

# Reha-Kommission

## **Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung**

**Abschlußberichte – Band III**

**Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“**

**Teilband 3**

**„Psychische und neurologische Erkrankungen“**

**Arbeitsgruppe 3 „Psychosomatik“**

**Teil III – Seiten 621- 629 und 779-828**

Verband Deutscher  
Rentenversicherungsträger

**VDR** 

Herausgeber

Verband Deutscher  
Rentenversicherungsträger (VDR)  
Koordinationsstelle der Reha-Kommission  
Eysseneckstraße 55  
60322 Frankfurt am Main  
Tel.: (069) 1522-0  
Telefax: (069) 1522-259

Umschlagentwurf:

Abteilung Presse und  
Öffentlichkeitsarbeit des VDR

Druck und Verarbeitung:

Dissertationsdruck, Darmstadt

Auflage:

September 1991

Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

**Folgende Abschlußberichte liegen vor:**

- Band I      Recht und Struktur
- Band II     Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III    Rehabilitationskonzepte**
  - Teilband 1   Rahmenkonzept  
                  und krankheitsspezifische Konzepte
  - Teilband 2   Krankheitsspezifische Konzepte
  - Teilband 3   Krankheitsspezifische Konzepte und  
                  Schwerpunkte der Weiterentwicklung**
- Band IV     Epidemiologie/EDV-Verfahren
  - Teilband 1   Epidemiologie
  - Teilband 2   EDV-und Dokumentationsverfahren
  - Teilband 3   Qualitätssicherung
- Band V      Verwaltung
- Band VI     Forschung und Lehre
- Band VII    Gutachten und Tagungsergebnisse
  - Teilband 1   Gesundheitsökonomie/Europäischer  
                  Vergleich
  - Teilband 2   Ambulante Rehabilitation in der ehemali-  
                  gen DDR
  - Teilband 3   Balneologie in der medizinischen Reha-  
                  bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

**Gesamtübersicht zu:**

**Abschlußberichte - Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitations-  
konzepte“, Teilband 3**

Mitgliederliste		625
<b>B-6.0</b>	<b>Gemeinsame Präambel zu den Rehabilitations konzepten der vier Arbeitsgruppen</b>	<b>627</b>
B-6.1	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Sucht"	631
B-6.2	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychiatrie"	723
<b>B-6.3</b>	<b>Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychosomatik"</b>	<b>779</b>
B-6.4	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Neurologie"	829



Projektuntergruppe 6 im Arbeitsbereich 3:

**"Psychische und neurologische Störungen"**

Mitgliederliste

Dr. Helmut Hollstein	<b>Projektuntergruppenleiter,</b> Fachklinik Eußerthal der LVA Rhein- land-Pfalz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg	Fachklinik Haus Renchtal, Renchen (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Martin Clauß	Rehabilitationskrankenhaus, Karlsbad-Langensteinbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Franz Dittmar	Psychosoziale Beratungsstelle, Passau (Arbeitsgruppe "Sucht" seit 1.10.90)
Dr. Roland Friedel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" seit 1.10.90)
Dr. Peter Frommelt	Klinik Bavaria, Schaufling (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Lothar Hubrecht	Marcus-Klinik, Bad Driburg (Arbeits- gruppe "Neurologie" bis 31.8.90)
Dr. Hans H. Janzik	Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Ernst von Kardorff	Institut f. gerontologische Forschung München (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht	Psychosomatische Klinik Schömburg (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Norbert Mark	Psychosomatische Fachklinik Bad Dürk- heim (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Heinz Neun	Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")

Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Poser	Neurologische Kliniken Schmieder, Al- lensbach (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Wolfgang Rieber	Klinik Ortenau, Zell-Harmersbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Renate Rosenberger	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" bis 30.9.90)
Dr. Rainer Sandweg	Bliestal Kliniken, Blieskastel (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dipl.-Psych. Regine Scheipers	LVA Rheinprovinz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Jürgen Schlosser	Hardtwald-Klinik I, Zwesten (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Ralf Schneider	Fachklinik Furth im Wald (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Päd. Bert Schuback	Wichern-Institut, Ludwigshafen (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Wilfried Schupp	Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See/ Füssen (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Ingrid Stölzel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Psych. Wilfried Wöhrle	Haus Weitenau, Steinen bei Lörrach (Arbeitsgruppe "Sucht")

Wissenschaftliche Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dr. Dipl.-Psych. Rolf Buschmann-Steinhage	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Dipl.-Psych. Heiner Vogel	Koordinationsstelle der Reha-Kommission

**Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen:**

**Gemeinsame Präambel**

**zu den Rehabilitationskonzepten der Indikationsbereiche  
„Sucht“, „Psychiatrie“, Psychosomatik“ und „Neurologie“**

Die Konzeption der Rehabilitation bei Patienten mit Störungen aus dem neurologischen und psychiatrisch/psychischen Bereich einschließlich Suchterkrankungen weicht in einigen grundlegenden Punkten vom allgemeinen Rehabilitationskonzept (Teil A) ab. Diese werden im folgenden erläutert.

1. Erfolgsprognose bei der Einleitung einer Reha-Maßnahme

Die Einleitung einer stationären Heilbehandlung ist derzeit an eine günstige Prognose bezüglich der Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung gekoppelt. Da die Beurteilung der Erfolgsaussicht häufig nicht a priori möglich ist, kann sie bei einem Großteil dieser Patienten erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses erfolgen. Eine besondere Erschwerung bei der Einschätzung der Erfolgsaussicht kommt dadurch hinzu, daß viele Erkrankungen durch nicht vorhersehbare, phasenspezifische Verläufe gekennzeichnet sind (z. B. Enzephalomyelitis disseminata, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, aber auch Psychosen).

Diese Unsicherheit in der prognostischen Beurteilung darf jedoch nicht dazu führen, daß die Einleitung notwendiger Reha-Verfahren verzögert oder verweigert wird. Es muß geprüft werden, ob diese Forderung innerhalb des geltenden Rechts (z. B. durch Vorleistungsregelungen oder Gesamtvereinbarungen o. ä.) realisiert werden kann oder ob dafür Änderungen der gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind.



Bei vielen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern sowie bei älteren, multimorbialen Patienten kann das Erreichen einer Teilerwerbsfähigkeit nach vorheriger Erwerbsunfähigkeit aus medizinischer Sicht einen beträchtlichen Erfolg der Rehabilitation darstellen. Dies sollte zukünftig im Rahmen der Beurteilung der Erfolgsaussicht bei der Begutachtung zur Einleitung einer Reha-Maßnahme berücksichtigt werden. In diesem Rahmen erscheint es sinnvoll, eine Teil-EU-Rente als Leistung der Rentenversicherung einzuführen, so daß bei diesen Patienten nach der Reha-Maßnahme auch mit einer Teilzeittätigkeit die soziale Sicherung gewährleistet ist.

## 2. Abgrenzung von Kur-Maßnahmen

Um Fehleinweisungen zu vermeiden und die Motivation der Rehabilitanden zu fördern, muß im Vorfeld der Maßnahme sehr deutlich zwischen Kur und Rehabilitation unterschieden werden. So ist die Behandlung bei Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischen und neurologischen Störungen nicht an ortsgebundene Heilmittel gebunden. Die zur Anwendung kommenden Behandlungsmaßnahmen gehen von den individuell bestimmten Rehabilitationszielen aus und sind dementsprechend außerordentlich spezifisch. Dies beginnt bei der psychotherapeutischen Behandlung, führt über die medikamentöse Therapie zu mehr fachspezifischen personengebundenen Behandlungen. Diese schlagen sich vor allem im Stellenplan der Rehabilitationseinrichtung nieder, der für diese Häuser einen hohen Anteil von Gebietsärzten, Ärzten mit Teilgebietsbezeichnung und klinischen Psychologen sowie fachspezifisch geschultem medizinischen und therapeutischen Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen vorsieht.

### 3. Behandlungsdauer

Die Therapiedauer muß den individuell sehr unterschiedlichen Therapiezielen und dem Behandlungsplan entsprechend unterschiedlich aussehen können und variabel gehandhabt werden. In der Regel zeigt sich erst im Laufe der Reha-Prozesses, welche Behandlungszeit im Einzelfall erforderlich ist. Generell kann aber festgehalten werden, daß die Dauer der stationären Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen, einschließlich Sucht, beträchtlich länger ist als bei den übrigen Patientengruppen in der Rehabilitation.

### 4. Wege der Veränderung - Gesundheitsbildung

Kognitive Information und Schulung sind speziell bei Patienten mit psychischen und neurologischen Störungen sowie bei Suchtpatienten nicht ausreichend, um Veränderungsprozesse zu erzielen. Maßnahmen zur Gesundheitsbildung sind deshalb in diesem Bereich nur soweit erfolgversprechend, wie sie die individuellen Entwicklungs- und Lebensbedingungen sowie die Motivationslage und individuelle Widerstände berücksichtigen.

Die Behandlung muß insbesondere die krankheitsspezifischen Konflikte sowohl auf der intrapsychischen wie auch auf der Beziehungsebene berücksichtigen. Eine besondere Rolle hierbei spielt auch das Krankheitserleben und die subjektive Krankheitsdeutung durch den Patienten sowie das auch davon abhängige chronische Krankheitsverhalten. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Funktionseinschränkungen beziehen sich auch auf den psychischen Bereich, im Sinne einer Einleitung von Nachreifungsprozessen zur Verbesserung defizitärer Ich-Funktionen und sozialer Kompetenzen.

5. Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Die Einbeziehung von Bezugspersonen muß in diesen Indikationsbereichen über die reine Beratung hinausgehen. Einerseits geht es dabei um die Erhellung und Behandlung pathologischer Beziehungsmuster und andererseits um die Ermittlung und Mobilisierung von weiteren Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, welche die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung des Patienten zu unterstützen in der Lage sind.

6. Rehabilitationskette: Ambulante Rehabilitation - Nachsorge

Besonders bei der Rehabilitation psychiatrischer und neurologischer Störungen ist eine weitere Differenzierung und Abstufung in der ambulanten Nachbetreuung dringend erforderlich. Damit kein Bruch in der Rehabilitationskette mit Nachteilen für den Rehabilitanden entsteht, wird hier ein entsprechender Handlungsbedarf für die Rentenversicherung gesehen, z. B. die Schaffung spezifischer, interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Therapieangebote.



**REHA-KOMMISSION**  
**Abschlußbericht**

**Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“**

**Projektuntergruppe 6 „Psychische und neurologische  
Erkrankungen“**

**Arbeitsgruppe 3 „Psychosomatik“**

**Rehabilitation bei psychischen und psychosoma-  
tischen Störungen**

**\* Allgemeines Rehabilitationskonzept**

**\* Problemfelder der Rehabilitation und Lösungsansätze**



## Gliederung

Mitgliederliste: Siehe S. 625 ff.

<b>Teil I: Rehabilitationskonzept bei</b>	
<b>psychischen und psychosomatischen Störungen</b>	<b>785</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>785</b>
1.1 Indikationsbereiche zur Behandlung in psychosomatischen Fachkliniken	786
<b>2. Diagnostik</b>	<b>787</b>
2.1 Medizinische Diagnostik im engeren Sinne	787
2.2 Rehabilitationsbezogene Diagnostik psychischer und sozialer Störungen	788
<b>3. Therapie</b>	<b>788</b>
3.1 Therapieziele	
3.2 Das therapeutische Team (Reha-Team), Therapieorganisation	789
3.3 Therapieplanung und -durchführung	791
3.3.1 Initialphase	791
3.3.2 Psychotherapeutische Schwerpunkte	792
3.3.3 Therapieabschluß	793
<b>4. Therapiekontrolle und Dokumentation</b>	<b>794</b>
4.1 Entlassungsbericht	794
<b>5. Behandlungsdauer</b>	<b>794</b>
<b>6. Schnittstellen</b>	<b>795</b>
6.1 Einweisung	795
6.2 Anschlußheilbehandlungen (AHB)	796
6.3 Nachsorge	797

<b>7.</b>	<b>Kooperation</b>	<b>797</b>
7.1	Kommunikationsstrukturen innerhalb der Klinik	797
7.2	Kooperation mit Institutionen außerhalb der Rehabilitationsklinik	799
<b>8.</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>799</b>
<b>9.</b>	<b>Forschung</b>	<b>800</b>
<b>10.</b>	<b>Aus-, Fort- und Weiterbildung</b>	<b>800</b>
 <b>Teil II: Rehabilitation bei psychischen und psycho- somatischen Störungen: Problemfelder und Schwerpunkte der Weiterentwicklung</b>		 <b>801</b>
<b>1.</b>	<b>Gestuftes System der Rehabilitation</b>	<b>801</b>
1.1	Verhältnis kurativer und rehabilitativer Behandlung in der Psychosomatik	801
1.2	Psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkranken häusern	803
1.3	Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in allgemeinen Rehabilitations kliniken	805
1.4	Wohnortnähe, Regionalisierung	806
1.5	Ambulante Rehabilitation bei psychosomatischen Patienten	808
1.6	Nachsorge	808
<b>2.</b>	<b>Vorbereitung und Einleitung der Rehabilitation</b>	<b>811</b>
2.1	Einleitung der Behandlung, Unterinanspruchnahme	811
2.2	Motivation und Reha-Vorbereitung	813



<b>3.</b>	<b>Stationäre psychosomatische Rehabilitation</b>	<b>817</b>
3.1	Multimorbidität	817
3.1.1	Psychiatrische Patienten und Suchtpatienten in der psychosomatischen Fachklinik	817
3.2	Berufliche Reintegration	818
3.3	Rehabilitation bei Rentenantragstellern	819
3.4	Flexibilität der Reha-Dauer	820
3.5	Qualität und Vergütung	821
3.6	Entlassungsbericht	823
<b>4.</b>	<b>Fort- und Weiterbildung</b>	<b>825</b>
<b>5.</b>	<b>Qualitätssicherung und Forschung</b>	<b>826</b>
5.1	Dokumentation und Forschung	826
5.2	Qualitätssicherung	827
<b>6.</b>	<b>Literatur</b>	<b>828</b>



## Teil I: Rehabilitationskonzept bei psychischen und psychosomatischen Störungen

### 1. Einleitung

Das Konzept der Rehabilitation psychisch und/oder psychosomatisch gestörter Patienten geht von einer allgemeinen Zielsetzung aus: "Eingliedern" stellt eine komplexe Aufgabe dar und umfaßt die gesamten Beziehungen, einschließlich der Lebensqualität im Sinne einer selbstverantwortlichen Lebensführung. Rehabilitation zielt nicht nur auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit bzw. auf die Rückkehr ins Berufsleben ab, sondern gleichermaßen auf die Fähigkeit zum angemessenen Umgang mit der Erkrankung und ihren (psychosozialen) Folgen sowie auf die (Wieder-) Erlangung von Autonomie und sozial-kommunikativen Kompetenzen, weil darin die zentralen Voraussetzungen für die Leistungsfähigkeit im Berufs- und Alltagsleben liegen. Rehabilitation kann schließlich auch zur Verminderung zukünftiger Pflegebedürftigkeit und/oder zu einer geringeren sozialen Abhängigkeit im Alter beitragen. Diese komplexe Aufgabe bedeutet, daß die medizinische Rehabilitation auch die psychologische und soziale Dimension einbeziehen muß.

Insbesondere in diesem Indikationsbereich muß das Rechtsprinzip "Rehabilitation vor Rente" individuell und situativ angemessen ausgelegt (im Zweifel für den Antragsteller) und durch die Möglichkeit eines Rehabilitationszieles "Teilerwerbsfähigkeit" flexibel gestaltet werden. So sollte etwa eine Reha-Maßnahme bei einer gutachterlich nicht zu klärenden Prognose (z. B. bei Multimorbidität) nicht verweigert werden.

### 1.1 Indikationsbereiche zur Behandlung in psychosomatischen Fachkliniken

Trotz der mehrdimensionalen Sichtweise psychischer Störungen wird derzeit der Gesamtzustand nach der gebräuchlichsten Diagnosenverschlüsselung (ICD-9) nosologisch klassifiziert. Danach werden überwiegend folgende Krankheitsgruppen in psychosomatischen Fachkliniken behandelt:

- psychoneurotische Erkrankungen wie Depressionen, Angstzustände, Phobien, Zwänge (ICD-9: Ziffer 300.0 bis 300.9);
- funktionelle bzw. psychovegetative Organstörungen, wie z. B. irritable Colon, Dysfunktionen des Herz-Kreislauf-Systems, vaskuläre und/oder Spannungskopfschmerzen, Schwindel usw. (ICD-9: Ziffer 306);
- chronische Kontakt- und Arbeitsstörungen bei schweren Persönlichkeitsstörungen (ICD 9: Ziffer 301.0 bis 301.9), einschließlich Suchttendenzen (ICD-9: Ziffer 305);
- posttraumatische Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen, wie nicht abklingende Ängste und Depressionen nach schweren Unfällen, Katastrophen oder Partnerverlust (ICD -9: Ziffer 308 und 309);
- psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne, wie z. B. Störungen des Eßverhaltens (Anorexia nervosa, Bulimie), Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Asthma bronchiale und andere Erkrankungen, bei denen psychische Komponenten zumindest den Verlauf wesentlich mitbestimmen (ICD-9: Ziffer 316);
- psychische Störungen und Lebensbeeinträchtigungen im Zusammenhang mit schweren und/oder chronischen Erkrankungen wie Gelenkrheuma, Zustand nach Herzinfarkt, unfallbedingten Körperbehinderungen bzw. Multipler Sklerose;
- unter bestimmten Voraussetzungen psychotische Patienten in Remission mit Kommunikationsstörungen und Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung.

## 2. Diagnostik

In psychosomatischen Fachkliniken erfolgt in den ersten 8 bis 14 Tagen eine individuell abgestimmte, umfassende Diagnostik. Hier greifen medizinische Diagnostik und psychotherapeutische Diagnostik auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses ineinander.

### 2.1 Medizinische Diagnostik im engeren Sinne

Eine qualifizierte Diagnostik der körperlichen Störungen und Symptome muß gewährleistet sein. Bei chronifizierten Verläufen sind ggf. Wiederholungen von speziellen medizinischen Untersuchungen - hier allerdings unter einer psychosomatischen Perspektive - unvermeidlich. Dies geschieht nach dem Motto: "So wenig wie möglich, so viel wie nötig."

Die Standards der medizinischen Diagnostik (und Behandlung) sollten dadurch gewährleistet werden, daß die leitenden Ärzte einer psychosomatischen Fachklinik in der Regel Gebietsärzte sind, qualifiziert für ein Gebiet wie Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin usw. Darüber hinaus sollten in den einzelnen Abteilungen - je nach Schwerpunkt, z. B. für Internistische Psychosomatik - neben dem Leiter auch noch weitere Gebietsärzte zur Verfügung stehen. Entsprechend ausgestattet ist dann das Labor und die sonst üblichen medizintechnischen Einrichtungen wie Sonographie, Ergometrie u. a.

Notwendige Spezialuntersuchungen, wie z. B. Röntgen, werden an benachbarte Kliniken oder ggf. medizinische Abteilungen delegiert oder an niedergelassene Gebietsärzte in der Nähe der Einrichtung.

## 2.2 Rehabilitationsbezogene Diagnostik psychischer und sozialer Störungen

Neben einer tiefenpsychologisch fundierten, biographischen Anamnese oder einer Verhaltensanalyse der Problem- und Störungsbereiche erfolgt eine differenzierte Erfassung vorliegender Arbeits- und Kontaktstörungen im sozialen Bereich. Die subjektiven und objektiven Aspekte der gesunden und gestörten Anteile der Persönlichkeit werden im Hinblick auf den Behandlungsplan besonders unter dem Aspekt verbliebener adaptativer und integrativer Fähigkeiten eingeschätzt. Zuhilfe genommen werden auch Beobachtungen des Patienten in seinen Interaktionen zu Mitpatienten in der Klinik und in seinem realen Umfeld. Die Beurteilung verbliebener Kompetenzen kann durch standardisierte und operationalisierte körperliche und psychologische Leistungstests verbessert werden.

## 3. Therapie

### 3.1 Therapieziele

Psychosomatische Rehabilitation dient in der Regel der sekundären und tertiären Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen: Der Einfluß von chronifizierenden Risikofaktoren soll gemindert und die weitere Entwicklung von Folgesymptomen mit unterschiedlichen Auswirkungen im psychischen und sozialen Bereich soll verhindert werden.

Psychosomatische Rehabilitation zielt deshalb in erster Linie darauf ab, dem Patienten das Eigenverantwortliche am Zustandekommen der Krankheit einsehbar zu machen. Seine Motivation und Fähigkeit zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. zu einem realistischen Umgang mit den Krankheitsfolgen soll gestärkt werden, um dadurch seinen zukünftigen Handlungsspielraum zu erweitern. Es werden Fähigkeiten

zu einer gesünderen, kommunikativeren, kreativeren und damit zugleich leistungsfähigeren und selbständigeren Lebensführung gefördert. Ein verändertes Selbstbild und Selbstwertgefühl sowie eine verbesserte Affektregulierung im sozialen Kontext stellen in diesem Sinne weitere Ziele für eine Veränderung dar.

Der Aufbau von Eigenverantwortlichkeit umfaßt häufig auch den Abbau von potentiell selbstschädigenden Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Genußmittel, körperliche Bewegung usw.

Allen psychosomatischen Facheinrichtungen ist die Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell (Engel 1980) gemeinsam, das verschiedene Entstehungsbedingungen nach einem multiaxialen Behandlungsmodell definiert. Danach werden die körperlichen Symptome und Ursachen nicht mehr und nicht weniger ernstgenommen als die emotionalen, kognitiven und sozialen Bedingungen für die Entstehung und Chronifizierung von Krankheit.

### 3.2 Das therapeutische Team (Reha-Team), Therapieorganisation

Rehabilitationskliniken haben in der Mehrzahl zwischen 160 bis 240 Behandlungsplätze. Sie arbeiten in Form interdisziplinär zusammengesetzter, therapeutischer Gruppen mit eigener Kommunikationsstruktur und Aufgabenstellung. Diese "Teams" sind für die Behandlung bzw. Rehabilitation von etwa 25 bis 28 Patienten zuständig und werden nicht selten von einem Leiter bzw. einem "Tandem" aus einem leitenden Arzt und einem leitenden Psychologen zu einer größeren Einheit zusammengefaßt.

Diese Substruktur hat oft auch einen inhaltlich definierten Therapieschwerpunkt, wie z. B. Abteilungen für Internistische Psychosomatik, Neurologische Psychosomatik, Klinische Verhaltenstherapie o.ä.

In jedem Team sind mit entsprechender Fachkompetenz Ärzte bzw. Gebietsärzte und klinische Psychologen vertreten.

Der Therapeuten-Patienten-Schlüssel (Arzt bzw. Psychologe, ohne ltd. Therapeuten bzw. Ärzte) liegt im Mittel bei 1 : 9.

Gemäß der unterschiedlichen Konzeptionen erfolgt die somatische und psychotherapeutische Behandlung entweder durch einen entsprechend weitergebildeten Arzt oder es kommt zu einer Kooperation von einem medizinisch behandelnden Arzt und einem psychotherapeutisch zuständigen Klinischen Psychologen.

In der Regel wird von einer konstanten organisatorischen und therapeutischen Zuständigkeit des Psychotherapeuten ausgegangen ("Bezugstherapeut"). Sowohl Ärzte wie auch Klinische Psychologen können aber auch teamübergreifend Sonderaufgaben im Sinne von Konsiliarfunktionen erfüllen, z. B. als Gebietsarzt oder Gruppentherapeut. Unabhängig von der Methodenorientierung werden wichtige Teilaufgaben durch Schwestern bzw. Pfleger sowie durch sog. "Spezialtherapeuten" (Konzentrierte Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Soziotherapie u. a.) erfüllt. In der Regel bestehen als zentrale Dienste eine Physiotherapeutische Abteilung und eine Gruppe von Mitarbeitern für Bewegungs- und Sporttherapie sowie Krankengymnastik.

Je spezieller die therapeutische Konzeption auf bestimmte Patientenuntergruppen ausgerichtet ist, umso mehr empfiehlt sich die Untergliederung einer Klinik in Abteilungen. In den therapeutischen Teams muß dann auch eine entsprechende gebietsärztliche (z. B. internistische oder neurologische) Kompetenz ganztags präsent sein. Das gleiche gilt auch für eine spezielle psychotherapeutische Kompetenz in einer Abteilung für Klinische Psychotherapie.



Zur konzeptuellen Weiterentwicklung empfehlen sich deshalb stationsbezogene oder abteilungsübergreifende Gruppenkonzepte mit genau definierten Indikationsstellungen. Die therapeutischen Einheiten sollten in ihren Aufgabenbereichen klar definiert und von den Patienten auch als solche erkannt werden.

### 3.3 Therapieplanung und -durchführung

#### 3.3.1 Initialphase

Für das Erstellen eines individuellen Behandlungsplanes ist eine initiale Phase notwendig, die der oben genannten Diagnostik und vor allem der Eingewöhnung, Umorientierung und Motivierung der Patienten dient. Patienten mit einer psychosomatischen Störung oder Erkrankung mit entsprechender medizinischer "Karriere" erhalten in den meisten psychosomatischen Rehabilitationskliniken eine besondere schriftliche und mündliche Einführung in die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Klinik. Die Bezugstherapeuten informieren und führen die Patienten bei Berücksichtigung der individuellen Motivation in ein Basisbehandlungsangebot bzw. in spezielle Verfahren wie Einzel- bzw. Gruppentherapien in ihren unterschiedlichen Formen ein.

Erstrebenswert für eine weitere Konzeptentwicklung wäre eine differentielle und für Patientenuntergruppen unterschiedliche Gestaltung der Initialphase. Im Hinblick auf den "unmotivierten" ("geschickten") Patienten könnte es zweckmäßig sein, neben einer vorstationären Diagnostik eine begleitende ambulante Psychotherapie zur Entwicklung adäquater Therapieziele und darauf aufbauender Lösungsschritte, bzw. zur Erarbeitung von Eigenmotivation, zu ermöglichen.

### 3.3.2 Psychotherapeutische Schwerpunkte

Die Inhalte und Methoden der Behandlung in der psychosomatischen Fachklinik richten sich nach einer der beiden wissenschaftlich etablierten Psychotherapierichtungen: Der tiefenpsychologisch/psychoanalytisch oder der verhaltenstherapeutisch bzw. verhaltensmedizinisch ausgerichteten Psychotherapie.

Unter einem psychoanalytisch-entwicklungspsychologischen Konzept sollen therapeutisch geplante und reflektierte zwischenmenschliche Erfahrungen Einsicht bewirken. Ein dauerhaft gestärktes Selbstwert- und Selbstsicherheitsgefühl und auf diesem Wege eine größere Bereitschaft zur Eigenverantwortlichkeit und zur aktiven Lebensbewältigung sind die übergreifenden Zielsetzungen.

Bei einem verhaltensmedizinischen Ansatz spielen methodenzentrierte Verfahren eine große Rolle, bei denen die Bestimmung klarer (Teil-) Ziele und die Selbstkontrolle der Zielerreichung angestrebt werden. Ein aktives Bewältigungsverhalten im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgeerscheinungen soll gefördert werden. Vorrangiges Ziel ist hier die Entwicklung und Stabilisierung von Handlungskompetenzen für die Bewältigung von Konfliktsituationen im emotionalen, kognitiven und sozialen Bereich.

Zu fordern ist für jede psychosomatische Rehabilitation eine individuell festzulegende und im Verlauf auch immer wieder zu überprüfende Mischung von kurativen (ursachenbezogenen) mit rehabilitativen (funktionsbezogenen und kommunikationsfördernden) Maßnahmen.

#### 3.3.2.1 Einbeziehung von Angehörigen und Sozialpartnern

Einen wesentlichen therapeutischen Wert hat in vielen Fällen die Einbeziehung der Bezugspersonen und die Bearbeitung der

Interaktionssysteme des Patienten in Form von Familien- und Paargesprächen. Diese sind jedoch derzeit noch durch administrative Probleme und Schwierigkeiten, z. B. bei der Reisefinanzierung, erschwert.

#### 3.3.2.2 Gesundheitsbildung

Der verantwortungsvolle Umgang mit Genußmitteln und potentiell risikoreichen Lebensstilen ist ein immanentes Therapieziel im Rahmen der psychotherapeutischen Rehabilitation. Die Veränderung gesundheitsriskanter Lebensweisen kann jedoch nur bei Berücksichtigung der individuellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen eingeleitet werden und muß die spezifische Motivationslage des Rehabilitanden und entsprechende Widerstände berücksichtigen.

Daher ist eine ausgesprochene Gesundheitsbildung, etwa im Sinne von pädagogisch ausgerichteten Schulungsprogrammen, umso weniger erforderlich, je stärker das Konzept der Rehabilitation psychotherapeutisch ausgerichtet ist.

#### 3.3.3 Therapieabschluß

Die Vorbereitung auf die Entlassung und die nachstationäre Rehabilitation bzw. die Intervalltherapie hat eine beträchtliche Bedeutung für die langfristige Stabilität erzielter Erfolge bzw. Veränderungen. Deshalb wird dieser Behandlungsphase besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Unter der Perspektive der zeitlich begrenzten Behandlungsdauer in einer Fachklinik werden zwei Zielsetzungen in der psychosomatischen Rehabilitation verfolgt: Während die psychotherapeutischen Bemühungen sich einerseits häufig darauf richten (müssen), daß die Be

handlung ambulant fortgesetzt und der Patient darauf vorbereitet wird, ist andererseits das baldige, erprobende Rückführen in den sozialen Alltag häufig ein anderes wichtiges Ziel.

Nicht selten wird aber auch bei einem nicht ausreichenden Behandlungsergebnis ein Entlassungsintervall und danach eine Wiederaufnahme ("Intervalltherapie") vorgesehen.

#### 4. Therapiekontrolle und Dokumentation

Zukünftig sollte eine für alle Einrichtungen mit tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer psychosomatischer Orientierung gültige und vergleichbare Dokumentation von relevanten Patientendaten einschließlich prognostischer Beurteilungskriterien zur Identifikation von rehabilitationsfördernden und -hemmenden Variablen (z. B. bei chronifizierten Schmerzsyndromen, vegetativen Funktionsstörungen usw.) entwickelt werden.

##### 4.1 Entlassungsbericht

Im Entlassungsbericht wird diagnostisch und prognostisch Stellung genommen und es erfolgt eine sozialmedizinischen Beurteilung. Der Behandlungsprozeß wird skizziert und in einem epikritischen Teil werden weiterführende Behandlungsvorschläge gemacht.

#### 5. Behandlungsdauer

Ein Therapie- bzw. Rehabilitationsplan bezieht sich in der Regel auf eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 6 bis 10 Wochen. In manchen Fällen ergibt sich aus dem Behandlungsprozeß die Notwendigkeit einer Verlängerung von bis zu sechs Monaten; bei speziellen

Störungsbildern wie Anorexia nervosa oder Bulimie ist das eher die Regel.

Es wäre wünschenswert, das Konzept der Intervalltherapie mehr als bisher auszuarbeiten. Dies bedeutet die Wiederaufnahme des Rehabilitanden auf die gleiche Station wie beim letzten Mal; das Rehabilitationsteam bleibt somit für den Betroffenen konstant. Insbesondere bei problematischen Fällen (z. B. unklares Mißbrauchsverhalten) könnte dies die Möglichkeit einer Verlaufsdiagnostik und intermittierenden, gestuften Behandlung über einen größeren Zeitraum bieten. Auf der Basis der in der ersten stationären Behandlungsphase gesammelten Informationen und konzipierten Lösungsschritte kann die therapeutische Arbeit dann auch die Erfahrungen einbeziehen, die der Patient zwischenzeitlich gesammelt hat.

Zur realistischen Einschätzung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit im Erwerbsleben sollten Möglichkeiten von Klinikinternern und ggf. -externen Belastungserprobungen während der stationären Rehabilitation, auch mit einer flexiblen Verlängerung des Gesamtaufenthaltes, verstärkt gegeben sein.

## 6. Schnittstellen

### 6.1 Einweisung

Patienten, die einer psychosomatischen Rehabilitation bedürfen, weisen in der Mehrzahl noch immer eine chronifizierte Krankenkariere auf. Eine Vielzahl psychosomatisch rehabilitationsbedürftiger Patienten wird zu spät richtig diagnostiziert und behandelt.

Erschwerend für psychisch Beeinträchtigte sind die häufig zu langen Wartezeiten von der Antragstellung bis zum Beginn der stationären Heilbehandlung. Diese setzen sich aus zwei Faktoren zusammen: Aus

der Bearbeitungszeit von der Antragstellung bis zur Bewilligung und dem Eintreffen der schriftlichen Unterlagen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik und aus der jeweiligen Wartezeit einer solchen Einrichtung angesichts der üblichen "Vollbelegung".

Die Mehrzahl der Patienten ist schließlich nicht vorbereitet auf die Besonderheit einer psychosomatischen Rehabilitation. Viele Patienten erwarten eine allgemein roborierende Kurmaßnahme mit unspezifischen "Anwendungen" und viel Erholung, jedoch keine zielgerichtete psychotherapeutisch-rehabilitative Behandlung. Hier sollte einerseits die Aufklärung und Vorbereitung verbessert werden. Die Kliniken sollten andererseits die Erarbeitung angemessener Therapieerwartung als wesentlichen Teil ihrer Aufgabe verstehen (vgl. Teil II, Kap. 2.2).

## 6.2 Anschlußheilbehandlungen (AHB)

AHB-Verfahren sind in der Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen bisher nicht üblich. Da diese Verfahren jedoch eine beschleunigte Einweisung bedeuten und die Kontinuität der Behandlung in der Regel beträchtlich verbessern, sollten sie auch in diesem Bereich möglich gemacht werden, z. B. für folgende Indikationen (vgl. Teil II, Kap. 2.1):

- bei klassischen Psychosomatosen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Anorexie usw.;
- bei multiplen funktionellen Organstörungen mit der Tendenz zur Psychalgie bzw. "Doktor-Shopping" sowie Mehrfach-Operationen;
- bei neurologischen oder internistischen Problemfällen mit verzögerter Rekonvaleszenz.

### 6.3 Nachsorge

Eine Nachbehandlungsbedürftigkeit besteht bei etwa einem Drittel der Patienten in stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen. Der Großteil der Patienten kommt ohne eine spezielle Weiterbehandlung aus und kehrt in die Betreuung durch den Hausarzt zurück. Manche Patienten schließen sich einer Selbsthilfegruppe an.

Einem Anteil von bis zu 10 % wird die Wiederholung der Heilbehandlung ("Intervalltherapie") empfohlen. Erfahrungsgemäß lassen sich die Patienten beim zweiten Aufenthalt wesentlich angstfreier auf speziellere psychotherapeutische Behandlungsangebote ein.

Bei Patienten aus der näheren Region der Klinik kann gelegentlich eine ambulante Weiterbehandlung im Rahmen einer Klinikambulanz oder einer Ermächtigung von Klinikärzten zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung therapeutisch zweckmäßig sein. Entsprechende Möglichkeiten sind derzeit aber durch leistungsrechtliche Zuständigkeitsabgrenzungen und notwendige Kostenträgerwechsel nur unter Schwierigkeiten umzusetzen (vgl. Teil II, Kap. 1.6).

Haus- und Gebietsärzte übernehmen in der Regel die Nachbehandlung und erhalten zu diesem Zweck einen ausführlichen schriftlichen Bericht ("E-Bericht") aus der Klinik; ein weiterbehandelnder Psychotherapeut kann ihn ebenfalls anfordern.

## 7. Kooperation

### 7.1 Kommunikationsstrukturen innerhalb der Klinik

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird auf der Grundlage einer jeweils eigenen speziellen Fachkompetenz und einer klaren Aufgaben-

bzw. Rollenverteilung gestaltet.

In manchen Kliniken/Abteilungen gibt es einen wechselseitigen Konsiliarverbund mit medizinischen Einrichtungen wie Innere Medizin, Orthopädie u.a. Angesichts der unterschiedlichen Sicht- und Vorgehensweisen wird auf ein Klima von Verständnis und wechselseitiger Toleranz Wert gelegt. Begleitende wissenschaftliche Forschung fördert diesen Ansatz, ebenso wie eine Klinikambulanz oder institutionell verankerte Konsiliarbeziehungen zu anderen medizinischen Einrichtungen.

Innerhalb des therapeutischen Teams gibt es informelle persönliche und telefonische Kurzkontakte, in der Regel aber auch institutionalisierte Besprechungsmöglichkeiten unterschiedlicher Art, Sitzungsfrequenz und Zielsetzung. Das therapeutische Team trifft sich in der Regel mehrmals pro Woche und meistens auch zumindest einmal mit allen Mitarbeitern, einschließlich Leitern der gesamten Klinik, in einer "Großkonferenz/Klinikkonferenz" und zu den zentralen Weiterbildungsveranstaltungen. In diesen kleinen und besonders in den größeren Konferenzen müssen aber auch mitarbeiterbezogene Informationen ausgetauscht und Aufgaben wie Vertretungen, Konsiliarvereinbarungen usw. verteilt werden.

In erster Linie geht es bei Teamgesprächen in kleinerem Rahmen um einen fallzentrierten Austausch über diagnostische und therapeutische Fragen sowie um die Förderung eines vertieften Fallverständnisses bzw. einer Verlaufsgestalt und der jeweiligen Prognose. Die spezielle fachbezogene Anleitung ("interne Supervision") übernehmen in der Regel Abteilungsleiter/Chefärzte oder ein "Tandem", bestehend aus einem dafür kompetenten Arzt und einem Psychologen.

In den meisten Einrichtungen gibt es auch noch gesonderte Konferenzen der mit Leitungsaufgaben betrauten Ärzte bzw. Psychologen, an



denen auch Vertreter des Pflegebereichs und der Verwaltung teilnehmen.

### **Fachaufsicht / Supervision:**

Fachaufsicht und fallbezogene Supervision haben neben der inhaltlichen Aufgabe eine hohe Qualität des therapeutischen Prozesses zu sichern, auch die Funktion, die Stabilität der therapeutischen Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

Während die "interne" Supervision vorzugsweise in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Kliniken erfolgt, favorisieren Kliniken mit analytischem Konzept in der Regel eine "externe" Supervision, da die Verquickung von hierarchischer Abhängigkeit und Offenheit in der Supervision problematisch erscheint.

### 7.2 Kooperation mit Institutionen außerhalb der Rehabilitationsklinik

Klinikexterne stationäre, teilstationäre Einrichtungen und ambulant tätige Ärzte bzw. Praxisgemeinschaften werden auf dem Wege einer konsiliarischen Überweisung (meist einmalig) herangezogen.

### 8. Rahmenbedingungen

Zu fördern wäre ein Verbund bestimmter medizinischer und psychosomatischer Reha-Kliniken mit der Möglichkeit einer klaren Indikationsvereinbarung und eines institutionalisierten Kommunikationssystems und einer Begleitforschung.

9. Forschung

In nichtuniversitären Einrichtungen ergeben sich Forschungsaktivitäten in der Regel aus spezifischen Interessen einzelner Leiter, Mitarbeiter oder Arbeitsgruppen. Punktuell ergibt sich eine Kooperation mit Hochschulen und Instituten psychoanalytischer oder verhaltensmedizinischer Provenienz. Mittlerweile gibt es aus einigen psychosomatischen Rehabilitationskliniken auch schon Arbeiten zur Evaluation und Katamnesen rehabilitativer psychosomatischer Behandlung.

10. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um den Standard der medizinischen Versorgung zu sichern, ist klinikinterne medizinische Fortbildung unerlässlich.

Darüber hinaus sorgen die Kliniken in der Regel für eine kontinuierliche Qualifizierung der Mitarbeiter durch die Einrichtung von Fort- und Weiterbildungsseminaren. Die intensivsten Weiterbildungsmöglichkeiten bieten psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Institute bzw. psychotherapeutische Weiterbildungsgemeinschaften. In der Regel besteht deren Weiterbildungsmöglichkeit mit Schwerpunkt außerhalb der Dienstzeit und ist daher berufsbegleitend. Leitende Ärzte von psychosomatischen Reha-Einrichtungen beteiligen sich in der Regel an der ärztlichen Weiterbildung im Bereich "Psychotherapie" bzw. "Psychoanalyse". So können klinikinterne und -externe Weiterbildungsangebote aufgrund dieser personellen Konstellation aufeinander abgestimmt werden.

**Teil II: Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen: Problemfelder und Lösungsansätze**

1. Gestuftes System der Rehabilitation

1.1 Verhältnis kurativer und rehabilitativer Behandlung in der Psychosomatik

Prinzipielle Aspekte zur Definition von kurativer versus rehabilitativer Medizin und deren wechselseitiger Abgrenzung wurden bereits in der Präambel zum Rahmenkonzept "Medizinische Rehabilitation durch die Rentenversicherung" dargelegt. In der dort erläuterten Ist-Darstellung wird zumindest implizit deutlich, daß in den Strukturen der akutmedizinischen Versorgung psychische, psychologische und psychosoziale Aspekte regelhaft nicht berücksichtigt werden. Vice versa gilt aber leider auch, daß in vielen sogenannten psychosomatischen ("psychotherapeutischen") Einrichtungen das Schwergewicht der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen auf die psychischen bzw. psychosozialen Aspekte gelegt wird, unter Vernachlässigung somatischer Faktoren. Problematisches Ausblenden relevanter Teilaspekte erfolgt also nicht nur in der Akutmedizin, sondern unter umgekehrtem Vorzeichen auch in der Psychosomatik, wenn oft genug den biologischen Aspekten im Gesamtgeschehen nicht genügend Beachtung geschenkt wird. Gemäß der fortbestehenden Dualität zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung mit jeweils getrennten Zuständigkeiten wird in der Akutmedizin nahezu ausschließlich somatisiert, und im Reha-Bereich überwiegend psychologisiert, soweit es sich um Krankheitsbilder der Psychosomatik handelt.

Versicherte/Patienten erleben im Verlauf ihrer Krankheitskarriere dann häufig einen abrupten Kurswechsel in der Problemdefinition. Aus langwierigen Fragestellungen innerhalb der Organmedizin werden dann mehr oder minder plötzlich Fragen an die Persönlichkeit des

Patienten. Nicht selten wird dieser im allgemeinen späte Paradigmenwechsel vom Patienten als ausgrenzender Prozeß erlebt, der in eine "Psycho-Diagnose" einmündet. Das hat für ihn dann die affektive Komponente, nun als "Geisteskranker" oder Simulant "erkannt" bzw. abgeschrieben zu sein.

Eine Überwindung des dysfunktionalen Verhältnisses zwischen "Medizin ohne Psychologie" einerseits und "zu später Psychologie" andererseits ist aus vielen Gründen in naher Zukunft nicht zu erwarten. Gewachsene Strukturen wachen darüber, welcher Therapeut bei welchem Patienten zu welchem Zeitpunkt mit welcher Zielsetzung unter welchen ökonomischen Rahmenbedingungen eine Behandlung durchführt. Die Integration psychologischer Kompetenz in klassische Allgemeinkrankenhäuser trifft nicht nur auf berufspolitische Barrieren, sondern auch auf ökonomische Bedenken: Denn eine medizinische Behandlung, die um psychologische Aspekte angereichert ist, erscheint bei oberflächlicher Betrachtung vergleichsweise teurer als die herkömmliche Medizin.

Entsprechend einer solchen kurzsichtigen Berücksichtigung ökonomischer Überlegungen sind die Kostenträger der Mehrzahl aller stationären psychosomatischen Maßnahmen mehr am Vergleich der Preise für Psychosomatik-Angebote interessiert als an der Realisierung differenzierter Konzepte (vgl. auch die Kap. 3.5, 5.2).

Differenzierte Konzepte in der psychosomatischen Versorgung, die auch somatische Faktoren angemessen berücksichtigen, sind zwar kurzfristig sicher teurer als Konzepte, die mehr oder minder verdeckt einer "Panpsychogenese" das Wort reden. Unter langfristiger Perspektive sind interdisziplinäre Konzepte jedoch nicht nur notwendig, um biologische, psychische und soziale Aspekte in Diagnostik und Therapie zu integrieren, sondern sie sind zugleich auch wirtschaftlicher, wenn Folgekosten wie häufige AU-Zeiten, inadäquate Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen und vorzeitige Erwerbsunfähigkeit ins Kal

kül gezogen werden. Vor diesem Hintergrund sollte das Bemühen um qualifizierte organmedizinische Diagnostik und Therapie in psychosomatischen Reha-Kliniken nicht als dysfunktionales Aufblähen gesehen werden. Es soll vielmehr die Voraussetzungen dafür schaffen, die bei vielen psychosomatischen Patienten - trotz vielfältiger Vordiagnostik - noch immer nicht eindeutig beantworteten, diagnostischen Fragen zu Beginn der stationären Behandlung abschließen zu können. Nicht wenige Patienten können zu Recht erst über das Ernstnehmen dieser Fragen Vertrauen in bzw. zu psychosomatischer Hypothesenbildung und Therapiekonzeption entwickeln.

## 1.2 Psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Im Interesse einer möglichst frühen Integration psychischer/psychosozialer Aspekte in stationäre Diagnostik und Therapie von Krankheitsbildern, die häufig zu lange ausschließlich organmedizinisch behandelt wurden, ist die Etablierung psychosomatischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu begrüßen, insbesondere dann, wenn dadurch auch eine "Psychologisierung" der anderen Abteilungen erfolgt, z. B. durch Konsultations- und/oder Liaisondienste seitens der Mitarbeiter der Psychosomatischen Abteilung.

Zu beachten ist dabei aber, daß es nicht genügt, unterbelegte Abteilungen schlicht umzuwidmen. Eine adäquate Konzeptualisierung einer wissenschaftlich fundierten Psychosomatik erfordert infrastrukturelle, d. h. personelle aber auch architektonische Prämissen. Ein "Alibi-Psychologe" in einer weiterhin organmedizinisch akzentuierten Abteilung sichert noch keine psychosomatische Konzeption im eigentlichen Sinne. Kritisch zu beachten ist die Größe bzw. Bettenzahl einer solchen psychosomatischen Abteilung. Kleinere Abteilungen werden kaum symptomhomogene Patientengruppen zusammenstellen können und Behandlungsangebote für unterschiedliche Problembereiche/Diagno

sen werden kaum zu realisieren sein, entsprechend der relativ geringen Zahl an spezifisch qualifizierten Angehörigen der medizinischen, psychologischen, ergotherapeutischen, soziotherapeutischen, sporttherapeutischen u. a. Disziplinen, im Vergleich zu Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals der größeren psychosomatischen Kliniken. Erforderlich erscheint schließlich die organisatorische Eigenständigkeit einer psychosomatischen Abteilung. Ansonsten wäre ein im Vergleich zu organmedizinischen Abteilungen höherer Personalschlüssel nicht zu verwirklichen bzw. aufrecht zu erhalten.

Trotz eines in der Regel vermutlich kleineren Therapieangebotes, im Vergleich zu den Behandlungsmöglichkeiten in einer großen psychosomatischen Klinik, werden die Behandlungskosten pro Patient und Tag in einer solchen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses vergleichsweise hoch sein. Dies läßt sich einerseits aus dem Bemühen ableiten, ein hinreichend differenziertes Therapieangebot für relativ wenige Therapieplätze bereitzuhalten, oder andererseits als Ergebnis eines einheitlichen Pflegesatzes für alle Abteilungen des Krankenhauses, der regelhaft deutlich über den Pflegesätzen in psychosomatischen Fachklinik liegt. Vor dem Hintergrund der fortbestehenden Dualität zwischen Krankenkasse und Akutmedizin einerseits, Rentenversicherungsträger und psychosomatischer Rehabilitation andererseits, wird es zu Schwierigkeiten kommen bei der Klärung der Frage, welcher Leistungsträger für die Kostenübernahme hinsichtlich der Behandlung eines Patienten in einer solchen Abteilung zuständig ist.

Die psychiatrische Aufgabenstellung für solche Abteilungen sollte auf Krisenintervention, für z. B. suizidale oder dekompensierte psychotische oder suchtkranke Patienten, beschränkt sein.

Evtl. wäre zu klären, ob eine solche Abteilung einem internistischen oder psychiatrischen Gebietsarzt zugeordnet wird - sinnvoll erscheint die Vertretung beider Disziplinen.

### 1.3 Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in allgemeinen Rehabilitationskliniken

In allen Reha-Kliniken werden, unabhängig vom jeweiligen Indikationsschwerpunkt, häufig Patienten behandelt, deren Rehabilitationsbedürftigkeit sich im wesentlichen aus psychischen und/oder psychosozialen Belastungen ergibt. Nicht selten handelt es sich auch um relevante psychische, psychosomatische oder psychiatrische "Nebendiagnosen", die einer qualifizierten Behandlung bedürfen (Die Ergebnisse der Teilerhebung 2 scheinen dies zu bestätigen).

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Bei einer "Erstaufnahme" solcher Patienten in eine allgemeine Rehabilitationsklinik ist eine obligate fachliche Konsiliardiagnostik zu fordern. Diese sollte ausreichend dokumentiert werden, so daß der Gutachter im Falle einer erneuten Rehabilitationsmaßnahme die Möglichkeit zu einer Einweisung in eine psychosomatische Fachklinik hat.
- (2) In allen Reha-Kliniken ist hinsichtlich der personellen Ausstattung zu fordern, daß Ärzte oder Klinische Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation eingestellt werden. Im Sinne eines Liaisondienstes soll dadurch erreicht werden, daß psychosomatisches Denken und Handeln in das Repertoire der Rehabilitationsklinik - soweit es hier möglich ist - eingeht und es soll darüber hinaus die Möglichkeit zu Kurzzeitinterventionen im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung gegeben sein.
- (3) Psychosomatische Abteilung in allgemeinen Rehakliniken: Über eine inhaltliche Kooperation mit einer organisatorisch eigenständigen, psychosomatischen Abteilung (insbesondere mit eigenem Stellenplan) kann das Konsultations-/Liaison-Prinzip

regelmäßig wohl effektiver als im Allgemeinkrankenhaus realisiert werden, entsprechend den bereits ausführlich dargestellten Reha-Zielen und -Aufgaben, die im wesentlichen auch psychosoziale Aufgabenstellungen umfassen.

Je nach Dominanz biologischer, psychischer oder sozialer Aspekte in der Problematik eines Rehabilitanden könnte die Behandlung in einer solchen Reha-Einrichtung, die sowohl organmedizinische als auch psychische bzw. psychosoziale Kompetenzen erfordert, in der jeweils kompetenteren Abteilung erfolgen.

#### 1.4 Wohnortnähe, Regionalisierung

Eine Rehabilitation mit dem Ziel einer Ein- bzw. Rückführung in noch mögliche soziale Beziehungen sowie das konkrete Umsetzen neuerwerbener oder wiedergewonnener Kompetenzen geschieht letztendlich "vor Ort", in der Heimatregion des Patienten. Wohnortnah sollte auch jede Art von Krisenintervention sein. Denn die Institution vor Ort, die ambulante Beratungsstelle oder der niedergelassene Psychotherapeut - Arzt oder Psychologe - haben am ehesten die Möglichkeit, Angehörige und das soziale und berufliche Umfeld unmittelbar einzubeziehen und Kontakt mit dem nächstliegenden Krankenhaus aufzunehmen.

Die Wohnortnähe einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung hat Vor- und Nachteile. Die Grenzen einer wohnortnahen Rehabilitation ergeben sich vor allem daraus, daß psychosomatische Fachkliniken schon aus ökonomischen Gründen eine gewisse Mindestgröße haben müssen. Je kleiner eine Abteilung ist, desto eingeschränkter ist die Indikationsstellung und desto rigider muß der Behandlungsablauf sein. Denn erst bei einer bestimmten Größe ist eine ausreichende Breite des psychosomatischen Behandlungsspektrums und beispielsweise die Möglichkeit zur Einbeziehung von Spezialtherapeuten gegeben.



Letzteres ist erforderlich, um den multiplen Behandlungserfordernissen vieler Patienten durch die Aufstellung eines individuellen Rehaplanes gerecht zu werden. Daß der im Sozialgesetzbuch geforderten Wirtschaftlichkeit auch erst ab einer bestimmten Größe (größer als 120 Rehabilitanden) Rechnung getragen werden kann, sei hier nur am Rande erwähnt.

Eine unmittelbare Wohnortnähe, welche die Möglichkeit zu täglichen Heimfahrten bietet sowie Besuche aus der Familie und die unmittelbare Nähe zum Arbeitsplatz ermöglicht, kann darüber hinaus einen Rehabilitationsplan durch zu rasche Aktivierung zum Scheitern bringen.

Andererseits bemühen sich die Psychosomatischen Kliniken in der Regel darum, für ihre Region eine ausreichende psychosomatische Versorgungsstruktur zu bieten und bevorzugt Patienten aus der näheren Umgebung aufzunehmen.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Bei einer stationären psychosomatischen Rehabilitation sollte die Klinik innerhalb einer Anfahrtszeit von nicht mehr als zwei Stunden erreichbar sein, damit soziale und berufliche Bezüge aufrechterhalten bleiben und, falls erforderlich, in die Therapie einbezogen werden können.
- (2) Es wäre anzustreben, daß **bei wohnortferner Rehabilitation** indikationsspezifisch Angehörige zu Paar- oder Familiengesprächen zu Lasten des Kostenträgers einbestellt werden können.

### 1.5 Ambulante Rehabilitation bei psychosomatischen Patienten

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bei psychosomatischen Patienten stellen noch eine ausgesprochene Rarität dar. Bisher werden sie im wesentlichen diskutiert in der Vorbereitungsphase und in der Nachbehandlungsphase stationärer psychosomatischer Heilmaßnahmen (siehe auch Kap. 1.6, 2.1, 2.2).

Daneben wäre es aber auch denkbar, daß bei bestimmten psychosomatischen Patienten ambulante psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen ausreichen könnten, z. B. damit - etwa im Rahmen bereits eingeleiteter beruflicher Reha-Maßnahmen - eine Umschulungsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Auf jedem Fall erfordert eine ambulante Reha-Maßnahme eine interdisziplinäre Behandlung mit der Zielsetzung eines Gesamtbehandlungsplans. Dabei sollte die Kombination mehrerer Therapiemaßnahmen durch unterschiedliche Therapeuten, etwa in einem ambulanten Reha-Zentrum möglich sein.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

Eine Expertengruppe sollte die strukturellen Vorüberlegung für ein solches ambulantes Reha-Zentrum inklusive Grundausstattung planen.

### 1.6 Nachsorge

Häufig ist es erforderlich, daß der Patient im Anschluß an eine stationäre Rehabilitation für einen begrenzten Zeitraum ambulante psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen muß, um begonnene Veränderungen und Verarbeitungsschritte im Alltag umzusetzen (vgl. auch Teil I, Kap. 6.3).

Die Möglichkeiten ambulanter psychotherapeutischer Behandlung als nachsorgende Maßnahme nach stationären Reha-Maßnahmen sind jedoch unzureichend. Denn einerseits existieren in zu geringem Umfang ambulante Psychotherapiemöglichkeiten und dementsprechend gibt es bei den vorhandenen in vielen Fällen eine lange Wartezeit. Andererseits ist hier wiederum ein Wechsel des Kostenträgers erforderlich, was eine erneut zu beantragende Maßnahme mit entsprechender Begründung, Bearbeitungszeit und umständlichen Formalitäten bedeutet.

So kann bei Patienten aus der näheren Region eine ambulante Weiterbehandlung in der Klinik nach dem stationären Aufenthalt in manchen Fällen therapeutisch zweckmäßig sein. Dies ist derzeit aber in der Regel nur über die Ermächtigung von Klinikärzten zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung und/oder im Rahmen des Delegationsverfahrens für entsprechend zugelassene Psychologen möglich. Neben der schon erwähnten Notwendigkeit eines Kostenträgerwechsels ergibt sich hier als zusätzliches Problem, daß die entsprechenden Ermächtigungen nur in sehr eingeschränktem Umfang an Klinikärzte erteilt werden.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Ambulante psychotherapeutisch-psychosomatische Nachbehandlung sollte - in bestimmten Fällen - als zur Rehabilitation gehörig von dem Rentenversicherungsträger geleistet werden können, etwa entsprechend dem Entwurf für Nachsorgerichtlinien der LVA Westfalen und der LVA Oldenburg-Bremen. Auf diese Weise kann eine Unterbrechung der rehabilitativen Behandlungs-Kette verhindert werden.
- (2) Bei bestimmten, schwerer gestörten Rehabilitanden könnte im Anschluß an die vollstationäre Rehabilitation eine Weiterbehandlung in halbstationären Einrichtungen (z. B. Tageskliniken) durchgeführt werden, ggf. in Kooperation mit einer

therapeutischen Wohngemeinschaft. Solche Maßnahmen können durch Selbsthilfegruppen flankiert werden. Nach Auslaufen einer solchen Rehabilitation im engeren Sinne - also z. B. nach Wiedererlangung einer relativ stabilen Teil- oder Vollerwerbstätigkeit - könnten fortbestehende, relevante Problembereiche dann im Rahmen einer Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung bearbeitet werden.

- (3) Die Möglichkeiten beruflicher Reintegration werden in der psychosomatischen Rehabilitation noch zu selten genutzt. Deshalb sollten Rehafachberater der RV-Träger verstärkt in Anspruch genommen werden oder Kontaktaufnahmen mit dem zuständigen Berufsförderungswerk erfolgen.
- (4) Schließlich erscheint es notwendig, die Möglichkeiten von Arbeits- und Belastungserprobung im lokalen Umfeld der Klinik verstärkt in Anspruch zu nehmen, um den Rehabilitanden intensiver auf zu erwartende Bedingungen nach Ende der Rehabilitation vorzubereiten.
- (5) Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten bzw. Therapeuten (persönliche Kontakte neben den E-Berichten, gemeinsame Fallseminare, Unterstützung der ärztlichen Fortbildung usw.) dürfte den Übergang zum weiterbehandelnden Arzt oder Therapeuten erleichtern.
- (6) Eine konzeptuelle Weiterentwicklung der stationären "Entlassungsphase" ("Entlassungsgespräch" etc.) dürfte die Vorbereitung auf die nachstationäre Phase beträchtlich erleichtern.
- (7) Verbesserte Gutachterentscheidungen sollten bei längeren Krankheitsverläufen im Falle einer Wiederholungsheilbehandlung bei Verwendung einer qualifizierten Basisdokumentation und der Erfassung differenzierter Risikoprofile ein

schließlich bestimmter Verlaufsformen zu erwarten sein. Dies wiederum dürfte zu einer Verbesserung der Behandlung führen.

## 2. Kontinuität der Behandlung

### 2.1 Einleitung der Behandlung, Unterinanspruchnahme

Die Zeit von der Antragstellung bis zum Antritt der Rehabilitation von bis zu 8 Monaten ist entschieden zu lang.

Diese Wartezeit setzt sich aus zwei Vorgängen zusammen, einmal aus der Wartezeit beim Versicherungsträger (Antragstellung bis Bewilligung) und zum anderen aus der Wartezeit bis zur Aufnahme in die Klinik, für die der Patient vorgesehen wurde. Häufig ist es so, daß die Wartezeit beim Versicherungsträger die Wartezeit in der Klinik deutlich übersteigt.

Ein anderer Punkt in diesem Kontext betrifft das Problemfeld "Unterinanspruchnahme": Die zur Einweisung führenden Störungen bestehen bei den meisten Patienten in psychosomatischen Fachkliniken schon über viele Jahre (6 - 10), ohne adäquat erkannt und behandelt worden zu sein.

Regelhaft wird für den berufstätigen Versicherten eine stationäre psychosomatische Behandlung dann thematisiert, wenn eine psychosomatische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit bedroht oder bereits als aufgehoben erscheinen läßt. Das Thematisieren psychosozialer Aspekte erfolgt in der oft zu lange organmedizinisch strukturierten Krankheitskarriere psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Menschen nicht primär als inhaltlich angemessenes und damit auch frühzeitiges Angebot, sondern oft genug erst bei angewachsenem Rehabilitationsdruck, vor dem Hintergrund einer längeren Arbeitsunfähigkeit bzw. drohen den Aussteuerung aus der Krankenkasse. Zu diesem Zeitpunkt ist

die individuelle Krankheitskarriere allerdings oft schon mehr oder minder irreversibel auf die subjektiv unvermeidbare Erwartung einer Berentung eingeengt.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Auch wenn bei vielen Krankheitsbildern/Störungsbereichen eine Wartezeit von 3 - 4 Monaten zwischen Antragsstellung und Behandlungsbeginn vertretbar erscheint, sollte in bestimmten Fällen die Möglichkeit eines deutlich rascheren Behandlungsbeginns gegeben sein (z. B. bei Zustand nach Suicidversuch, als Dekompensation einer sozialmedizinisch bislang nicht auffällig gewordenen depressiven Entwicklung). Da das Kontingent für Eilüberweisungen nicht selten ausgeschöpft ist, muß auch über grundlegendere Verbesserungsmöglichkeiten nachgedacht werden.
- (2) Durch eine Bedarfsanalyse sollte geprüft werden, ob durch eine Ausweitung der Bettenkapazität eine Verkürzung der durchschnittlichen Wartezeit erreicht werden kann.
- (3) Neben einer generellen Beschleunigung des Antragverfahrens wird vor allem an eine großzügigere Auslegung der Vorleistungsregelung (gegebenenfalls im Rahmen einer Gesamtvereinbarung) gedacht.
- (4) Sowohl die niedergelassenen Haus- und Gebietsärzte als auch die von Versicherungsträgern beauftragten Gutachter sollten durch Fort- und Weiterbildungsangebote mehr als bisher in die Lage versetzt werden, kompetent eine differentielle Rehabilitationsbedürftigkeit festzustellen und die Patienten angemessen auf die krankheitsspezifischen Rehabilitationsziele vorzubereiten (Erholung oder Umorientierung?). Zur besseren Einschätzung der Situation am Arbeitsplatz sollten auch

betriebsärztliche Stellungnahmen eingeholt werden können und entsprechende Kooperationsmöglichkeiten entwickelt werden.

- (5) Für eine Reihe von psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern sollte die Einführung eines der Anschlußheilbehandlung vergleichbaren, beschleunigten Einleitungsverfahrens geprüft werden. Durch die Hinzuziehung eines Psychosomatikers sollte während der Akutbehandlung für eine frühzeitige Weichenstellung gesorgt werden können (vgl. Kap. 1.2 und Teil I, Kap. 6.2).

Dies könnte etwa bei akuten psychischen Krisensituationen zweckmäßig sein, sowie bei häufig psychisch mitbedingten Krankheiten - wie etwa (akuten) koronaren Herzkrankheiten (mit Ausnahme von Herzinfarkt) sowie bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Bei den zuletzt genannten Erkrankungen besteht bereits die Möglichkeit eines AHB-Verfahrens, jedoch nur als Zuweisung zu kardiologischen resp. gastroenterologischen Fachkliniken. Hier sollte auch eine AHB-Einweisung in eine psychosomatische Fachklinik ermöglicht werden. Gedacht wird aber auch an gravierende organmedizinische Erkrankungen, auf die z. B. mit einer Depression reagiert wird, wodurch das Ausmaß eines "Handicaps" zunimmt.

## 2.2 Motivation und Reha-Vorbereitung

Patienten mit psychosomatischen Störungen oder Erkrankungen haben in der Regel Vorstellungen von Heilungs- oder Besserungsmöglichkeiten, die erheblich von jenen abweichen, die Psychotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung hegen.

Die Vorstellungen der Patienten von therapeutischen "Wegen" sind von gesellschaftlichen Normen, von hausärztlichen Einstellungen und von

eigenen "Laientheorien" beeinflusst. Sie bestimmen mehr oder weniger die bewußte "Hilfserwartung" an die Einrichtung.

Nicht selten gibt es Einstellungen wie: "Gesundheit und Fitsein ist jederzeit als Konsumgut zu kaufen". "Eine Kur ist eine Serviceleistung, die beansprucht werden kann wie in einem Urlaubshotel". Hausärzte vermitteln gelegentlich mit Ratschlägen wie "Sie müssen mal weg von zu Hause! ... einmal abschalten!" die Vorstellung von einem "Umschaltprozeß", dem sich ein Patient nur bereitwillig anvertrauen müsse. Hinzu treten dann noch laienhafte Therapieerwartungen über suggestive bzw. autosuggestive Beeinflussungswege. Aufgrund vermuteter äußerer Streßbeeinflussungen sind bei einem großen Anteil von Patienten die Hilfserwartungen auf von außen herangetragene Sicherheits- und Selbstwertstabilisierungen gerichtet, auf geistige und körperliche Kräftigung. Ein anderer Teil der Patienten erwartet durch Schonung und Ruhe das Wiedererwachen eigener innerer körperlicher und seelischer Kräfte.

Zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation zugewiesene Patienten sind andererseits selten psychotherapiemotiviert im Sinne einer Bereitschaft, sich mit eigenen seelischen oder interpersonellen Problembereichen zu befassen. Daran sind zwei sehr geläufige Vorurteile beteiligt: Viele Patienten verbinden mit dem kleinen Wort "Psycho-" die Assoziation einer psychiatrischen Erkrankung und Behandlung und weisen deshalb die "Unterstellung" einer Geisteskrankheit von sich. Andere haben die Erfahrung gemacht, daß bei der Erörterung "nervöser Leiden" an eine "eingebildete Krankheit" gedacht wird, mit den ebenfalls sozial abträglichen Etikettierungen als "eingebildeter Kranker".

Vor diesem Hintergrund ergeben sich in der Rehabilitationsklinik nicht selten Kommunikations- und Interaktionsprobleme zwischen Rehabilitand und Therapeut, insbesondere hinsichtlich der Definition von Therapiezielen und der Vereinbarung adäquater Behandlungen



schritte. Wenn Therapeuten die spezifische Motivationslage - im Sinne einer nachvollziehbaren Ausgangslage - eines Patienten ernstnehmen, also den Rehabilitanden "da abholen, wo er (zunächst) steht", verringert sich die Problematik des vermeintlich "unmotivierten", weil anders motivierten, Patienten.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Es wird verstärkte Öffentlichkeitsarbeit der Rentenversicherungsträger notwendig sein, um den verbreiteten Konsum- und Kureinstellung der Versicherten durch die Darstellung eines adäquaten Bildes von medizinischer Rehabilitation entgegenzuwirken.
- (2) Die Prüfarzte und Gutachter der Versicherungsträger und behandelnde Ärzte sollten über ein fundiertes Wissen über allgemeine psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation verfügen und dieses an Patienten weitergeben können. Das setzt eine gezielte und regelmäßige psychosomatische Fort- und Weiterbildung von Hausärzten und Krankenhausärzten.
- (3) Kostenträger, Ärzte und Leistungsanbieter (psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen) sollten fundiertes Informationsmaterial bereithalten und den Patienten vorab zur Verfügung stellen. Dieses sollte unter Beteiligung von Fachgesellschaften unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten einer Klinik erarbeitet werden.
- (4) Empfohlen werden Vorbereitungsgespräche, wie sie in den letzten Jahren in zunehmendem Umfang in psychosomatischen Facheinrichtungen durchgeführt werden, und zwar sowohl als Einzelgespräch als auch in Form von Paar- und Familiensitzungen. In diesen Gesprächen sollte "eine Brücke geschlagen

werden" zwischen den, ggf. passiv orientierten, Erwartungen der Patienten und den (auf aktive Beteiligung abzielenden) Reha-Konzepten der Klinik. Vereinzelt wurden auch schon Vorbereitungsgespräche mit Reha-Patienten in Gruppenform durchgeführt. Dabei können die genannten Vorbehalte erörtert und grundsätzliche Behandlungserwartungen und -konzepte angesprochen werden. Psychosomatische Fachkliniken sehen in einem solchen Vorbereitungsgespräch Ansätze einer probatorischen Behandlung, in der eine gemeinsame Verständnisebene entwickelt und ein Vertrauensverhältnis initiiert wird. Jeder Patient sollte die Möglichkeit haben, Vorbehalte zu äußern und ggf. - in Kenntnis der Konsequenzen - auch abzulehnen. Im Ergebnis muß er die Reha-Maßnahme als Auftrag an sich und die Institution mit der Bereitschaft zur aktiven Beteiligung verstehen. Vorbereitungsgespräche können darüber hinaus auch anregen, das "Warte-Intervall" für eigene Bewältigungsmöglichkeiten und Initiativen zu nutzen und ggf. schon nach einer notwendigen poststationären ambulanten Behandlungsmöglichkeit Ausschau zu halten.

Die stärkere Nutzung von Vorgesprächen ist an zwei notwendige, institutionell zu sichernde **Voraussetzungen** gebunden:

- Erstens müssen dafür hinreichende personelle Voraussetzungen bestehen: Leitende erfahrene Therapeuten müssen zu diesem Zweck ausreichend freigestellt sein. Eine Klinik mit 180 Patienten und entsprechend ca. 30 Neuaufnahmen pro Woche benötigt allein für die anfallenden Vorgespräche einen zusätzlich qualifizierten Therapeuten.
- Zweitens sollte es für die Vorgespräche von den Versicherersträgern eine Fahrkostenerstattung geben.

- (5) Um eine möglichst flexible, verlaufsorientierte Gesamtbehandlungsplanung offenzuhalten, wird schließlich empfohlen, den Patienten nur eine Mindestbehandlungszeit mitzuteilen. Unter

Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften sollten auch die Arbeitgeber Mindestbehandlungszeit und mögliche (übliche) Verlängerungszeiten erfahren.

### 3. Stationäre psychosomatische Rehabilitation

#### 3.1 Multimorbidität

Um der häufigen Multimorbidität vieler Rehabilitanden gerecht zu werden, sollten internistische, psychiatrische, neurologische und orthopädische Fachkompetenzen (Gebietsärzte) in der Klinik vertreten sein. Für das Fachgebiet Orthopädie wird zumindest eine kliniknahe Kooperationsmöglichkeit für erforderlich gehalten.

##### 3.1.1 Psychiatrische Patienten und Suchtpatienten in der psychosomatischen Fachklinik

Es wird oft bemängelt, daß psychotische Patienten und Suchtpatienten in den psychosomatischen Kliniken nicht adäquat behandelt werden können. Aus psychosomatischer Sicht besteht aber bei Patienten mit einer Dependenzproblematik oder einer psychotischen Erkrankung dann eine Indikation zur Behandlung in einer psychosomatischen Klinik, wenn die Abhängigkeit eng verknüpft mit oder sekundär nach einer psychischen Störung (z. B. Phobie) oder einer psychosomatischen Erkrankung aufgetreten ist und im stationären "Setting" der psychosomatischen Klinik a priori eine Alkohol- oder Medikamenten-Abstinenz gesichert werden kann. Im Hinblick auf psychotische Patienten wird dann eine Indikation gesehen, wenn in einem an Plus-Symptomen relativ freien Intervall prämorbid Persönlchkeitsvariablen (bezogen auf die Psychose) oder aber die psychosozialen Folgen der psychotischen Erkrankung bearbeitet werden können im Sinne einer sekundären oder tertiären Prävention.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Wenn Suchtpatienten oder psychotische Patienten behandelt werden, so ist die psychiatrische, respektive suchtkrankentherapeutische Kompetenz bestimmter Mitarbeiter einer Klinik zu fordern.
- (2) Die Entwicklung von Therapiekonzepten für überlappende Problembereiche aus Sucht und Psychosomatik sollte gefördert werden.
- (3) Darüber hinaus sollte eine organisatorisch erleichterte Möglichkeit geschaffen werden, um je nach Verlauf und bei gegebener Motivation des Rehabilitanden eine Verlegung in eine Reha-Klinik mit einem anderen Indikationsschwerpunkt vornehmen zu können. Diese organisatorische Erleichterung sollte sich insbesondere auf die Umwidmung der Kostenzusage durch den Rentenversicherungsträger beziehen.

3.2 Berufliche Reintegration

Bei Vorliegen detaillierter Vorinformationen zur konkreten Arbeitssituation von Rehabilitanden gleich zu Beginn der stationären Maßnahme wäre es für die Rehabilitationsklinik einfacher, ein adäquates positives und negatives Leistungsbild des Rehabilitanden zu erstellen. Durch Fragebögen zu objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Arbeitsplatzes (für Hausärzte, Ärzte des MDK, Gutachter der Rentenversicherung) bzw. Selbsteinschätzungsbögen (für den Rehabilitanden selbst), durch möglichst individualisierte berufs-/tätigkeitsbezogene Maßnahmen der Ergotherapie und Soziotherapie, aber auch durch realitätsnahe Belastungserprobungen (klinikintern, ggf. auch klinikextern) könnte die Grundlage einer gesicherten

sozialmedizinischen Einschätzung/Beurteilung geschaffen werden. Vermutlich könnte so auch die Zahl von Umschulungsmaßnahmen in neurotisch motivierte Tätigkeitsfelder vermindert werden.

Planung und Durchführung berufs-/tätigkeitsorientierter Diagnostik und spezifisch übender Maßnahmen ist zeit- und damit personalintensiv. Sie setzt fachbezogene Kompetenz voraus und ist nicht durch gelegentliche Besuche des Reha-Beraters eines Rentenversicherungsträgers zu leisten.

Die berufliche Reintegration bzw. Integration ist funktional nicht von der sozialen Einbettung insbesondere in das familiäre Umfeld zu trennen. Hilfreich sind hierbei nicht starr formalisierte, sondern individualisierte und reha-prozeßbezogene Kontakte am Heimatort, im bisherigen Umfeld des Rehabilitanden und Besuche von Bezugspersonen des Rehabilitanden in der Klinik. So können interaktionelle Aspekte in der Familie bearbeitet werden. Wichtig ist also die Einbeziehung von Bezugspersonen in Diagnostik und Therapie, in Form von Paar- bzw. Familiengesprächen in der Klinik.

Mehrtägige Belastungserprobungen ermöglichen es, durch Rückkehr an den eigenen Arbeitsplatz neue Kompetenzen zu erproben.

Die Erstattung von Kosten im Zusammenhang mit solchen Maßnahmen sollte geregelt werden.

### 3.3 Rehabilitation bei Rentenantragstellern

Die Rehabilitation von Rentenantragstellern ist meistens schwierig. Da es sich nicht selten auch um einen Rentenwunsch seitens des Rehabilitanden handelt, ist es häufig nur schwer möglich, eine adäquate Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung aufzubauen, bei deren Erfolg ja die Rente hinfällig wäre. Wichtiges

Rehabilitationsziel kann hier die Motivationsklärung und der Aufbau einer positiven und realistischen Zukunftsperspektive sein.

Es ist unbestritten, daß trotzdem in vielen Fällen nach dem Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" verfahren werden soll. Allerdings wird dabei gelegentlich zu rigide vorgegangen. Beispielsweise ist ein Patient wenige Jahre vor Erreichen der Altersgrenze in einer Reha-Maßnahmen kaum erfolgreich zu einer Therapie zu motivieren, da die Arbeitsmarktvoraussetzungen und sozialrechtlichen Bestimmungen im Sinne einer Teilerwerbsfähigkeit nicht gegeben sind.

### 3.4 Flexibilität der Reha-Dauer

Leistungsfähige Facheinrichtungen für psychosomatische Rehabilitation sollten verlaufs- bzw. prozeßorientiert die Rahmenbedingungen und Behandlungsmethoden individueller variieren können:

Die Dauer des Aufenthaltes sollte in einem Spielraum von 14 Tagen mit wenig Verwaltungsaufwand variiert (verkürzt oder verlängert) werden können.

In gleicher Weise sollte die Verordnung von Heimfahrten über ein bis zwei Tage hinaus möglich sein.

Schließlich ist es auch erforderlich, die Möglichkeit einer Intervallbehandlung zu schaffen, bei der die Rehabilitanden ohne erneute Antragstellung wieder für einen stationären Aufenthalt in die Klinik kommen, wobei der Termin der Wiederaufnahme bereits im Entlassungsbericht über den ersten Aufenthalt oder in Abhängigkeit vom poststationären Verlauf in Absprache zwischen Patient, Nachbehandler, Klinik und Kostenträger festgelegt wird.

### 3.5 Qualität und Vergütung

Derzeit werden ca. 80 % der Leistungen für medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Einrichtungen privater Trägerschaft erbracht. Im Bereich der Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen nähert sich der Anteil von Reha-Leistungen in Beleg- oder Vertragseinrichtungen sogar einem Anteil von 95 bis 100 %. Wenn die Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte im Kern eine Verbesserung der Qualität der therapeutischen Versorgung bedeuten soll, so ist zu prüfen, ob mit diesem Faktum möglicherweise negative Konsequenzen für die Qualität der therapeutischen Versorgung verbunden sind.

Das therapeutische Ziel psychosomatischer und psychotherapeutischer Rehabilitation läßt sich als wachsende Einsichtsfähigkeit, verbesserte Handlungsfähigkeit und soziale Kompetenz des Rehabilitanden umschreiben. Die wesentliche Voraussetzung einer qualifizierten psychotherapeutischen Rehabilitation, die dieses leisten kann, sind erfahrene und intensiv weitergebildete Therapeutinnen und Therapeuten der Rehabilitationseinrichtung. Erfahrene, d. h. meistens ältere Therapeuten/Therapeutinnen sind also jüngeren Kollegen/Kolleginnen in bezug auf das therapeutische "Outcome" überlegen. Auf dem Arbeitsmarkt haben erfahrene, also auch ältere Therapeuten/Therapeutinnen deshalb Anspruch auf ein für die Berufsgruppe übliches Gehalt mit regelmäßigen, altersabhängigen Steigerungen entsprechend dem Bundesangestelltentarif (BAT).

Im Verhältnis der Träger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zu den Leistungserbringern, konkret zu den privaten Trägern von Kliniken, spielen Qualität und Erfahrung der Therapeuten häufig jedoch nur eine untergeordnete, allenfalls theoretische Rolle. Hingegen steht oft die Kostenfrage, d.h. die Frage, wie billig eine Reha-Maßnahme geleistet werden kann, im Vordergrund. Als wesentliche Vergleichs- und Erfolgsparameter dienen eher die Zufriedenheit des

Patienten mit institutionellen Rahmenbedingungen und das Ambiente der Rehabilitationseinrichtung. Diese strukturellen Vorgaben werden therapieschädlich sein, wenn sie Übergewicht in den Überlegungen der Kosten- und Leistungsträger gewinnen.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

Die Qualität psychotherapeutischer Behandlung als Vergleichsparameter in einer "Bargaining-Situation" läßt sich nur schwer operationalisieren. Deshalb sollten die Kostenträger sich als Qualitätsmerkmal für die Therapeuten an anerkannte Therapieweiterbildungen und für die leitenden Mitarbeiter an Weiterbildungsermächtigungen der zuständigen Landesärztekammer (Gebiets- oder Zusatzbezeichnung) oder den Supervisionsstatus anerkannter Fachgesellschaften halten.

Konkret wird vorgeschlagen, bei den Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich der rehabilitativen Versorgung folgende Forderungen zu stellen:

- (1) Die therapeutischen Mitarbeiter sollten BAT-analog (Grundvergütung, Ortszuschlag, altersabhängige Gehaltssteigerungen und jährliche Steigerungen wie im öffentlichen Dienst) vergütet werden, weil nur so zu sichern ist, daß therapieerfahrene Mitarbeiter langfristig in diesen Einrichtungen tätig sind.
- (2) Die Rehabilitationseinrichtungen bzw. leitende Mitarbeiter in den Einrichtungen sollten über Weiterbildungsermächtigungen der kassenärztlichen Vereinigungen und vergleichbare Zulassungen wie auch Anerkennungen durch anerkannte Fachgesellschaften verfügen.
- (3) Die Einrichtung sollte einen hohen Anteil langjähriger Mitarbeiter mit Therapieweiterbildungen unter den Therapeuten haben.



- (4) Die Prozeßqualität der therapeutischen Behandlung kann nur aufrecht erhalten werden, wenn qualifizierte Supervision kontinuierlich gegeben ist. Die Einrichtung muß dies finanziell und personell gewährleisten.
- (5) Eine notwendige Voraussetzung liegt ferner darin, daß die Supervisoren entsprechende Anerkennungen durch die jeweiligen Fachgesellschaften haben.

Die Umsetzung dieser Forderungen dürfte zu einer Erhöhung der Kosten psychosomatischer Rehabilitation führen. Andererseits wird sie nach Einschätzung der Experten das Niveau der Versorgung, ihrer Prozeß- und Strukturqualität, deutlich verbessern und die notwendigen Voraussetzungen für eine fachlich qualifizierte psychosomatische und psychotherapeutische Rehabilitation sichern.

### 3.6 Entlassungsbericht

Die Entlassungsberichte sollen am Ende der stationären psychosomatischen Rehabilitation eine rückblickende Bewertung des Behandlungsverlaufs - unter Bezugnahme auf die Problemkonstellation, bzw. die Vorgeschichte - und eine Stellungnahme zum derzeitigen Leistungsvermögen sowie zur weiter notwendigen Behandlung umfassen. Art und Inhalt dieser Abschlußberichte über die stationäre Rehabilitation können dabei von wesentlichem Einfluß für den Verlauf der weiteren Rehabilitation sein.

Die Qualität der Entlassungsberichte schwankt jedoch je nach fachlicher Kompetenz des Verfassers und des leitenden Arztes.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Entsprechend seiner Hauptfunktion als Mitteilung soll der

Entlassungsbericht in der Form verständlich und plausibel sein, im Inhalt wesentlich für den Adressaten (Kostenträger, behandelnder niedergelassener Arzt).

Die Empfehlungen an den Hausarzt sollten auf realistische Möglichkeiten der Nachbehandlung ausgerichtet sein.

In besonderen (schwierigen) Problemkonstellationen sollte im Entlassungsbericht oder ggf. schon im vorläufigen Kurz-E-Brief ein ergänzender Anruf beim Nachbehandler (i.d.R. beim Hausarzt) angekündigt oder ein Rückruf beim Bezugstherapeuten in der Reha-Klinik angeregt werden.

Im Epikrise-Text sollte ausführlicher und klarer als bisher auf die (ggf. gegenüber dem Vorgutachter modifizierte) sozialmedizinische Einschätzung und deren Begründung eingegangen werden.

- (2) Zu wünschen wäre, daß die verschlüsselbaren Daten (für den Versicherungsträger) in jährlichen Abständen statistisch ausgewertet den Kliniken zur Kenntnis gegeben werden. Diese Rückmeldung über die eigene Arbeit könnte für die Klinik und den Therapeuten wertvolle Anregungen geben.
- (3) Im Sinne der Qualitätssicherung sollte darauf geachtet werden, daß die durchgeführte Therapie, die empfohlene Weiterbehandlung und die sozialmedizinische Beurteilung in einen nachvollziehbaren Zusammenhang mit der Diagnose und dem Leistungsbild gebracht werden. Dabei muß berücksichtigt werden, daß in der Psychosomatik in der Regel Mehrfachdiagnosen bzw. Multimorbidität vorliegen.
- (4) Entsprechend den rehabilitationsspezifischen Aufgaben sollten neben dem Ausmaß der funktionellen und kommunikativen

Defizite die individuell relevanten Prognosefaktoren (auf körperlicher, psychosozialer und intrapsychischer Ebene) in einem gesonderten Abschnitt in freier Form aufgeführt werden.

Besonderes Gewicht sollten alle in der aktuellen Lebenssituation noch wirksamen Chronifizierungsfaktoren haben, etwa nach einer psychodynamisch relevanten, auslösenden Situation oder nach einem physischen oder psychischen Trauma (Erkrankung oder z. B. Unfall).

- (5) Das Recht des Patienten auf Einsicht in den Entlassungsbericht sowie auf Schutz der persönlichen Daten sollte den Briefschreiber zu einem Minimum an Fachsprache und zu einem Optimum an Verständlichkeit veranlassen; theoretische Konstrukte, Hypothesen und dem Patienten nicht verständliche Reflexionen sollten entfallen.

#### 4. Fort- und Weiterbildung

Eine konzeptuelle Weiterentwicklung der Praxis stationärer Rehabilitation sollte noch mehr als bisher auf die Gestaltung der Kommunikationsformen und Anleitungen gerichtet werden. Angemessene didaktische Modelle unter Einschluß verschiedener Gruppenmethoden sollten einen schwerpunktmäßig noch am Weisungs- und Disziplinarrecht orientierten Leitungsstil ablösen.

Zur Kompetenzerweiterung der in Reha-Kliniken tätigen Therapeuten könnten - neben der Teilnahme an allgemeinen Fortbildungen in Sozialmedizin - Arbeitskreise dienen, in denen Kliniker, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Ärzte des MDK, Fachleute von Arbeitsämtern, Berufsförderungswerken, Reha-Berater von Rentenversicherungsträgern bzw. der Arbeitsverwaltung, ggf. auch Vertreter von Sozialgerichten, allgemeine und fallbezogen auch konkrete so

zialmedizinische Lösungen erarbeiten. Über eine solche "konzertierte Aktion" könnten die Kenntnisse über Terminologie, Konzepte und Arbeitsweisen der jeweils anderen involvierten Disziplinen vermehrt werden, einer dysfunktionalen Zersplitterung des gesamten Reha-Plans - mit wechselseitiger Verantwortungszuweisung - wäre entgegengewirkt. So können die inhaltlichen Möglichkeiten der prästationären, stationären und poststationären Rehabilitationsphase koordiniert und optimiert werden.

## 5. Qualitätssicherung und Forschung

### 5.1 Dokumentation und Forschung

Die Notwendigkeit hochwertiger Therapiedokumentation ergibt sich zum einen aus den im Sozialgesetzbuch geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Diese machen für jede medizinische Einrichtung eine Evaluation erforderlich. Voraussetzung dafür ist eine gewisse Standardisierung der Ausgangsdaten i.S. einer Basisdokumentation.

Der Bedarf an qualifizierter Rehabilitationsforschung im Sinne von Evaluationsforschung ergibt sich auch daraus, daß psychosomatische und psychotherapeutische Therapie von verschiedener Seite durchaus mit Mißtrauen betrachtet wird, da häufig unklar bleibt, wer, was und wie mit welchen Ergebnissen eigentlich behandelt wird.

Praxisreife Systeme zur Basisdokumentation in psychosomatischen Fachkliniken, die eine Standardisierung der Dokumentation und eine Vergleichbarkeit der Daten ermöglichen, werden seit einigen Jahren sowohl in verhaltenstherapeutisch orientierten, als auch in tiefenpsychologisch orientierten Kliniken eingesetzt.

### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Es erscheint zweckmäßig, daß die Kostenträger, insbesondere die Rentenversicherungsträger, dafür Sorge tragen, daß in allen psychosomatischen Einrichtungen eine fachspezifische und erprobte Basisdokumentation eingesetzt wird.

Dies dürfte einmal der Transparenz der Behandlungskonzepte dienen und die Vergleichsmöglichkeit der Einrichtungen gewährleisten, andererseits wichtige Voraussetzungen für die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätssicherung schaffen und schließlich die Grundlagen für qualifizierte Forschungsbemühungen liefern.

- (2) Entscheidend für die Weiterentwicklung differenzierter Rehabilitationskonzepte wäre eine breite Förderung von Forschungsprojekten zu den angesprochenen Problembereichen.

Bei Finanzierungsfragen in diesem Bereich sollten auch die Kostenträger der Rehabilitation miteinbezogen werden, da Forschung dieser Zielrichtung auch von Planstelleninhabern dieser Einrichtungen mitgetragen werden sollten.

### 5.2 Qualitätssicherung

Kliniken erhalten in der Regel keine Rückmeldung über den weiteren Verlauf des Reha-Prozesses. Relevant wären - auch zur kliniksinternen Qualitätssicherung - Rückmeldungen über die Wiederaufnahme der Arbeit versus andauernde Arbeitsunfähigkeit. Wichtig wären auch Informationen über Rentenantragstellung respektive Gewährung einer BU- oder EU-Rente bzw. über die Durchführung weiterer Rehabilitationsmaßnahmen oder Maßnahmen im Rahmen der Krankenversicherung.

Befragungen von Versicherten seitens der Rentenversicherungsträger nach Abschluß von Reha-Maßnahmen sollten weniger auf das Bedürfnis nach Verwöhnung, Entlastung etc. abzielen, als auf die subjektive Einschätzung der Rehabilitanden, welche Therapiebedingungen oder konkrete Einzelschritte für das Erreichen welcher Therapieergebnisse wichtig waren. Vergleiche hierzu auch die Vorschläge in Abschnitt 3.5.

## 6. Literatur

Engel, G.L.: The clinical application of the biopsychosocial model. In: American J. Psychiat. 137, 1980, S. 538-544.