

Protokoll / Bericht über das

**Expertengespräch zur  
psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung  
in der stationären medizinischen Rehabilitation<sup>1</sup>**

am 29. April 2004, 11.00 bis 17.00 Uhr,  
in Frankfurt am Main beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)

Auf Einladung der **Bundespsychotherapeutenkammer** in Zusammenarbeit mit dem **Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation** im **Berufsverband Deutscher Psychologen** und der **Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie** referierten und diskutierten:

- *Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer:* Dipl.-Psych. Detlev Kommer, Dipl.-Psych. Hermann Schürmann (beide Bundesvorstand); Dipl.-Psych. Jürgen Kammler-Kaerlein, Dr. Heiner Vogel (beide Ausschuss Angestellte Psychotherapeuten)
- *Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz:* Rechtsanwalt Werner Franken
- *Vertreter der Rentenversicherung:* Dr. Ulrike Worringen (BfA), Fachaufsicht Psychologie, Fr. Dipl.-Psych. Heike Schäfer (VDR), Reha-Wissenschaftl. Abteilung
- *Sprecher des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation:* Dipl.-Psych. Sigi Casper, Nassau, Hr. D. Schmucker, Dr. Rudolf Schulte, Bad Rothenfelde
- *Vertreter der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie:* Prof. Thomas Fydrich, Heidelberg
- *Vertreter des Bundesverbandes der Krankenhauspsychotherapeuten:* Dr. Hubert Hermes, Soest
- *Vertreter der Wissenschaft:* Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Freiburg

*Hr. Vogel* begrüßte die Teilnehmer, bedankte sich beim gastgebenden VDR für die freundliche Aufnahme und erläuterte die Zielsetzung der Tagung dahingehend, über die Klärung der Fragen zum Bedarf psychologisch-psychotherapeutischer Leistungen die Aufgabenprofile von Psychotherapeuten und Psychologen zu präzisieren und Konsequenzen für die Personalplanung in diesem Versorgungsbereich zu formulieren. Hintergrund und Ausgangssituation seien durch folgende Merkmale beschrieben:

1. Klinische Psychologen gibt es in der Rehabilitation seit Mitte der 70-er Jahre. Mit zunehmender Akzeptanz ihrer Tätigkeit nahmen ihre Aufgaben zu und dementsprechend wuchs die Anzahl der Stellen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren hier im Jahr 1998 ca. 2.900 KollegInnen beschäftigt. Ein traditioneller Stellenschlüssel der

---

<sup>1</sup> Angesprochen sind ausschließlich die Kliniken mit somatischer Hauptindikation, keine psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkliniken (die sozialrechtlich häufig auch medizinische Rehabilitation durchführen).

BfA aus den 80-er Jahren verlangt pro 100 Reha-Patienten 1 Psychologen. Tatsächlich findet sich heute in vielen Kliniken bereits ein besserer Stellenschlüssel was mit dem Klinikkonzept gerechtfertigt wird. Ebenso gehen die Forderungen mancher Fachgesellschaften (z.B. DGPR) bezüglich der Personalschlüssel von günstigeren Zahlen aus.

2. Zu den Aufgaben der Psychologen in der Rehabilitation zählen neben Psychodiagnostik und Leistungsdiagnostik, Patientenschulung und Gesundheitsbildung auch klinisch-psychologische Beratungen (z.B. zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung), Krisen- und Konfliktgespräche sowie psychotherapeutische Interventionen (einzeln und in Gruppen).
3. Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1998 wurde die psychotherapeutische Tätigkeit von Klinischen Psychologen klarer geregelt. Die Ausübung von selbstständiger heilkundlicher Psychotherapie setzt eine Approbation voraus (sofern keine Heilpraktikerzulassung besteht, was im Rahmen einer Übergangszeit sicher noch vielfach gegeben sein wird). Die Kompetenz zur Diagnostik von psychischen Störungen ist ebenfalls auf diese neue Berufsgruppe (und Ärzte) beschränkt. Damit ist ein Teilbereich der bisherigen Aufgaben der Klinischen Psychologen in Reha-Kliniken angesprochen.
4. Die fachliche Weiterentwicklung der Reha-Konzepte in den vergangenen 10 Jahren (Stichworte: Reha-Kommission – Rahmenkonzept der Reha – Reha-Kolloquien – Reha-Leitlinien) führt in allen Indikationsbereichen zu einer deutlich höheren Gewichtung von psychosozialen Aufgaben in der Rehabilitation und insbesondere von Gesundheitsbildung und Patientenschulung und schließlich auch einer stärkeren Berücksichtigung der berufsbezogenen Aufgaben der medizinischen Rehabilitation.
5. In der jüngsten Zeit sind eine ganze Reihe von Studien, v.a. aus der Arbeitsgruppe um Härter/Bengel, zur Prävalenz psychischer Störungen in der medizinischen (somatischen) Rehabilitation veröffentlicht worden. Härter et al. (2004) gehen beispielsweise davon aus, dass 16,4% bis 25,0% der Patienten in der medizinischen Rehabilitation (je nach Hauptdiagnose) eine psychische Störung haben und sehen einen ungedeckten Bedarf an psychologisch/psychotherapeutischer Intervention.

*Fr. Schäfer* und *Fr. Worrigen* informierten darüber, dass die Rentenversicherung als bedeutsamster Kostenträger derzeit damit beschäftigt sei, ihre Rahmenkonzeption für die medizinische Reha zu überarbeiten und erklärten ausdrücklich die Bereitschaft, die Ergebnisse der Tagung in die Planungen einfließen zu lassen.

*Hr. Kommer* würdigte in seinem Dank- und Grußwort die aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sinnvolle und notwendige Initiative, trotz schwieriger ökonomischer Rahmenbedingungen die bedarfsorientierte Planung zu fördern, die nach seiner Überzeugung zu einer Überwindung bestehender konzeptueller Schwächen wegen bislang mangelhafter Berücksichtigung psychotherapeutischer Kompetenz führen müsse.

*Hr. Bengel* vermochte in seinem Eingangsreferat prägnant den aktuellen Stand der Forschung zu Epidemiologie und Behandlungsbedarf von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation darzustellen (Literaturverweise am Ende des Berichts). Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass jeder dritte Rehabilitand (!) in einer somatischen Rehabilitation eine signifikant erhöhte psychische Belastung aufweist, die in Form von affektiven, Angst- und somatoformen Störungen in Erscheinung treten. Dabei zeigen sich vergleichsweise erhöhte Prävalenzen bei Frauen, jüngeren Menschen und Rückenschmerzpatienten. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse, dass komorbide psychischen Störungen die somatische Morbidität und Mortalität erhöhen und zu verlängerten Behandlungszeiten und Krankenhausliegedauern führen,

zur Chronifizierung beitragen, Compliance und Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen sowie insgesamt eine Aufwand- und Kostensteigerung verursachen, ergibt sich zwingend ein entsprechender Behandlungsbedarf. Leider, und auch dies ist Stand der Erkenntnis, müssen die derzeitigen Erkennens- und Behandlungsraten von psychischen Störungen als ungünstig, d.h. nicht bedarfsdeckend, eingeschätzt werden. Nur ca. ein Viertel der Bedürftigen wird korrekt erkannt und diagnostiziert und nach entsprechender Motivationsarbeit in der stationären Reha einer geeigneten (i.d.R. poststationären) Behandlung zugeführt. In der Praxis mangelt es sowohl an einer standardisierten (Screening-) Diagnostik, ebenso an einer abgestuften, an Behandlungsleitlinien orientierten Psychotherapie als auch an präzisen Hinweisen und Empfehlungen in den Entlassungsbriefen und insbesondere an entsprechenden Behandlungskapazitäten in der Reha-Klinik.

*Hr. Casper* konnte die beklagten Unzulänglichkeiten aus Sicht der alltäglichen Praxis nur bestätigen. Es sei nach wie vor in vielen Einrichtungen und im Bewusstsein der dort Tätigen das bio-psycho-soziale Behandlungsparadigma in seiner Tiefe und Konsequenz nicht wirklich begriffen und damit nicht handlungsleitend. Auch die vielbeschworene Interdisziplinarität sei noch mehr Wunsch als Wirklichkeit. Danach sei die Zuweisungspraxis häufiger von subjektiven Einschätzungen und Vorlieben abhängig als von standardisierter Diagnostik. Zugleich gebe es einen beträchtlichen Aufgabenzuwachs z.B. hinsichtlich sozialmedizinischer Fragestellungen, für die die personellen Ressourcen schlicht fehlten. Völlig unzulänglich sei die fehlende, nicht minder seit Gültigkeit des Psychotherapeutengesetzes notwendige Aufgabendifferenzierung zwischen „klassisch“ psychologischen und psychotherapeutischen Tätigkeiten.

*Hr. Schmucker* fasste den sich hieraus ergebenden Veränderungsbedarf in einem Forderungskatalog zusammen. Der personelle Umfang verfügbarer psychologisch/ psychotherapeutischer Fachkompetenz sollte zukünftig mindestens nach einem Stellschlüssel von 1:45 bis 1:60 errechnet werden, wobei pro Klinik mindestens ein Psychotherapeut vorzusehen ist u.a. für Leitungsaufgaben, Fachaufsicht und Supervision. Eine Aufgabenteilung mit den auch bislang schon tätigen (klinischen) Psychologen, ggf. Psychotherapeuten in Ausbildung und zukünftig der neuen Berufsgruppe der Dipl.-Rehabilitationspsychologen FH sei vorzusehen und in spezifischen Tätigkeitsbeschreibungen zu definieren. Sinnvollerweise sei ein eigenes Dokumentations- und Berichtswesen zu etablieren. Schlussendlich mache die Einordnung des psychologisch-psychotherapeutischen Dienstes als eigenständige Abteilung mit eigener Fachaufsicht und Fach- bzw. Oberarztgleicher Leitungskompetenz in das Klinikgefüge Sinn.

*Hr. Franken* konnte hier aus juristischer Sicht bestätigen, dass eine solche Konstruktion mit den geltenden Gesetzen vereinbar und bei entsprechendem Gestaltungswillen der Kosten- und Einrichtungsträger umsetzbar ist.

*Fr. Worrigen* signalisierte eine grundsätzliche Bereitschaft seitens der BfA, sich der begründeten Bedarfszunahme sowohl hinsichtlich der Notwendigkeit der Integration psychotherapeutischer Fachkompetenz als auch bezüglich der Steigerung des Umfangs des Leistungsangebotes zu stellen. Dies sei nicht nur begründet auf entsprechende Daten externer und interner Bedarfsanalysen, sondern auch auf den Willen der Patienten, die den Mangel an Psychotherapie vermehrt beklagen. Im Bereich der somatischen Reha werde man die Mindestbesetzung mit einem Psychotherapeuten vorsehen. Dies sei auch zur straf- und haftungsrechtlichen Absicherung geboten. Es sei allerdings auch dringend zu wünschen, dass die Psychotherapeuten die in sie

gesetzten Erwartungen erfüllen. Es müsse kritisch angemerkt werden, dass in der Vergangenheit nicht wenige Kollegen durch mangelhafte Professionalität, Fachkompetenz und Selbstdarstellung Hoffnungen enttäuschten und in der Außenwahrnehmung weniger hielten als sie zu versprechen schienen. Dies sollte allerdings bei dem anerkannt hohen Ausbildungsstandard für Psychotherapeuten für die Zukunft kein Problem mehr darstellen.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass nicht wenige KollegInnen als „Einzelkämpfer“ unter wenig förderlichen Rahmenbedingungen arbeiteten und es weiterhin tun, ergab sich eine lebhafte Debatte über die Frage, inwieweit beobachtbare Kompetenzmängel individueller Unfähigkeit zuzuschreiben oder als Auswirkung, zumindest in Wechselwirkung mit langjährigen strukturellen Defiziten zu betrachten seien.

*Hr. Franken* führte aus, dass dem Sozialgesetzbuch V die – entsprechende Behandlungsindikation vorausgesetzt - grundsätzliche Gleichwertigkeit von psychotherapeutischer und ärztlich-medizinischer Tätigkeit zu entnehmen sei. Da der Anspruch des Patienten die Behandlung durch Ärzte und Psychotherapeuten umfasse, müsse bei entsprechender Indikation auch psychotherapeutische Fachkompetenz vorgehalten werden. Insoweit seien Kosten- und Einrichtungsträger gefordert, dieses sicherzustellen. Da unser Rechtssystem von dem Grundsatz geleitet sei, dass alles erlaubt ist, was nicht verboten ist, sehe er genug Gestaltungsspielraum. So sei nicht nur die Etablierung eigenständiger und eigenverantwortlicher psychotherapeutischer Abteilungen möglich und sinnvoll (auch unter dem Aspekt der Entlastung der ärztlichen Gesamtverantwortung von einem fachfremden Bereich), auch die Leitung einer Reha-Einrichtung durch einen Psychotherapeuten (bei Sicherstellung der notwendigen ärztlichen Verantwortung), komme in Frage. Es gäbe lediglich Restriktionen, was die Einweisungsverordnung, die Aufnahme und Entlassung angehe. Diese Entscheidungen seien Ärzten vorbehalten. Was die Praxis im Reha-Bereich betreffe, so dürften seit Gültigkeit des PsychThG Psychologen ohne Approbation eigenverantwortlich keine psychotherapeutischen Leistungen i.e.S. mehr erbringen. Dabei werde unterstellt, dass eine Berufsausübungserlaubnis nach dem HPG in seriös geführten Einrichtungen weder gefordert noch angewandt wird. Es bestehen aber keine Einwände, Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten mit psychotherapeutischen Aufgaben zu betrauen, sofern Anleitung und Aufsicht (Supervision) sichergestellt sind. Somit würde der PiA (Psychotherapeut in Ausbildung) vor dem Psychologen rangieren. Dass hiermit eine relative Entwertung des Diploms einhergehe, sei in der Tat eine wenn auch für manche schwer akzeptierbare Realität.

*Hr. Fydrich* hob in seiner Darstellung der aktuellen Struktur und Qualität des Psychologiestudiums hervor, dass sowohl Grundlagen- als auch Hauptstudiengangfächer sehr viel spezifischer als in der Vergangenheit insbesondere auch auf Belange der Rehabilitation vorbereiten. So sei die Entwicklung, die Durchführung und Evaluation von Programmen zum Abbau von Risikoverhalten und Förderung von gesundheitsbezogenen Kompetenzen („Life-skills“) ebenso Ausbildungsinhalt wie die vertiefende Beschäftigung mit Spezialgebieten wie Schmerzbewältigung, Psycho-Onkologie, Bewältigung chronischer Erkrankungen, Psychoendokrinologie, -physiologie und -immunologie. Vor diesem Hintergrund dürfte in der Zukunft von vornherein eine spezifische Kompetenz für die Aufgaben der sekundären und tertiären Prävention verfügbar sein.

In der nachfolgenden offenen **Diskussion** wiesen auch *Hr. Kommer* und *Hr. Schürmann* vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer darauf hin, dass berufs-

rechtliche Festlegungen, etwa aus dem Psychotherapeutengesetz, zu beachten seien, nach denen Psychotherapie beispielsweise nur noch durch Personen mit entsprechender Erlaubnis (Approbation oder ggf. Heilpraktiker-Erlaubnis) erbracht werden könne. Im Rahmen einer Reha-Klinik, in der es aus verschiedenen Gründen gar nicht möglich sei, alle Psychologen durch Psychotherapeuten zu ersetzen, sei es zukünftig unvermeidlich, dass sie unter enger Anleitung und Supervision eines Psychotherapeuten arbeiten. Von daher sei die Schaffung eigenständiger Abteilungen Psychotherapie/Psychologie in den Reha-Kliniken sinnvoll. Die Grenzziehung zwischen Psychotherapie i.e.S. (greift sie erst, wenn eine F-Diagnose vorliegt?) und anderen tradierten Tätigkeiten von klinischen Psychologen, wie z.B. Patientenschulungen oder Stressbewältigungstrainings, könne über eine erweitertes Verständnis von Heilkunde entschärft werden.

Als **Resümee** deutete sich unter den anwesenden Verbände- und Kammervetretern auf der Grundlage der beschriebenen Entwicklungen, die unter anderem auch in den „Speyerer Umsetzungsempfehlungen“ [[http://www.fr.reha-verbund.de/Speyerer\\_Umsetzungsempfehlungen\\_2004.pdf](http://www.fr.reha-verbund.de/Speyerer_Umsetzungsempfehlungen_2004.pdf)] und im Positionspapier des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Reha-Kliniken [[www.rehapsychologie.net/psychotherapie.htm](http://www.rehapsychologie.net/psychotherapie.htm)] beschrieben werden, folgender Konsens an:

1. Die Erkennens- und Behandlungsrate psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation ist dringend verbesserungsbedürftig.
2. Die gegenwärtig realisierten Stellenpläne in den Kliniken decken bei weitem nicht den Bedarf für psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der somatischen Rehabilitation.
3. Zur Verbesserung der Lage ist ein Stellenschlüssel von 1:45 bis 1:60 für Psychologen bzw. Psychotherapeuten in den Reha-Kliniken zu fordern.
4. Es sind für die Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation Leitlinien und Versorgungspfade zu entwickeln, aus der sich die konkreten Leistungsangebote ableiten lassen.

Pro Abteilung/Klinik sollte mindestens eine der Stellen mit einem Psychologischen Psychotherapeuten besetzt sein, der als Leiter und Fachaufsicht für weitere (klinische) Psychologen und Psychotherapeuten in Ausbildung fungiert.

Wenngleich, wie *Hr. Bengel* erläuterte, sich der ökonomische Benefit bestimmter Maßnahmen nicht immer leicht belegen lasse, was allerdings für viele Bereiche auch der ärztlichen Heilkunst gelte, waren sich die Teilnehmer in der Erwartung einig, dass eine stärkere Gewichtung von psychologisch/psychotherapeutischen Aktivitäten in Diagnostik und Therapie nicht nur kurzfristig die Ergebnisqualität sondern langfristig auch die Kosten der Gesundheitsversorgung reduziert und zu einer verringerten Quote von Frühberentungen führen werde. Die Akteure sollten bereit sein, sich an entsprechenden Outcome-Untersuchungen zu beteiligen.

Es wurde vereinbart, die Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Gespräches, welches von allen Beteiligten als sehr konstruktiv und wertvoll erlebt wurde, als Position der Verbände zusammenzustellen und als Erwartungen an die Rehabilitationsträger zu schicken.

Darüber hinaus soll eine Arbeitsgruppe an einer Formulierung längerfristiger Entwicklungsperspektiven aus Sicht der Psychologie/Psychotherapie für die medizinische Rehabilitation arbeiten und diese im nächsten Jahr in gleicher Runde erneut zur Dis-

kussion stellen. An der Arbeitsgruppe beteiligen werden sich Hr. Vogel, Hr. Bengel und der AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation.

*Hr. Vogel* dankte den TeilnehmerInnen für ihr Interesse und lebhaftes Engagement und brachte die Hoffnung zum Ausdruck, dass die hier vorgenommenen Einschätzungen und Empfehlungen praktische Relevanz entwickeln. Es müsse das Ziel sein, Psychotherapie in der somatischen Reha in gleicher Weise bedarfsdeckend vorzuhalten, wie es für andere medizinische Maßnahmen unstrittig selbstverständlich sei. Dabei käme der Rentenversicherung eine maßgeblich normierende Funktion zu, indem sie nicht unterschreitbare Qualitätsstandards festschreibt.

*Protokoll: 1. Juli 2004*

*gez. Jürgen Kammler-Kaerlein*

*gez. Heiner Vogel*

Literatur zur Epidemiologie psychischer Störungen in der somatischen Rehabilitation  
von der Forschungsgruppe Härter/Bengel:

Bengel, J. & Jäckel, W. H. (Hrsg.) (2002). Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Belastungen in der Rehabilitation. Themenheft der Zeitschrift „Die Rehabilitation“, 41, 255-356.

Härter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenbrenner, B. & Bengel, J. (2002). A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burdens in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases – results of an epidemiological survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 461-468.

Bengel, J., Wunsch, A. & Härter, M. (2001). Depression nach Herzerkrankung. In B. Rauch & K. Held (Hrsg.), *Der schwerkranke und multimorbide Patient – eine Herausforderung für die kardiologische Rehabilitation* (S. 154-160). Darmstadt: Steinkopff.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2002). Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 41, 367-374.

Härter, M., Baumeister, H., Hahn, D. & Bengel, J. (2004). Psychische Störungen bei Rehabilitanden mit chronischen körperlichen Erkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/VDR (Hrsg.). *Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation*. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 2004 in Düsseldorf (S. 306-307). DRV-Schriften, Band 52

Wunsch, A., Rundel, M., Härter, M. & Bengel, J. (2002). Screening psychischer Störungen in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 41, 375-381.