ durch die neutralen Begriffe „Funktionen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ ersetzt. Die funktionalen und seelischen Abläufe werden u.a. unterteilt in Bewußtsein, Denken, Sprache, Stimmung, Antrieb, Bewältigung u.s.w. Die Konzepte „Aktivität“ und „Partizipation“ umfassen Aspekte wie Kommunikation, Selbstversorgung, Alltagsgestaltung, Mobilität, interpersonale Beziehungen, Gemeinde, soziale Aktivitäten und allgemeine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben [1].

Die ICF (Abbildung 1) ist ein Klassifikationssystem, mit der allfällige Beeinträchtigungen in den Bereichen der

- Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus und der
- Tätigkeiten (Aktivitäten) jeglicher Art einer Person, sowie
- die Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen einer Person
- vor dem Hintergrund von konkreten Umweltbedingungen beschrieben werden können.

Die ICF ist inzwischen eine international anerkannte Klassifikation. Sie dient der Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Menschen gemäß der erweiterten psychosomatischen Sicht (bio-psycho-soziales Konzept) und betont im Unterschied zu den vertrauten Diagnosesystemen von ICD und DSM, besonders die Aspekte der Funktionsbeeinträchtigung – die nosologische Zuordnung rückt in den Hintergrund. So schreibt die deutsche Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2003: „Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des erkrankten Menschen, der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.“ [7]

Die Rehabilitationsdiagnostik in der Psychiatrie fordert in der Tat eine starke Berücksichtigung der sozialen Umgebung. Sie versucht die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums sowie dessen krankheitsbedingten Einschränkungen

genau so zu erfassen, wie auch die Reaktionen und Anforderungen der Umgebung, in der der Betroffene lebt oder arbeitet bzw. zu leben und zu arbeiten wünscht.

Trotz Überschneidungen, die zwischen den drei Bereichen – Funktionen, Aktivitäten und Partizipation – bestehen, veranschaulicht die ICF, dass psychiatrische Erkrankungen ein komplexes Geschehen darstellen, in dem stabilisierende und/oder belastende Situationen in allen unterschiedlichen Bereichen des Lebens durch Effekte der Rückkoppelung miteinander verbunden sind. Krankheit und Behinderung sind zudem niemals zwei unterschiedliche Zustände in einer bestimmten zeitlichen Abfolge, sondern Ebenen eines dynamischen Prozesses.

Behinderung als Krankheitsfolge ist besonders bei psychischen Erkrankungen immer stark kontextabhängig. In der ICF finden daher die Einflüsse der Umwelt, die Einstellungen der Gesellschaft, ihre Normen und Werte, wie auch die Qualität der sozialen aber auch die professionellen Unterstützungssysteme Berücksichtigung. Das Teilhabe-konzept der ICF zielt auf Daseinsentfaltung und ein selbstbestimmtes Leben in den verschiedenen Lebensbereichen [6]. Zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist in diesem Sinne die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit eines Individuums mit dem Ziel der Sicherung oder (Wieder-) Herstellung der Teilhabe an den unterschiedlichen menschlichen Lebensbereichen [7]. Eine zentrale Aufgabe der professionellen Rehabilitationsplanung und Rehabilitationsarbeit muss es jedoch sein, zwischen dem „objektiven“ Nutzen von Behandlungszielen und Therapiemaßnahmen aus Sicht des Therapeuten einerseits und deren subjektivem Sinn für den Patienten im Bezug auf seine Ziele andererseits zu vermitteln [6].

Die Abbildung 2 illustriert die Wechselwirkung zwischen den drei Ebenen und versucht – trotz notwendiger Überlappungen – die Schwerpunktssetzungen von medizinischer-, sozialer-

und beruflicher Rehabilitation den Ebenen „Funktionen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ zuzuordnen.

Die soziale und die berufliche Rehabilitation haben sich in den letzten Jahrzehnten gut etabliert und im Rahmen der Sozialpsychiatrie [8] einen enormen Wissenszuwachs und einen starken Aufschwung erfahren.

Die noch weniger bekannte medizinisch-psychiatrische Rehabilitation folgt in der Konzeption den gesicherten Ergebnissen der biologischen Psychiatrie der klinischen Psychologie und der Psychotherapie. Sie ist nicht der Akutbehandlung von psychisch Kranken zuzuordnen, da sie – in Kürze zusammengefasst – für jene PatientInnen als notwendig erachtet wird, bei denen entweder eine Chronifizierung von subakuten Krankheitssymptomen oder trotz klinisch ausreichender Symptomremission ein Fortbestand von Restsymptomen, die eine berufliche Beeinträchtigung nach sich ziehen können, gegeben sind. Zudem wird sie für Menschen, bei denen aus der Anamnese ableitbar ist, dass sie eine hohe Vulnerabilität für Erkrankungsrezidive aufweisen, als indiziert erachtet. Die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation erfordert grundsätzlich kein stationäres Behandlungssetting. Sie ist interdisziplinär und multiprofessionell orientiert und berücksichtigt die persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren. Sie weist täglich einen über einige Wochen hinweg dichten Behandlungsplan auf, der so in einem ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Setting nicht geleistet werden kann. [3, 9]

Die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation hat das Ziel, die psychopathologischen Störmomente zurückzudrängen und somit jene Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, soziale Kräfte zu wecken oder sie zu entdecken. Neben der Verbesserung von psychischen Funktionen verfolgt die medizinische Rehabilitation jedoch auch Aspekte wie beispielsweise Verbesserungen von Störungseinsicht und

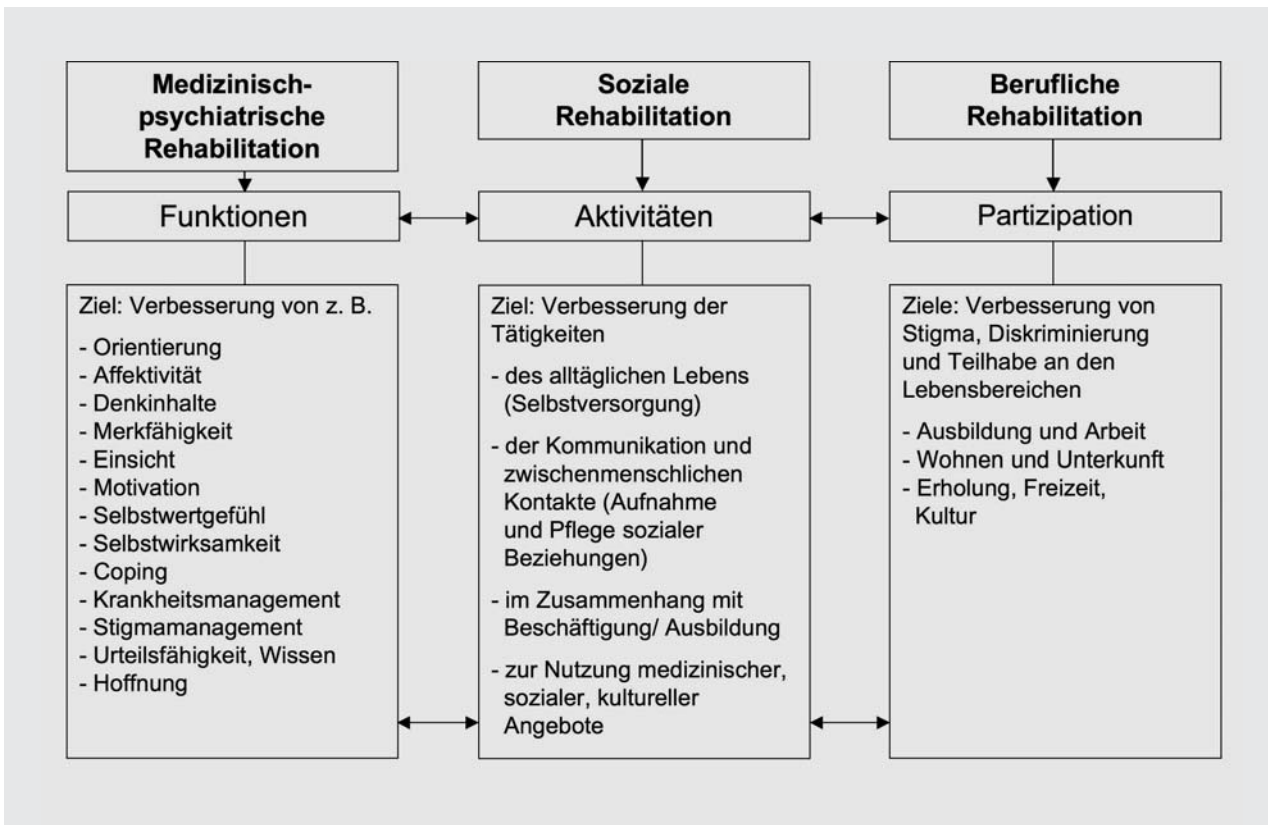


Abbildung 2: ICF und die 3 Ebenen der psychiatrischen Rehabilitation

Bewältigung, Förderung von Krankheitswissen und -management, Stärkung von Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Urteilsfähigkeit und Wahrnehmung sowie die Vermittlung von Hoffnung [9].

Die medizinische Rehabilitation ist engstens mit Konzepten wie „Recovery“ [10], „Resilienz“ oder „Empowerment“ [11] verbunden: Diese Konzepte bedeuten in diesem Kontext nicht nur die Kontrolle von bzw. den Umgang mit Symptomen, sondern auch die Übernahme von Kontrolle und Ver-

antwortung für das eigene Leben und das Wiederfinden eines positiven Selbstbildes. Dabei stehen die Summe aller Bemühungen der betroffenen Menschen, sich die verloren gegangenen Fertigkeiten und Fähigkeiten wieder anzueignen und Macht und Einfluss bezüglich der Lebensgestaltung zu gewinnen, im Zentrum des Blickfeldes.

Leona Bachrach hat in ihren Leitsätzen einer gelungenen Rehabilitation u. a. folgendes festgehalten (zitiert nach [1]):

- Die Existenz psychischer Störungen wird nicht geleugnet.
- Die Rehabilitation richtet sich auf die Stärken der Betroffenen.
- Sie lässt diese aktiv mitbestimmen.
- Sie hilft ihnen, ihr Potenzial in Hinblick auf die Lebensgestaltung zu erweitern.

Leona Bachrach fasst alle rehabilitativen Bemühungen in drei Worte zusammen: SIE GIBT HOFFNUNG!

Literatur

- [1] Rössler W., C. Lauber: Psychiatrische Rehabilitation- vom Behinderungsmodell zum Empowerment. In Rössler W.(Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation, 1-4; Springer-Verlag (2004) Berlin-Heidelberg-New York
- [2] Haberfellner E. M., A. Grausgruber, R. Grausgruber-Berner, W. Schöny: Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall- Ergebnisse einer katamnästischen Untersuchung nach einem halben Jahr. *Neuropsychiatrie* 18, 18-24 (2004)
- [3] Haberfellner E. M., W. Schöny, T. Platz, U. Meise: Evaluationsergebnisse medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatrie* 20, 215-218 (2006)
- [4] Meise U., J. Wancata: „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“. Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für Psychische Gesundheit; Helsinki 2005. *Neuropsychiatrie* 20, 151-154 (2006)
- [5] World Health Organization: International classification of functioning, disability and health: ICF, World Health Organization (2001), Geneva
- [6] Kunze H: Rehabilitationsplanung. In Rössler W. (Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation, 104-125; Springer-Verlag (2004) Berlin-Heidelberg-New York
- [7] Reker T: Rehabilitationsdiagnostik. In Rössler W. (Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation, 55-63; Springer-Verlag (2004) Berlin-Heidelberg- New York
- [8] Wancata J: Sozialpsychiatrie: essentieller Bestandteil der Psychiatrie. Unveröffentlichtes Diskussionspapier (2007)
- [9] Gesellschaft für Psychische Gesundheit – pro mente tirol: Schaffung eines Ambulatoriums zur medizinischen Rehabilitation psychisch Erkrankter in Tirol. Unveröffentlichte Projektbeschreibung (2006)
- [10] Schrank B., M. Amering: „Recovery“ in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 21, 45-50 (2007)
- [11] Lauber C, W. Rössler: Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe In: Rössler W. (Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation, 146-156; Springer-Verlag (2004) Berlin-Heidelberg-New York

o. Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber
 Universitätsklinik für Psychiatrie
 Medizinische Universität Innsbruck
 hartmann.hinterhuber@i-med.ac.at