

Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch erkrankten Menschen

Diakonische Positionen zur medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie

Diakonie für Menschen
mit psychischen
Erkrankungen

Psychiatrische
Rehabilitation
weiterentwickeln

März 2016

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe 

Inhalt

3 **Vorwort**

4 **Zusammenfassung**

5 **1 Einleitung**

6 **2 Problembeschreibung**

6 2.1 Personenkreis

7 2.2 Bedarfsfeststellung und Teilhabeeinschränkungen

8 **3 Konzeptionelle und strukturelle Probleme der medizinischen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen und aktuelle Probleme der Versorgungspraxis**

8 3.1 Konzeptionelle und strukturelle Fehlentwicklungen

9 3.2 Aktuelle versorgungsstrukturelle Probleme

11 **4 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch kranke Menschen entwickeln**

11 4.1 Konzept- und Strukturentwicklung in der psychiatrischen Rehabilitation

13 4.2 Weiterentwicklung von Recht und Praxis des SGB V und weiterer Gesetzbücher

14 4.3 Reform des SGB IX

14 4.4 Politische Verantwortung für die gesundheitliche, auch gemeindepsychiatrische Versorgung stärken

15 **Impressum**

Danksagung

Für wichtige Impulse in mündlicher und schriftlicher Form danken wir Gabriele Rein, Matthias Kneißler und Andrea Krainhöfer sowie den Referentinnen und Referenten des Fachtags zum Thema am 9. Oktober 2014.

Vorwort

Mit dem vorliegenden Papier setzen sich die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) für eine bedarfsorientierte Entwicklung von Angeboten der medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen ein. Gemeinsam plädieren sie dafür, die medizinische Rehabilitation und die Rechte auf gesellschaftliche Teilhabe von insbesondere schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen in den Blick zu nehmen. Bis heute stehen psychisch erkrankten Menschen nur in unzureichender Weise Angebote der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung.

Mit dem Prozess der Psychiatriereform, der vor nunmehr 40 Jahren mit der Enquete des Bundestags begann, wurden die Lebensbedingungen und die Behandlung psychisch kranker Menschen deutlich verbessert. Auch chronisch kranken Menschen steht, sofern die Behandlung sich in gemeindepsychiatrischen Verbänden organisiert, ein Netzwerk von akutmedizinischen, kurativen und Hilfen in den Bereichen Wohnen und Freizeit sowie im Bereich Arbeit zur Verfügung. Mit den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) hat sich für psychisch erkrankte Menschen, die die Chance einer beruflichen Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt haben, ein erfolgreiches Modell etabliert.

Das vorliegende Positionspapier konzentriert sich im Wesentlichen auf einen Punkt, den wir jedoch als Angelpunkt für eine Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung identifiziert haben: Besonders den chronisch psychisch erkrankten Menschen stehen in der Regel keine Angebote der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung. In der Praxis werden schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen oftmals direkt nach einer akutmedizinischen Behandlung ohne eine teilhabeorientierte Bedarfserhebung und ohne gezielte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation an die unterstützenden Systeme des Wohnens und der Freizeit-

gestaltung verwiesen. Die alltagspraktische Bewältigung der Krankheit und die Überwindung von krankheitsbedingten funktionalen Beeinträchtigungen, die wesentliche Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, stehen nicht im Horizont der auf die psychische Krise bezogenen Intervention. Sicherlich kann ein bestimmtes Milieu des Wohnens und der Freizeitgestaltung rehabilitativ-therapeutisch wirken. Diese Ansätze sind jedoch umso erfolgreicher, je deutlicher sie in ein umfassendes Konzept mit spezifisch medizinisch-rehabilitativen Elementen integriert sind. Es ist in diesem Zusammenhang auf einen weiteren Aspekt hinzuweisen: Wenn mit einem medizinisch-rehabilitativen Blick Fragen der Teilhabe thematisiert werden, kann zwischen den medizinischen Behandlungen und den Hilfen zur sozialen Teilhabe im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem eine Brücke gebaut werden. Teilhabeleistungen erfordern eine koordinierte Bedarfserhebung und Leistungssteuerung.

Im Mittelpunkt des Papiers steht das Anliegen, die gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen rehabilitativ zu qualifizieren. Dazu werden konzeptionelle und auf die Versorgungsstruktur bezogene Forderungen formuliert. Diese Anliegen werden jedoch nur Erfolg haben, wenn über die bestehenden (sozial)psychiatrischen Hilfen hinaus der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation generell erleichtert, das trägerübergreifende Teilhaberecht des SGB IX besser umgesetzt – und wo nötig reformiert – und schließlich die politische Verantwortung für die (regionale) gesundheitliche Versorgung gestärkt werden. Auch hierzu macht die Diakonie Vorschläge und freut sich auf eine produktive fachpolitische Diskussion.

Maria Loheide,
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Prof. Dr. Jürgen Armbruster,
Stellv. Vorsitzender des
Bundesverbands evangelische
Behindertenhilfe (BeB)

Zusammenfassung

Chronisch psychisch kranke Menschen erhalten kaum Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Schwere psychische Störungen gelten nur selten als Anhaltspunkt für eine medizinisch-rehabilitative Leistung. Dienste und Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen wollen, erhalten nur schwer einen Versorgungsvertrag. Stattdessen werden Patientinnen und Patienten nach einer akuten psychischen Krise (häufig verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt) oftmals ausschließlich pharmakologisch behandelt oder ihre Rehabilitation wird vornehmlich als soziale Eingliederung in den Bereichen Wohnen und Freizeit ausgestaltet.

Vor dem Hintergrund dieser Problemstellung sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von chronisch psychisch kranken Menschen konzeptionell zu erschließen. Die medizinische Rehabilitation muss funktionaler Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden. Dazu bedarf es auch des Ausbaus der Anschlussheilbehandlung (AHB) für die Patientinnen und Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt mit psychiatrischer Indikation eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten.

Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPKs) sind, eingebettet in die gemeindepsychiatrischen Verbände,

als vorwiegend ambulante Dienste auszubauen und zu etablieren. Die Versorgungsverpflichtung im Sozialraum muss durch die lokalen Akteure verbindlich geregelt werden. Dazu sind sektorenübergreifende fachliche Regelungen zu vereinbaren.

Die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) schlagen vor, dass Fragen der konzeptionellen und strukturellen Weiterentwicklung der (sozial)psychiatrischen Rehabilitation zwischen Rehabilitationssträgern, den Vertretern der fachlich-wissenschaftlichen Expertise, den Leistungserbringern und den Verbänden, die die Anliegen und Interessen psychisch kranker Menschen vertreten, auf Bundesebene vereinbart werden.

Über die Gemeindepsychiatrie hinaus sind die Zugangshürden für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation generell abzubauen. Bei einer Reform des SGB IX ist ein Augenmerk darauf zu legen, dass die Verpflichtung der Rehabilitationssträger zur Sicherung der rehabilitativen Infrastruktur gestärkt wird und die Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf eine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung haben. Schließlich muss die politische Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung in den Regionen gestärkt werden.

1 Einleitung

In Deutschland gibt es – vorwiegend in der Trägerschaft der Renten- und der Krankenversicherung – ein System der medizinischen Rehabilitation, in dem Menschen Leistungen erhalten, deren Teilhabe am sozialen Leben aus gesundheitlichen Gründen bedroht oder eingeschränkt ist. Die konzeptionelle Grundlage der medizinischen Rehabilitation ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit (ICF). Im Sozialrecht ist die medizinische Rehabilitation im trägerübergreifenden Recht im SGB IX und in den speziellen Sozialgesetzbüchern geregelt.

Die rehabilitative Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen ist unzureichend. Dies ist auch vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention nicht akzeptabel. Bereits in der Psychiatrieenquete wurde auf die sozialrechtliche Ungleichbehandlung von psychisch erkrankten Menschen gegenüber somatisch erkrankten Menschen hingewiesen. Diese äußert sich unter anderem im Fehlen geeigneter Angebote der medizinischen Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen. Zugleich wurde der medizinisch-rehabilitativen Dimension im Prozess der gemeindepsychiatrischen Reform nicht die Aufmerksamkeit zuteil, die es bedarf. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Gründe liegen

unter anderem in konzeptionellen Missverständnissen bezogen auf die Aufgaben von medizinischer Rehabilitation, in der Spaltung der (sozial)psychiatrischen Versorgung in einen vorwiegend akut ausgerichteten Sektor und einen unmittelbar auf Alltagsbewältigung und Integration zielenden Sektor sowie in einer nur unzureichenden Verknüpfung von Schnittstellen zwischen den beteiligten Funktionssystemen. Die Diakonie Deutschland und der BeB vermuten, dass auch die in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts verstärkte aktivierende und auf den Arbeitsmarkt gerichtete Ausrichtung der Sozialpolitik ein ideelles und politisches Umfeld geschaffen hat, das die sozialen Rechte von Menschen hinten anstellt, die dem Arbeitsmarkt nur eingeschränkt oder gar nicht zur Verfügung stehen.

Vor dem Hintergrund der diakonisch begründeten Parteinahme für die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft und der im Folgenden umrissenen Problematik machen die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) im hier vorgelegten Papier Vorschläge zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen und stellen diese zur fachlichen und gesundheitspolitischen Diskussion.

2 Problembeschreibung

Die im Folgenden entwickelten Analysen, Folgerungen und Forderungen gelten psychisch erkrankten Menschen, die nach der Phase der Akutbehandlung weiterhin erhebliche funktionale Beeinträchtigungen haben. Sie ziehen sich oft zurück, meiden Kommunikation, können ihr Krankheitsgeschehen nicht in ihre Lebensgeschichte einordnen oder unterhalten extrem belastete familiäre und soziale Beziehungen. Sie erleben durch eingeschränkte kognitive und kommunikative Fähigkeiten reale Barrieren der Teilhabe.

2.1 Personenkreis

Die folgenden generalisierenden Aussagen betreffen Menschen in sehr unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungssituationen. Herausgegriffen werden sollen vier Gruppen:

a) Junge (oder auch ältere) ersterkrankte Menschen:

Sie werden in der Akutklinik häufig nur so lange behandelt, bis die akuten Symptome abgeklungen sind. Oft erleben die Menschen eine große Verunsicherung – vor allem bei psychotischen Ersterkrankungen –, wie das Erfahrene einzuordnen ist (Betroffener und Umfeld). Sie stellen ihren bisherigen Lebensentwurf in Frage und entwickeln große Angst vor möglichen Rückfällen. Oftmals werden depressive Nachschwankungen, verbunden mit massiver Antriebslosigkeit und Leistungseinschränkungen in allen Lebensbereichen, festgestellt. Die betroffenen Menschen benötigen Zeit, Unterstützung und Förderung, um sich neu zu orientieren und Fähigkeiten wiederzuerlangen.

Nach der Entlassung aus der Akutpsychiatrie sind viele ersterkrankte Personen noch nicht bereit für eine Maßnahme mit dem Ziel einer beruflichen Rehabilitation. Eine vorgeschaltete und zeitnahe Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann zu einer psychischen Stabilisierung beitragen und die Erfolgsperspektiven einer Maßnahme erhöhen, die der Teilhabe am Arbeitsleben dient.

b) Menschen, die bereits langjährig erkrankt sind und eine akute Krise erleben:

Auch bei Menschen, die langjährig erkrankt sind und in eine akute Krise geraten, können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sinnvoll sein. Dies ist dann der Fall, wenn sie nach einer Akutbehandlung Unterstützung brauchen, um Fähigkeiten wiederzuerlangen, die für die Teilhabe am sozialen Leben notwendig sind.

Bei Menschen mit langjährigen chronischen Entwicklungen kann eine Krise auch eine Chance der Weiterentwicklung sein. Eingefahrene Muster werden aufgebrochen, Systeme können sich neu ordnen. Die medizinische Rehabilitation fungiert in diesem Fall als Unterstützung dieser Prozesse und als Möglichkeit, ein besseres „Funktionsniveau“ zu erreichen als vor der Krise.

c) Chronisch erkrankte Menschen ohne Akutkrise:

Auch bei chronisch kranken Menschen, die keine akute Krise erleiden, können medizinisch-rehabilitative Leistungen indiziert sein, um bei bestimmten Funktionseinschränkungen innerhalb eines überschaubaren Zeitraums Verbesserungen zu erreichen oder Verschlimmerungen zu verhindern.

d) Kinder und Jugendliche

In der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit erheblichen psychischen Störungen besteht eine deutliche Unterversorgung. Kinder und Jugendliche mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen – ablesbar an der entsprechenden Codierung – benötigen spezifische Behandlungssettings. Weder in der RPK-Empfehlungsvereinbarung noch in den Kinderrehabilitations-Richtlinien der Träger der Rentenversicherung oder im Gemeinsamen Rahmenkonzept von Renten- und Krankenversicherung werden diese Patientengruppen und ihre Behandlungsbedarfe explizit erwähnt. Die psychischen Störungen der

betroffenen Kinder und Jugendlichen werden durch die Akutbehandlung nicht abgedeckt, sie erhalten keine (geeigneten) Rehabilitationsleistungen beziehungsweise werden auf andere Systeme verwiesen.

Diakonische Dienste und Einrichtungen berichten von erheblichen Problemen bei der Beantragung einer Reha-Leistung und bei der Neugründung von Rehabilitationsdiensten für Kinder und Jugendliche – wie auch für andere Patientengruppen – mit schwerwiegenden Störungen.

2.2 Bedarfsfeststellung und Teilhabebeeinträchtigungen

Keine Diagnosegruppe kann einen Ausschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation begründen, die gesundheitlichen Störungen können in allen F-Diagnosen des ICD-10 abgebildet werden. Im Einzelfall können auch bei dementiellen Erkrankungen und organischen Psychosen sowie bei Intelligenzminderungen rehabilitative Leistungen sinnvoll sein.

Grundsätzlich gilt für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, nicht nur für die Gruppe der psychisch kranken Menschen, dass die Reha-Indikation nicht orientiert an der gesundheitlichen Störung (ICD-10-Diagnose), sondern vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgt, das heißt bei einer gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigung.

So kann ein Rehabilitationsbedarf zum Beispiel begründet werden mit:

- Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, der Konzentration, Leistungsfähigkeit, Merkfähigkeit, Störungen des problemlösenden Denkens, der Bewertungsmöglichkeiten und der Priorisierung (mentale Funktionen)
- fehlenden sozialen Kompetenzen, Problemen bei der Gestaltung von Beziehungen, der Kommunikation, herabgesetzter Konfliktfähigkeit, situationsinadäquatem Verhalten (Kommunikation, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen)
- dem Umgang mit dem Krankheitserleben, einem nicht hinreichend verarbeiteten Krankheitserlebnis, einer Rückfallprophylaxe, dem Umgang mit Krankheitssymptomen, dem Umgang mit dem familiären Bezugssystem im Hinblick auf die Erkrankung sowie der problematischen Integration der Erkrankung in den Lebenszusammenhang, der Selbstwahrnehmung und -einschätzung (unter anderem allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Selbstversorgung).

Grundsätzlich kommen alle Domänen der ICF in Betracht. Schwere Beeinträchtigungen sind kein Ausschlussgrund, vielmehr stellen sich bei ihnen Fragen danach, wie die rehabilitativen Maßnahmen zu gestalten sind und in welchem Rahmen sie stattfinden sollen, damit in einem prognostizierten Zeitrahmen Rehabilitationschancen genutzt werden können.

3 Konzeptionelle und strukturelle Probleme der medizinischen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen und aktuelle Probleme der Versorgungspraxis

Während für Menschen mit psychosomatischen Störungen ein breites Netz vor allem stationärer Reha-Einrichtungen vorhanden ist, gibt es für Menschen mit schweren, auch chronischen psychischen Störungen kaum rehabilitative Angebote. Gerade für chronisch kranke Menschen, die keine oder nur wenige Chancen am Arbeitsmarkt haben, gibt es keine medizinisch-rehabilitativen Dienste und Einrichtungen oder aber vorhandene rehabilitative Angebote werden von den Leistungsträgern nicht belegt.

3.1 Konzeptionelle und strukturelle Fehlentwicklungen

Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe vermuten als Hintergrund für die skizzierte Schiefelage nicht vornehmlich ökonomische Interessen der Reha-Träger oder ein wenig ausgebildetes Bewusstsein von SGB IX-Verpflichtungen, sondern auch konzeptionelle Missverständnisse der medizinischen Rehabilitation. Es sind vor allem vier Gründe, die anzusprechen sind:

1. Im Kontext der Psychiatriereform hatte die Expertenkommission 1988 vier Funktionsbereiche unterschieden: Hilfen zur Behandlung und Rehabilitation, Hilfen im Bereich Wohnung, Hilfen im Arbeitsleben sowie Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte. Trotz erheblicher – auch struktureller – Reformen in der psychiatrischen Versorgung, der Hilfen im Arbeitsleben und im Bereich Wohnen wurden die in der Psychiatriereform formulierten Ansätze bezogen auf die medizinische Rehabilitation in der sozialen Realität nicht flächendeckend umgesetzt. Träger des Reformprozesses waren und sind maßgeblich die Kommunen und Kreise, die die Rehabilitation psychisch Kranker vornehmlich als soziale Eingliederung in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit verantworten.

Medizinisch-rehabilitative Leistungen gerieten bei Umsetzung der Psychiatriereform oftmals aus dem Blick – der Rehabilitationsgedanke wird stattdessen unmittelbar mit Hilfen in den genannten Bereichen identifiziert.

Oftmals hat sich in den Regionen parallel dazu ein akut-medizinisch ausgerichtetes Geflecht von stationären und ambulanten Einrichtungen entwickelt, die Leistungen nach den SGB V erbringen. Zwischen beiden Bereichen bestehen kaum Verbindungen. Die medizinische Rehabilitation könnte eine Brückenfunktion wahrnehmen.

2. In der sozialpsychiatrischen Praxis besteht zwischen (Akut-) Behandlung (Kuration) und Rehabilitation ein Kontinuum. So kann ein bestimmtes Milieu des Wohnens und der Freizeitgestaltung therapeutische Wirkungen zeitigen, ebenso die Eingliederung in Arbeitsverhältnisse. Diese (im weiteren Sinne des Wortes verstandenen) milieuthérapeutischen Ansätze sind jedoch umso erfolgreicher, je deutlicher sie in ein umfassendes Konzept mit spezifisch medizinisch-rehabilitativen Elementen integriert sind.
3. Die Ausblendung spezifischer medizinisch-therapeutischer Leistungen ist auch in dem Missverständnis begründet, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Chronizität von Krankheit schlossen einander aus. Das ist mitnichten so. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dienen nicht nur der restitutio ad integrum, also einer vollständigen Wiederherstellung, sondern auch der teilhabeorientierten Krankheitsbewältigung sowie dem Umgang mit unter Umständen bleibenden Strukturschädigungen und Funktionsstörungen. Die mit einer rehabilitativen Intervention verfolgten Ziele sind mit dem Rehabilitanden auszuhandeln. Dies ist beileibe keine Besonderheit der psychiatrischen Rehabilitation, sondern gilt auch etwa in der geriatrischen oder der neurologischen Rehabilitation. Medi-

zinische Rehabilitation hat auch das Ziel, möglichen Behinderungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder Verschlimmerungen zu verhüten.

4. Dadurch, dass die medizinischen Rehabilitationsansprüche psychisch kranker Menschen nicht wahrgenommen werden, wird ihre Chronifizierung gefördert. Auf diese Weise schafft sich das System seine chronisch erkrankten und behinderten Patienten selbst. Wird Rehabilitationsbedarf festgestellt, ist oftmals kein geeignetes Angebot vorhanden (oder es gibt lange Bearbeitungs- und Wartezeiten). In anderen Konstellationen werden Leistungen der Eingliederungshilfe nicht gewährt, da andere Leistungsträger vorrangig zuständig seien, entsprechende Leistungsangebote stehen aber nicht zur Verfügung. Es besteht so das Risiko, dass psychisch kranke Menschen gleichsam „zwischen den Systemen hängen“.

3.2 Aktuelle versorgungsstrukturelle Probleme

Die skizzierten konzeptionellen und strukturellen Probleme der psychiatrischen Rehabilitation prägen die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen.

1. Die Genehmigungspraxis der Rehabilitationsträger – zumeist der Krankenkassen – wird von den betroffenen Menschen und von Leistungserbringern als sehr rigide wahrgenommen. Eine schwere psychische Störung wird grundsätzlich nicht als Anhaltspunkt für eine medizinische Rehabilitationsleistung gesehen. Dies ist mit der Maßgabe des SGB IX und den Gemeinsamen Empfehlungen der Reha-Träger (vgl. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, BAR, Frankfurt/Main 2014) nicht in Übereinstimmung zu bringen.
2. Nach der Phase der Akutbehandlung, etwa in einem Krankenhaus, werden viele Menschen mit psychiatrischer Diagnose entweder nur ausschließlich pharmakologisch behandelt – und damit endet ihre medizinisch-therapeutische Versorgung – oder sie wohnen beziehungsweise verbringen ihre Freizeit in tagesstrukturierenden Einrichtungen oder betreuten Wohnformen, die sozialrechtlich der Eingliederungshilfe zugeordnet sind und von den Trägern der Sozialhilfe verantwortet werden.
3. Wird die Reha-Maßnahme erbracht, stellt sich das Problem der Koordination dieser Leistungen mit anderen Leistungen von Sozialleistungsträgern. Oftmals werden die Koordinierungsverpflichtungen des § 10 SGB IX nicht eingehalten. Entgegen den Bestimmungen des SGB IX kommt es immer wieder zu Unklarheiten bei Zuständigkeitsfragen oder dazu, dass die in § 14 SGB IX formulierten Fristen nicht eingehalten werden.
4. Trotz der Tatsache, dass Menschen mit komplexen psychischen Störungen oftmals Hilfebedarf haben, der verschiedenen Funktionssystemen zuzuordnen ist, sind auch bei komplexen Fällen eine träger- und sektorenübergreifende Bedarfsfeststellung, Therapie- und Rehabilitationsplanung sowie Leistungssteuerung nicht die Regel.
5. Während sich für viele somatische Indikationen das Institut der Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem akutmedizinischen Krankenhausaufenthalt bewährt hat, gibt es für psychiatrische Patienten kaum ambulante oder stationäre Angebote der Anschlussrehabilitation. Rehabilitative Behandlungsansätze werden aber auch im Rahmen des akutmedizinischen Klinikaufenthalts nicht in dem Ausmaß und der Intensität erbracht, die notwendig wären. Früher in den Kliniken bestehende Rehabilitationsstationen wurden abgeschafft.
6. Stattdessen ist zu konstatieren, dass die psychiatrische Akutbehandlung aus ökonomischen Gründen verkürzt wird. Aufgrund problematischer Refinanzierungsmöglichkeiten werden rehabilitative Behandlungsansätze an den Rand gedrängt. Der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe wird nicht gedeckt. Dies birgt, verbunden mit der fehlenden Anschlussrehabilitation, die Gefahr einer Chronifizierung der Erkrankung und trägt entscheidend zum Phänomen der sogenannten drehtürpsychiatrischen Patientenkarrieren bei.
7. Werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht, steht oftmals die berufliche Eingliederung im Fokus. Das ist für eine Teilgruppe der psychisch kranken Menschen aber nicht zielführend. Die Fähigkeit zur beruflichen Rehabilitation und damit zur Teilhabe am Arbeitsleben sollte nicht Voraussetzung, sondern ein mögliches Ziel von medizinischer Rehabilitation sein. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu überwinden beziehungsweise zu mindern ist eines von mehreren Zielen von Leistungen zur Teilhabe. Es steht nicht bei allen Menschen im Vordergrund. Medizinisch-rehabilitative Angebote sollten so genutzt werden, dass alle Teilhabeleistungen und -ziele verfolgt werden können.
8. Trotz der rehabilitativen Unterversorgung wird es den Einrichtungsträgern sehr schwer gemacht, Angebote aufzu-

bauen. Oftmals gehen dem Abschluss von Verträgen mit einem Reha-Träger jahrelange Auseinandersetzungen voraus – ohne, dass ein Versorgungsvertrag die Belegung auch garantiert. Soll der medizinisch-rehabilitative Dienst jedoch ein Baustein in einem sozialpsychiatrischen Zentrum

oder in einem Verbund von Diensten sein, ist Planungssicherheit geboten. Gerade wenn ein Aufbau rehabilitativer Parallelstrukturen zu bestehenden gemeindepsychiatrischen Verbänden nicht angestrebt wird, sind flexible, alltagsnahe Regelungen notwendig.

4 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch kranken Menschen entwickeln

Aus den skizzierten Problemkomplexen ergibt sich für Diakonie Deutschland und BeB Reformbedarf auf drei verschiedenen Ebenen: Hinsichtlich der Konzept- und Strukturentwicklung der psychiatrisch-medizinischen Rehabilitation, hinsichtlich des Rechts und der Praxis des SGB V und des SGB IX sowie einer politisch verantworteten sozialräumlichen Gestaltung der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

4.1 Konzept- und Strukturentwicklung in der psychiatrischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation vermittelt ein Krankheitsbeziehungsweise Salutogenese-Konzept, fördert die systemische Auseinandersetzung mit Beeinträchtigungen im Kontext der Familie, entwickelt gezielte Übungsmaßnahmen und psychotherapeutische Interventionen zur Wiedererlangung der verloren gegangenen Funktionalität, der Aktivierung, des Erlebens von Selbstwirksamkeit und der Entwicklung von Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf die eigene Lebensgestaltung.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der ICF nicht (nur) körperfunktionsbezogen, sondern teilhabeorientiert. Voraussetzung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist geradezu die Teilhabebeeinträchtigung, die sich vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren aus den gesundheitlichen Problemen ergibt, die mit Strukturschädigungen und Funktionsstörungen verbunden sind. Auch psychische Störungen werden unter den Begriffen der Strukturschädigungen beziehungsweise Funktionsstörungen subsumiert. Sofern rehabilitative Leistungen für und mit psychisch kranken Menschen erbracht werden, stehen sie immer, wie auch bei den somatischen Indikationen, im Zusammenhang mit Aktivitäten und Partizipation. Zugleich zeichnet sich die medizinische Rehabilitation bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen durch Besonderheiten aus:

„Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträch-

tigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen üblichen Lebenskontext üblich) erachtet werden. In dieser Zielsetzung sind bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen von besonderer Bedeutung:

- die seelische und körperliche Stabilisierung,
- die Entwicklung von Fähigkeiten und die Stärkung des Willens zur Krankheitsbewältigung/Motivation,
- die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung,
- die Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf gegebenenfalls erforderliche weiterführende Maßnahmen, beispielsweise im berufsfördernden Bereich (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) – Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen; S. 15, Frankfurt 2010).

Wie bei den somatischen Indikationen zeichnet sich die medizinische Rehabilitation auch hier durch eine Kombination medizinischer, psychologischer, pädagogischer und weiterer Hilfen aus. Im Unterschied zu den meisten somatischen Indikationen stehen hier jedoch nicht körperbezogene Interventionen im Vordergrund.

Der Strukturentwicklung in der psychiatrischen Rehabilitation muss ein überdachtes sozialpsychiatrisches Konzept zugrunde liegen. Mit der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ der BAR (2010) liegt eine plausible konzeptionelle Grundlage für die Praxis der

psychiatrischen Rehabilitation vor, die zusammen mit den in der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Gemeindepsychiatrischen Verbände formulierten Grundsätzen eine gute inhaltliche Grundlage für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Rehabilitation sein kann. Neben der ICD-10-Diagnose sind für die Behandlung diagnoseübergreifende und in der Sprache der ICF auszudrückende Sachverhalte, die die neun ICF-Domänen berühren, bezüglich Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Erst vor dieser Matrix ist der Bedarf an psychiatrischen Hilfen zu ermitteln. Oftmals noch nicht in der Praxis umgesetzt ist ein integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (vgl. BAR 2010: 51 ff.). Leitlinien und Prinzipien für die Ausgestaltung und Organisation der psychiatrischen Praxis sind demnach folgende Punkte:

- Gemeindeintegrierte Hilfen,
- Koordination und Zugänglichkeit der Angebote,
- Flexible, am individuellen Bedarf orientierte Hilfe,
- Kontinuität,
- Realitätsnähe und Lebensfeldbezug,
- Einbeziehung des sozialen Umfelds,
- rehabilitationsförderndes Milieu,
- multidisziplinäres Team.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problemanalyse und im Anschluss an die obigen Konzepte ist es notwendig, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von chronisch psychisch kranken Menschen konzeptionell erschlossen werden.

Die Diakonie Deutschland und der BeB schlagen dazu eine Vereinbarung zwischen den Rehabilitationsträgern, den Vertretern der fachlich-wissenschaftlichen Expertise, den Leistungserbringern und den Verbänden, die die Anliegen und Interessen psychisch kranker Menschen vertreten, auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vor.

Im Einzelnen ist das rehabilitative Versorgungssystem für chronisch psychisch kranke Menschen in folgenden Hinsichten zu reformieren:

- Die medizinische Rehabilitation muss Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden. Die sozialpsychiat-

rische Reform muss sich rehabilitativ qualifizieren. Dies bedingt nicht die Schaffung gänzlich neuer Einrichtungstypen. Die Stärkung der medizinischen Rehabilitation ist eine funktionale Aufgabe der Gemeindepsychiatrischen Verbände. Bestehende Dienste und Einrichtungen nehmen bereits jetzt medizinisch-rehabilitative Aufgaben wahr, dies jedoch oft nicht explizit auf der Grundlage eines Reha-Assessments, im Rahmen eines Rehabilitationsplans und leistungsrechtlich nicht als solche definiert. Mit Diensten und Einrichtungen, die medizinisch-rehabilitative Leistungen erbringen, haben die Rehabilitationsträger Verträge nach § 21 SGB IX entsprechend dem Leistungserbringungsrecht zu schließen. Ihre Finanzierung muss den Aufgaben und den zu vereinbarenden Qualitätsstandards entsprechend auskömmlich sein. Vertragspartner vornehmlich der Krankenkassen können sein: RPK-Einrichtungen, Krankenhäuser, gemeindepsychiatrische Zentren, ambulante beziehungsweise mobile Rehabilitationsdienste oder medizinisch-rehabilitativ qualifizierte Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

- Der im Rahmen der gemeindenahen Verbände erfolgende Ausbau der medizinischen Rehabilitation – auf diese Weise soll sozialräumliche Verankerung sichergestellt werden – für chronisch psychisch kranke Menschen muss vornehmlich, wenn irgend möglich, ambulant ausgerichtet sein. Die Diakonie Deutschland und der BeB plädieren für ein differenziertes Geflecht von Diensten und Einrichtungen, das den unterschiedlichen Bedarfen der Rehabilitanden gerecht wird.
- Die Anschlussrehabilitation für die Patientinnen und Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt mit psychiatrischer Indikation eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten, muss etabliert beziehungsweise ausgebaut werden. Dies setzt voraus, dass bereits im Krankenhaus die Bedarfserhebung und damit das Rehabilitationsverfahren eingeleitet werden.
- Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPKs), die von den Leistungsträgern belegt werden, um eine Komplexleistung für die Patienten zu erbringen, die eine positive Prognose für die Teilhabe am Arbeitsleben haben, sind eingebettet in die gemeindenahen Verbände als vorwiegend ambulante Dienste auszubauen. Durch den Besuch einer RPK kann auch die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass eine Person anschließend in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder im Rahmen stundenweiser Beschäftigung arbeitet. Die Kompetenzen der RPKs sind über ihre Leistungen, die die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Rehabilitanden verbessern sollen, für die

Aufgaben der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu nutzen.

- Die Versorgungsverpflichtung im Sozialraum muss durch die lokalen Akteure verbindlich geregelt werden. Dazu sind sektorenübergreifende fachliche Regelungen zu vereinbaren.

4.2 Weiterentwicklung von Recht und Praxis des SGB V und weiterer Gesetzbücher

Die Diakonie Deutschland und die BAGFW haben an anderen Stellen die Zugangshürden für die medizinische Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung kritisiert. Diese Problematik betrifft über den Kreis psychisch kranker Menschen hinaus alle „Reha-Fälle“ in der Zuständigkeit der GKV. Deshalb sollen die Anliegen nur sehr kurz skizziert werden:

- Ermittlung von Rehabilitationsbedarf losgelöst von vorheriger ambulanter Behandlung: Dem gestuften Verfahren, nachdem die Krankenkasse zunächst ambulante Krankenbehandlung erbringt, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, liegt ein sequentielles Krankheitsverständnis zugrunde, das mit der Realität chronischer Erkrankungen wenig zu tun hat und immer wieder zu einer verspäteten – statt frühzeitigen – Feststellung des Rehabilitationsbedarfs führen kann. Deshalb ist bei Vorliegen von Anhaltspunkten (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, hier: § 10) der Rehabilitationsbedarf unabhängig davon zu ermitteln, ob Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung zur Erreichung der Ziele nach § 11 Abs. 2 erbracht werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der medizinischen Rehabilitation bleibt davon unberührt.
- Beantragung: Die Diakonie Deutschland und der BeB begrüßen ausdrücklich, dass durch eine Veränderung der Reha-Richtlinien das sogenannte zweistufige Verfahren stark eingeschränkt wird. Es gilt nur noch, wenn für den beantragenden Arzt die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers unklar ist. Bei vielen psychisch erkrankten Menschen kann dies der Fall sein. Diakonie Deutschland und BeB sind auch deshalb der Auffassung, dass § 14 SGB IX immer anzuwenden ist.
- Bewilligungsverfahren: Für alle Rehabilitationsträger sollte gelten, dass eine Ablehnung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur noch dann erfolgen

kann, wenn der Rehabilitationsträger auch geprüft hat, ob eine Amtsermittlung – das heißt im Zweifelsfalle eine Rücksprache mit der Ärztin beziehungsweise dem Arzt oder der Patientin oder dem Patienten – die Aussagefähigkeit des Rehabilitationsantrags verbessert. Eine entsprechende Regelung ist im SGB IX aufzunehmen.

- Rehabilitationsverständnis: Eine auch über eine längere Zeit verlaufende psychische Störung ist immer Anhaltspunkt für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. In dieser Hinsicht bedarf es bei den Rehabilitationsträgern eines Wandels im Verständnis der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit bei psychischer Krankheit. Vor diesem Hintergrund sind die Bewilligungsverfahren der Reha-Träger weiterzuentwickeln und zu validieren.
- Menschen im SGB-II-Bezug: Für Menschen, die Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) beziehen, sind in der Regel, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei der Rentenversicherung nicht erfüllt sind, die Krankenkassen die zuständigen Träger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Diakonie Deutschland und der BeB setzen sich dafür ein, dass Menschen im SGB-II-Bezug, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben eingeschränkt sind, die für sie geeigneten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch tatsächlich erhalten. Die Träger des SGB II müssen ihrer Verpflichtung nachkommen, Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erheben.
- Eingliederungshilfe und medizinische Rehabilitation: Leistungen zum Leben in der Gemeinschaft in der Zuständigkeit der Träger der Eingliederungshilfe und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation schließen sich nicht aus. Erstere sind kein Ausschlussgrund, denn auch bei psychisch kranken Menschen, die aufgrund der psychischen Beeinträchtigung Behindertenstatus haben, können medizinisch-rehabilitative Leistungen eine Behinderung je nach Fallgestaltung wenn nicht beseitigen, so doch unter Umständen mindern, ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mildern (vgl. § 4 Abs. 1 SGB IX).

4.3 Reform des SGB IX

Die Diakonie Deutschland hat zuletzt in ihrem gesundheitspolitischen Positionspapier (Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014) für eine Weiterentwicklung des SGB IX plädiert. Die mehr als zehnjährige Erfahrung mit der Umsetzung des SGB IX zeigt, dass das allgemeine Teilhabe-

recht in vielen Hinsichten weiterentwickelt werden muss. Um den Rahmen dieses Papiers nicht zu sprengen, sollen nur zwei Punkte genannt werden: Diese betreffen zum einen die Verpflichtung zur Bildung gemeinsamer regionaler Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger zur Umsetzung ihrer gemeinsamen Infrastrukturverantwortung. Und zum anderen die Sicherstellung einer frühzeitigen und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und des darauf bezogenen Leistungsprozesses.

Psychische Erkrankungen verlangen aufgrund ihrer Komplexität und ihrer wechselhaften Verläufe, dass der individuelle Rehabilitationsprozess zwischen den verschiedenen Akteuren beziehungsweise Sektoren (etwa der ärztlichen ambulanten Versorgung, der medizinischen Rehabilitation, arbeitsmarkt-integrativen Leistungen, der sozialen Rehabilitation) abgestimmt wird. Träger- und sektorenübergreifende Teilhabe-konferenzen stellen ein geeignetes Instrument dar. Die Diakonie Deutschland und der BeB unterstützen nachdrücklich das Anliegen, die Durchsetzung der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung dadurch zu stärken, dass ein individueller Anspruch auf ein Verfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger ausdrücklich normiert wird (vgl. auch die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung des SGB IX vom 20.03.2013). Auf diese Weise würde dem Gebot des SGB IX zur Kooperation und Koordination der Leistungsträger unabhängig von Zuständigkeitsfragen stärker Geltung verschafft.

4.4 Politische Verantwortung für die gesundheitliche, auch gemeindepsychiatrische Versorgung stärken

Die Diakonie Deutschland und der BeB sprechen sich dafür aus, dass die Versorgung in den Ländern und Regionen, im Sozialraum, politisch verantwortet, das heißt, nicht dem Wettbewerb überlassen wird. Die Rehabilitationsträger sind bereits jetzt (durch den § 19 SGB IX) dazu verpflichtet, gemeinsam und unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Politisch sind nach diakonischer Auffassung Rahmenvorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung zu setzen, die die Selbstverwaltung ausfüllt. Geschieht dies nicht, erhalten die Länder Durchgriffsrechte. Begleitet werden muss diese Umstellung durch eine Veränderung der Aufsichtsstrukturen. Der bundesweiten Verwirklichung gemeindepsychiatrischer Verbände mit medizinisch-rehabilitativem Baustein, die verbindliche Kooperation der beteiligten Leistungsträger und -erbringer und die Übernahme der sektorenübergreifenden sozialräumlichen Versorgungsverantwortung durch die Akteure vor Ort ist ein wesentliches Element der Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie.

Mitwirkende an diesem Positionspapier:

Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland

Dr. Katharina Ratzke, Diakonie Deutschland

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, für den BeB, Evangelische Gesellschaft Stuttgart

Auszug Diakonie Texte 2013/2014/2015

- 01.2016 Junge Menschen (18 bis 27 Jahre) zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos
Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung
- 06.2015 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2014 05.2015
Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie
Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen
- 04.2015 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2014
- 03.2015 Strategie im Vergabeverfahren
Handreichung für Diakonische Träger
- 02.2015 Gerechte Teilhabe durch Arbeit
- 01.2015 Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz
- 11.2014 Arbeitsmigration und Pflege – Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger
- 10.2014 Wie sehen Sie sich selbst? Die Akteure für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Diakonie
- 09.2014 Fragen und Antworten zu den rechtlichen Handlungsspielräumen der Schuldnerberatung
- 08.2014 Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- 07.2014 Positionen zur Aufnahme, Wohnraumversorgung und Unterbringung von Flüchtlingen
- 06.2014 Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland: Freizügigkeitsrecht und Anspruch auf Sozialleistungen
- 05.2014 Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- 04.2014 Gewährleistung von Wohnraum als Teil eines menschenwürdigen Existenzminimums
- 03.2014 Familienpolitische Positionierung: Was Familien brauchen – Verwirklichung und Teilhabe von Familien
- 02.2014 Handreichung zu Schweigepflichtentbindungen für Mitarbeitende in der Diakonie
- 01.2014 Diakonische Positionen zu einem Bundesleistungsgesetz zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- 11.2013 Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014
- 10.2013 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2013
- 09.2013 Pflegestatistik zum 15.12.2011

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de
www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Tomas Steffens
Telefon: +49 30 652 11-1665
tomas.steffens@diakonie.de
Dr. Katharina Ratzke
Telefon: +49 30 652 11-1659
katharina.ratzke@diakonie.de
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege

Prof. Dr. Jürgen Armbruster
Bundesverband ev.
Behindertenhilfe
Telefon: +49 30 83001-273
Telefax: +49 30 83001-275
jueergen.armbruster@eva-stuttgart.de

Layout:
A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© März 2016 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-95-6
Art.-Nr. 613003026

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de