

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Psychiatrische Rehabilitation

Lenz G, Schosser A

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2015; 16 (4), 164-167

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Psychiatrische Rehabilitation

G. Lenz¹, A. Schosser^{1,2}

Kurzfassung: Psychiatrische Rehabilitation dient der Wiedereingliederung ins berufliche und wirtschaftliche Leben sowie in die Gemeinschaft und kann in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation unterteilt werden. Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über die Behandlung von Krankheit hinaus v. a. die Beziehung zu Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen. Sie stellt damit ein Bindeglied zwischen akut-psychiatrischer Versorgung und beruflicher Rehabilitation dar und soll eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeits- und Gesellschaftsleben abwenden, beseitigen oder mildern. Hingegen

kann die berufliche Rehabilitation entweder gezielt arbeitsbezogene Kompetenzen zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung fördern oder sie zielt auf eine institutionell organisierte Reduktion von Anforderungen ab (z. B. geschützter Arbeitsplatz, sozialökonomische Betriebe, fähigkeitsorientierte Tagesstruktur).

Schlüsselwörter: psychiatrische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation

Abstract: Psychiatric Rehabilitation. Psychiatric rehabilitation provides a basis for vocational, economic, as well as social reintegration, and can be divided in medical, vocational, and

social rehabilitation. Medical rehabilitation includes a holistic approach, considering, beyond treatment of disease, particularly the connection to context factors in order to enable the best possible rehabilitation success with regard to participation in social and vocational life. Therefore, medical rehabilitation links acute psychiatric treatment and vocational rehabilitation, aiming to avert, eliminate, or reduce impairment of participation in vocational and social life. Vocational rehabilitation focuses either on enhancing work-related competence or reducing institutionally organised requirements. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2015; 16 (4): 164–7.**

Key words: psychiatric rehabilitation, vocational rehabilitation

■ Einleitung und gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation

Der Begriff „Rehabilitation“ bezeichnete in der Psychiatrie lange Zeit in erster Linie ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen der Rehabilitation bzw. psychosoziale Dienste, vorrangig abgestimmt auf die Bedürfnisse von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen mit starken sozialen sowie funktionellen Beeinträchtigungen [1]. Damit erfüllten diese Menschen die Kriterien der „severe mental illness“ und machten insgesamt einen relativ geringen Anteil an psychischen Erkrankungen (überwiegend psychotische Erkrankungen sowie schwere Persönlichkeitsstörungen) in der Bevölkerung aus [2].

Mit der 32. ASVG- (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) Novelle (1976) wurde zum ersten Mal eine Unterscheidung in medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation gemacht [3]. Dabei dient Rehabilitation der Wiedereingliederung der Betroffenen ins berufliche und wirtschaftliche Leben sowie in die Gemeinschaft, d. h. die zu rehabilitierende Person soll wieder in die Lage versetzt werden, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben sowie in der Gemeinschaft einen ihr angemessenen Platz einzunehmen [4]. Im Strukturanpassungsgesetz fand 1996 eine neuerliche Novellierung des Rehabilitationsrechts statt, indem der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ erstmals verankert wurde und im Budgetbegleitgesetz (BBG) 2011 verstärkt wurde. Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz (SRÄG) 2012 gebührt Personen, die mit 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, künftig Rehabilitationsgeld (medizinische Rehabilitation) bzw. Umschulungsgeld (berufliche Rehabilitation),

wobei ein Anspruch auf die notwendigen und zweckmäßigen Rehabilitationsmaßnahmen entsteht.

■ Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der über die Behandlung von Krankheit hinaus v. a. die Beziehung zu Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen. Damit stellt medizinische Rehabilitation ein Bindeglied zwischen akut-psychiatrischer Versorgung und beruflicher Rehabilitation dar und soll eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeits- und Gesellschaftsleben abwenden, beseitigen oder mildern.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wurde 2001 von der World Health Organisation (WHO) zur Beschreibung des funktionellen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen verabschiedet. Damit basiert sie auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell: Der Fokus verschiebt sich vom Defizit der Person weg hin zur Betrachtung einer Person in ihrer Umwelt und definiert Gesundheit im umfassenden Verständnis in der Abhängigkeit von ihrer Möglichkeit der Teilhabe (Partizipation). Das Hauptziel der ICF ist eine gemeinsame Sprache zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit, welche die Kommunikation zwischen Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen erleichtern soll.

Phasenmodell der Rehabilitation

Der Rehabilitationsprozess beinhaltet grundsätzlich 4 Phasen, die in Anlehnung an die Einteilung der WHO für die kardiologische Rehabilitation auf alle anderen Indikationsbereiche der Rehabilitation und somit auch auf die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation übertragen wurden [5]: Phase I bezeichnet die Frühmobilisation bzw. die akute Krankenbehandlung

Eingelangt am 10. Februar 2014; angenommen am 5. März 2015; Pre-Publishing Online am 5. Juni 2015

Aus der ¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien; dem ²Zentrum für Seelische Gesundheit Leopoldau, BBRZ-Med, Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: gerhard.lenz@meduniwien.ac.at

(auch „Akutrehabilitation“), wobei es sich dabei nicht um Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts handelt; Phase II schließt entweder an die Phase I im Sinne eines „Anschlussheilverfahrens“ bzw. „Rehabilitation nach Unfall“ an den Aufenthalt im Akutkrankenhaus an oder an eine akute Krankenbehandlung im extramuralen Bereich im Sinne eines „Rehabilitationsheilverfahrens“ [5]; Phase III erfolgt nur im Anschluss an Phase II zum Zwecke der Stabilisierung der dort erreichten Effekte [5], wobei diese Phase in ambulanter Form und wohnortnah erfolgen soll (derzeit in der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation in Österreich leider noch nicht etabliert); Phase IV bezeichnet die langfristige ambulante Nachsorge, die wohnortnah stattfinden soll und auch als „Langzeitrehabilitation“ zur weiteren Stabilisierung und Festigung der Effekte der vorangegangenen Phasen bezeichnet wird.

Stationäre und ambulante medizinisch-psychiatrische Rehabilitation (Phase II)

Die stationäre medizinische Rehabilitation umfasst Aufenthalte in Krankenanstalten, die in erster Linie der Rehabilitation dienen, wobei die Aufnahme entweder unmittelbar bzw. innerhalb von 12 Wochen nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer rehabilitationsrelevanten Krankenbehandlung (Anschlussheilverfahren) erfolgt.

Unter ambulanter medizinischer Rehabilitation versteht man hingegen all jene Angebote der Rehabilitation, die nicht an eine Übernachtung der Betroffenen geknüpft ist, wobei die ambulante Rehabilitation in der Phase II denselben Grundsätzen unterliegt wie die stationäre Rehabilitation und von der ambulanten Rehabilitation in der Phase III in Abgrenzung zu sehen ist. In beiden Fällen ist die Stabilität einer Person in dem Ausmaß Voraussetzung, dass rehabilitative Therapien in erforderlicher Intensität und Dauer (mindestens 2–3 Stunden täglich) durchgeführt werden können. In Österreich begannen die ersten stationären medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationsprojekte im Jahr 2002 in Bad Hall, OÖ (promente-reha.at/sonnenpark-bad-hall/das-haus), und Klagenfurt (www.seelischereha.com), anschließend erfolgte schrittweise eine flächendeckende Versorgung. Im Jahr 2010 eröffnete in Wien-Leopoldau (www.bbrz-med.at) schließlich die erste ambulante psychiatrische Rehabilitation, weitere ambulante Rehabilitationszentren in Linz, Salzburg und Graz wurden mittlerweile eröffnet.

Vorteile einer ambulanten Rehabilitation sind unter anderem eine bessere Integrierbarkeit der Therapie in den Alltag, Erfüllung nicht delegierbarer häuslicher Pflichten, mehr Arbeitsorientierung durch die tägliche Fahrt von zu Hause an die Klinik, Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen, Aufbau sozialer Netzwerke in heimischer Umgebung, Nahtstellenmanagement zu nachsorgenden Einrichtungen vor Ort, Kontaktaufnahme zum Betrieb oder Einleitung einer beruflichen Rehabilitation oder verbesserte Kooperation mit Nachsorgeeinheiten der Phase IV.

Indikation medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation (Phase II)

Im Rehabilitationsplan 2012 [5] werden innerhalb der Strukturqualitätskriterien folgende Zielgruppen für die stationäre psychiatrische Rehabilitation (Phase II) definiert, die auch für die ambulante psychiatrische Rehabilitation gelten: (1) Pa-

tienten ohne ausreichende Stabilisierung nach einem Krankenhausaufenthalt im Sinne eines „Anschlussheilverfahrens“, (2) Personen mit bereits längerem bzw. gehäuften Krankenstand aufgrund psychischer Probleme im Sinne von „Früherfassungsfällen“, (3) aufgrund einer psychischen Erkrankung von Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität bedrohte Personen sowie (4) Personen, die einen Antrag auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsrente stellen.

Folgende diagnostische Gruppierungen nach ICD-10 stellen Indikationen für die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation dar [5, 6]: F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftete Störung), F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) sowie F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Kontraindiziert sind akute psychische oder körperliche Störungen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung, primär hirnorganische Störungen oder Suchterkrankungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose (z. B. dissoziale und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen), nicht ausreichend gegebene Belastbarkeit oder Mobilisierbarkeit, Pflegebedürftigkeit oder fehlende Therapiemotivation.

Durchführung medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation (Phase II)

Die Rehabilitation wird im Rahmen eines multiprofessionellen Teams (FÄ für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Pflegepersonen, Musiktherapeuten, Sporttherapeuten, Diätassistenten) unter fachärztlicher Leitung in Form von 6-wöchigen Programmen in stationären oder ganztagsambulantanten Reha-Kliniken durchgeführt.

Die Rehabilitationsziele beziehen sich nicht nur auf die Verbesserung psychischer Funktionen (z. B. Reduktion von Angst etc.), sondern vor allem auch auf die Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe (Mobilität, Stressbewältigung, Problemlösefertigkeiten etc.) und Kontextfaktoren (Förderung beruflicher Motivation, Arbeitsorganisation, Lebensstiländerung, Angehörigenberatung etc.). Als Beispiel für Therapieumfang und Therapieinhalte können die in der ganztagsambulantanten Reha vorgesehenen 142 Therapieeinheiten (E) über einen fixen 6-Wochen-Zeitraum angeführt werden: Neben regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen und Visiten finden sich insgesamt 54 E Psychotherapie und klinische Psychologie, 36 E Ergotherapie, 18 E Physiotherapie, 12 E Patientenschulung + Sozialarbeit, 1 E Ernährungsberatung, 14 E flexible Aufteilung und 7 nichttherapeutische Einheiten. Die Wirksamkeit der medizinisch-psychiatrischen Reha wurde bereits andernorts dargestellt [7].

■ Berufliche Rehabilitation: Berufliche (Wieder-) Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie

Der Erfolg psychiatrischer Therapie und Rehabilitation muss neben der Verbesserung von Psychopathologie und allgemeiner Lebensqualität auch an bestimmten Maßen der sozialen Integration gemessen werden. Ein wichtiger Indikator ist hier die Inklusion in das Arbeitsleben, bei der allerdings Aspek-

te der Psychopathologie wie kognitive Beeinträchtigungen, emotionale Instabilität, Negativsymptomatik oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale von hoher Relevanz sind. Es müssen daher schon in der medizinischen Rehabilitation psychischer Erkrankungen berufsbezogene Aspekte rechtzeitig berücksichtigt werden [8, 9].

Arbeit gibt Struktur, Identifikation, Anerkennung, Wertschätzung und Sozialkontakte und ist für ein sinnvoll erlebtes Leben meist sehr wichtig. Wegen der gesundheitsförderlichen Wirkung wird der Arbeit auch im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ein großer Stellenwert zugeschrieben [10].

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gelingt es aber oft nur schwer, den Ansprüchen der modernen Arbeitswelt (hoher Leistungsdruck, Konkurrenzdruck, Flexibilität in Bezug auf Einsetzbarkeit und zeitliche Verfügbarkeit, Arbeitsverdichtung – steigendes Arbeitsvolumen bei sinkender Personalzahl – sowie Erosion der Normalarbeitsverhältnisse etc.) gerecht zu werden. Die berufliche Rehabilitation kann hier entweder arbeitsbezogene Kompetenzen fördern oder sie zielt auf eine institutionell organisierte Reduktion von Anforderungen ab (z. B. geschützter Arbeitsplatz, sozialökonomische Betriebe, fähigkeitsorientierte Tagesstruktur etc.).

Die in Österreich (und auch in Deutschland) sozialrechtlich fixierte Trennung zwischen Therapie (Finanzierung vorwiegend durch die Krankenkassen) und Rehabilitation (Finanzierung vorwiegend durch die Pensionsversicherungsanstalt) ist für eine mehrdimensionale Sichtweise, die die psychopathologische Remission und soziale Inklusion zum Ziel aller therapeutischen Bemühungen macht, eher hinderlich. Überdies findet die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation derzeit noch größtenteils in wohnortfernen stationären Rehabilitationskliniken ohne Verbindung zu lebensfeldorientierten Reha-Maßnahmen vor Ort statt (siehe auch [11]).

Strategien der beruflichen Rehabilitation

Im Unterschied zur eher weltweit einheitlichen psychopharmakologischen Behandlung ist die berufliche Rehabilitation sehr abhängig von lokalen gesetzlichen, finanziellen und institutionellen Möglichkeiten und diese Unterschiede machen eine internationale vergleichende Forschung schwierig.

Die berufliche Rehabilitation kann nach 2 verschiedenen Gesichtspunkten geordnet werden [11]: „*Zum einen geht es um die Frage, ob der Schwerpunkt der Bemühungen auf der Vermittlung von Kompetenzen für das betroffene Individuum (personaler Ansatz, ‚skills training‘) oder auf der Schaffung günstiger und behindertengerechter Lebens- und Arbeitsbedingungen (ökologischer Ansatz, ‚environmental resource intervention‘) liegt. Die zweite Unterscheidung kann nach dem methodischen Vorgehen des ‚train and place‘ versus einem ‚place and train‘-Ansatz vorgenommen werden.*“

Personen- versus umgebungszentrierter Ansatz

Unter Arbeitstraining versteht man Maßnahmen, welche die Teilnehmer intensiv auf einen Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt (oder auch in einen geschützten Bereich) vorbereiten. Hier werden fachliche Qualifikationen, aber auch allgemeine Kompetenzen trainiert, wie Konzentration, Pünkt-

lichkeit, Belastbarkeit, Teamfähigkeit, Einhalten von Tagesstrukturen, Erarbeiten von beruflichen Perspektiven etc. Als Vorstufe zu einem Arbeitstraining kann eine Berufsorientierung (Reha-Assessment, Berufspotenzialanalyse, Stabilisierungsmaßnahmen wie IMBUS) sinnvoll sein. Neben dem Arbeitstraining gibt es auch Qualifizierungsmaßnahmen wie Ausbildungen im technischen, kaufmännischen oder IT-Bereich, maßgeschneiderte arbeitsplatznahe Maßnahmen (MAAB) oder berufspraktische Qualifizierungen (BPQ), z. B. im Rahmen der BBRZ-Reha (www.bbrz.at) [12].

Die Alternativstrategie des umgebungszentrierten Ansatzes beinhaltet sozialökonomische Betriebe mit der Möglichkeit eines Arbeitstrainings oder erwerbsorientierter oder fähigkeitsorientierter Tagesstrukturen, z. B. von pro mente (www.promente.at; besonders OÖ, aber auch in den anderen Bundesländern) oder Caritas (z. B. Caritas JobStart Wien oder Reha-Werkstatt St. Pölten; www.psychosozialer-dienst.at), erwerbsorientierte Tagesstrukturen, wie z. B. Reintegra in Wien (www.reintegra.at) oder KOMM 24 von www.promente-wien.at, oder fähigkeitsorientierte Tagesstrukturen für Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung dauerhafte Einschränkungen bei der Berufsausbildung bzw. -ausübung haben (in Wien z. B. Verein LOK [www.lok.at], VAB Werkstätte OPUS [www.werkstaette-opus.at], Reintegra [www.reintegra.at], Bandgesellschaft [www.band.at], in OÖ über pro mente [<http://www.pmoee.at>] in verschiedenen Orten Arbeitstraining oder erwerbs- oder fähigkeitsorientierte Tagesstrukturen mit Bürodienstleistungen, Küchendienst, Restaurant, Hotel, Waschsalon- und Bügelservice, technische Dienste, Minimarkt, Sortier- und Verpackungsservice, Gartenservice etc.). In den übrigen Bundesländern gibt es in unterschiedlichem Umfang ähnliche Angebote, z. B. über pro mente (www.promente.at), BBRZ (www.bbrz.at), Caritas (www.caritas.at), Lebenshilfe (www.lebenshilfe.at), und andere Träger.

Hier wird institutionell ein Milieu geschaffen, in dem ein zeitlich befristetes Arbeitstraining mit Ausrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt möglich ist, in dem aber auch Menschen mit erheblichen Einschränkungen und Defiziten langfristig arbeiten können, da die üblichen Anforderungen an Kommunikationsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit flexibler gehandhabt oder reduziert werden und darüber hinaus noch eine besondere Arbeitsanleitung und psychosoziale Betreuung erfolgt (siehe auch [11]). Hier sind die Selbstwertstützung und die Sozialkontakte im Rahmen einer geregelten sinnvollen Tätigkeit bzw. Tagesstruktur ein wichtiger Ersatz für eine Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt.

„train and place“ versus „place and train“

Der Großteil der beruflichen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum verfolgt den „train and place“-Ansatz. Das bedeutet, dass vor dem Versuch einer Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt ein vorbereitendes Training in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt, wo für eine zukünftige Arbeit wahrscheinlich notwendige Kompetenzen erworben werden. Der Nachteil ist das Transfer-Problem, weil Erfolgchancen unklar bleiben und eine lange Trainingsphase demotivierend wirken kann. Trotzdem gibt es gute Hinweise für die Wirksamkeit dieses Ansatzes, wie z. B. eine neuere kontrollierte Studie aus Deutschland zeigt [13].

Der „place and train“-Ansatz, der den amerikanischen „supported employment“- (SE) oder „individual placement and support“- (IPS-) Programmen zugrunde liegt, verfolgt eine diametral andere Strategie. Die Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgt – bei ausreichender Stabilität – ohne lange Vorbereitungsphase in geschütztem Rahmen. Das Training wird am Arbeitsplatz durch einen Job-Coach durchgeführt, wobei diese Unterstützung zeitlich limitiert oder unlimitiert sein kann. Dies kommt dem Bedürfnis vieler Betroffener entgegen, unter normalen Bedingungen zu arbeiten.

Es gibt eine Reihe von kontrollierten Studien, meist aus dem angloamerikanischen Raum, aber auch aus Europa [14], die die Überlegenheit dieses Ansatzes bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung belegen (Übersicht bei [15]). Auch eine neuere kontrollierte Studie aus der Schweiz zum Thema [16] zeigt die Überlegenheit von „supported employment“ gegenüber traditioneller Arbeitsrehabilitation.

In Österreich ist die Arbeitsassistentin eine im Behinderteneinstellungsgesetz verankerte Dienstleistung, welche Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Ziel der beruflichen Integration anbietet. Das Angebot richtet sich dabei sowohl an Arbeitssuchende (Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Betreuung in der Einarbeitungsphase, sonstige Hilfestellung und Beratung) als auch an Arbeitgeber (Information und Beratung), ist aber kein Job-Coaching.

Fit2work (www.fit2work.at) ist ein Informations- und Beratungsangebot für Personen und Betriebe basierend auf dem Arbeits- und Gesundheitsgesetz (geförderte Initiative von BMASK, AUVA, PVA, GKK, Bundessozialamt und AMS). Es bietet eine kostenlose Beratung bis hin zu Case-Management mit Vernetzung zu relevanten Institutionen, wenn aufgrund von gesundheitlichen Problemen der Arbeitsplatz gefährdet ist, bzw. eine Unterstützung bei beruflicher Wiedereingliederung nach längeren Krankenständen. Es unterstützt Unternehmen dabei, Mitarbeiter mit gesundheitlichen Einschränkungen nachhaltig im Unternehmen zu (re-) integrieren.

Schlussfolgerungen

Die psychiatrische Rehabilitation steht derzeit vor großen Herausforderungen: Ihre Wirksamkeit muss neben der Verbesserung von Psychopathologie und allgemeiner Lebensqualität auch an bestimmten Maßen der sozialen und beruflichen Integration gemessen werden – und das in einer Zeit, in der auch gesunde Menschen oft Schwierigkeiten haben, diese Integration ausreichend zu schaffen.

Die Rehabilitationseinrichtungen müssen daher besser wohnortnahe vernetzt werden (steigende Bedeutung wohnortnaher ganztagsambulanter medizinischer Reha) und sollen in ihrem Programm auch berufliche Orientierungen beinhalten [8, 9].

Insgesamt kann auf eine umfangreiche Evidenz zum Thema Rehabilitation verwiesen werden, die in der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ in den entsprechenden Empfehlungen wiederzufinden ist [17].

Relevanz für die Praxis

Psychiatrische Rehabilitation ist ein wichtiges Bindeglied zwischen Akutversorgung und beruflicher Wiedereingliederung. Speziell die ambulante medizinisch-psychiatrische Rehabilitation bietet die Möglichkeit der wohnortnahen Vernetzung und Integration von Therapiebausteinen, sie wird ergänzt durch die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation.

Interessenkonflikt

Beide Autoren haben keine Interessenkonflikte.

Literatur:

- Haberfellner EM, Gausgruber A, Gausgruber-Berner R, et al. Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall. Ergebnisse einer katamnästischen Untersuchung nach einem halben Jahr. *Neuropsychiatrie* 2004; 18: 18–24.
- Haberfellner EM, Schöny W, Platz T, et al. Evaluationsergebnisse medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatrie* 2006; 20: 215–8.
- Ivansits H. Gesundheitspolitische Dimensionen und Ziele der beruflichen Rehabilitation in Österreich. *WISO* 2012; 4: 15–28.
- Hinterhuber H, Meise U. Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatrie* 2007; 21: 1–4.
- Reiter D, Füllöp G, Gyimesi M, et al. Rehabilitationsplan 2012. *Gesundheit Österreich GmbH*, Wien, 2012.
- Lenz G. Rehabilitation bei psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Reha. *WISO* 2012; 12: 53–68.
- Lenz G. Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen. *Spectrum Psychiatrie* 2013; 3: 19–23.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR). DRV Bund, Berlin, 2012.
- Lenz G, Rabenstein R, Reschauer G (Hrsg.). Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation. *Facultas*, Wien, 2013.
- Stengler K, Riedel-Heller SG, Becker T. Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 2014; 85: 97–107.
- Reker T, Eikelmann B. Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. *Psychiatr Praxis* 2004; 31 (Suppl 2): S251–S255.
- Reschauer G, Morais L, Wilflingseder G, et al. Berufliche (Re-) Integration von psychisch erkrankten Menschen – Ihre Bedeutung sowie strukturelle Angebote – Schwerpunkt Wien. In: Lenz G, Rabenstein R, Reschauer G (Hrsg.). Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation. *Facultas*, Wien, 2013; 135–47.
- Watzke S, Galvao A, Brieger P. Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany – a controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 523–31.
- Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–52.
- Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31: 280–90.
- Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, et al. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 157–67.
- DGPPN (Hrsg.). S3-Leitlinien psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin, 2012.

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Langjährige klinische und Forschungstätigkeit in verschiedensten Bereichen der Psychiatrie an der Univ.-Klinik für Psychiatrie, AKH Wien von 1973–2010 (Schwerpunkt Verlaufsforschung schizophrener und affektiver Störungen, Habilitation über Verlauf und Prophylaxe bei schizoaffektiven Störungen, Phasenprophylaxe und Psychotherapie bei bipolaren Störungen, therapieresistente Depressionen, postpartale Depression, Verhaltenstherapie bei Angststörungen, Depression und Persönlichkeitsstörungen). Zuletzt großes Forschungsprojekt zur kognitiven Verhaltenstherapie bei bipolaren Störungen.

Über 150 Publikationen, mehrere Buchpublikationen.

2010–2013 Leiter des neu errichteten Zentrums für seelische Gesundheit Leopoldau, BBRZ-Med in Wien 21 (erste ambulante Rehaklinik für Patienten mit psychischen Störungen; www.bbrz-med.at). Seit Jänner 2013 Tätigkeit vorwiegend in der Privatordination, wissenschaftliche Tätigkeit und Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten in Verhaltenstherapie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)