

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation

- Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)



Dem trägerübergreifenden Rahmenkonzept liegt die Auswertung einer trägerübergreifenden Befragung im Frühjahr 2014 zugrunde.

Ansprechpartnerin und Verantwortliche für die Erstellung des Rahmenkonzepts:

Dr. Ulrike Worringen
Leitende Psychologin
Deutsche Rentenversicherung Bund
Hohenzollerndamm 46-47
10713 Berlin
E-Mail: dr.ulrike.worringen@drv-bund.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Zielgruppe der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	4
1.1 Indikationsstellung	4
1.2 Bewilligungs- und Reha-Dauer	4
2. Konzept der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	5
2.1 Gruppenbehandlung	5
2.2 Interdisziplinäre Aufnahme	5
2.3 Interdisziplinäre Fallbesprechungen	5
2.4 Intervision und Supervision	6
2.5 Spezifische diagnostische und therapeutische Leistungen	6
2.5.1 Psychologische Diagnostik	6
2.5.2 Psychologisches Kernangebot	7
2.5.3 Bewegungstherapeutisches Kernangebot	10
2.5.4 Weiteres therapeutisches Kernangebot	13
3. Strukturmerkmale der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	14
3.1 Personelle Anforderungen	14
3.1.1 Spezifische Anforderungen an das Ärzteteam	14
3.1.2 Spezifische Anforderungen an Psychologen	14
3.1.3 Spezifische Anforderungen an die Bewegungstherapie	15
3.2 Räumliche Anforderungen	15
4. Reha-Nachsorge und weiterführende Empfehlungen	16
5. Literatur	17
6. Anhang	19
6.1 Rentenversicherungsträger	19
6.2 Rehabilitationseinrichtungen	19

Einleitung

Das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehreren verschiedenen Erkrankungen bei einer Patientin bzw. einem Patienten wird als Komorbidität bezeichnet. Bei einer körperlichen Erkrankung und gleichzeitigem Vorliegen einer psychischen Störung spricht man von psychischer Komorbidität. Komorbide psychische Störungen sind mit einer geringeren Lebensqualität verbunden, tragen zur Chronifizierung bei, verschlechtern die Behandlungsmotivation der Betroffenen, erhöhen Morbidität und Mortalität sowie die Versorgungskosten (DRV Bund 2011).

Komorbide psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation sind häufig. Unabhängig von der Art der Grunderkrankung treten psychische Störungen bei rund zwanzig Prozent der Rehabilitanden auf. Jeder Fünfte in der Rehabilitation hat mindestens eine, jeder Zwölfte mehr als eine psychische Störung. Die häufigsten Diagnosen sind depressive Störungen und Angststörungen.

Ziel der Rentenversicherung ist es, die Behandlungs- und Versorgungsqualität in der somatischen Rehabilitation auch bei psychischer Komorbidität sicherzustellen (DRV Bund 2014a). Grundlegende Voraussetzung hierfür ist zunächst das Erkennen komorbider psychischer Störungen. Liegen solche vor, kommt es darauf an, angemessen zu intervenieren. Das kann sich auf Beratung und Behandlungselemente während der Rehabilitation beziehen ebenso wie auf die Anregung oder Einleitung einer adäquaten postrehabilitativen Behandlung der psychischen Komorbidität. In allen somatischen Rehabilitationseinrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, sind Psychologen und gegebenenfalls auch Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Kompetenz tätig (DRV Bund 2014b). Darüber hinaus gibt es in zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen enge Kooperationen zwischen psychosomatischen und somatischen Fachabteilungen, die eine entsprechende fachärztliche bzw. psychotherapeutische Diagnostik und Mitbehandlung der Komorbidität ermöglichen.

Zur Erweiterung des Rehabilitationsangebots für Versicherte mit psychischer Komorbidität haben verschiedene Träger der Deutschen Rentenversicherung Reha-Einrichtungen mit der Durchführung von verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitationskonzepten im Rahmen der somatischen Rehabilitation betraut. Es bestehen derzeit verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitationsangebote in der orthopädischen, onkologischen, internistischen bzw. kardiologischen Rehabilitation (beispielsweise DRV Bund 2013).

Mit dem vorliegenden Rahmenkonzept werden die allgemeinen trägerübergreifenden Rahmenbedingungen für ein verhaltensmedizinisch orientiertes Rehabilitationskonzept in somatischen Indikationen der medizinischen Rehabilitation beschrieben. Indikations- und trägerabhängig ergeben sich in der Praxis einige Variationen in der konkreten Ausgestaltung des Rehabilitationsangebots.

1. Zielgruppe der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) ist grundsätzlich ein Angebot für alle Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine stationäre oder ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation erfüllen. Sie ist ein spezifisches Angebot für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität sowie Problemen bei der Krankheitsbewältigung. Dabei handelt es sich um Versicherte, die von einem Gruppenangebot profitieren können, um sowohl ihre somatischen als auch ihre psychischen Funktionseinschränkungen abzubauen.

1.1 Indikationsstellung

Eine Indikation für eine VOR kann gegeben sein, wenn eine gravierende Funktionseinschränkung in einem reha-relevanten somatischen Indikationsbereich im Vordergrund steht und diese begleitet wird von einer wesentlichen psychischen Komponente der Fähigkeitseinschränkung.

Steht die psychische Störung im Vordergrund der gefährdeten Erwerbsfähigkeit, ist die VOR nicht geeignet. In diesem Falle sollte der Bedarf einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation geprüft werden. Verschiedene psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen bieten auch multimodale Rehabilitationskonzepte für tumorassoziierte psychische Störungen oder chronische Schmerzstörungen an.

Liegt eine reha-relevante somatische Funktionsstörung mit einer besonderen beruflichen Problemlage ohne psychische Komorbidität vor, sollte vorrangig die Indikation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) geprüft werden (Streibelt et al. 2013).

Liegen sowohl besondere berufliche Problemlagen als auch psychische Komorbidität vor, empfiehlt sich die Rehabilitation in einer Einrichtung, die sowohl medizinisch-beruflich als auch verhaltensmedizinisch orientiert ist (Schwarz 2014).

Die Indikationsstellung wird bei den meisten Rentenversicherungsträgern auf der Grundlage der Zusammensicht der ärztlichen Befunde und der Stellungnahmen der Versicherten getroffen. Eine klinikinterne Umstellung ist grundsätzlich bei allen Rentenversicherungsträgern möglich. Die Regelung der Umstellung ist trägerspezifisch festgelegt. Bei einzelnen Trägern erfolgt die Indikationsstellung ausschließlich klinikintern.

Zur Identifizierung der psychischen Belastung können ergänzend zu den allgemeinen Antragsunterlagen auf Trägerebene oder auf Klinikebene Screening-Instrumente eingesetzt werden. Empfohlen wird der Patient Health Questionnaire-4 (PHQ 4, Löwe et al. 2010, Worringer et al. 2011) oder in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation auch in Erweiterung des PHQ 4 das Ultra-Kurz-Screening (UKS, Küch et al. 2011).

1.2 Bewilligungs- und Reha-Dauer

Die Rentenversicherungsträger bewilligen verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitationen für 4 Wochen. Als Richtwert wurden 28 beziehungsweise 29 Tage festgelegt.

2. Konzept der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Neben den indikationsüblichen rehabilitativen Leistungen erfolgt das spezifische verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitationskonzept schwerpunktmäßig im Bereich der Psychologie bzw. Psychotherapie. Ergänzend hierzu gibt es indikationsabhängig weitere Behandlungsschwerpunkte. Diese spezifischen Behandlungsschwerpunkte zeichnen sich durch ein geschlossenes Gruppenkonzept aus.

Gut abgestimmte interdisziplinäre Fallarbeit sowie eine standardisierte Psychodiagnostik zu Beginn und häufig auch am Ende der Rehabilitation sind weitere Merkmale der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation.

Das verhaltensmedizinisch orientierte Konzept wird darüber hinaus durch die psychosoziale und psychotherapeutische Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen und einen verstärkten Einsatz von psychotherapeutischer Kompetenz realisiert. Auf die Besonderheiten wird im Folgenden eingegangen.

2.1 Gruppenbehandlung

Eine Gruppe von acht bis zwölf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zum gleichen Zeitpunkt anreisen, wird gemeinsam in einer sogenannten Kerngruppe, auch Bezugsgruppe genannt, behandelt. Die gemeinsame Unterbringung auf einer Station wird in vielen Rehabilitationseinrichtungen realisiert, da sie die Organisation der interdisziplinären Fallbesprechungen erleichtert und die Gruppenkohäsion fördert. Kerngruppen betreffen die psychologische und bewegungstherapeutische als auch gegebenenfalls weitere indikationsspezifische Therapieschwerpunkte. Die weitere individuelle Ausgestaltung des Rehabilitationsplans wird auf der Grundlage der persönlichen Situation der Rehabilitanden getroffen.

2.2 Interdisziplinäre Aufnahme

Zu Beginn der Rehabilitation werden die Rehabilitanden sowohl von ärztlicher als auch von psychotherapeutischer Seite aufgenommen. Mit der psychologischen Aufnahme geht in der Regel eine standardisierte Befindlichkeits- und Leistungsdiagnostik einher, die zum Abschluss der Behandlung wiederholt werden kann. Zum Einsatz kommen dabei eine allgemeine, orientierende Psychodiagnostik (zum Beispiel Befindlichkeitsskalen) und eine störungsspezifische Psychodiagnostik (zum Beispiel Depression, Schmerz). Weitere Befragungsinstrumente werden nach Schwerpunkt und Ausrichtung der Einrichtung routinemäßig oder bedarfsweise eingesetzt (siehe Punkt 2.5.1). Im Aufnahmegespräch der Physiotherapeuten/Diplom-/Bachelor-Sportlehrer wird eine Bewegungsanamnese erstellt (siehe Punkt 2.5.3). Andere therapeutische Berufsgruppen erheben bei Bedarf weitere störungsspezifische Anamnesen (zum Beispiel Erhebung des Essverhaltens).

2.3 Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Im Anschluss an die Aufnahmegespräche, im Verlauf und zum Abschluss finden regelmäßig Fallbesprechungen statt. An den Fallbesprechungen nehmen die jeweiligen Stationsärztinnen und -ärzte, die psychologischen und anderen Bezugstherapeuten, die leitende Oberärztin bzw. der leitende Oberarzt und eine Pflegekraft teil. Indikations- und konzeptabhängig kann die regelhafte Teilnahme weiterer therapeutischer Berufsgruppen und Sozialarbeiter/-pädagogen zweckmäßig sein.

Für die Fallbesprechungen ist eine geeignete Zeitschiene einzurichten, die allen Bezugstherapeuten zur Verfügung steht. Die Fallbesprechungen sind unverzichtbarer Teil der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Sie führen zwangsläufig zu einer Reduktion des Anteils der direkten Patientenarbeit (DRV 2014c). Zumeist findet sie einstündig einmal pro Woche statt.

Alle Therapeuten und Pflegekräfte nehmen an Angeboten der internen psychosozialen Fortbildungen teil.

2.4 Intervention und Supervision

Ergänzend zu den Fallbesprechungen sollen die Bezugstherapeuten regelmäßig eine gemeinsame interne kollegiale Supervision (=Intervention) durchführen, um persönliche und fachliche Probleme im Umgang mit einzelnen Rehabilitanden zu bearbeiten. Darüber hinaus soll eine externe Supervision mit einer ausgebildeten Fachkraft (Psychotherapeut und/oder Supervisor) möglichst einmal pro Monat stattfinden. Dabei kann es sowohl um Fallsupervision (Besonderheiten und Schwierigkeiten im Umgang mit einzelnen Rehabilitanden) als auch um Teamsupervision (Zusammenarbeit untereinander im Behandlungsteam) gehen. Auch diese Besprechungen führen zwangsläufig zu einer Reduktion des Anteils der direkten Patientenarbeit.

2.5 Spezifische diagnostische und therapeutische Leistungen

Die spezifischen diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der VOR sind indikationsabhängig. In allen Indikationen findet aufgrund der psychischen Komorbidität bzw. der eingeschränkten psychischen Funktionsfähigkeit ein intensives psychologisches Gruppenkonzept statt. Die Inhalte variieren in Abhängigkeit von der Indikation.

2.5.1 Psychologische Diagnostik

Die psychologische Diagnostik ermöglicht Aussagen zur aktuellen Befindlichkeit, Psychopathologie, Motivation, Ausdauer, zum Belastungserleben und zur Belastbarkeit. Sie dient der Ergänzung des klinischen Eindrucks aus dem Aufnahmegespräch, gegebenenfalls der gezielten Ausgestaltung des therapeutischen Gruppen- und Einzelangebots und als Informationsquelle für die sozialmedizinische Beurteilung.

Zur Erfassung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit kann zum Beispiel die Symptomcheckliste (SCL 90) und das deutschsprachige Brief Symptom Inventory (BSI) eingesetzt werden. Als Screening-Verfahren werden in der Regel die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) oder der Patient Health Questionnaire (PHQ) genutzt. Von vielen dieser Instrumente gibt es Kurzformen, die Hinweise auf Depressivität und/oder Ängste geben.

Ergänzend können bedarfs- und indikationsbezogen weitere diagnostische Instrumente eingesetzt werden, beispielsweise Fragebögen zum Ausmaß von Ängsten und Depressivität wie das Beckische Angst- oder Depressionsinventar (BAI, BDI) oder das State-Trait-Angstinventar (STAI). Auch Fragebögen zum Stresserleben wie das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) oder zum Erleben der beruflichen Belastung (AVEM = arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) sind geeignet. Die Selbsteinschätzung von Funktionseinschränkungen und Gesundheitszustand können mit dem Funktionsfragebogen Hannover (FFB) und dem Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) erhoben werden.

Viele der Instrumente können auch zur Verlaufsdiagnostik (Beginn und Ende der Rehabilitation) genutzt werden. Wesentlich ist eine angemessene Rückmeldung des/der psychologischen/psychotherapeutischen Bezugstherapeuten.

peuten/in über die Diagnostik an die Rehabilitanden. Einige Instrumente eignen sich zur Rückmeldung innerhalb der Gruppentherapie, wobei die Ergebnisbögen individuell und vertraulich zurückgegeben werden und die Interpretation der Ergebnisse in der Gruppe allgemein vollzogen wird. Besonders geeignet für dieses Vorgehen sind beispielsweise der Fragebogen zur Schmerzverarbeitung (FESV) oder das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM).

Das Ausmaß des Schmerzerlebens kann über eine numerische oder visuelle Analogskala (NAS, VAS) erhoben werden. Die Schmerzverarbeitung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kann mit dem Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV), die Schmerzempfindung mit Hilfe der Schmerzempfindungsskala (SES) und die schmerzbedingten Beeinträchtigungen mit dem Pain Disability Index (PDI) erfasst werden. Ein Screening auf das Vorliegen von neuropathischen Schmerzen kann mit dem painDetect Fragebogen erfolgen.

Eine Assistenz- oder Pflegekraft kann die Durchführung der standardisierten Psychodiagnostik anleiten.

Manifeste psychische Komorbiditäten können als ICD 10-Diagnose im ärztlichen Entlassungsbericht verschlüsselt werden, bedürfen aber einer entsprechenden fachlichen Begründung.

2.5.2 Psychologisches Kernangebot

2.5.2.1 Psychologische Bezugsgruppe

→ Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)

Ziele: Das Gruppenangebot bildet den Schwerpunkt der psychologischen Betreuung und dient dem gegenseitigen sozialen Lernen. Hier erhalten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Reflexion, soziale Vergleichsprozesse und gegenseitige soziale Unterstützung werden ermöglicht. Dieses interaktive kommunikationsintensive Handeln kann Modell sein für das Sozialverhalten in der therapiefreien Zeit und soll ermutigen für die Zeit nach der Rehabilitation.

Inhalte: In der Regel steht in der psychologischen Kerngruppe die Vermittlung von Krankheitsbewältigungskompetenzen im Vordergrund. Es werden die Einflüsse von Gedanken auf das Krankheitserleben und die Auswirkungen von Krankheitserleben auf Körper, Psyche und Verhalten interaktiv in der Gruppe erarbeitet. Theoretische Grundlage dieser wechselseitigen Beziehung sind das bio-psychosoziale Modell einer funktionalen Gesundheit, das Konzept der Salutogenese und das Bedingungsmodell chronischer Krankheiten (Prädisposition, Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen). Die konkreten Inhalte der psychologischen Gruppen variieren indikationsabhängig.

Die Themen Depression und krankheitsbezogene Ängste können in das Gruppenkonzept integriert oder in Form eines ergänzenden Zusatzmoduls angeboten werden.

Je nach Bedarf können in allen Indikationen Module zur Stressbewältigung in das psychologische Gruppenkonzept integriert werden. Zu berücksichtigen ist hierbei in der Regel die konkrete Arbeitsplatzsituation.

Arbeitsmappen mit Informations- und Arbeitsblättern vervollständigen die psychologische Gruppenarbeit im Hinblick auf Motivation, Transparenz und Transfer in den Alltag. Das psychologische Gruppenkonzept sollte in manueller Form vorliegen.

Durchführung: Die Gruppenangebote sind zwecks Vertrauensbildung und Kohärenzerleben als geschlossene Gruppen organisiert, in der Regel sind sie thematisch vorstrukturiert, wobei die Flexibilität für spezifische ergänzende Themen aus der Gruppe heraus vorhanden sein sollte. Die Größe der Gruppe ist auf maximal zwölf Teilnehmer begrenzt. Die Gruppe findet in der Regel parallel zur Bewegungskompetenzgruppe statt.

Dauer und Häufigkeit: Die Frequenz der psychologischen Bezugsgruppe ist konzeptabhängig und umfasst mindestens zweimal 60 Minuten pro Woche.

→ **Formale Charakterisierung (personelle und strukturelle Voraussetzungen)**

Personelle Voraussetzungen: Ein Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Diplom/Master-Psychologe in Psychotherapieausbildung leitet jeweils eine Gruppe als Bezugstherapeut während der gesamten Rehabilitation.

Strukturelle Voraussetzung: Ruhiger Gruppenraum mit Moderatorenkoffer, Metaplanwänden, Flipchart, Beamer und Laptop

Anteil betroffener Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Abbildung in der KTL 2015

- F56 Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch
- F57 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert
- F58 Psychoedukative Gruppenarbeit

2.5.2.2 Psychologische Einzelgespräche

→ **Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)**

Ziele: Die Einzelgespräche dienen der psychischen Statuserhebung mit Therapiezielklärung zu Anfang der Rehabilitation und der Verlaufsmessung zum Abschluss der Rehabilitation. Bei Bedarf ergänzen sie den psychologischen Behandlungsprozess in der Gruppe.

Inhalte: Beim Aufnahmegespräch stehen anamnestische Angaben (familiäre, berufliche und biographische Kontextfaktoren) und die Erhebung des Krankheitserlebens und -verhaltens im Vordergrund. Die Frage der psychischen Komorbidität wird abgeklärt und die psychodiagnostischen Befunde der standardisierten Testverfahren werden mit den Rehabilitanden besprochen. Erwartungen der Rehabilitanden werden geklärt und ein Arbeitsbündnis wird geschaffen.

Im Abschlussgespräch stehen Symptomänderung, die Bewertung des Rehabilitationserfolgs unter Einbezug der psychodiagnostischen Abschlussuntersuchung und gegebenenfalls die Planung von Nachsorgemaßnahmen im Vordergrund.

Weitere psychologische Einzelgespräche sind anzubieten, wenn sie der emotionalen Entlastung, dem vertiefenden Verständnis von Krankheit und Schmerz in Zusammenhang mit biographischen Erlebnissen und der aktuellen Lebenssituation sowie der Motivation und Vorbereitung auf eine potentielle Psychotherapie im Anschluss an die Rehabilitation dienen.

Bei Bedarf kann im Rahmen von Einzelbehandlungen ergänzend Biofeedback durchgeführt werden, um den Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und körperlicher Symptomatik zu verdeutlichen.

Durchführung: Vertrauensschaffende individuelle psychologische Aufnahme- und Abschlussgespräche unter Einbezug psychodiagnostischer Verfahren bilden den Rahmen der verhaltensmedizinischen psychologischen Betreuung. Bedarfsabhängig sind weitere Einzelgespräche anzubieten.

Konzeptabhängig kann ein allgemeines Abschlussgespräch auch als Gruppengespräch in Kooperation mit dem Bezugstherapeuten/der Bezugstherapeutin der Bewegungskompetenzgruppe stattfinden.

Dauer und Häufigkeit: Mindestens zweimal 50 Minuten, maximal ein Einzelgespräch pro Woche

→ **Formale Charakterisierung (personelle und strukturelle Voraussetzungen)**

Personelle Voraussetzungen: Die Bezugstherapeuten der psychologischen Gruppe sollten nach Möglichkeit auch die Einzelgespräche durchführen.

Strukturelle Voraussetzung: Arbeitszimmer der Bezugstherapeuten

Anteil betroffener Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation für psychologisches Auf- und Abschlussgespräch, nach Bedarf (60–80 %) ein bis zwei weitere psychologische Einzelgespräche

Abbildung in der KTL 2015

G71 Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation einzeln
F55 Psychologische Beratung einzeln
F59 Biofeedback einzeln

2.5.2.3 Entspannungstraining

→ **Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)**

Ziele: Erlernen eines Entspannungsverfahrens, um dieses gezielt als Schmerz- oder Stressbewältigungskompetenz einsetzen zu können

Inhalte: Vermittlung und Einübung eines Entspannungsverfahrens: Standardverfahren zur Entspannung sind die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder das Autogene Training nach Schultz. Zusätzlich werden häufig weitere Verfahren eingesetzt, zum Beispiel Yoga, Mischformen von Entspannung und Bewegung wie Tanztherapie sowie Meditation.

Durchführung: Idealerweise werden Entspannungstherapien in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation innerhalb der Bezugsgruppe eingesetzt, sie können gegebenenfalls auch Teil des Gruppenkonzepts sein.

Dauer und Häufigkeit: Mindestens sechsmal pro Rehabilitationsleistung, zwei- bis dreimal wöchentlich

→ **Formale Charakterisierung (personelle und strukturelle Voraussetzungen)**

Personelle Voraussetzungen: Diplom-/Master-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Bachelor-Absolvent in Psychologie, nach entsprechender Fortbildung können diese Verfahren auch von nicht-psychologischen Berufsgruppen unter Supervision durchgeführt werden

Strukturelle Voraussetzung: Ruhiger Gruppenraum/Gymnastikraum mit Matten und Kissen oder bequemen Stühlen

Anteil betroffener Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Abbildung in der KTL 2015

F61 Entspannungstraining in der Gruppe

F60 Entspannungstraining einzeln

2.5.3 Bewegungstherapeutisches Kernangebot

Das bewegungstherapeutische Aufnahme- und Abschlussgespräch sowie die Bewegungskompetenzgruppe sind das bewegungstherapeutische Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Die Anforderungen an das bewegungstherapeutische Kernangebot werden im Folgenden dargestellt.

2.5.3.1 Bewegungskompetenzgruppe

→ **Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)**

Ziele: Die übergeordnete didaktische Zielsetzung der Bewegungskompetenzgruppe ist, den Rehabilitanden trotz ihrer Funktionseinschränkungen wieder einen positiven Zugang zur Bewegung im Alltag zu vermitteln. Darüber hinaus sind durch edukative Inhalte die Selbstmanagementkompetenz und der Alltagstransfer zu unterstützen.

Inhalte: Die Bewegungskompetenzgruppe zeichnet sich durch einen niederschweligen Einstieg aus. Dieser umfasst eine zunächst vorwiegend erlebnisorientierte Körperarbeit, in der Körperwahrnehmungsaspekte im Vordergrund stehen, Kommunikation und Interaktion über Bewegung stattfindet und die Rehabilitanden sich über das Element „Bewegung“ in der Gruppe orientieren können. Auf dieser Bewegungsgrundlage aufbauend werden zunehmend alltagsbezogene Bewegungsformen eingeführt mit dem Ziel der Verbesserung von Koordination und motorischen Fähigkeiten. Die Aufmerksamkeit wird auf das bewusste Erleben körperlicher Bewegungs- und Leistungsfähigkeit gelenkt.

Wesentliche weitere Inhalte der Bewegungskompetenzgruppe werden indikationsspezifisch gestaltet sein.

Ein Spaß und Koordination förderndes Element der Bewegungskompetenzgruppe kann zum Beispiel das Aquatraining darstellen, eine Mischform aus Spielformen im Wasser und gymnastischen Elementen. Die verschiedenen Techniken des Aquajoggings werden als Koordinationstraining bei geringer Leistungsfähigkeit eingesetzt. Schulung gesundheitsrelevanter Schwimmtechniken sowie andere Formen des Ausdauertrainings können weitere Inhalte des Aquatrainings sein. Durch den Aufenthalt im Wasser mit seinen positiven Entlastungs-, Auftriebs- und Temperatureffekten können auch

chronische Schmerzpatienten Bewegungsangebote positiv bewerten und so einen erleichterten Zugang zur Bewegung erlangen.

Edukative Bausteine, die die Therapiekoooperation fördern sowie die Selbstmanagementkompetenz und den Alltagstransfer unterstützen, sollen in das bewegungstherapeutische Gruppenkonzept integriert werden. Für die Zeit nach der Rehabilitation soll mithilfe von Handlungs- und Bewältigungsplänen die Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität konkret geplant werden.

Informations- und Arbeitsblätter vervollständigen die bewegungstherapeutische Gruppenarbeit im Hinblick auf Motivation, Selbstmanagement und Transfer in den Alltag. Das bewegungstherapeutische Gruppenkonzept sollte in manualisierter Form vorliegen (zum Beispiel Trainermanual Verhaltensbezogene Bewegungstherapie „VBT“, Pfeiffer & Semrau 2011).

Durchführung: In der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation wird die bewegungstherapeutische Gruppe in geschlossener Form parallel zu der psychologischen Gruppe durchgeführt. Die Größe der Gruppe ist auf maximal zwölf Teilnehmer begrenzt. Die edukativen Bausteine sollen in das bewegungstherapeutische Gruppenkonzept integriert sein.

Dauer und Häufigkeit: Die Bewegungskompetenzgruppe soll möglichst täglich eine Stunde (fünfmal wöchentlich) stattfinden.

→ **Formale Charakterisierung (personelle und strukturelle Voraussetzungen)**

Personelle Voraussetzungen: Ein Diplom-/Bachelor-Sportlehrer oder ein Physiotherapeut mit einer pädagogischen und/oder bewegungstherapeutischen Fortbildung leitet jeweils eine Gruppe als Bezugstherapeut während der gesamten Rehabilitation.

Strukturelle Voraussetzung: Gymnastikhalle, gegebenenfalls Bewegungstherapiebad

Anteil betroffener Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

grundsätzliches Angebot für alle Rehabilitanden der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation, kann aber indikationsabhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden variieren

Abbildung in der KTL 2015

A601 Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe

A59 Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe

A55 Ausdauertraining in der Gruppe

A62 Sport- und Bewegungstherapie mit psychischer Zielsetzung in der Gruppe

A63 Achtsamkeits- und wahrnehmungssorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe

B609 Sonstige physiotherapeutische Behandlung im Bewegungsbad in der Gruppe

L55 Bewegung und Sport in der Freizeit

2.5.3.2 Bewegungstherapeutisches Aufnahme- und Abschlussgespräch

→ Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)

Ziele: Das bewegungstherapeutische Aufnahmegespräch dient der Statuserhebung und Zielvereinbarung in Bezug auf das individuelle Bewegungsverhalten und das körperliche Leistungsvermögen und dem Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses. Das Abschlussgespräch dient der Abschlussuntersuchung und der Planung des Alltagstransfers.

Inhalte: Im bewegungstherapeutischen Aufnahmegespräch wird für alle Rehabilitanden eine Bewegungsanamnese erhoben. Auf Basis dieser Anamnese können dann individuelle Zielvereinbarungen mit möglichst konkreten Bewegungszielen erarbeitet werden. Im Sinne der Zielerreichung werden die Zielvereinbarungen während des Aufenthaltes immer wieder aufgegriffen, in Bezug auf ihre Umsetzbarkeit bewertet und gegebenenfalls dem erreichten Leistungsniveau entsprechend angepasst. Im Abschlussgespräch wird der individuelle Rehabilitationserfolg in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit bewertet. Anhand des individuellen Handlungs- und Bewältigungsplans zur Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität wird die Weiterführung von Bewegung im Alltag konkret geplant.

Durchführung: Vertrauensschaffende individuelle bewegungstherapeutische Aufnahme- und Abschlussgespräche unter Einbezug einer körperlichen Statuserhebung bilden den Rahmen der verhaltensmedizinisch bewegungstherapeutischen Betreuung.

Konzeptabhängig kann das Abschlussgespräch auch als Gruppengespräch im Rahmen der Bewegungskompetenzgruppe oder/und in Kooperation mit dem psychologischen Bezugstherapeuten stattfinden.

Dauer und Häufigkeit: Mindestens 20 bzw. 30 Minuten zu Anfang und zum Abschluss der Rehabilitation

→ Formale Charakterisierung (personelle und strukturelle Voraussetzungen)

Personelle Voraussetzungen: Der Diplom-/Bachelor-Sportlehrer oder Physiotherapeut, der auch die Bewegungskompetenzgruppe leitet, führt das bewegungstherapeutische Aufnahme- und Abschlussgespräch durch.

Strukturelle Voraussetzung: Physio-/Bewegungstherapeutisches Behandlungszimmer

Anteil betroffener Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Abbildung in der KTL 2015

A65 Sport- und Bewegungstherapie einzeln

A601 Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe

2.5.3.3 Ergänzende bewegungstherapeutische Angebote

Das bewegungstherapeutische Kernangebot wird durch Therapien erweitert, die sich am individuellen Bedarf der Rehabilitanden orientieren. Hier kann auf das gesamte Verordnungsspektrum des bewegungstherapeutischen Bereiches (Physiotherapie, Sporttherapie, Massagen, Elektro-, Thermo-, Hydro- und Balneotherapie) zurückgegriffen werden.

Für leistungsfähigere Rehabilitanden bieten sich Walking, Nordic Walking, Ergometertraining, Fahrradfahren im Gelände sowie weitere Bewegungsformen als konditionsförderndes Training an, die möglichst am Heimatort fortgeführt werden können. Hierdurch ermöglicht die Rehabilitation einen Einstieg in ein die Leistungsfähigkeit aufbauendes Freizeitverhalten.

Ergänzt werden die o. g. bewegungstherapeutischen Angebote durch das Arbeitsplatztraining, in dem neben Inhalten der berufsrelevanten Verhaltens- und Verhältnisschulung das konkrete Arbeitsplatztraining („work hardening“) und die gezielte Entwicklung arbeitsplatzrelevanter motorischer Voraussetzungen („work conditioning“) von Bedeutung sind.

2.5.4 Weiteres therapeutisches Kernangebot

In Abhängigkeit von der Indikation kann auch eine weitere therapeutische Berufsgruppe ein Kernangebot anbieten. So sind in verhaltensmedizinisch orientierten Konzepten in der Kardiologie auch Diätassistenten und Kunst- oder Kreativtherapeuten mit dieser Aufgabe betraut. Indikationsübergreifend werden auch von Ergotherapeuten Kernangebote in der VOR durchgeführt.

3. Strukturmerkmale der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Eine Rehabilitationsabteilung mit einem verhaltensmedizinisch orientierten Behandlungsansatz erfüllt die allgemeinen indikationsspezifischen Struktur- anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, DRV 2014b). Darüber hinaus gibt es noch einige wichtige spezifische personelle und räumliche Anforderungen.

3.1 Personelle Anforderungen

Der Stellenplan der VOR orientiert sich am Strukturanforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung (DRV 2014b). Der konkrete Stellenplan kann träger-, standort- und konzeptabhängig variieren. Spezielle Qualifizierungen durch Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und Verschiebung der Schwerpunkte sind denkbar und werden im Einzelfall geprüft. Aufgrund der Relevanz der psychischen Komorbidität ist eine ausreichende psychotherapeutische Kompetenz im Reha-Team zu gewährleisten. Dies geht mit einem deutlich erhöhten Psychotherapeutenschlüssel einher (DRV Bund 2013).

3.1.1 Spezifische Anforderungen an das Ärzteteam

Die medizinische Verantwortung in einem verhaltensmedizinisch orientierten Behandlungsschwerpunkt hat eine Fachärztin bzw. ein Facharzt der jeweiligen somatischen Indikation mit Leitungs- und Rehabilitationserfahrung. Er wird in der Regel vertreten durch einen Facharzt mit gleicher Qualifikation. Eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation ist ausdrücklich erwünscht, mindestens wird die Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung erwartet.

Die ärztliche Leitung koordiniert und überwacht Diagnostik, Therapieplanung und -gestaltung, Fort- und Weiterbildung und steht für die Kompetenz des interdisziplinär-multiprofessionellen Teams, das sich, wie üblich in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, aus Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegekräften, Diätassistenten, Ökotrophologen und Sozialarbeitern/-pädagogen zusammensetzt. Sie leitet in der Regel die wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen (vgl. Punkt 2.3).

Wöchentlich muss für alle Rehabilitanden eine Facharztvisite durchgeführt werden, in der über die ärztlichen Untersuchungsbefunde, Diagnosen, die sozialmedizinische Beurteilung und den Therapieverlauf gesprochen wird. Mit den Rehabilitanden werden die Rehabilitationspläne und -ziele abgestimmt. In der Facharztvisite nimmt die Vermittlung des ganzheitlichen Krankheitsverständnisses und des verhaltensmedizinischen Behandlungskonzepts durch die ärztliche Leitung einen großen Stellenwert ein.

Auch die Stationsärzte im verhaltensmedizinisch orientierten Behandlungsschwerpunkt der medizinischen Rehabilitation sollen zumindest über die Zusatzqualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“ verfügen. Die Teilnahme an einer psychotherapeutischen Weiterbildung wird begrüßt.

3.1.2 Spezifische Anforderungen an Psychologen

Psychologinnen und Psychologen brauchen einen Hochschulabschluss mit Diplom oder einen konsekutiven Masterabschluss mit Schwerpunkt Klinische Psychologie. In der VOR benötigen sie angesichts der psychischen Komorbiditäten der hier behandelten Rehabilitanden zusätzlich die

Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (zumindest 50 % der Psychologen; die anderen 50 % sollten sich zumindest in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befinden).

3.1.3 Spezifische Anforderungen an die Bewegungstherapie

In der orthopädischen oder auch in anderen Indikationen werden bewegungstherapeutische Bezugsgruppen vorgehalten. Da in dem bewegungstherapeutischen Kernangebot didaktische Aspekte eine große Rolle spielen, wird die Integration eines Diplom-/Bachelor-Sportlehrers in das bewegungstherapeutische Team benötigt. Er sollte die pädagogisch-psychologischen Aspekte im bewegungstherapeutischen Behandlungskonzept befördern (Geidl et al. 2012, Semrau et al. 2014).

3.2 Räumliche Anforderungen

Die besonderen Verhältnisse in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation mit Bezugstherapeutesystem und dem Schwerpunkt auf Gruppenarbeit in geschlossenen Gruppen erfordern eine überdurchschnittlich gute Ausstattung mit Gruppenräumen.

Die Ausstattung der psychologischen Gruppenräume soll edukative, therapeutische und entspannungsbezogene Anwendungen ermöglichen. Neben bequemen Sitzgelegenheiten sollen gegebenenfalls Matten, Decken, Nackenrollen und Lagerungshilfsmittel vorhanden sein. Die technische Ausstattung umfasst Projektionsmöglichkeiten (Beamer oder Overheadprojektor) und ein Musikabspielgerät. Tafel, Flipchart und Moderationszubehör ermöglichen eine interaktive Gruppengestaltung.

4. Reha-Nachsorge und weiterführende Empfehlungen

Die Behandlung einer psychischen Komorbidität kann in der Regel nicht im Rahmen einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation abgeschlossen werden. Zur Nachsorge stehen Nachsorgeangebote der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung. Wenn die Diagnose der psychischen Störung an erster Stelle im ärztlichen Entlassungsbericht steht, können auch spezifische Nachsorgemöglichkeiten der psychosomatischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden (zum Beispiel Curriculum Hannover). In vielen Fällen wird die Empfehlung einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie ausgesprochen.

5. Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, 2011.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Anforderungsprofil VMO. Berlin, 2013.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Anforderungsprofil MBOR. Berlin, 2012.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin, 2014a.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen. Berlin, 2014b.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Therapiebindungszeiten von Diplom-/Master-Psychologen in der somatischen Rehabilitation. In: Reader. Aktuelle Informationen zur psychologischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, 2014c.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, 2014d.

Franke, G. H. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI). Göttingen, Beltz.

Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual (2. revidierte und erweiterte Auflage). Göttingen: Beltz Test GmbH.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *Rehabilitation*, 51, 259–268

Geissner, E. (1996). Die Schmerzempfindungs-Skala SES. Göttingen: Hogrefe.

Geissner, E. (2001). Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV. Göttingen: Hogrefe.

Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R. P. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) (3. aktualisierte und neu normierte Auflage). Manual. Bern: Hans Huber.

Küch D., Arndt, S., Grabe A., Manthey W., Schwabe M., Fischer D. (2011). UKS – Ultra-Kurz-Screening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Behandlung im Krankheitsverlauf. Akutversorgung – Rehabilitation – Nachsorge. Deutscher Psychologen Verlag.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger C. D. (1981). State-Trait-Angstinventar (STAI). Weinheim: Beltz.

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders* 122, 86–95.

Hautzinger, M., Bailer, M. (1993). Allgemeine Depressionsskala ADS. Göttingen: Hogrefe.

Margraf, J., Ehlers A. (2007). Das Beck-Angst-Inventar BAI Huber, Bern.

Pfeiffer, K., Semrau, J. (2011). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie „VBT“. Trainermanual. http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/vbt_elektronisches_trainermanual.pdf (Zugriff 27.05.2015)

Schaarschmidt, U., Fischer, A. W. (2008). AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Pearson.

Schulz, P., Schlotz, W., Becker, P. (2004). TICS –Trierer Inventar zum chronischen Stress Göttingen: Hogrefe.

Schwarz, B. (2014). EXPLORE: Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation. Abschlussbericht.

Semrau, J., Hentschke, Ch., Geidl, W., Herbold, D., Holme, M. & Pfeifer, K. (2014). Einfluss einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie auf die kurzfristige Wirksamkeit einer verhaltensmedizinischen-orthopädischen Rehabilitation bei chronischem nichtspezifischem Rückenschmerz: eine randomisiert kontrollierte Studie. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Karlsruhe. DRV DRV-Schriften. 103, 342–343.

Streibelt, M., Worringer, U., Brünger, M., Spyra, K. (2013). MBOR – Alternative oder Ergänzung zu Verhaltensorientierter Rehabilitation (VOR)? Ein repräsentativer Zielgruppenvergleich. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? vom 04. bis 06. März 2013 in Mainz, DRV DRV-Schriften, 101, 248–250.

Worringer, U., Streibelt, M., Schwabe, M., Küch, D. (2012). Optimierung der Zuweisung zur verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) durch die DRV Bund: Erprobung eines Screeninginstruments. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen vom 05. bis 07. März 2012 in Hamburg, DRV DRV-Schriften, 98, 118–120.

6. Anhang

6.1 Rentenversicherungsträger

Liste der Rentenversicherungsträger, die an der Befragung teilgenommen haben

- DRV Baden-Württemberg
- DRV Nordbayern
- DRV Bayern Süd
- DRV Berlin-Brandenburg
- DRV Braunschweig-Hannover
- DRV Bremen-Oldenburg
- DRV Bund
- DRV Hessen
- DRV Mitteldeutschland
- DRV Nord
- DRV Rheinland-Pfalz
- DRV Rheinland
- DRV Saarland
- DRV Schwaben
- DRV Westfalen
- DRV Knappschaft-Bahn-See

6.2 Rehabilitationseinrichtungen

Liste der Rehabilitationseinrichtungen, deren Befragungsergebnisse bzw. Konzepte in die Erstellung des Rahmenkonzepts eingingen oder die von einzelnen Rentenversicherungsträgern in der VOR belegt werden

Orthopädische Abteilungen

1. Median Klinik Hoppegarten/DRV Bund
2. Argental Klinik, Isny/DRV Bund
3. Reha-Zentrum Bad Steben, Klinik Auental/DRV Bund
4. Reha-Zentrum Sooden-Allendorf, Klinik Werra/DRV Bund
5. Paracelus Klinik an der Gande, Bad Gandersheim/DRV Bund
6. Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser/DRV Bund
7. Maternus Klinik Bad Oeynhausen/DRV Bund
8. Klinik Rabenstein KG, Bad Salzhausen/DRV Hessen/
Knappschaft-Bahn-See
9. Holsing Vital Rehaklinik, Preußisch Oldendorf/DRV Westfalen/
Knappschaft-Bahn-See
10. Reha-Klinik Dahleener Heide, Schmannewitz/DRV Mitteldeutschland
11. Rehaklinik Göhren, Rügen/DRV Mitteldeutschland/
DRV Bund in Einzelfällen
12. Marcus Klinik, Bad Driburg/DRV Westfalen
13. Rehazentrum Bad Eilsen/DRV Braunschweig-Hannover
(chronifiziertes Schmerzsyndrom und Fibromyalgie)
14. Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz, Bad Malente Gremsmühlen/
DRV Nord/DRV Bund
15. Frankenklinik Bad Windsheim/DRV Nordbayern
16. Klinik Berolina, Löhne/DRV Bund/DRV Rheinland
(VMO ohne weitere orthopädische Abteilung)
17. Gesundheitspark Bad Gottleuba/DRV Bund/DRV Mitteldeutschland
18. Median Klinik, Lobenstein/DRV Bund/DRV Mitteldeutschland
19. Teutoburger Wald Klinik, Bad Lippspringe/DRV Rheinland
(nur benannt, es lag kein Fragebogen oder Konzept vor)
20. Klinikum Luitpold, Bad Kötzting/DRV Bayern Süd
(nur benannt, es lag kein Fragebogen oder Konzept vor)

21. Drei-Burgen-Klinik, Bad Kreuznach/DRV Rheinland-Pfalz
(Interdisziplinäre Schmerztherapie in der orthopädischen
Rehabilitation ISOR)

Internistische/Kardiologische Abteilungen

22. Drei-Burgen-Klinik, Bad Kreuznach/DRV Rheinland-Pfalz
(metabolisches Syndrom META)
23. Reha-Zentrum Teltow/DRV Bund (in Planung in Kooperation
mit psychosomatischer Abteilung)
24. Klinik Roderbirken, Leichlingen/DRV Rheinland
25. Frankenklinik Bad Windsheim/DRV Nordbayern (Adipositas)
26. Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz, Bad Malente Gremsmühlen/
DRV Nord (Psychokardiologische Abteilung in Planung)

Onkologische Abteilungen

27. Reha-Zentrum Bad Homburg/DRV Bund
28. Reha-Zentrum Todtmoos/DRV Bund
29. Paracelsus Klinik am See, Bad Gandersheim
(nur Konzept vorliegend, keine Belegung durch DRV)

Psychosomatische Abteilungen

30. Mittelrhein-Klinik, Bad Salzig/DRV Rheinland-Pfalz
(Psychoonkologie PSO)
31. Median Klinik am Burggraben, Bad Salzuflen/DRV Westfalen/
DRV Rheinland (orthopädische Psychosomatik)



Deutsche
Rentenversicherung