

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation

→ Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund
für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Diesem Anforderungsprofil liegt das Rahmenkonzept der VOR der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2015 und das Anforderungsprofil VMO der Deutschen Rentenversicherung Bund aus dem Jahr 2013 zugrunde.

Ansprechpartnerin und Verantwortliche für die Erstellung des Anforderungsprofils:

Dr. Ulrike Worringen
Leitende Psychologin
Deutsche Rentenversicherung Bund
Dez. 8023
Hohenzollerndamm 46-47
10713 Berlin
E-Mail: dr.ulrike.worringen@drv-bund.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
1. Indikation für eine verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation	3
2. Konzept der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	4
2.1 Gruppenbehandlungen	4
2.2 Interdisziplinäre Aufnahme	4
2.3 Interdisziplinäre Fallbesprechungen	4
2.4 Supervision und Intervision	5
2.5 Spezifische Anforderungen an das Ärzteteam in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	5
2.6 Spezifische Anforderungen an Psychologen und Psychologinnen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	6
2.7 Spezifische Anforderungen an die Bewegungstherapie in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	6
3. Spezifische diagnostische und therapeutische Leistungen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	7
3.1 Psychologische Diagnostik	7
3.2 Psychologisches Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	8
3.3 Bewegungstherapeutisches Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	11
3.4 Weiteres therapeutisches Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	14
4. Stellenplan in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation	15
5. Räumliche Anforderungen	16
6. Reha-Nachsorge und weiterführende Empfehlungen	16
7. Literatur	17

Vorwort

Auf der Grundlage einer Modellphase in orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen (DRV Bund 2013) und einer trägerübergreifenden Abfrage im Jahr 2014 wurde von der Deutschen Rentenversicherung ein indikationsübergreifendes Rahmenkonzept für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) verabschiedet (DRV 2015).

Für die Umsetzung dieses Rahmenkonzepts durch den Träger Deutsche Rentenversicherung Bund wurde das hier vorliegende Anforderungsprofil erstellt. Es umfasst u. a. den von der Deutschen Rentenversicherung Bund geforderten Stellenschlüssel für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation.

1. Indikation für eine verhaltensmedizinisch orientierte 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.

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

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 (Streibel et al. 2013).

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

Die Indikationsstellung wird bei der DRV Bund auf Grundlage der Zusammensicht der ärztlichen Befunde und der Stellungnahmen der Versicherten getroffen. Eine klinikinterne Umstellung ist grundsätzlich möglich.

Die Rehabilitationsmaßnahmen mit verhaltensmedizinisch orientierter Indikation werden von der DRV Bund für 4 Wochen bewilligt. Der Richtwert liegt bei 29 Tagen. Eine Verlängerung oder Verkürzung kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit erfolgen. Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation kann nicht als Anschlussrehabilitation (AHB) durchgeführt werden.

Die VOR Behandlungsstätten haben eine eigene Rehasstättennummer. Um in der externen Qualitätssicherung der DRV Bund als Gruppe der VOR Behandlungsstätten vergleichend ausgewertet werden zu können, muss auf dem ersten Blatt des ärztlichen Entlassungsberichts unter besonderer Behandlungsform die VOR angekreuzt werden.

2. Konzept der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Eine Rehabilitationsabteilung mit verhaltensmedizinisch orientiertem Behandlungsschwerpunkt erfüllt die allgemeinen Anforderungen der DRV Bund an eine Rehabilitationseinrichtung der jeweiligen Indikation (vgl. Strukturanforderungen der DRV, 2014).

Das verhaltensmedizinische Behandlungskonzept im engeren Sinne erfolgt vorwiegend im Bereich Psychologie/Psychotherapie und zumeist in der Bewegungs-/Sporttherapie. Gut abgestimmte interdisziplinäre Fallarbeit sowie eine standardisierte Psychodiagnostik zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sind weitere Merkmale der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation.

Das Konzept wird insbesondere durch die psychosoziale und psychotherapeutische Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen und einen verstärkten Einsatz von Psychotherapeuten/innen realisiert. Auf die Besonderheiten wird im Folgenden eingegangen.

2.1 Gruppenbehandlungen

Eine Gruppe von 8–12 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die zum gleichen Zeitpunkt anreist, wird gemeinsam in einer sogenannten Kerngruppe, auch Bezugsgruppe genannt, behandelt. Die gemeinsame Unterbringung auf einer Station erleichtert die Organisation der interdisziplinären Fallbesprechungen und fördert die Gruppenkohäsion. Kerngruppen betreffen sowohl die psychologische als auch in den meisten Indikationen die bewegungstherapeutische Behandlung. Die weitere individuelle Ausgestaltung des Rehabilitationsplans wird auf der Grundlage der persönlichen Situation des Rehabilitanden/der Rehabilitandin getroffen.

2.2 Interdisziplinäre Aufnahme

Zu Beginn der Rehabilitation wird der Rehabilitand/die Rehabilitandin sowohl von ärztlicher als auch von psychologisch-psychotherapeutischer und in der Regel von sport- bzw. physiotherapeutischer Seite aufgenommen. Mit der psychologischen Aufnahme geht eine standardisierte Befindlichkeits- und Leistungsdiagnostik einher, die zum Abschluss der Behandlung wiederholt werden kann. Obligat ist dabei im psychologischen Bereich der Einsatz allgemeiner (zum Beispiel Befindlichkeitsskalen) und spezifischer Psychodiagnostik (zum Beispiel Depression, Schmerz, Progredienzangst). Weitere Befragungsinstrumente werden nach Schwerpunkt und Ausrichtung der Einrichtung routinemäßig oder bedarfsweise eingesetzt (siehe Punkt 3.1). Im Aufnahmegespräch der Physiotherapeuten/Diplom/Bachelor-Sportlehrer sollte eine Bewegungsanamnese erstellt werden (siehe Punkt 3.3).

2.3 Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Im Anschluss an die drei Aufnahmegespräche, im Verlauf und zum Abschluss finden regelmäßig Fallbesprechungen statt. An den Fallbesprechungen nehmen die jeweiligen Stationsärzte, die psychologischen und physiotherapeutischen Bezugstherapeuten/-therapeutinnen, der/die Oberarzt/-ärztin und eine Pflegekraft teil. Die Teilnahme weiterer therapeutischer Berufsgruppen ist konzeptabhängig.

Die Beobachtungen des Pflegepersonals liefern hinsichtlich der Gesamteinschätzung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen häufig wichtige ergänzende Informationen. Umgekehrt profitieren die Pflegekräfte von den

Informationen der Bezugstherapeuten/-therapeutinnen. Ihr Verständnis für besondere Belange und Bedürfnisse der verhaltensmedizinischen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen wird verbessert. Das Hintergrundwissen aus den Fallbesprechungen erleichtert zudem die Interaktionen mit den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen im Klinikalltag.

Für die wöchentlichen Fallbesprechungen ist eine geeignete Zeitschiene einzurichten, die allen Bezugstherapeuten/-therapeutinnen zur Verfügung steht. Diese Fallbesprechungen könnten ebenfalls in dem zur jeweiligen Gruppe gehörenden Gruppenraum stattfinden, wenn der Transport der Patientenakten möglich ist, ansonsten in einem genügend großen Büro oder einem Besprechungszimmer, das Diskretion gewährleistet. Die Fallbesprechungen sind unverzichtbarer Teil der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Sie führen zwangsläufig zu einer Reduktion des Anteils der direkten Patientenarbeit (DRV Bund 2017a).

Die Pflegekräfte sollten wie alle anderen Therapeuten an internen psychosozialen Fortbildungen teilnehmen.

2.4 Supervision und Intervision

Die Bezugstherapeuten/-therapeutinnen und Ärzte/Ärztinnen führen regelmäßig eine gemeinsame interne kollegiale Supervision (=Intervision) durch, um persönliche und fachliche Probleme im Umgang mit einzelnen Rehabilitanden/Rehabilitandinnen zu bearbeiten. Darüber hinaus soll eine externe Supervision mit einer ausgebildeten Fachkraft (Psychotherapeut/in und/oder Supervisor/in) einmal pro Monat stattfinden. Dabei kann es um Fallsupervision (Besonderheiten und Schwierigkeiten im Umgang mit einzelnen Rehabilitanden/innen) als auch um Teamsupervision (Zusammenarbeit untereinander im Behandlungsteam) gehen.

2.5 Spezifische Anforderungen an das Ärzteteam in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Die medizinische Verantwortung in einem verhaltensmedizinischen Behandlungsschwerpunkt hat ein/e Facharzt/-ärztin der entsprechenden Indikation mit Leitungs- und Rehabilitationserfahrung. Er/sie wird in der Regel vertreten durch eine/n Facharzt/-ärztin mit gleicher Qualifikation. Eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation ist ausdrücklich erwünscht, mindestens wird die Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung vorausgesetzt.

Die ärztliche Leitung koordiniert und überwacht Diagnostik, Therapieplanung und -gestaltung, Fort- und Weiterbildung und steht für die Kompetenz des multiprofessionellen Teams, das sich wie üblich in der Rehabilitation aus Ärzten/Ärztinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Sport- und Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Pflegekräften, Diätassistenten/-assistentinnen, Ökotrophologinnen/Ökotrophologen und Sozialarbeitern/-arbeiterinnen zusammensetzt. Er/sie leitet die wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen (vgl. Punkt 2.3).

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

Auch die Stationsärzte/-ärztinnen im verhaltensmedizinischen Behandlungsschwerpunkt sollen zumindest über die Zusatzqualifikation der „Psychosomatischen Grundversorgung“ verfügen. Die Teilnahme an einer psychotherapeutischen Weiterbildung wird begrüßt. Neben einer Stationsvisite pro Woche müssen die Stationsärzte tägliche Sprechzeiten anbieten.

2.6 Spezifische Anforderungen an Psychologen und Psychologinnen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Psychologen und Psychologinnen 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/Rehabilitandinnen zusätzlich die Fachkunde als Psychologische/r Psychotherapeut/in (zumindest 50% der Psychologen sollten approbiert sein; die anderen 50% sollten sich zumindest in der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/in befinden und unter Fachaufsicht eines fachkundigen Psychotherapeuten arbeiten). Störungs- bzw. indikationsspezifische Zusatzqualifikation sind wünschenswert.

2.7 Spezifische Anforderungen an die Bewegungstherapie in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Da in dem bewegungstherapeutischen Kernangebot didaktische Aspekte eine große Rolle spielen, wird die Integration einer/s Diplom-/Bachelor Sportlehrers/in in das bewegungstherapeutische Team benötigt. Er/sie sollte die pädagogischen Aspekte im bewegungstherapeutischen Behandlungskonzept einbringen.

3. Spezifische diagnostische und therapeutische Leistungen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

3.1 Psychologische Diagnostik

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

Im Rahmen der psychologischen Diagnostik sollten auch standardisierte Testverfahren zum Einsatz kommen. Zur Erfassung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit kann zum Beispiel die Symptomcheckliste (SCL 90) und das deutschsprachige Brief Symptom Inventory (BSI) eingesetzt werden. Als Screeningverfahren werden in der Regel die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), das Ultra-Kurz-Screening (UKS) oder der Patient Health Questionnaire (PHQ) genutzt. Von vielen dieser Instrumente gibt es Kurzformen, die Hinweise auf Depressivität und/oder Ängste geben.

Das Ausmaß des Schmerzerlebens kann über eine numerische oder visuelle Analogskala (NAS, VAS) erhoben werden. Die Schmerzverarbeitung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen 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.

Wegen der häufigen Konfundierung von Schmerz und Depressivität ist die standardisierte Erfassung der Depressivität zu empfehlen, zum Beispiel über die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) oder das Becksche Depressionsinventar (BDI).

Ergänzend können bedarfsbezogen weitere diagnostische Instrumente eingesetzt werden, beispielsweise Fragebögen zum Ausmaß von Ängsten wie das Becksche Angstinventar (BAI) 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 (FFbH) und dem Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) erhoben werden.

Viele der Instrumente können auch zur Verlaufsdagnostik (Beginn und Ende der Reha-Maßnahme) genutzt werden. Wesentlich ist eine angemessene Rückmeldung des/der psychologischen/psychotherapeutischen Bezugstherapeuten/in über die Diagnostik an die Rehabilitanden/innen. 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).

Eine Assistenz- oder Pflegekraft koordiniert die Durchführung der standardisierten Psychodiagnostik. Sie/er leitet die Rehabilitand/inn/en an und wertet die Fragebögen aus.

Nur manifeste psychische Erkrankungen sollen als ICD 10 F-Diagnose im ärztlichen Entlassungsbericht verschlüsselt und fachlich begründet werden. Zu beachten ist, dass eine F-Diagnose ausschließlich auf Grundlage des Psychopathologischen Befundes und der Anamneseexploration gestellt werden kann. Es ist nicht möglich, allein auf Basis der standardisierten Diagnostik (Fragebögen, strukturierte Interviews wie SKID oder MINI) F-Diagnosen zu stellen (DRV Bund 2017b).

3.2 Psychologisches Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

(1) Psychologische Bezugsgruppe

→ Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)

Ziele: Das psychologische Gruppenangebot bildet den Schwerpunkt der psychotherapeutischen Betreuung und dient dem gegenseitigen sozialen Lernen. Hier erhalten die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Reflektion, 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.

Inhalt: Im Vordergrund steht die Vermittlung von Krankheitsbewältigungskompetenzen. 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 Grundlagen dieser wechselseitigen Beziehung sind das bio-psycho-soziale Modell einer funktionalen Gesundheit, das Konzept der Salutogenese und das Bedingungsmodell chronischer Krankheiten (Prädisposition, Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen). Auch neurobiologische Erkenntnisse zu den Zusammenhängen von Körper und Psyche eignen sich wegen ihrer Bildhaftigkeit zur Psychoedukation.

Die Themen Depression und krankheitsbezogene Ängste können in das Gruppenkonzept integriert oder in Form eines ergänzenden Zusatzmoduls angeboten werden (vgl. Hampel et al. 2015).

Je nach Bedarf können Module zur Stressbewältigung integriert werden. Zu berücksichtigen ist hierbei in der Regel die konkrete Arbeitsplatzsituation. Arbeitsplatzprobleme können zur Entstehung von Funktionsstörungen und Stress beitragen. Psychische und körperliche Funktionsstörungen können aber auch assoziiert sein mit drohendem Arbeitsplatzverlust. Aber auch soziale Probleme und Belastungen aus anderen Lebensbereichen (familiäre Konflikte, Pflege von Angehörigen u.a.) sollten in ihrem Einfluss auf das Thema Krankheitsbewältigung berücksichtigt werden.

Arbeitsmappen mit Informations- und Arbeitsblättern vervollständigen die psychotherapeutische Gruppenarbeit im Hinblick auf Motivation, Transparenz und Transfer in den Alltag. Das psychologische Gruppenkonzept sollte in manualisierter 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 12 Teilnehmer/innen begrenzt. Die Gruppe findet in den Rehabilitationseinrichtungen parallel zur weiteren Kompetenzgruppe statt.

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

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

Personelle Voraussetzungen: Ein/e Psychologische/r oder Ärztliche/r Psychotherapeut/in oder Diplom/Master Psychologe/in in Psychotherapieausbildung leitet jeweils eine Gruppe als Bezugstherapeut/in während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme.

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

Betroffener Rehabilitanden- und Rehabilitandinnenanteil in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Abbildung in der KTL 2015

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

(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.

Inhalt: Beim Aufnahmegespräch stehen anamnestiche 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 Rehabilitand/inn/en besprochen. Erwartungen der Rehabilitand/inn/en werden geklärt und ein Arbeitsbündnis geschaffen.

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

Weitere psychologische Einzelgespräche sind anzubieten, wenn sie der emotionalen Entlastung, dem vertiefenden Verständnis der persönlichen Belastung im 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 im Rahmen der Bezugsgruppe oder/und in Kooperation mit dem/der Bezugstherapeuten/in der weiteren Kompetenzgruppe stattfinden.

Dauer und Häufigkeit: Mindestens zweimal 50 Minuten, ggf. ein weiteres Einzelgespräch pro Woche

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

Personelle Voraussetzungen: Die/Der psychologische Bezugstherapeut/in der Gruppe sollte nach Möglichkeit auch die Einzelgespräche durchführen.

Strukturelle Voraussetzung: Arbeitszimmer der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten bzw. Diplom/Master Psychologen/in in Psychotherapieausbildung

Betroffener Rehabilitanden- und Rehabilitandinnenanteil in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation für psychologische Aufnahme- und Abschlussgespräch; nach Bedarf (60–80 %) ein weiteres psychologisches Einzelgespräch pro Woche

Abbildung in der KTL 2015

G71 Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation einzeln

F55 Psychologische Beratung einzeln

F59 Biofeedback einzeln (ergänzend zu den psychologischen Einzelgesprächen)

(3) Entspannungstraining

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

Ziel: 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 Relaxation 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 8-mal pro Rehabilitationsleistung, 2–3-mal die Woche

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

Personelle Voraussetzungen: Diplom/Master Psychologe/in, Psychologische/r Psychotherapeut/in, Bachelor Absolvent/in in Psychologie, nach entsprechender Fortbildung können diese Verfahren auch von nichtpsychologischen Berufsgruppen unter Supervision durchgeführt werden.

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

Betroffener Rehabilitanden- und Rehabilitandinnenanteil in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Abbildung in der KTL 2015

F61 Entspannungstraining in der Gruppe

F60 Entspannungstraining einzeln

3.3 Bewegungstherapeutisches Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

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.

(1) Bewegungskompetenzgruppe

→ Detaillierte Beschreibung (Ziele, Inhalte, Durchführung)

Ziele: Die übergeordnete didaktische Zielsetzung der Bewegungskompetenzgruppe ist, den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen 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 Rehabilitandinnen und 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 z. B. das „Aquatrainings“ 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 z. B. chronische Schmerzpatient/inn/en Bewegungsangebote positiv bewerten und so einen erleichterten Zugang zur Bewegung erlangen.

Edukative Bausteine, die die Therapiekooperation 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 (vgl. MoVo LISA, Rückenschule und SelMa DRV Bund).

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 (vgl. VBT).

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 12 Teilnehmer/innen begrenzt. Die edukativen Bausteine sollen in das bewegungstherapeutische Gruppenkonzept integriert sein.

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

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

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

Strukturelle Voraussetzung: Gymnastikhalle, ggf. Bewegungstherapiebad

Betroffener Rehabilitanden- und Rehabilitandinnenanteil in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

grundsätzliches Angebot für alle Rehabilitanden und Rehabilitandinnen 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) 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 sowie dem Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses. Das Abschlussgespräch dient der Abschlussuntersuchung und der Planung des Alltagstransfers.

Inhalte: Im bewegungstherapeutischen Aufnahmegespräch wird für jeden Rehabilitanden/jede Rehabilitandin eine Bewegungsanamnese erhoben. Auf Basis dieser Anamnese können dann mit den Rehabilitand/inn/en 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 Bewältigungsplanes 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 Stuserhebung 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/der psychologischen Bezugstherapeutin 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/die Diplom-Sportlehrer/in oder ein/e Physiotherapeut/in, die auch die Bewegungskompetenzgruppe leitet, führt das bewegungstherapeutische Aufnahme- und Abschlussgespräch durch.

Strukturelle Voraussetzung: Physio-/Bewegungstherapeutisches Behandlungszimmer

Betroffener Rehabilitanden- und Rehabilitandinnenanteil in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

100 % aller Rehabilitanden und Rehabilitandinnen 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

(3) Ergänzende bewegungstherapeutische Angebote

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

Für leistungsfähigere Rehabilitand/inn/en bieten sich Walking, Nordic Walking, Fahrrad fahren auf dem Ergometer oder im Gelände sowie weitere Bewegungsformen als konditionsförderndes Training an, die möglichst am

Heimatort fortgeführt werden können. Hierdurch ermöglicht die Rehabilitation einen Einstieg in ein 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.

3.4 Weiteres therapeutisches Kernangebot in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

In Abhängigkeit von der Indikation kann auch eine weitere therapeutische Berufsgruppe ein Kernangebot anbieten. So sind in verhaltensmedizinisch orientierten Konzepten in der Kardiologie auch Diätassistent/inn/en und Kunst- oder Kreativtherapeut/inn/en mit dieser Aufgabe betraut. Indikationsübergreifend werden auch von Ergotherapeut/inn/en Kernangebote in der VOR durchgeführt.

4. Stellenplan in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

Auf Basis bisheriger Stellenschlüssel in der VOR (Psychologie 1:25), den klinischen Erfahrungen und dem neuen Strukturanforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde der folgende Stellenplan für 50 Plätze erarbeitet. Dieser indikationsspezifische Stellenplan stellt einen Rahmen dar, der standort- und konzeptabhängig variiert werden kann. Spezielle Qualifizierungen durch Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und Verschiebung der Schwerpunkte sind denkbar und werden im Einzelfall geprüft. Dargestellt werden nur die Berufsgruppen, für die spezifische Anforderungen gestellt werden. Für die anderen Berufsgruppen ist der Stellenschlüssel vergleichbar mit der regulären Rehabilitation.

Kerngruppen aus anderen Therapiebereichen (vgl. Punkt 3.4) erfordern eine konzeptabhängige Personalanpassung in der jeweiligen Berufsgruppe (z. B. Kreativtherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Diätassistent/inn/en oder Oecothropholog/inn/en).

Tabelle 1: Stellenplan für den verhaltensmedizinischen Behandlungsschwerpunkt mit 50 Plätzen (Indikation Orthopädie)

Indikation Orthopädie		Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation	
Berufsgruppen	Anzahl	Qualifikation	
Chefarzt/-ärztin	anteilig	Facharzt mit sozialmedizinischer Kompetenz, psychotherapeutische Qualifikation erwünscht	
Oberarzt/-ärztin	0,5	Indikationsbezogener Facharzt/-ärztin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie (zumindest psychosomatische Grundversorgung)	
Assistenzärzte/-ärztinnen	2	Psychotherapeutische Qualifikation (z. B. psychosomatische Grundversorgung)	
Psychotherapeut/in Psychologe/in (Diplom, Master)	2-2,5	mindestens zu 50 % approbierte/r Psychologische/r Psychotherapeut/in oder ärztliche/r Psychotherapeut/in; Diplom/Master Psychologe/in in Psychotherapieausbildung	
Pflegepersonal	3	mit psychosozialer Fortbildung	
Physiotherapeut/in	2,5	mit psychosozialer Fortbildung	
Sportlehrer/in (Diplom, Bachelor)	1	mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Qualifikation und ggf. Gruppenerfahrung aus medizinischem Behandlungssetting	
Psychologisch technische/r Assistent/in (PsTA)	0,5	mit psychosozialer Fortbildung	

5. Räumliche Anforderungen

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

Für die psychologische Gruppenarbeit impliziert dies eine entsprechend höhere Inanspruchnahme der psychologischen Gruppenräume. Die Ausstattung der 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 Gruppen-gestaltung.

6. 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 im ärztlichen Entlassungsbericht steht, können auch spezifische Nachsorgemöglichkeiten der psychosomatischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden (zum Beispiel Curriculum Hannover, Psy-RENA ab 2018). In vielen Fällen wird die Empfehlung einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie ausgesprochen.

7. Literatur

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Pearson.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013). Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO). Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015). Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.

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 (2017a).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Eine Praxishilfe. In: Reader. Aktuelle Informationen zur psychologischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin (2017b).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2017). Generische Selbstmanagementmodule (SelMa). Standardisierte Patientenschulung. Berlin.

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015). Curriculum Rückenschule. Standardisierte Patientenschulung. Berlin.

Dillmann, P. et al. (1994). Pain Disability Index (PDI).

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.

Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H., Fleitz, A., Mahler, C., Schittich, I. (2010). Lebensstilintegrierte sportliche Aktivität: Ergebnisse der MoVo-LISA Interventionsstudie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 26, 270–276.

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.
- Hautzinger, M., Bailer, M.** (1993). Allgemeine Depressionsskala ADS. 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.
- Kohlmann, T., Raspe, H.H.** (1996). Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerz (FFbH-R). *Rehabilitation* 1996; 35: I-VIII.
- 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., Spitzer, R. L., Zipfel, S., Herzog, W.** (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire' Karlsruhe: Pfizer.
- 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.
- Margraf, J., Ehlers, A.** (2007). Das Beck-Angst-Inventar BAI. Huber, Bern.
- Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Faller, H., Vogel, H.** (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48: 335–344.
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P.** (2016). Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsbewältigung. Kombiniertes Gruppentraining zur Prävention und Therapie. Heidelberg: Springer Verlag.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M.** (2011). Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36).
- 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.

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

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

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a selfreport version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 282, 1737–1744.

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. 03.2013 in Mainz, DRV DRV-Schriften, 101, 248-250.

Notizen

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation
Dezernat 8023
10704 Berlin
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Version 01/2018



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund