



# Psychische Komorbidität

→ Tagungsband

→ 24. und 25. Februar 2017



Deutsche  
Rentenversicherung

Bund

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht.....</b>	<b>6</b>
<i>Dr. Hans-Günter Haaf, DRV Bund</i>	
<b>2. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus somatopsychologischer Sicht.....</b>	<b>6</b>
<i>PD Dr. Dieter Benninghoven, Mühlenbergklinik, Bad Malente</i>	
<b>3. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus psychosomatischer Sicht .....</b>	<b>7</b>
<i>Prof. Dr. Volker Köllner, Reha-Zentrum Seehof, DRV Bund</i>	
<b>4. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus sozialmedizinischer Sicht .....</b>	<b>7</b>
<i>Dr. Ulf Kampczyk, DRV Mitteldeutschland</i>	
<b>5. Feststellung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation...8</b>	
<i>Karl-Wilhelm Höffler, ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach</i>	
<b>6. Verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte zur Behandlung psychischer Komorbidität.....</b>	<b>9</b>
<i>Kai Lorenz, Berolina Klinik, Löhne</i>	
<b>7. Bedeutung des Reha-Teams in der Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität - am Beispiel der verhaltensmedizinischen orthopädischen Rehabilitation (VMO).....</b>	<b>10</b>
<i>Dr. Désirée Herbold, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim</i>	
<b>8. Beschreibung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung .....</b>	<b>11</b>
<i>Dr. Beate Muschalla, DRV Bund</i>	
<b>9. Nachsorge bei psychischer Komorbidität .....</b>	<b>13</b>
<i>Dr. Teresia Widera, DRV Bund</i>	
<b>10. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in somatischen Rehabilitationseinrichtungen.....</b>	<b>15</b>
<i>Dr. Margarete Ostholt-Corsten, DRV Bund</i>	

<b>Arbeitsgruppen .....</b>	<b>16</b>
<b>AG 1: Arbeitsplatzbezogene Ängste: Diagnostik und Behandlung in der somatischen Rehabilitation .....</b>	<b>16</b>
<i>Dr. Beate Muschalla, Dr. Angelika Nebe, DRV Bund</i>	
<b>AG 2: Depressionspräventionstraining in der verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation.....</b>	<b>17</b>
<i>Prof. Petra Hampel, Europa-Universität Flensburg, Meike Alexandrow, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim</i>	
<b>AG 3 Abhängigkeitserkrankungen in der somatischen Rehabilitation .....</b>	<b>18</b>
<i>Dr. Joachim Köhler, DRV Bund, Prof. Wilma Funke, Kliniken Wied</i>	
<b>AG 4 Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei orthopädischen Erkrankungen.....</b>	<b>20</b>
<i>Gudrun Horbach, Gabriele Schnabel, HolsingVital Fachklinik, Preußisch Oldendorf, Dr. Hans Christian Gelberg, Klinikum Luitpold, Bad Kötzing, Dr. Dieter Küch, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim</i>	
<b>AG 5: Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen.....</b>	<b>26</b>
<i>Prof. Volker Köllner, Dr. Johannes Glatz, DRV Bund, Reha-Zentrum Seehof, Teltow, Dr. Wolfgang Mayer-Berger, DRV Rheinland, Klinik Roderbirken, Leichlingen, Prof. Eike Hoberg, PD Dr. Dieter Benninghoven, Mühlenbergklinik, Bad Malente</i>	
<b>AG 6: Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen.....</b>	<b>28</b>
<i>Anke Berneking, DRV Bund, Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald, Christian Franzkoch, DRV Rheinland-Pfalz, Mittelrhein-Klinik, Bad Salzig, Prof. Dr. Jürgen Barth, Reha-Klinik Nordfriesland, St. Peter-Ording</i>	
<b>AG 7: Bedeutung des Reha-Teams für die Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation.....</b>	<b>31</b>
<i>Dr. Gabriele Sohr, DRV Bund, Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Dr. Rudolf Schulte, DRV Braunschweig-Hannover, Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde, Anja Niehaus, Johanniter-Ordenshäuser, Bad Oeynhausen, Dr. Helgo Herbst, Maternus Klinik, Bad Oeynhausen</i>	
<b>AG 8: Psychische Diagnostik in der somatischen Rehabilitation .....</b>	<b>35</b>
<i>Prof. Michael Linden, Charité Berlin, Monika Dorn, Rehazentrum Bad Eilsen, Dieter Schmucker, Städtische Reha-Kliniken Bad Waldsee</i>	

**AG 9: Sozialmedizinische Fragestellungen ..... 42**

*Dr. Ulf Kampczyk, DRV Mitteldeutschland, Dr. Margarete Ostholt-Corsten, DRV Bund, Dr. Martin Holme, DRV Bund, Reha-Zentrum Bad Pyrmont*

**AG 10 Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation ..... 43**

*Dr. Teresia Widera, DRV Bund, Dr. Bettina Hesse , DRV Westfalen, PD Dr. Axel Kobelt, DRV Braunschweig-Hannover*

**Anhang..... 45**

**Kontaktdaten ..... 57**

**Redaktion:** Antje Hoppe und Jana Oehme, DRV Bund

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem vorliegenden Tagungsband möchten wir Ihnen einen Überblick über das Themenspektrum der Fachtagung „Psychische Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation“ geben. Ziel der Tagung ist es, die Behandlungs- und Versorgungsqualität in der somatischen Rehabilitation bei psychischer Komorbidität darzustellen und Impulse zur Weiterentwicklung zu geben.

Grundlegende Voraussetzung für eine gute Behandlungs- und Versorgungsqualität ist zunächst das Erkennen komorbider psychischer Störungen. Liegen solche vor, kommt es darauf an, angemessen zu intervenieren. Das kann sich auf Beratung und Behandlungselemente während der Rehabilitation beziehen, ebenso wie auf die Anregung oder Einleitung einer adäquaten postrehabilitativen Behandlung der psychischen Komorbidität. In allen somatischen Rehabilitationseinrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, sind Psychologen und bestenfalls auch Psychotherapeuten mit einer heilkundlichen Kompetenz tätig.

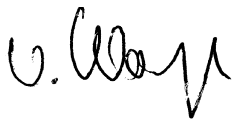
Die psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation liegt höher als in der Allgemeinbevölkerung. Frauen und jüngere Patienten haben ein höheres Risiko für komorbide psychische Erkrankungen. Studien im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung haben auf die Notwendigkeit der Optimierung der psychologischen bzw. psychiatrischen Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation hingewiesen. Ausgehend von diesen Studien wurde ein leitliniengerechtes Screening auf psychische Belastung, gefolgt von einer weiterführenden Differentialdiagnostik bei auffälligem Screeningbefund empfohlen. In welchem rehabilitativen Setting sind diese Empfehlungen aber flächendeckend zu erfüllen? Mit welchem Ziel soll eine diagnostische Abklärung erfolgen? Wer ist qualifiziert für die Durchführung der Differentialdiagnostik? Welche therapeutische Intervention oder Behandlungsempfehlung folgt der diagnostischen Abklärung?

In Vorträgen und Arbeitsgruppen geht die Fachtagung diesen klinisch relevanten Fragen nach. Vorgestellt und diskutiert werden Erfahrungen aus somatischen, verhaltensmedizinisch orientierten und psychosomatischen Abteilungen der medizinischen Rehabilitation. Reflektiert werden die Rolle der einzelnen Berufsgruppen im Reha-Team und ihre Zusammenarbeit in der Diagnostik und Therapie. Sozialmedizinische Aspekte psychischer Komorbidität als auch Möglichkeiten der Nachsorge und Weiterbehandlung werden thematisiert. Psychoedukative Gruppenkonzepte und Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Abhängigkeitserkrankungen sind weitere Vertiefungsthemen.

Ziel der Tagung ist eine Standortbestimmung. Die Reflektion der bestehenden Versorgungspraxis und die Benennung von wichtigen Handlungsoptionen sollen hierbei im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussionen stehen.

Die in der Vergangenheit häufig gestellten Fragen zur Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen sowie der Diagnosestellung (F-Diagnosen) in der somatischen Rehabilitation werden in einer Praxishilfe der DRV Bund beantwortet. Diese finden Sie im Anhang des Tagungsbandes.

Der vorliegende Tagungsband und die Präsentationen werden nach der Fachtagung im Internet unter <http://www.reha-einrichtungen.de> zum Herunterladen eingestellt.



Dr. Ulrike Worringen  
Leitende Psychologin der Abteilung Rehabilitation

#### **Anmerkungen der Redaktion:**

Die Durchführung der Arbeitsgruppen „Depressionspräventionstraining in der verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation“ (AG 2), „Bedeutung des Reha-Teams für die Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation“ (AG 7) und „Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation“ (AG 10) werden nicht stattfinden. Die bereits von den Referenten erstellten Abstracts stehen Ihnen im Tagungsband zur Verfügung.

Zur besseren Lesbarkeit des Tagungsbandes wird bei allen Personen die männliche Form gewählt. Gemeint sind dabei aber immer Frauen und Männer.

# **1. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht**

*Dr. Hans-Günter Haaf, DRV Bund*

# **2. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus somatopsychologischer Sicht**

*PD Dr. Dieter Benninghoven, Mühlenbergklinik, Bad Malente*

Die Prävalenzen psychischer Komorbiditäten in der Rehabilitation körperlicher Erkrankungen machen deutlich, dass psychische Störungen im Kontext körperlicher Erkrankungen keine seltene Ausnahme, sondern durchaus häufig zu erwarten sind. Dies gilt erst recht, wenn man nicht nur die mittels strenger Kriterien definierten psychischen Erkrankungen betrachtet, sondern auch jene psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigt, die zwar nicht unbedingt Krankheitswert haben, die aber dennoch die Befindlichkeit und den Krankheitsverlauf der körperlich erkrankten Rehabilitanden negativ beeinflussen. Rehabilitation somatischer Erkrankungen ohne die Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten würde daher ihrer ganzheitlichen Aufgabe und dem Anspruch, die biologische mit der psychosozialen Perspektive zu verknüpfen und Teilhabe zu erhalten bzw. zu verbessern, nicht gerecht.

Die Rehabilitation körperlicher Erkrankungen kennt inzwischen zwei verschiedene Settings: die reguläre medizinische Rehabilitation bei somatischen Indikationen und die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Beide Settings werden hinsichtlich der unterschiedlichen Anforderungen an strukturelle Gegebenheiten, fachliche Qualifikationen der Behandler, Praxis der Behandlung sowie Auswirkungen auf die Einrichtung insgesamt beschrieben und einander gegenübergestellt. Dabei wird vor allem auf die verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation (VMO) und perspektivisch auch auf die verhaltensmedizinisch orientierte kardiologische Rehabilitation (VMK) Bezug genommen. Den Bezugsrahmen bilden die in der Mühlenbergklinik in Bad Malente gesammelten Erfahrungen mit einer verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation. Die VMO ist in der Mühlenbergklinik seit inzwischen 15 Jahren fest etabliert, die VMK befindet sich in der Einführung.

Die Praxis der Zuweisung zu den unterschiedlichen Settings wird beschrieben, Verbesserungsmöglichkeiten für eine gezielte differenzielle Indikation werden diskutiert. Vorhandene deskriptive Daten aus der verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation in der Mühlenbergklinik werden vorgestellt. Die theoretischen Ausführungen werden anhand von Fallbeispielen aus der Praxis der Mühlenbergklinik nachvollzogen. Schließlich wird die generelle empirische Absicherung verhaltensmedizinisch orientierter Rehabilitation ebenfalls im Überblick dargestellt, und mögliche zukünftige Forschungsperspektiven werden skizziert.

### **3. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus psychosomatischer Sicht**

*Prof. Dr. Volker Köllner, Reha-Zentrum Seehof, DRV Bund*

### **4. Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus sozialmedizinischer Sicht**

*Dr. Ulf Kampczyk, DRV Mitteldeutschland*

Patienten somatischer Rehabilitationskliniken/-abteilungen weisen nicht selten eine relevante psychische Komorbidität auf. Vielen dieser Patienten ist das auch bewusst. Der „Akteninhalt“ gibt den aufnehmenden Kliniken dazu bereits mehr oder weniger präzise Informationen und Hinweise. Aber auch Patienten mit nicht vorbeschriebener psychischer Komorbidität kommen in die somatischen Rehabilitationseinrichtungen und werden dort entsprechend identifiziert.

Hieraus resultieren für die Kliniken verschiedene Herausforderungen.

Unabhängig davon, den Patienten die notwendige Therapie zukommen zu lassen, ist das Thema „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung“ gerade vor dem Hintergrund zu beachtender psychischer Komorbidität oft eine Herausforderung für alle Beteiligten, trotz vorhandener praxiserprobter Leitfäden und Leitlinien (vgl. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, 2015, Leitlinie für die sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen der DRV, 2012).

Sozialmedizin ist in der Einzelkonstellation oft sehr komplex, da sind nicht nur schnell „ein paar einfache Kreuze“ zu setzen. Blickwinkel auf und Herangehensweisen der Beteiligten an Problemstellungen sind sehr verschieden. Schnittstellen insbesondere zwischen den (Fach-) Ärzten der somatischen Fächer und dem psychologischen Dienst und ggf. konsiliarisch einbezogenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind nicht einfach so zu Nahtstellen zusammenzufügen.

Deshalb ist es wichtig, die wesentlichen Kontextfaktoren zu erfassen, um jeden Patienten in seiner biopsychosozialen Situation bestmöglich einschätzen und unterstützen zu können. Das Thema Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erfordert darüber hinaus, zumal wenn eine psychische Komorbidität vorliegt, eine geduldige und verständnisvolle argumentativ klare und zielführende Kommunikation.

Die andere Herausforderung bei dieser Thematik stellen die vorhandenen personellen Ressourcen dar. Alltag in vielen somatischen Rehabilitationseinrichtungen ist auch eine angespannte Situation in Bezug auf psychologische und ggf. fachärztliche Ressourcen aus den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Diese entsprechen dem Bedarf an Konsultativität (Diagnostik, Mitbehandlung, Beratung) nicht immer.



Die Erarbeitung eines integrativen und stimmigen Leistungsbildes als Syntheseleistung aller Beteiligten erfordert Zeit. Aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen muss noch zu oft eine Fokussierung auf die Patienten mit den allerdrängendsten sozialmedizinischen Problemlagen vorgenommen werden. Um diesem Problem zu begegnen, ist eine Prioritätensetzung und Optimierung auch der organisatorischen Abläufe zielführend. Und über eine gelungene Kommunikation ist meistens sogar Konsens mit den Patienten hinsichtlich der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erreichbar.

## **5. Feststellung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation**

*Karl-Wilhelm Höffler, ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach*

Im Hinblick auf die „Feststellung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation“ werden sowohl der Diagnostik-Prozess wie auch die Stellung einer Diagnose betrachtet. Kritisch diskutiert wird die im Begriff „Komorbidität“ zum Ausdruck kommende Gewichtung zwischen einer – so scheint es – eigentlich wichtigen Morbidität und einer nicht der Behandlung sondern eher der Mit-Behandlung zuzuordnenden Komorbidität. Bezüge zu dem bio-psycho-sozial-ökologischen Modell von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe werden hergestellt. Ein verhaltensmedizinisches Verständnis der Psychologischen bzw. Psychotherapeutischen Dienste in somatischen Reha-Einrichtungen wird herausgearbeitet.

Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation wird nicht als „Schrotschuss-Diagnostik“ gesehen; vielmehr wird gefordert, dass Diagnostik, auch Screening-Diagnostik, immer hypothesengeleitet abzulaufen habe. Dies impliziert, dass aus den bio-psycho-sozial-ökologischen Modellen von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe indikationspezifisch Parameter abzuleiten wären, die im diagnostischen Prozess geprüft werden.

Die diagnostische Aufgabenstellung der Psychologischen bzw. Psychotherapeutischen Dienste in der somatischen Rehabilitation wird kritisch reflektiert: Eine Beschränkung auf die „Feststellung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation“ greift zu kurz und sollte im diagnostischen Prozess ergänzt werden um die Erfassung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen.

Die Ergebnisse der am Vortag stattfindenden Arbeitsgruppe zu „Psychische Diagnostik in der somatischen Rehabilitation“ werden berichtet. Die Arbeitsgruppe hat insbesondere folgende Fragestellungen im Fokus: Anforderungen an die Diagnostik psychischer Komorbidität (M. Linden), Erkennung psychischer Komorbidität in der orthopädischen Rehabilitation (M. Dorn), Theorie und Praxis der psychischen Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation (D. Schmucker).

Es wird unterschieden zwischen einem Diagnostik-Prozess und der Feststellung einer Diagnose, die als heilkundliche Tätigkeit unter dem Approbationsvorbehalt steht.

Dies impliziert, dass eine Diagnosestellung durch den Psychologischen bzw. Psychotherapeutischen Dienst dann selbständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden kann, wenn ein Psychologischer Psychotherapeut oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut diese verantwortet. In dem Fall wäre die Stellung der Diagnose als „Facharztstatement“ zu werten. Das Spannungsfeld zwischen „delegierbaren Leistungen“ und „höchstpersönlich zu erbringenden Leistungen“ wird im Hinblick auf die Betreuung von Psychologen (Master oder Diplom) in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) oder Kinder und Jugendlichen-Psychotherapeut (KJP), kurz „PiAs“, erörtert (analog auch Betreuung von Pädagogen in der Ausbildung zur KJP).

## **6. Verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte zur Behandlung psychischer Komorbidität**

*Kai Lorenz, Berolina Klinik, Löhne*

In der Berolina Klinik existiert seit dem 01.10.2006 neben einer Abteilung für Psychosomatik, eine Abteilung für Verhaltensmedizinische Orthopädie (VMO). Eine personelle Neubesetzung beider Abteilungen erfolgte zum 01.04.2007. Die VMO-Abteilung gehörte zu 11 Kliniken einer Pilotphase der DRV Bund.

Im Vortrag dargestellt wird das VMO-Konzept der Berolina Klinik sowie spätere Konzeptanpassungen. Diese wurden erforderlich bei neuen Konzeptanforderungen oder durch Veränderung der Abteilungsgröße:

2006 = 97 Betten, 2007 = Reduktion auf 77 bzw. 67 Betten.

Zum 01.01.2015 Aufstockung auf 80 Betten und Aufstockung auf 100 Betten zum 01.01.2017.

Dargestellt werden Jahresergebnisse der medizinischen Kennzahlen / psychologischen Testdiagnostik SCL und IRES - Anteil der F-Diagnosen an erster Stelle im Entlassungsbericht und Anteil einer empfohlenen ambulanten Psychotherapie für die Jahre 2013, 2014, 2015 und 2016.

Ausführlich eingegangen wird auf die Kooperation mit der psychosomatischen Abteilung. Dargestellt wird der psychosomatische Konsiliardienst mit den sich daraus ergebenden sozialmedizinischen Auswirkungen (anhand der letzten 100 psychosomatischen Konsile).

Im vorletzten Teil wird ein typisches Patienten-Fall-Beispiel präsentiert.

Im letzten Teil werden die Ergebnisse einer für diesen Vortrag konzipierten Patientenbefragung bezüglich des VMO-Konzeptes präsentiert. Ergänzt werden Originalzitate der Mitarbeiter des psychologischen und bewegungstherapeutischen Dienstes der Berolina Klinik bezüglich der Besonderheiten des VMO-Konzeptes.

## **7. Bedeutung des Reha-Teams in der Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität - am Beispiel der verhaltensmedizinischen orthopädischen Rehabilitation (VMO)**

*Dr. Désirée Herbold, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim*

Patienten mit orthopädischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität werden in der Paracelsus-Klinik an der Gande in der Abteilung Verhaltensmedizinische orthopädische Rehabilitation (VMO) behandelt. Als die Klinik 2003 VMO einführte, verfügten die Mitarbeiter über eine lange Erfahrung in der allgemeinen orthopädischen Rehabilitation. Es gab eine intensive Kommunikation untereinander, aber ohne Struktur. Behandlungspfade fehlten, ebenso spezifische patientenorientierte Schwerpunktkonzepte.

Die Patienten werden von der DRV Bund direkt zugewiesen oder durch Umstellung spätestens bei Aufnahme seitens der Klinik in die VMO geleitet. Dazu nutzen wir das Ultrakurzscreening (UKS), das unsere Patienten mit dem Anamnesebogen vor Anreise per Post ausgefüllt zurückschicken, und die medizinischen Unterlagen sowie den Selbstauskunftsbogen aus den Bewilligungsunterlagen. Im ärztlichen Aufnahmegespräch mit Facharztvorstellung wird der Reha-Bedarf weiter evaluiert und ggf. sofort die psychologische Aufnahme eingeschaltet und mit dem Patienten und im Team abgestimmt. VMO wird als stationäres multimodales verhaltensmedizinisches Konzept in geschlossener Gruppe mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4 Wochen umgesetzt. Alle Patienten erhalten eine orthopädisch-schmerztherapeutische und eine psychologische Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, schmerzmedizinisch-ärztliche, psychologische und sporttherapeutische Assessments. Die chefärztliche Einführung in VMO am Anreisetag mit Therapieplanausgabe sorgt für die Einstimmung der Patienten. Sie lernen ihre Bezugsgruppe kennen. Die Grundlagen von VMO mit persönlicher Zielentwicklung und die Abläufe mit dem Schwerpunkt Gruppentherapie werden ebenso erläutert wie die Notwendigkeit, auch Gruppentherapien entsprechend dem eigenen individuellen Bedarf für sich zu nutzen. 2014 führten wir das Konzept verhaltensbezogene Bewegungstherapie (VBT) in den sporttherapeutischen Teilen der VMO ein, wodurch der ganzheitliche Ansatz gestärkt und die Teamarbeit intensiviert wurde. Passive Therapien werden so zurückhaltend wie möglich eingesetzt, was immer wieder zu Irritationen bei Patienten führt. Ergänzend können intuitives Bogenschießen und Qi Gong nach Teamabstimmung angesetzt werden. Auch beim Absetzen von Basistherapien oder Modifikation der Reha-Dauer wird das Team einbezogen.

Sehr bald nach Einführung von VMO wurde die Notwendigkeit deutlich, neue Strukturen der Zusammenarbeit mit einer für viele Mitarbeiter ungewohnten Teamzusammensetzung (z. B. 5 Psychologen statt 1,5) zu finden. Teambesprechungsinhalte wurden definiert: organisatorische Aspekte, Verlaufsbesprechungen, Absprachen zur sozialmedizinischen Beurteilung kamen an bestimmten Tagen an die Reihe. Viele Mitarbeiter mussten sich an die definierte Struktur eines festen VMO-Grundprogramms erst gewöhnen, z. B. Ärzte, die nicht wie vorher nach persönlichem Stil verordnen konnten. Auch ergab sich die Notwendigkeit, als Team im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten eine Sprache zu sprechen.

Dazu musste nicht nur die Kommunikation mit Patienten geschult werden, z. B. die partizipative Entscheidungsfindung und motivierende Gesprächsführung, es mussten auch Grundlagen der Schmerztherapie und der Psychosomatik vermittelt werden. Bald zeigte sich, dass das funktionierende Team die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche VMO-Durchführung, die Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter darstellt. Die Einbeziehung der Terminplanung in die Umsetzung von VMO fiel mit der Einführung der EDV-Terminierung zusammen und ergab sich dadurch zwanglos.

Das interdisziplinäre Reha-Team trifft sich am 2. Tag nach Anreise zu einer Aufnahmeteamsitzung, im Verlauf 2x pro Woche zu Verlaufsbesprechungen unter Leitung des abteilungsleitenden Oberarztes in Anwesenheit der Chefärztin. Alle Patienten werden in Anwesenheit der Gruppenbezugstherapeuten und des Pflegedienstes durchgesprochen und der Inhalt in den Patientenakten dokumentiert, ebenso das Besprechungsergebnis zur sozialmedizinischen Beurteilung. Die feste Teamzugehörigkeit der Mitarbeiter und die Notwendigkeit der stetigen Weiterentwicklung des Konzeptes führen zu einer hohen Identifikation mit dem ganzheitlichen Ansatz von VMO. Dazu tragen auch gemeinsame Abteilungsfortbildungen, die Teamsupervision, monatliche interdisziplinäre Schmerzkonferenz, die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien und die Präsentation des VMO auf Tagungen bei.

Das interdisziplinäre Reha-Team ist die zentrale Schaltstelle der Abteilung. Sein Funktionieren wirkt sich auf die Stimmung in der ganzen Klinik, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit und die Qualität der Konzeptumsetzung wesentlich aus. Komplexe Konzepte wie VMO können nur mit einem funktionierenden Reha-Team erfolgreich umgesetzt werden. Es lohnt sich für die Klinik, es bewusst aufzubauen und vor allem auch kontinuierlich zu pflegen. Ganzheitliches Denken setzt sich dabei in allen Abteilungen in Diagnostik und Therapie durch.

## **8. Beschreibung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung**

*Dr. Beate Muschalla, DRV Bund*

Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen entstehen bei einem dauerhaften Mismatch von Fähigkeiten und Fähigkeitsanforderungen. Sofern es sich um krankheitsbedingte Fähigkeitsbeeinträchtigungen handelt, sind diese für die sozialmedizinische Beurteilung relevant.

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen psychischen Beschwerdebildern ist es zunächst notwendig, einen objektivierbaren aktuellen psychopathologischen Befund sowie die Anamnese zu erheben und auf dieser Basis eine psychische Erkrankung (z. B. somatoforme Angsterkrankung) festzustellen. Dann wird die überdauernde „Fähigkeitsbeeinträchtigung“ beschrieben, die sich aus dem Befund ergibt (z. B. Beeinträchtigung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit).

Es müssen weiterhin die aktuellen Arbeitsanforderungen bzw. die möglichen Anforderungen des Berufsfeldes ermittelt werden (z. B. v.a. Anpassung an Regeln und Routinen bei einer Bürotätigkeit in einer Verwaltung oder Flexibilität im Projektmanagement). Arbeitsanforderungen und Fähigkeitsprofil müssen miteinander abgeglichen werden, um zu einer Feststellung über die Leistungsfähigkeit zu gelangen. Es ist zu bedenken, dass krankheitsbedingte Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Hinblick auf die individuellen Arbeitsanforderungen relevant sein können, aber nicht müssen.

In der sozialmedizinischen Praxis hat sich die Beschreibung eines Fähigkeitsbefundes bewährt. Dreizehn psychische Fähigkeitsdimensionen auf Grundlage des Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009, 2015) können als Hintergrundmatrix für solche fähigkeitsorientierten Verhaltensbeschreibungen dienen: Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kompetenz und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu vertrauensvollen dyadischen Beziehungen, Selbstpflege und Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit.

Schließlich muss bedacht werden, dass nicht subjektive Klagen der Patienten, sondern eine möglichst objektive Beschreibung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen Grundlage jeder Begutachtung sein müssen. Die Feststellung einer psychischen Erkrankung erfolgt nicht (nur) über die Beschwerdeklage des Patienten, sondern über die Beobachtung der Symptomatik und der damit einhergehenden konkreten Fähigkeitsbeeinträchtigungen.

Insbesondere stellt sich die Frage, ob eine psychische Symptomatik überhaupt eine eigenständige psychische Erkrankung darstellt, oder – im Sinne einer Z-Diagnose - bspw. eine Begleiterscheinung einer somatischen Erkrankung ist (z. B. Erschöpfungserleben bei Herzinsuffizienz, ängstliche Irritation und Zukunftssorgen nach Eintritt einer Erkrankung, Medikationsnebenwirkungen).

#### **Literatur:**

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M. (2015). Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe.

## 9. Nachsorge bei psychischer Komorbidität

*Dr. Teresia Widera, DRV Bund*

### 1. Nachsorge bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Die Bedeutung von Reha-Nachsorge für den Langzeiterfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich Psychosomatik ist wissenschaftlich erwiesen<sup>1,2,3</sup>. Daher bietet die Deutsche Rentenversicherung die Möglichkeit der Verordnung von Nachsorgeleistungen auch für den Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen an. Neben dem unimodalen Nachsorgeangebot „Psy-RENA“ steht das multimodale Nachsorgeprogramm „IRENA“ zur Verfügung<sup>4</sup>. Bei „Psy-RENA“ dienen Gruppengespräche zur psychosozialen Stabilisierung und Begleitung des Postrehabilitanden. Im Rahmen von „IRENA“ werden Training, Schulung und Beratung miteinander kombiniert, da neben der Festigung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen auch ein Übungs- und Beratungsbedarf gegeben ist.

„Psy-RENA“ kann in der Regel bei einer F -Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen) als Erstdiagnose in Anspruch genommen werden. „IRENA“ kann im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI grundsätzlich für alle Indikationsbereiche, d.h. auch psychische Störungen, in Frage kommen. Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden im Rahmen der Sucht-Nachsorge behandelt und sind sowohl von „Psy-RENA“ wie auch von „IRENA“ ausgeschlossen.

### 2. Nachsorge bei psychischer Komorbidität

Komorbidie psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation sind häufig. Unabhängig von der Art der körperlichen Grunderkrankung treten begleitende psychische Störungen bei rund 20% der Rehabilitanden auf<sup>5</sup>. Das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei Personen mit einer chronischen Erkrankung bis zu 2-mal so hoch wie bei Gesunden. Rund 20 - 40% aller an Krebs erkrankten Menschen, 15 - 30% aller Herzinfarktpatienten und 30 - 50% der Patienten mit einer orthopädischen Diagnose weisen zusätzliche psychische Problemlagen oder Störungen auf<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Deck, R. & Hüppe, A. (2014): Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. *Die Rehabilitation*, 53(05): 305-312.

<sup>2</sup> Berger, T. (2015): Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. *Fortschritte der Psychotherapie*, Band 57, Hogrefe Verlag: Göttingen.

<sup>3</sup> Fittig, E., Hickmann, M. & Kunze, J. (2016): Damit die Wirkung nicht verblasst – IRENA-Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 109: 131-132.

<sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung (2015): Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung. Online: [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de).

<sup>5</sup> Deutsche Rentenversicherung (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Online: [www.positionspapire-drv.de](http://www.positionspapire-drv.de).

<sup>6</sup> Mittag, O., Kampling, H. & Baumeister, H. (2016): Epidemiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlich Kranken – Eine Übersicht. *Psychotherapie im Dialog*, 1/2016: 34-37.

Psychische Komorbidität stellt nicht nur eine erhebliche subjektive Belastung für die Betroffenen dar. Psychische Komorbidität kann unabhängig vom somatischen Status u.a. zu einem ungünstigen somatischen Krankheitsverlauf, inadäquatem Krankheitsverhalten, einer Reduktion der Lebenserwartung und einer Abnahme der Lebensqualität führen<sup>7</sup>. Ferner wird der Schweregrad der körperlichen Symptomatik durch psychologische Variablen und das psychosoziale Befinden mitbestimmt<sup>8</sup>. Außerdem kann psychische Komorbidität das Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente erhöhen<sup>9,10</sup>. Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und der Stellenwert von Nachsorgeleistungen für psychische komorbide Erkrankungen zunehmend erkannt.

In der Regel wird der behandelnde Reha-Arzt im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht eine Empfehlung zu einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität aussprechen. Darüber hinaus ist laut Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung (s.o.) ein psychisch komorbider Patient im Kontext einer somatischen Grunderkrankung sowohl in Bezug auf „IRENA“ wie auch in Bezug auf „Psy-RENA“ grundsätzlich anspruchsberechtigt. „IRENA“ oder „Psy-RENA“ können auch erbracht werden, wenn eine verhaltenstheoretisch orientierte Rehabilitation (VOR) vorausgegangen ist. In beiden Fällen muss die Reha-Einrichtung prüfen, ob „IRENA“ oder „Psy-RENA“ als postrehabilitative Behandlung für die Versicherten geeignet sind. Bei „IRENA“ kann bedarfsorientiert eine zugelassene Nachsorgeeinrichtung mit einer anderen Hauptindikation als die vorausgegangene Rehabilitationseinrichtung in Anspruch genommen werden. Die Entscheidung liegt im Ermessen des Reha-Arztes. „Psy-RENA“ kann auch parallel zu einer ambulanten Psychotherapie beantragt werden, hierbei darf es sich jedoch nicht um denselben Therapeuten handeln.

### **3. Diskussion**

Trotz der Relevanz psychischer Begleiterkrankungen können komorbide psychische Störungen im Rahmen zeitlich eng begrenzter somatischer Rehabilitationsmaßnahmen häufig nicht ausreichend behandelt werden<sup>11</sup>. Geeigneten vor- oder nachgeschalteten psychosozialen Angeboten sowie Nachsorgeleistungen bei psychischer Komorbidität kommt deshalb eine zentrale Bedeutung im Versorgungsprozess zu.

---

<sup>7</sup> Gutt, S., Parthier, K. & Mau, W. (2015): Wie relevant ist Komorbidität für den sozialmedizinischen 6-Monats-Verlauf nach stationärer Rehabilitation wegen muskuloskelettaler Erkrankungen und psychischer Störungen? DRV-Schriften, Band 107: 359-361.

<sup>8</sup> Scherer, M., Stanske, B., Wetzels, D., Koschack, J., Kochen, M.M. & Hermann-Lingen, Ch. (2006): Psychische Kosymptomatik von hausärztlichen Patienten mit Herzinsuffizienz. Herz, 31: 347-354.

<sup>9</sup> Schmidt, C., Bernert, S. & Spyra, K. (2014): Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. Die Rehabilitation, 53/2014: 384-389.

<sup>10</sup> Maske, U., Busch, M., Jacobi, F., Riedel-Heller, S., Scheidt-Nave, C. & Hapke, U. (2013): Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010. Psychiatrische Praxis, 40 (4): 207-213.

<sup>11</sup> Baumeister, H. & Härter, M. (2011): Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54/1: 52-58.

Aus Nachsorgeleistungen für psychisch Komorbide können sich positive Effekte auf den psychischen Status *und* das somatische Risikoprofil ergeben, schließlich beeinflussen sich die Schwere der körperlichen Symptomatik und das psychosoziale Befinden gegenseitig<sup>12</sup>: Entsprechende Nachsorge-Angebote unterstützen den Patienten im Umgang mit körperlichen Veränderungen, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und in der Klärung von Lebensperspektiven, sie fördern eigene Ressourcen und coachen im Arbeitsbereich. Ferner können sie dazu beitragen, die Inanspruchnahme von ambulanten Psychotherapie zu erhöhen. Für Patienten mit schweren oder anhaltenden psychischen Komorbiditäten ist eine fachärztliche psychosomatische oder ggf. psychiatrische Weiterbehandlung indiziert.

## **10. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in somatischen Rehabilitationseinrichtungen**

*Dr. Margarete Ostholt-Corsten, DRV Bund*

Bei Menschen, die gleichzeitig an einer somatischen und einer psychischen Erkrankung leiden, ist die Frage, wer sinnvollerweise in welcher Weise am Patienten therapeutisch tätig werden sollte oder muss.

Grundsätzlich verfügen Somatomediziner über nahezu das gleiche Spektrum an Interventionsmöglichkeiten wie Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatik. Zu unterscheiden sind die – in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer manifesten psychischen Erkrankung – verschiedenen Interventionsformen: Beginnend von der indikationsbezogenen ärztlichen Beratung von Patienten bzgl. des Zusammenhangs von Krankheit und Lebensgestaltung, über das eingehende therapeutische Gespräch, Notfallbehandlung bei psychischer Dekompensation, übende Verfahren, bis hin zur (Weichenstellung für die weitere) psychotherapeutische Behandlung von psychischen Erkrankungen.

Psychologische Psychotherapeuten können in der somatischen Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der somato-medizinischen Befundung wertvolle Arbeit im Bereich der psychopathologischen Differentialdiagnostik leisten. Ebenso leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Verhaltensbeobachtung und Fähigkeitsbefundung für die sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, sowie für die Koordination der Weiterbehandlung nach der stationären Rehabilitation.

In einer drei- bis vierwöchigen somatischen Rehabilitation ist eine Behandlung psychischer Erkrankungen nicht möglich. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten können jedoch die Befundklärung vorantreiben. Dies umfasst die Klärung, ob überhaupt eine psychische Erkrankung vorliegt und falls ja welche, die Fähigkeitsbefundung, sowie ggf. begründete Indikationsstellungen für die Weiterbehandlung.

### **Literatur:**

Linden M., Lieberei, B., Glatz, J., & Kiwus, U. (2009). Psychokardiologie, Kardiopsychosomatik und interdisziplinäre Kardiopsychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 2: 85-92.

---

<sup>12</sup> Dusseldorp, E., van Elderen, T. & Maes S. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18: 506-519.



## Arbeitsgruppen

### **AG 1: Arbeitsplatzbezogene Ängste: Diagnostik und Behandlung in der somatischen Rehabilitation**

*Dr. Beate Muschalla, Dr. Angelika Nebe, DRV Bund*

#### **Leitfragen:**

1. Welches Spektrum an psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Problemstellungen stellt sich bei Arbeitsproblemen in der somatischen Reha?
2. Möglichkeiten und Grenzen: Was kann in drei Wochen somatischer Reha bei Arbeitsängsten getan und erreicht werden?
3. Welche Rolle spielen die einzelnen Player des Reha-Behandlungsteams bei der Diagnostik?
4. Welche Leistungen werden nun anders verschlüsselt?

*Dr. Beate Muschalla*

An den meisten Arbeitsplätzen gibt es unvermeidliche Bedrohungsfaktoren wie aggressive Kunden oder Schüler, cholerische Vorgesetzte, konkurrierende Kollegen, neue Technologien und Leistungsanforderungen oder unbeeinflussbare Veränderungen im Rahmen von Firmenfusionen, die bei einigen Menschen zu verschiedenen Formen arbeitsplatzbezogener Ängste beitragen können. Andererseits können unterschiedliche psychische Erkrankungen auch sekundär zu Ängsten am Arbeitsplatz führen, wenn es durch die Symptomatik bedingt zu Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen bei der Arbeit kommt. Das Syndrom einer Arbeitsplatzphobie ist als die schwerste Ausprägung arbeitsplatzbezogener Angst zu sehen. Arbeitsplatzphobie ist gekennzeichnet durch panikartige Ängste, die bei Annäherung an den oder auch beim bloßen Gedanken an den Arbeitsplatz auftreten. In der Konsequenz einer Arbeitsplatzphobie kommt es regelhaft zur Arbeitsplatzvermeidung, d.h. in der Mehrzahl der Fälle zu Arbeitsunfähigkeit. Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie sind damit direkt verbunden mit sozialmedizinischen Problemen im Sinne von Langzeitarbeitsunfähigkeit bis hin zu Arbeitsplatzverlust oder Frühberentung.

Bei Patienten mit somatischen Erkrankungen gehen auch krankheitsbedingte (plötzliche) Veränderungen im Leistungsvermögen mit Sorgen und Ängsten hinsichtlich der weiteren Berufsausübung einher. In der somatischen medizinischen Rehabilitation, aber auch in ambulanten Behandlungssettings (z. B. Hausarztpraxis) findet man Arbeitsplatzängste bei etwa einem Viertel der Patienten, ausgeprägte Arbeitsplatzphobien in etwa 5% der Fälle.

Ein Gruppenprogramm zur Behandlung von Arbeitsängsten wurde bei Arbeitsangst-Patienten in der somatischen Rehabilitation evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass

Patienten von einer dem jeweiligen Krankheitsbild angemessenen Beschäftigung mit dem Thema „Arbeit und Rückkehr zur Arbeit“ profitieren.

Die Arbeitsgruppe bietet Gelegenheit zum fachlichen Austausch hinsichtlich des Umgangs mit Arbeitsängsten. In praxisrelevante Aspekte bei der Durchführung einer psychoedukativen oder einer psychotherapeutischen Gruppe im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation wird eingeführt.

#### **Literatur:**

Muschalla, B., & Linden, M. (2013). Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Diagnostik, Behandlung, Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer.

## **AG 2: Depressionspräventionstraining in der verhaltensmedizinisch orientierten orthopädischen Rehabilitation**

*Prof. Petra Hampel, Europa-Universität Flensburg, Meike Alexandrow, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim*

#### **Leitfragen:**

1. Welches Spektrum an psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Problemstellungen stellt sich bei Affekt- und Antriebsproblemen in der orthopädischen Rehabilitation?
2. Möglichkeiten und Grenzen: Was kann in drei Wochen somatischer Reha bei komorbiden depressiven Erkrankungen oder Syndromen getan und erreicht werden?

*Prof. Petra Hampel, Meike Alexandrow*

Die Prävalenz für chronische Rückenschmerzen nahm in den vergangenen Jahren immer mehr zu und unter Berücksichtigung des demographischen Wandels kann ein weiterer Anstieg der Prävalenzen angenommen werden (Greitemann et al., 2012). Längsschnittstudien unterstreichen, dass das Risiko einer Entwicklung von akuten zu chronischen Rückenschmerzen höher ist als bislang angenommen (Pfungsten & Hildebrandt, 2011) und dass ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer psychischen Komorbidität besteht (Baumeister & Morfeld, 2011), insbesondere zur Entwicklung einer Depression (Fahland et al., 2012). Eine bestehende somatopsychische Komorbidität erhöht das Risiko für eine Erwerbsminderung deutlich (Schmidt et al., 2014). Als wesentliche Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung haben sich insbesondere psychologische Merkmale wie erhöhter Distress, Angst und eine depressive Stimmung erwiesen (Kröner-Herwig, 2014). In einer früheren Studie der Arbeitsgruppe um Hampel

konnte gezeigt werden, dass sich ein neu entwickeltes kombiniertes Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining insgesamt auf die Depressivität langfristig günstig auswirkt (Hampel et al., 2009; Tlach & Hampel, 2011).

Dieses kognitiv-behaviorale Training, das aktuell überarbeitet wurde, fördert in vier Sitzungen die Schmerzkompetenz, indem der Zusammenhang zwischen Verhalten, Gedanken, Gefühlen und Stress besprochen wird. In vier Sitzungen wird darüber hinaus der Entwicklung depressiver Symptome vorgebeugt, indem die Inhalte der Schmerzkompetenz noch vertieft werden. So wird der Aufbau angenehmer Aktivitäten gefördert, die Schmerzkommunikation reflektiert, dysfunktionale Schmerzkognitionen umstrukturiert und der Einfluss unangemessener Stressverarbeitungsstrategien besprochen. An die 75-minütigen Sitzungen schließen sich 25-minütige Kleingruppenworkshops an, in denen die Rehabilitanden eigenständig vertiefende Übungen bearbeiten und somit zum eigenverantwortlichen Handeln motiviert werden. Drei Vorträge zu medizinischen und psychologischen Aspekten von Schmerz und zur Bedeutung der psychischen Komorbidität vermitteln begleitend noch weiteres Wissen.

Im Workshop werden zunächst der Hintergrund, die Struktur und Evaluation des Trainings dargestellt. Im Schwerpunkt werden jedoch praktische Übungen aus dem Manual durchgeführt. Abschließend wird eine Diskussion zu den Chancen und Grenzen des Manuals in der VMO angeleitet.

#### **Literatur:**

Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017). Trainingsmanual für Rückenschmerzkompetenz und Depressionsbewältigung. Ein kombiniertes Gruppentraining zur Prävention und Therapie. Berlin: Springer.

## **AG 3 Abhängigkeitserkrankungen in der somatischen Rehabilitation**

*Dr. Joachim Köhler, DRV Bund, Prof. Wilma Funke, Kliniken Wied*

#### **Leitfragen:**

1. Wie gelingt Problemsensibilisierung und Aufbau von Behandlungsmotivation im Rahmen einer somatischen medizinischen Rehabilitation?
2. Was kann bei Suchterkrankungen für die ambulante Weiterbehandlung empfohlen werden?

*Prof. Dr. Wilma Funke*

Riskanter und schädlicher Suchtmittelkonsum betrifft unter Berücksichtigung aller missbräuchlich eingesetzten Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis, Psychotrope

Medikamente, Opiate, Amphetamine, Kokain, Designer Drugs u.a.) einen erheblichen Anteil der heranwachsenden und erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und trägt damit zu erheblichen Folgeschäden und Behandlungskosten bei. Insbesondere der Früherkennung und Frühintervention ist daher aus gesundheitsökonomischer Sicht, aber auch zur Verhinderung von Chronifizierung und damit verbundenen persönlichen und sozialen Folgen ein hoher Stellenwert beizumessen. Unter der Erkenntnis, dass es z. B. im Schnitt 14,7 Jahre der Krankheitsentwicklung dauert, bis ein Patient in eine spezifische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit kommt, ist es sinnvoll, darüber nachzudenken, welche Motivationsfenster genutzt werden können, damit Interventionen frühzeitiger angesetzt werden können, um langjährige Krankheitsverläufe zu vermeiden.

So kann eine Rehabilitationsmaßnahme mit ihrem umfassenden gesundheitsförderlichen und sozialmedizinischen Auftrag einen guten Rahmen bieten, um entsprechend schädliches Verhalten zu erkennen, mit dem Rehabilitanden ins Gespräch zu kommen und Impulse zur Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen zu geben. Das Projekt „Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation“, das durch die Deutsche Rentenversicherung Bund angestoßen und gefördert wurde (FKZ 0441/40-28-00-04), diente diesem Zweck, das vorhandene Know How in Rehabilitationseinrichtungen dieser Indikationen zu erfassen und in einem Konsensprozess Best Practice-Hinweise zusammenzustellen.

Auf dieser Basis können nun Einrichtungen ihr jeweiliges Vorgehen in Bezug auf risikanten, schädlichen oder abhängigen Suchtmittelkonsum überprüfen, zur Früherkennung und Frühintervention beitragen sowie bereits erreichte Problemeinsicht aufgreifen und validieren.

Welche Hürden, Implementierungshindernisse oder Barrieren können einem aufgeschlossenen, gesundheitsorientierten und entstigmatisierenden Umgang mit der Thematik „problematischer Konsum von Suchtmitteln“ entgegenstehen? Diese Fragen können in der Arbeitsgruppe diskutiert werden.

## **AG 4 Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei orthopädischen Erkrankungen**

*Gudrun Horbach, Gabriele Schnabel, HolsingVital Fachklinik, Preußisch Oldendorf,  
Dr. Hans Christian Gelberg, Klinikum Luitpold, Bad Kötzing,  
Dr. Dieter Küch, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim*

### **Leitfragen:**

1. Wie werden verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen realisiert?
2. Gibt es unterschiedliche Zielgruppen?
3. Gibt es unterschiedliche Konzepte?
4. Gibt es unterschiedliche Strukturanforderungen?

**Moderation:** Dr. Ulrike Worringen, DRV Bund und Kai Lorenz, Berolina Klinik Löhne

### **Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei orthopädischen Erkrankungen der Klinik HolsingVital, Bad Holzhausen Abteilung für VMO, MBOR, Schmerztherapie**

*Gudrun Horbach, Gabriele Schnabel*

#### **1. Indikationsstellung:**

Orthopädische Funktionseinschränkungen stehen im Vordergrund.

Hinzu kommt eine psychische Komorbidität:

- private und/ oder berufliche Belastungen
- häufige oder lange Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Belastungen
- psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Panikstörungen
- Depressionen, Angsterkrankung im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung
- Schwierigkeiten im Umgang mit Stresssituationen
- therapieresistente chronische Schmerzen

#### **2. Reha-Ziele der VMO**

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires
- Verbesserung des Kommunikationsverhaltens
- Aufbau sozialer Kompetenz
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit

- Erwerb von Problemlösefähigkeiten
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)

### **3. Internes Aufnahmeverfahren**

Screening-Verfahren: HADS, SIMBO, AVEM und Schmerzgraduierung nach Korff

### **4. Praktische Durchführung**

- Bewegungskompetenzgruppe: wahrnehmungsorientierte Gymnastik
- Ausdauersport: antidepressive Wirkung und Stressabbau
- Entspannungstherapie: gegen innere Unruhe und Nervosität
- Ausdruckszentrierte Gruppe (Kreativtherapie): erleichtert den Patienten den Zugang zu ihren Gefühlen
- Einzelpsychotherapie
- Edukation
- bei Bedarf Krankengymnastik bei speziellen Problemen am Bewegungsapparat

Problemorientierte Gruppenarbeit:

- Basisgruppe Schmerz und Stress bestehend aus 4 Einheiten zu je 60 Minuten (alle VMO-Patienten)
- Gruppe Stress und Stressbewältigung (4 Einheiten zu je 60 min) bei Schmerzen am Bewegungsapparat ohne Schmerzverarbeitungsstörung und Problemen beim Umgang mit Stress/ Abgrenzungsfähigkeit
- Gruppe Schmerz und Schmerzbewältigung (4 Einheiten zu je 60 min) bei chronischen Schmerzen mit Schmerzverarbeitungsstörung
- Ab 2017 Problemorientierte Gruppen zu den Themen Umgang mit Depression und Angst/Angststörung

### **5. Besonderheiten der Klinik**

- Berufsorientierte Therapie bei VMO-Patienten mit beruflicher Problemlage einschließlich Belastungserprobung und ausführlicher sozialrechtlicher und sozialmedizinischer Beratung
- Schmerztherapie bei chronischem Kopfschmerz, Migräne und atypischem Gesichtsschmerz
- Multimodale Schmerztherapie für Patienten mit chronischen Schmerzen außerhalb des Bewegungsapparates

- Das VMO-Programm steht auch hörgeschädigten und gehörlosen Patienten offen, wird dann aber an die Fähigkeiten der Betroffenen angepasst. Es werden Therapeuten eingesetzt, die Gebärdensprache beherrschen oder ein Gebärdensprachendolmetscher wird hinzugezogen.

### **Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei orthopädischen Erkrankungen im Klinikum Luitpold, Bad Kötzing**

*Dr. med. Hans-Christian Gelberg*

Die Präsentation zeigt die Entwicklung und Umsetzung der Verhaltensmedizinischen Orthopädie im Gesamtkonzept des Klinikums Luitpold in Bad Kötzing seit 2012 auf. In einem Zeitraum von fünf Jahren ergaben sich unterschiedliche Fragen und Probleme, für die zum Teil Lösungsansätze herausgearbeitet werden konnten.

Dabei werden die folgenden Punkte besonders dargestellt, nämlich zum einen eine Möglichkeit zur Lösung des Problems „Zuweisung durch den federführenden Kostenträger“, als weiteres die verstärkte Implementierung der Berufsgruppe Sozialdienst mit der Bearbeitung des Themas „Ausgewogenes Berufsleben“ unter Berücksichtigung besonderer beruflicher Problemlagen.

Als dritter Punkt werden besondere Probleme innerhalb des großen Kollektivs an Rehabilitanden wie Sprachbarriere, Motivation und Motivierbarkeit aufgezeigt und zur Diskussion gestellt.

Zuletzt wird noch das Problem der hohen Anforderungen an die fachliche Kompetenz der an der Rehabilitation beteiligten Professionen aufgezeigt; hier soll die Frage der Akquise von qualifiziertem Personal angestoßen werden.

Im Anschluss an das Impulsreferat ist eine Diskussion mit den Teilnehmern vorgesehen.

### **Psychologische Interventionen in der VMO der Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim**

*Dr. Dieter Küch*

Die Paracelsus-Klinik an der Gande als orthopädische Reha-Fachklinik (Chefärztin Frau Dr. Herbold) mit 150 Betten wird federführend von der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Patienten zur orthopädischen Rehabilitation belegt. Ein Schwerpunkt im Behandlungsspektrum der Klinik liegt bei den chronischen Schmerzsyndromen des Bewegungsapparates im Rahmen der Verhaltensmedizinischen orthopädischen Rehabilitation (VMO, multimodale Schmerztherapie) und in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR, intern IMBO genannt). Beide Programme wurden mehrfach in wissenschaftlichen Studien evaluiert. Darüber hinaus werden AHB-Verfahren mit Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), u. a. im Rahmen der Integrierten Versorgung, nach Gelenkersatz- und Wirbelsäulenoperationen, Osteotomien, Amputationen und nach Traumen des Haltungs- und Bewegungsapparates durchgeführt.

Der psychologische Schwerpunkt liegt in den Konzepten VMO (6 parallele Gruppen, ca. 70 Patienten) und IMBO (2 parallele Gruppen, ca. 15-20 Patienten). Jeder Rehabilitand dieser Konzepte erhält ein psychologisches Aufnahmegespräch, im VMO-Konzept auch Jeder ein Abschlussgespräch. Alle anderen Patienten (OR und AR-Rehabilitanden) werden mit dem UKS bzw. mit UKS & SIMBO gescreent, um psychologische Bedarfe oder ggf. eine besondere berufliche Problemlage zu identifizieren.

Zum Aufnahmegespräch bringen die Patienten einen ausgefüllten, 4-seitigen Screening- und Diagnostikbogen mit (allgemeine Fragen, psychologische Vorbehandlungen, Sucht, Suizidalität auf Seite 1, der UKS auf Seite 2 (Zeitfenster 2 Wochen) und das „Lebenszeitscreening“ mit den modifizierten Screeningfragen aus dem Projekt „Psychische Komorbidität“ aus der Arbeitsgruppe Bengel/Härter/Baumeister. Nach Bedarf, das sich aus Screening und klinischem Eindruck ergibt, erfolgt eine Stufendiagnostik bezüglich Depressivität, Ängsten, beruflichem Erleben und Verhalten (AVEM) sowie zur Schmerzverarbeitung.

Die Dokumentation des Kontakts erfolgt auf einem ebenfalls 4-seitigen Anamnesebogen, welcher der thematischen Grundstruktur des UKS folgt (familiäre Situation, berufliche Situation, Krankheiten und Beeinträchtigungen, psychische und psychopathologische Situation). In jedem der vier Bereiche werden die Belastungen, aber explizit auch die Ressourcen erhoben, als Ansatzpunkte einer salutogen ausgerichteten Lebensstiländerung. Der Verlauf weiterer Gespräche wie das Abschlussgespräch werden ebenfalls damit dokumentiert.

Die Angebotsstruktur des psychologischen Dienstes ist vielfältig. Einen Überblick über die Angebote des psychologischen Dienstes der Paracelsus Klinik an der Gande zeigt die Abbildung 1. Im psychologischen Bereich des VMO erhalten alle Rehabilitanden neben Aufnahme- und Abschlussgespräch automatisch die Teilnahme an der Psychoedukation (fünf Vorträge zu Stress, Schmerz, psychischer Komorbidität und Psychologischer Nachsorge), an einer psychologischen Gruppe zum Umgang mit Schmerz und Stress und an einer Entspannungsgruppe. Bedarfsorientiert erhalten die Rehabilitanden Unterstützung beim Nichtrauchen, die Teilnahme an einer Gruppenveranstaltung zur Rückmeldung der AVEM-Diagnostik und weitere Einzelgespräche. Ebenfalls bedarfsorientiert erhalten die Rehabilitanden in der zweiten Hälfte ihrer in der Regel 4-wöchigen Reha sogenannte „Vertiefungsgruppen“, also psychologische Gruppen zum „Kreativen Problemlösen = KPL“ oder zum „SOzialen KOMpetenztraining = SOKO Gande“, beide mit eher psychotherapeutischer Ausrichtung und der expliziten Bereitschaft zur Selbsterfahrung.

Durch die Zusammenarbeit mit der Hochschule Magdeburg-Stendal werden in der Paracelsus-Klinik an der Gande ständig kleine oder größere praxisbezogene Forschungsprojekte durchgeführt, die in der Regel von Studierenden als Bachelor- oder Masterthesis bearbeitet werden. So erfolgten hier mehrere Studien zu diagnostischen Instrumenten (UKS, DASS, Resilienzfragebogen, Mitarbeiterfragebogen zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz) oder die Mitarbeit an größeren Forschungsprojekten (z. B. DEBORA). Aktuell läuft ein Manualisierungsprojekt (2016 – 2018) mit dem Ziel, sämtliche Angebote des psychologischen Dienstes in einer Art „inhaltlichem Qualitätshandbuch“ abzubilden, als Voraussetzung für eine standardisierte Einarbeitung wie auch eine sukzessive Evaluation auf Basis der dargestellten Lernziele. Das erste



Produkt aus dem Projekt war eine Bachelorarbeit zur Manualisierung der fünf Vorträge, das als Posterpräsentation mit zugehörigem Artikel im Tagungsband auf der 35. Jahrestagung der Reha-Psychologen in Erkner im Oktober 2016 dargestellt wurde. Für 2017 werden mindestens drei Manualisierungen zu drei Gruppenangeboten angestrebt (VMO-Gruppe zum Umgang mit Schmerz; IMBO-Gruppe KUSS = Kompetenter Umgang mit Stress und Schmerz; Vertiefungsgruppe SKT); alle drei werden als Masterarbeiten im Studiengang Reha-Psychologie bearbeitet. Spätestens ab 2018 können sukzessiv formative Evaluationen zu den Angeboten erfolgen, was bei einer ständigen Anpassung und Weiterentwicklung der Programmstruktur und –inhalte sinnvoll erscheint.

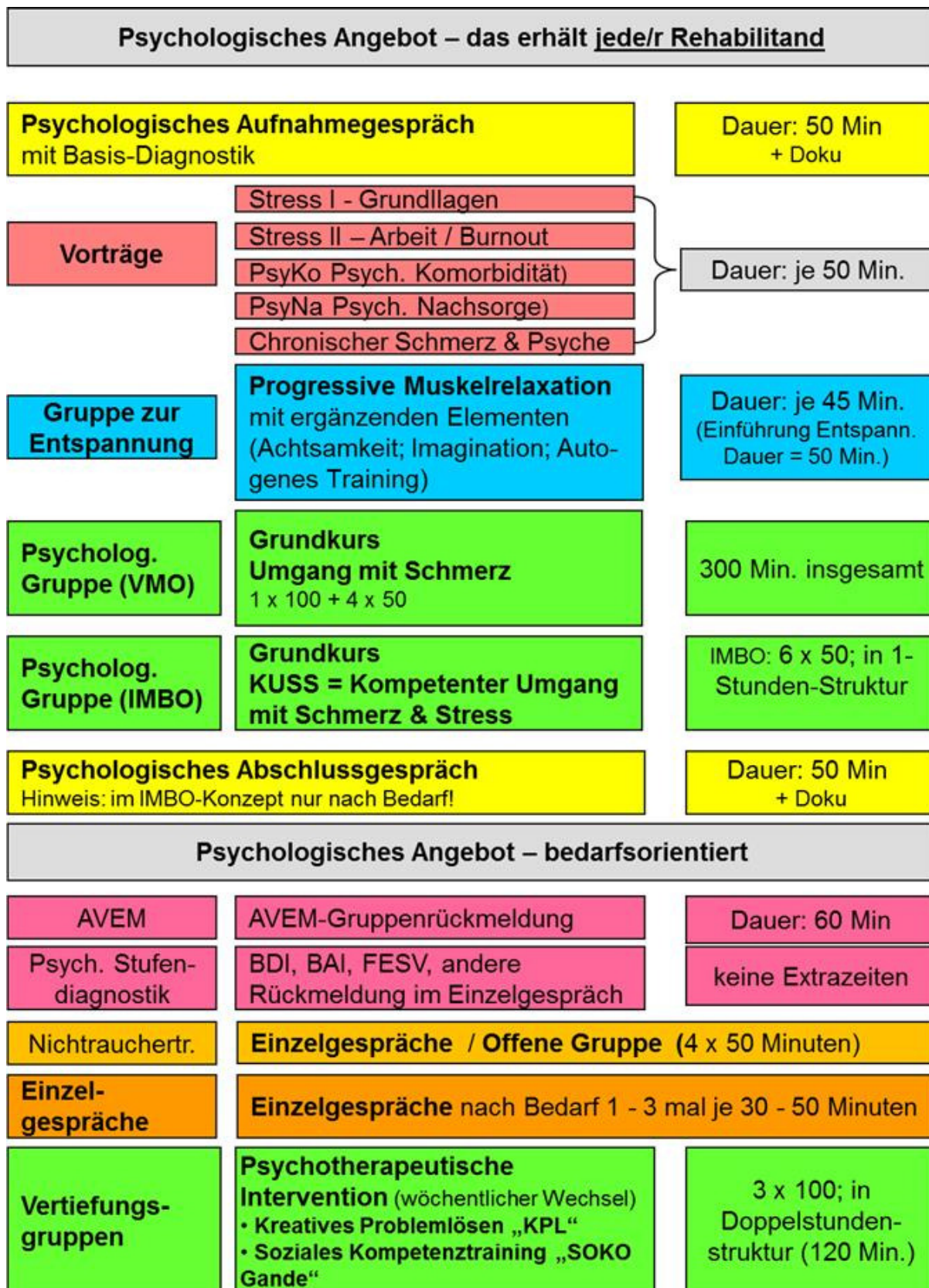


Abb. 1: Psychologische Angebote der Paracelsus-Klinik an der Gande, Orthopädie

## **AG 5: Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen**

*Prof. Volker Köllner, Dr. Johannes Glatz, DRV Bund, Reha-Zentrum Seehof, Teltow,  
Dr. Wolfgang Mayer-Berger, DRV Rheinland, Klinik Roderbirken, Leichlingen,  
Prof. Eike Hoberg, PD Dr. Dieter Benninghoven, Mühlenbergklinik, Bad Malente*

### **Leitfragen:**

1. Wie werden verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen realisiert?
2. Gibt es unterschiedliche Zielgruppen?
3. Gibt es unterschiedliche Konzepte?
4. Gibt es unterschiedliche Strukturanforderungen?

**Moderation:** Antje Hoppe und Dr. Sabine Schrag, DRV Bund

### **Einfluss auf Erwerbsminderung und Lebensqualität durch Intervall-Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit mit krankheitsrelevanter psychosozialer Komorbidität**

*W. Mayer-Berger<sup>1</sup>, B. Simon<sup>1</sup>, C. Kettner<sup>1</sup>, J. Grebe<sup>2</sup>, S. Neuhäuser<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Leichlingen, <sup>2</sup> Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS), Düsseldorf

**Hintergrund:** Aufgrund von Daten der Deutschen Rentenversicherung ist davon auszugehen, dass Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit bei Komorbidität mit einer F-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen) doppelt so häufig eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen wie ohne diese Begleiterkrankung.

**Studiendesign und Methoden:** Das Studienprojekt sollte klären, ob durch eine gezielte Intervention (Interventionsgruppe, IG) mit psychologischem Schwerpunkt nach 2 Jahren, gegenüber der Kontrollgruppe (KG) ohne Intervention, die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten verringert werden kann. Dazu wurden Patienten nach der Anschlussheilbehandlung aufgrund eines akuten kardiovaskulären Ereignisses (I-Diagnose) mit psychischer Komorbidität (F-Diagnose) randomisiert in zwei Studienarme (t1).

Die Intervention (der IG / in t2) bestand aus einer Intervall-Rehabilitation mit verstärkt psychologischer Ausrichtung und einer anschließenden telefonischen Nachsorge, die

vierteljährlich stattfand. Die KG erhielt dagegen die Empfehlung einer ambulanten psychotherapeutischen Betreuung. Beide Gruppen wurden 2 Jahre später nachuntersucht (t3). Neben den Daten zum Sozialstatus, sozialmedizinischen Verlauf sowie Risikoprofil und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Primärdaten), wurden die sozialmedizinischen Daten der Rentenversicherung genutzt (Sekundärdaten, Anträge auf Erwerbsminderung bzw. Erwerbsminderungsrenten).

**Ergebnisse:** Die Baseline Daten der beiden Gruppen sind homogen und zeigen kaum Unterschiede. Das Durchschnittsalter beträgt 49 Jahre, 211 Männer und 42 Frauen wurden in die Studie insgesamt eingeschlossen.

Die Hauptdiagnosen waren Myokardinfarkt (223, IG 107, KG 116) und Bluthochdruck (154, IG 75, KG 79). Die häufigste psychische Komorbidität war die Anpassungsstörung (171, IG 93, KG 78), depressive Episode (41, IG 17, KG 24) und Angststörung (38, IG 16, KG 22). Die Aufteilung der Gruppen ist durch die Randomisierung homogen.

228 Patienten haben die Studie bereits vollständig abgeschlossen (90%). Der aktuelle Stand der Studie erlaubt Schlüsse auf das Endergebnis. Bei der Angstskala des HADS zeigt sich eine deutliche Verbesserung bei t3 in der IG (IG -2,2, KG -1,7; nicht signifikant). Noch deutlicher gilt dies für die Depressionsskala von t1 zu t3 (IG -3,14, KG -1,7; starke Tendenz jedoch nicht signifikant). Die KG stellte fast doppelt so häufig einen Antrag wie die IG. So stellten Patienten 70% mehr Anträge als diese der IG (18 KG, 12 IG). Die Bewilligungsverfahren sind aktuell in Bearbeitung, der komplette Datensatz liegt in Kürze vor.

**Zusammenfassung:** Durch Intervall-Rehabilitation und telefonische Nachsorge kann ein positiver Effekt auf Erwerbsminderung und Lebensqualität erzielt werden. Dies spricht für langfristige Nachsorgeprogramme mit psychosozialem Schwerpunkt. Eine gesundheitsökonomische Evaluierung steht noch aus.

## **Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen**

*Prof. Dr. Eike Hoberg, PD Dr. Dieter Benninghoven*

Die psychische Befindlichkeit hat entscheidenden Anteil an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Herzerkrankungen. Insbesondere Depressivität und Angst aber auch Ärger sowie Erschöpfung häufig infolge von Stressbelastungen spielen dabei eine Rolle. Die psychische Befindlichkeit der Rehabilitanden findet in der regulären kardiologischen Heilbehandlung bislang nur begrenzte Berücksichtigung. Rehabilitationskonzepte bei psychischen Erkrankungen liegen für psychosomatische Indikationen vor, allerdings finden dort die kardiovaskulären Erkrankungen in der Regel wenig Berücksichtigung. Ausgearbeitete Konzepte zur Rehabilitation von Patienten mit kardiovaskulärer und komorbider psychischer Erkrankung oder Beeinträchtigung liegen bislang kaum vor.

In der Mühlbergklinik wurde ein Konzept entwickelt, das versucht, beide Problem-bereiche (körperliche und psychische Beeinträchtigung) zu fokussieren. Gegenwärtig

wird das Konzept in der Mühlenbergklinik eingeführt. Angelehnt ist das Konzept an Erfahrungen mit der verhaltensmedizinischen Orthopädie (VMO), die in der Mühlenbergklinik bereits seit 2001 etabliert ist. Die Behandlung findet in geschlossenen Gruppen mit durchschnittlich 10 Patienten statt und ist Heilbehandlungspatienten mit kardiologischer Erstdiagnose vorbehalten. Die Behandlungsdauer beträgt vier Wochen.

Den theoretischen Rahmen für die interdisziplinäre verhaltensmedizinisch kardiologische Behandlung bildet die Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), die in der Behandlung chronischer Erkrankungen bereits zahlreiche erfolgreiche Anwendungen gefunden hat. Darüber hinaus findet ein intensives Ausdauertraining statt, und die Ernährungs- und die Sozialberatung sind eng in die Behandlung eingebunden. Die Interdisziplinarität findet in regelmäßigen Teambesprechungen und in der Supervision aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ihren Ausdruck. Die Ziele der verhaltensmedizinisch kardiologischen Rehabilitation gehen über die Ziele der regulären kardiologischen Heilbehandlung hinaus, indem auch die Akzeptanz der körperlichen Erkrankung sowie die Verbesserung des Körpererlebens, der emotionalen Befindlichkeit und kognitiver Bewertungen explizit gefördert werden.

## **AG 6: Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen**

*Anke Berneking, DRV Bund, Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald, Christian Franzkoch, DRV Rheinland-Pfalz, Mittelrhein-Klinik, Bad Salzig, Prof. Dr. Jürgen Barth, Reha-Klinik Nordfriesland, St. Peter-Ording*

### **Leitfragen:**

1. Wie kann ein psychoonkologischer Behandlungsschwerpunkt in der Rehabilitation realisiert werden?
2. Gibt es unterschiedliche Zielgruppen?
3. Gibt es unterschiedliche Konzepte?
4. Gibt es unterschiedliche Struktur-anforderungen?

**Moderation:** Dr. Helga Mai und Dr. Christiane Niehues, DRV Bund

### **Ressourcen- und resilienzorientiertes psychoonkologisches Konzept der Klinik Wehrawald in Todtmoos**

*Anke Berneking*

Die psychologische Unterstützung für tumorereifare Patienten erfolgt in der Klinik Wehrawald in Todtmoos mittels psychoedukativer Gruppenarbeit, dem Angebot von Einzelgesprächen als auch themenspezifischen Vorträgen und einer Gruppe für Imagination.

Das Konzept basiert auf dem Curriculum Tumorerkrankungen (H. Faller et. al.) als auch dem TRUST-Konzept (Ch. Diegelmann & M. Isermann). Es ist ausgerichtet auf die Stärkung von Ressourcen und Resilienz. Hiermit werden insgesamt in einem Gruppensetting von ca. 15 Mamma-CA-Patienten als auch ca. 15 Patienten mit Erfahrungen von Lungencarcinom, Lymphomerkkrankungen, Leukämie oder auch Schilddrüsenkrebs darin bestärkt, die eigene Handlungsfähigkeit im Umgang mit tumorbezogenen Ängsten, depressiven Reaktionen, Selbstwertproblemen oder auch traumatisierender Erfahrungen im Zusammenhang mit der Diagnose und Behandlung zu erkennen und im Alltag aktiv gestalten zu lernen. Ebenso wird der Umgang mit der Krankheitserfahrung in Familie, Partnerschaft und anderen sozialen Beziehungen thematisiert inclusive der oft als verändert erlebten Sexualität. Ergänzt werden diese Gruppen durch Einzelgespräche (Disstresswert  $\geq 7$  bzw. Wunsch des Pat.), Vorträge zum Thema Umgang mit Fatigue, Stressbewältigung als auch durch eine Imaginationsgruppe.

Die psychologischen Gruppenangebote mit jeweils vier Terminen im Rehabilitationsverlauf sind selektiert einerseits in die Betreuung von MACA-Patienten und in die sog. „allgemeine Tumorguppe“. Zum einen, um zu hohe Gruppengrößen zu vermeiden und zum anderen, um auf unterschiedliche Krankheitsverarbeitungsstile adäquater eingehen zu können.

Fokussiert wird in der psychologischen Gruppenarbeit auf die Stärkung des Erlebens eigener Handlungsfähigkeit im Umgang mit dem Krankheitserleben, hierbei steht vor allem die Aktivierung von Ressourcen im Vordergrund. Dies geschieht nicht nur auf der kognitiven Ebene, sondern primär emotional infolge erfahrbarer ressourcenstärkender Übungen als auch Nutzung imaginativer Inhalte (z. B. Führen eines sog. Glückstagebuches, Ressourcenkoffer u. ä.).

Bewusst wird in den Gruppen auf einen intensivierten Erfahrungsaustausch verzichtet aus Gründen „psychischer Ansteckungseffekte“, Verkehrung des Selbstmitgefühls auf Mitgefühl von der Krankheit stärker betroffener Mitpatienten als auch Entwicklung von Progredienzängsten infolge der Schilderung anderer Krankheitsverläufe. Diese Thematik wird adäquater im Einzelgespräch aufgegriffen (s.o.). Die Resonanz der Patienten auf das hiesige Angebot ist insgesamt positiv (interne Befragungsergebnisse 07 – 12/16).

## **„Verhaltensorientierte Rehabilitation“- Onkologie**

*Prof. Dr. Jürgen Barth*

Unter Berücksichtigung des Rahmenkonzeptes zur „Verhaltensorientierten Rehabilitation“ (VOR) kann eine VOR dann in Betracht kommen, wenn die onkologische Erkrankung und/oder deren Therapie zu gravierenden Funktionseinschränkungen geführt hat und zusätzlich eine wesentliche psychische Komponente der Fähigkeitseinschränkungen nachweisbar ist.

Diese Konstellation ist gerade in der onkologischen Rehabilitation bei einem Großteil der Patienten vorhanden. Studien haben je nach Patienten Klientel unterschiedliche Anteile für die psychische Komorbidität onkologischer Rehapatienten nachgewiesen, ein durchschnittlicher Anteil von mindestens 30 % der Patienten kann aber als realis-

tisch gelten. Im Vordergrund stehen hierbei Angststörungen und Depressionen. Onkologische Erkrankungen werden fast immer als existenz- und lebensbedrohend erlebt. In diesem Kontext hat sich die Psychoonkologie als eigene Disziplin entwickelt und etabliert. Die Weiterentwicklung der medizinisch-beruflichen Orientierung hat dabei teilweise zu kontroversen Diskussionen über die therapeutische Orientierung der psychologischen Betreuung in der onkologischen Rehabilitation geführt, wobei die Pole dieser Auseinandersetzung einerseits in einem bewusst schonenden therapeutischen Setting liegen, andererseits in der verhaltensmedizinischen Fokussierung auf berufliche Problemlagen während einer MBOR Stufe B. Hierbei spielen u.a. unterschiedliche therapeutische Schulen (z. B. verhaltensmedizinisch versus analytisch) eine große Rolle. Die Anforderungen an die psychosoziale Betreuung werden aufgrund komplexerer Patientenmerkmale nach onkologischer Akuttherapie immer größer und erfordern eine zunehmende Differenzierung der psychologischen Therapieangebote basierend auf der Identifikation unterschiedlicher Bedarfssituationen. Ein psychologisches Globalkonzept deckt diese Differenzierung meist nicht mehr ab und sollte zugunsten spezieller Konzepte für einzelne Patientengruppen ergänzt werden. Patienten mit unterschiedlichem psychologischem Therapiebedarf sind z. B.:

- Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (MBOR Stufe B)
- Long-Time survivor mit onkologisch chronischem Verlauf
- Palliativpatienten
- Geriatrisch-onkologische Patienten
- junge Patienten in der Onkologie

An einer Klinik mit MBOR-Schwerpunkt ist eine verhaltensmedizinisch orientierte psychologische Betreuung sinnvoll. Für die Ermittlung des unterschiedlichen Therapiebedarfs der einzelnen Patientengruppen ist ein gezieltes Screening wichtig. Eine zunehmende inter- und multidisziplinäre Ausrichtung der Rehabilitation ist dabei notwendig. Für den Bereich der Psychologie erfordert dies eine konzeptionelle Neuorientierung, die in Abhängigkeit von den behandelten Schwerpunktgruppen auch eine Anpassung des Personal- und Raumkonzeptes zur Durchführung adäquater psychologischer Gruppenarbeit, psychoedukativer Arbeit und gezielter Einzelbehandlung nach sich ziehen muss.

Exemplarisch sollen konzeptionelle Überlegungen auch unter verhaltensmedizinischen Aspekten vorgestellt werden, schwerpunktmäßig ein psychologisches MBOR-Konzept und ein Konzept zur psychologischen Behandlung von Palliativpatienten in der onkologischen Rehabilitation.

## **AG 7: Bedeutung des Reha-Teams für die Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation**

*Dr. Gabriele Sohr, DRV Bund, Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Dr. Rudolf Schulte, DRV Braunschweig-Hannover, Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde, Anja Niehaus, Johanniter-Ordenshäuser, Bad Oeynhausen, Dr. Helgo Herbst, Maternus Klinik, Bad Oeynhausen*

### **Leitfragen:**

1. Wer ist im Team an der Diagnostik und Therapie psychischer Komorbidität mit welcher Rolle beteiligt?
2. Wie lässt sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit organisieren?
3. Wer übernimmt die Gesamtverantwortung?
4. Gibt es Unterschiede zwischen somatischen und verhaltensmedizinisch orientierten Abteilungen?

**Moderation:** Dr. Silke Brüggemann, DRV Bund und Dr. Désirée Herbold, Paracelsusklinik an der Gande, Bad Gandersheim

### **Rolle der Psychologen in der Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität**

*Dr. Rudolf Schulte*

Im Bereich der somatischen Rehabilitation besteht bei 20 - 30% der Patienten eine psychische Komorbidität. Neben belastungsbedingten, depressiven oder Angststörungen kommen indikationsabhängig auch somatoforme, kognitive oder Essstörungen gehäuft vor. Die Identifizierung, Betreuung und Behandlung dieser Patienten ist gemeinsame Aufgabe und Herausforderung für alle Mitglieder des multiprofessionellen Reha-Teams.

Auf Grund seiner Kenntnisse der Psychopathologie, Psychodiagnostik und Klinischen Psychologie sowie seiner Qualifikationen in Beratungs- und psychotherapeutischen Methoden nimmt der Psychologe hierbei eine zentrale Experten- und Steuerungsfunktion ein. Abhängig von den Gegebenheiten der jeweiligen Reha-Einrichtung (Organisationsform, Stellenbesetzung, Qualifikationen, Kompetenzen) und des Einzelfalls (Art und Schwere der Symptomatik, Kontextfaktoren) gehören zu seinen Aufgaben

- die Durchführung, Aus- bzw. Bewertung des psychologischen Eingang-Screenings



- die vertiefende diagnostische Untersuchung auffälliger Patienten (Exploration, psychometrische Verfahren), Erstellung des psychischen Befundes, ggf. Stellung einer psychischen Diagnose nach ICD-10 (Kapitel F)
- die Indikationsstellung für eine psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung
- ggf. auch die Anregung einer psychopharmakologischen Therapie unter Einbeziehung fachärztlicher Expertise
- supportive und psychoedukative Maßnahmen zur Motivierung und Vorbereitung der psychotherapeutischen Behandlung, evtl. auch bereits Durchführung erster psychotherapeutischer Interventionen
- die Anbahnung bzw. Vermittlung einer postrehabilitativen Weiterbehandlung
- die Beurteilung psychischer Funktions- und Aktivitätsbeeinträchtigungen als fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- die schriftliche Dokumentation der Maßnahmen, Ergebnisse und Empfehlungen in einem psychologischen Konsiliarbericht, der in den ärztlichen Entlassungsbericht integriert oder diesem beigelegt wird

Vorbefunde und das klinische Urteil des behandelnden Arztes sowie des Behandlungsteams können weitere wichtige Hinweise auf eine psychische Belastung oder Komorbidität liefern. In diesen Fällen ist der Psychologe Ansprechpartner und entscheidet über die weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte.

Zentrale Plattform für den professionsübergreifenden Informationsaustausch sind regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen. Hier werden die Mitglieder der anderen Berufsgruppen über Verlauf und Ergebnisse der psychologischen Fallarbeit informiert und die Behandlungen aufeinander abgestimmt. Die medizinische Gesamtverantwortung für die Behandlung obliegt dem leitenden Facharzt. Die psychologische Leitung koordiniert und überwacht die psychologische Diagnostik und Therapie. Auf Grund des Approbationsvorbehalts für die Behandlung psychischer Störungen ist deshalb eine ausreichende psychotherapeutische Kompetenz im Reha-Team sicher zu stellen. Neben der interdisziplinär abgestimmten Fallarbeit gehört auch die kollegiale Supervision und psychosoziale Fortbildung der Teammitglieder zu den Aufgaben des Psychologen im Reha-Team. Im Sinne des Belbin'schen Teammodells übernimmt er somit wissens-, handlungs- und kommunikationsorientierte Rollen.

## **Rolle der Ergotherapeuten in der Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität**

*Anja Niehaus*

### ***Das Vorgehen bei psychischer Komorbidität in der somatischen Diagnostik und Behandlung oder Ergotherapie an der Schnittstelle zum interdisziplinären Behandlungsteam***

Erkrankungen oder Verletzungen können verschiedene Störungsbilder im kognitiven, motorischen, als auch psychischen und sozialen Bereich in unterschiedlichster Kombination und Schwere aufweisen.

Das primäre Ziel der Ergotherapie ist die Verbesserung und Stabilisierung der alltagsrelevanten Handlungsfähigkeit. Hierzu erfolgt die Schulung von Fähig- und Fertigkeiten, die für Selbständigkeit im persönlichen, sozialen und beruflichen Bereich wichtig sind sowie die Stabilisierung bzw. das Wiedererlernen von Funktionen oder dem Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten. Weitere Schwerpunkte sind das Training der Alltagskompetenz und berufs- und arbeitsplatzbezogener Aktivitäten.

Die Auswahl der Therapiemaßnahmen erfolgt individuell und gemeinsam mit dem Rehabilitanden. Angestrebt wird eine berufliche und soziale Wiedereingliederung.

Um Aktivitäten planen, organisieren und ausführen zu können, benötigt ein Rehabilitand verschiedene Fähigkeiten gleichzeitig:

- körperliche: z. B. Gehen, Heben, Geschicklichkeit, komplexe Funktionen der Hand
- kognitive: z. B. Aufmerksamkeits-, Gedächtnisleistungen, Problemlösen, Handlungskontrolle
- emotionale: z. B. Antrieb, Verhaltensauffälligkeiten, Motivation
- soziale interaktive Fähigkeiten

Die Planung der Rehabilitationsbehandlung basiert auf einer störungsspezifischen Diagnostik, die in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgt.

- verteiltes Wissen
- verteilte Kompetenzen und Kommunikation
- Nutzung der Spezialisierung im Team
- Abstimmung von Teilaufgaben (Überprüfung wechselseitiger Annahmen)

Gemeinsam werden individuelle Behandlungsstrategien und -ziele abgestimmt und die hierzu benötigten Fähigkeiten entwickelt und gefördert. Ergänzend sind die Kontextfaktoren (Unterstützung durch Angehörige, prämorbid Ressourcen, Krankheitsverarbeitung) von entscheidender Bedeutung.

Ergotherapeutische Maßnahmen können somit bei somatischen Erkrankungen mit psychischen Störungen (Komorbidität) einen Beitrag zur Verbesserung der Handlungsperformanz wie auch der Lebensqualität leisten.

## **Rolle der Bewegungstherapeuten in der Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität**

*Dr. Helgo Herbst*

Bewegung und Sport sind als Bestandteile therapeutischer Angebote in der somatischen Rehabilitation etabliert, fast jeder Rehabilitand nimmt an physiotherapeutischen oder sport- und bewegungstherapeutischen Angeboten teil.

Diese Aussage trifft übergreifend auch für die MATERNUS-Klinik Bad Oeynhausen mit ihren Indikationsbereichen Orthopädie, Verhaltensmedizinische Orthopädie, Neurologie und Kardiologie/Innere zu. Im Impulsvortrag wird mit Schwerpunkt auf die Bereiche Orthopädie und Verhaltensmedizinische Orthopädie der Klinik Bezug genommen.

Als häufigste psychische Komorbiditäten werden bei uns in den orthopädischen Fachbereichen „Depression“ und „Angsterkrankungen“ benannt, beides Störungsformen, zu denen es in den letzten Jahren eine breite Literaturgrundlage dafür gibt, dass Bewegung und Sport sowohl als präventives als auch rehabilitatives Element eingesetzt werden können, um gesundheitspositive Effekte zu erzielen. Mit unterschiedlichen konzeptionellen Schwerpunkten verstehen wir unsere Bewegungs- und Sportangebote als Handlungsfelder, in denen wir neben funktions-, arbeitsplatzbezogenen und erlebnisorientierten Inhalten individuelle Ressourcen stärken, neue Verhaltensmöglichkeiten erlernbar machen und motivationale Grundlagen für eine Fortführung von „Bewegung“ am Wohnort schaffen.

In den unterschiedlichen Reha-Teams der Klinik ist die Bewegungs- und Sporttherapie als gleichberechtigtes Mitglied gemeinsam mit den anderen Professionen vertreten, wobei der diagnostische Schwerpunkt der psychischen Komorbidität bei Psychologie und ärztlichem Dienst liegt und das Handlungsfeld „Bewegung“ hier einen Erlebnisrahmen darstellt, wie sich diesbezügliche Störungen in einem speziellen Kontext äußern und diagnostisch abgesichert oder erweitert werden können. In der therapeutischen Umsetzung gilt es durch methodisch-didaktische Kompetenz, konkrete im Team festgelegte Ziele aufzugreifen und in Bewegungshandeln umzusetzen (beispielsweise bei depressiver Begleitsymptomatik durch Bewegungsaufgaben Einfluss auf Stimmung, Antrieb, Selbstvertrauen zu nehmen).

Aus methodischer Sicht nutzen wir insbesondere im Bereich der Verhaltensmedizinischen Orthopädie die Chance und Dynamik, die eine geschlossene Gruppe bietet. Gerade für bewegungsentwöhnte Schmerzpatienten mit psychischer Komorbidität kann ein gemeinsames Durchleben von Bewegung zunächst als schützend, in der weiteren Entwicklung aber auch tragend und fördernd erlebt werden, um persönliche Ressourcen aufzubauen. Im Gesamtkonzept tragen wir dieser Entwicklung mit Parallelangeboten halb-offener und offener Gruppenstrukturen Rechnung, der therapeutische Führungsstil bewegt sich zwischen eng anleitend und unterstützend bei Eigenaktivität des Patienten.

## **AG 8: Psychische Diagnostik in der somatischen Rehabilitation**

*Prof. Michael Linden, Charité Berlin, Monika Dorn, Rehasentrum Bad Eilsen, Dieter Schmucker, Städtische Reha-Kliniken Bad Waldsee*

### **Leitfragen:**

1. Wie erfolgt die psychische Diagnostik in der Reha-Praxis?
2. Welche Unterschiede finden sich zwischen somatischen und verhaltensmedizinisch orientierten Abteilungen?
3. Lassen sich Empfehlungen aus wissenschaftlichen Projekten in der Rehapraxis umsetzen?

**Moderation:** Dr. Hans-Günther Haaf, DRV Bund und Karl-Wilhelm Höffler, ACURA Kliniken Bad Kreuznach

### **Anforderungen an die Diagnostik psychischer Komorbidität**

Prof. Michael Linden

Nach den aktuellen epidemiologischen Daten leiden etwa 20 % der Bevölkerung an psychischen Störungen und ein noch größerer Teil unter allgemeinem psychischen Unwohlsein ohne Krankheitswert. In der somatischen Rehabilitation sind daher zufallsbedingt 30 % der Rehabilitanden als psychisch beeinträchtigt anzusehen. In drei Wochen einer somatischen Rehabilitation sind psychische Störungen nicht zu behandeln. Wenn auf diese Patienten näher eingegangen werden soll, dann muss dies zielführend sein, d.h. es sollte vorab ein Konzept bestehen, was geschehen und erreicht werden soll. Unzureichende Interventionen können Patienten schädigen.

Bezüglich der Diagnostik gilt, dass Ärzte, Psychotherapeuten oder Krankenschwestern ohne Sonderaufwand bei der Eingangsuntersuchung, in der Visite oder im Alltag erkennen können, ob eine psychische Störung vorliegt und dies dann auch im Umgang mit den Patienten berücksichtigen. Die Frage ist, wann eine darüber hinausgehende differentialdiagnostische Abklärung geboten ist.

Eine derartige Diagnostik muss zwischen sehr ähnlichen somatischen und psychischen Beschwerden unterscheiden, darf gesundes Leiden nicht mit psychischer Krankheit verwechseln und ein breites Spektrum an psychischen und somatischen Erkrankungen differentialdiagnostisch abwägen. Es ist zu vermeiden, dass Patienten fälschlicherweise als psychisch krank gelabelt werden, dass arbiträre Kausalitätserklärungen gemacht werden, dass Probleme aggraviert werden, nicht indizierte und ggf. schädliche Therapien eingeleitet werden und Negativfolgen für die Krankheitsbewältigung, Teilhabe und Erwerbsfähigkeit entstehen. Dies gilt insbesondere in der medizinischen Rehabilitation, wo Patienten ggf. auf psychisches Leiden verweisen, wenn sie aus somatomedizinischer Sicht als leistungsfähig befundet wurden. Für die Praxis der

Diagnostik psychischer Störungen in der somatomedizinischen Rehabilitation folgt daraus, dass zunächst initial zu erheben ist, ob bereits eine psychische Erkrankung bekannt ist, und wenn ja, ob die ambulante Behandlung adäquat ist. Falls nicht, ist ggf. eine adäquate ambulante Therapie zu vermitteln. Falls bislang keine Erkrankung bekannt ist, der Patient sich aber psychisch auffällig zeigt (Eingangsuntersuchung, Visite, Alltagsverhalten), dann sollte ein Fachkonsil eingeleitet werden, zur umfassenden und ganzheitlichen differentialdiagnostischen Abklärung (z. B. hirnganische Störungen, Arzneimittelnebenwirkungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schilddrüsenerkrankungen, Tumore). Auf ein routinemäßiges unspezifisches Screening mit Fragebögen sollte verzichtet werden wegen unzureichender Spezifität für den Einzelfall (falsch positiv).

## **Erkennung psychischer Komorbidität in der orthopädischen Rehabilitation**

*Monika Dorn*

Der Beitrag bezieht sich auf die Erkennung psychischer Komorbidität bei Rehabilitanden mit chronischen muskuloskelettalen Erkrankungen im Rehasentrum Bad Eilsen. Das Rehasentrum ist eine Schwerpunktambulanz für Orthopädie und Rheumatologie der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover mit insgesamt 365 Betten. 30 Betten sind der verhaltensmedizinisch-orientierten Rehabilitation chronisch Schmerzkranker (VOR) zugeordnet, etwa 100 Betten den Anschlussrehabilitationen und die restlichen Betten den entzündlich-rheumatischen und degenerativen Erkrankungen. Das Therapiespektrum der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) findet in allen Indikationen Anwendung.

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen sehen zurzeit mehr als 30 % aller Patienten im Einzelsetting. Bei etwa 68 % dieser Patienten (ca. 21 % aller Patienten) werden F-Diagnosen im Psychologischen Bericht, der in den ärztlichen Entlassungsbericht übernommen wird, benannt. Die zeitlichen Ressourcen sind mit 1 - 3 Terminen je Patient begrenzt und müssen für das psychodiagnostische Vorgehen insgesamt berücksichtigt werden.

Im Folgenden wird das aktuelle Prozedere zur Erkennung psychischer Komorbiditäten vorgestellt und erläutert. Dabei wird auf die Besonderheiten bei der VOR hingewiesen.

### ***Vor der Anreise:***

Die Zuweisung zur VOR kann über den Kostenträger oder direkt durch die Klinik erfolgen. Vor der Einbestellung der Patienten in die Klinik werden alle Akten oberärztlich gesichtet. Bei Hinweisen auf zuweisungsrelevante Diagnosen erfolgt eine Zuordnung zu dem Bettenhaus, in dem die VOR räumlich angesiedelt ist.

Das Klinikkonzept VOR ist für folgende Diagnosegruppen nach ICD-10 erstellt worden:

- Erkrankungen der Bewegungsorgane und gleichzeitig bestehende psychische Erkrankung, die sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt (M-Diagnosen mit F-Diagnosen als Zweitdiagnose)
- Fibromyalgie-Syndrome (M79.7)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41).

### ***Vor und während der ärztlichen Aufnahme:***

Alle Patienten füllen noch vor der ärztlichen Aufnahme ausgewählte Fragebögen aus, welche erste diagnostische Hinweise geben und die ärztliche Aufnahme und die Therapieplanung erleichtern sollen. Das Ultra-Kurz-Screening für psychosoziale Problemlagen (UKS) mit insgesamt acht Items zu Angst, Depression, Schmerzverarbeitung, familiärer und beruflicher Belastung sowie einem Item zur Behandlungsmotivation, ein kurzes Screening für berufsbezogene Problemlagen (Würzburger Fragebogen) sowie Fragebögen zum primären somatischen Krankheitsbild, wie z.B. der Funktionsfragebogen Hannover-Rücken und der Widespread-Pain-Index. Ergänzt wird diese Eingangsdagnostik durch einen klinikinternen Fragebogen zu individuellen Rehabilitationszielen, welcher den Patienten auf die partizipative Therapieabsprache einstimmt und vorbereitet.

Im Rahmen der ärztlichen Aufnahme erfolgt vor diesem Hintergrund eine ausführliche (Schmerz-)anamnese und ggf. die medizinische Indikationsstellung zur VOR mit der Anmeldung zum psychologischen Aufnahmegespräch.

Das UKS stellt auch unabhängig von der VOR eine Hilfestellung für die ärztliche Aufnahme dar: Der Fragebogen ergänzt mit den Vorbefunden den klinischen Eindruck aus der Anamnese und kann als eine Gesprächsgrundlage dienen. Psychosoziale Belastungen und ggf. auch der Bedarf an psychologischer Unterstützung können leichter erkannt und bei der Auswahl von individuell geeigneten Verordnungen aus dem gesamten Therapiespektrum berücksichtigt werden. Es können sowohl psychologische Einzeltermine als auch Gruppenangebote in Betracht kommen. Ein auffälliger Befund im Screening rechtfertigt noch keinerlei Diagnose.

### ***Anmeldung zum psychologischen Einzeltermin:***

Für die VOR gibt es ein eigenes Anmeldeverfahren, da hier in der Regel am Tag nach der Anreise eine psychologische Aufnahme stattfindet und die Entscheidung über die Zuweisung zum Programm im interdisziplinären Aufnahmeteam aus organisatorischen Gründen noch in der Aufnahmewoche fallen muss.

In allen anderen Fällen erfolgt die Terminierung eines psychologischen Erstgesprächs über den Verordnungsbogen, der von der zentralen Therapieplanung bearbeitet wird.

Zum anderen erhält der Psychologische Dienst eine Kopie des UKS sowie weitere Vorinformationen des Arztes über einen Konsiliarschein (u.a. Fragestellung/Problemschilderung, relevante Vorinformationen, -befunde und Medikation, Einschätzung der Dringlichkeit). Psychologische Einzeltermine können bei Bedarf im Verlauf der Rehabilitation nachverordnet werden, zum Beispiel nach einem Gespräch mit dem Arzt oder einer interdisziplinären Teambesprechung. Zudem nutzen Patienten die offenen psychologischen Sprechstunden oder fühlen sich nach im Vergleich niederschweligen psychologischen Angeboten ermutigt, Gesprächsbedarf zu äußern.

### ***Psychodiagnostik im Rahmen der psychologischen Einzeltermine:***

Im Rahmen der VOR führt der psychologische Psychotherapeut bedarfsabhängig eine vertiefte Diagnostik durch. Es kommen ausgewählte Bausteine des Deutschen Schmerzfragebogens zum Einsatz, aber auch verschiedene Instrumente, um Art oder Schweregrad der psychischen Symptomatik zu erfassen. Im Einzelfall ist immer abzuwägen, wie viel Zeit der Diagnostik eingeräumt werden kann und muss, da ein weiterer wesentlicher Bestandteil der psychologischen Aufnahme die genauere Klärung der Indikation für das Gruppenprogramm und der individuellen Motivation ist. Das Aufnahmegespräch kann als intervenierende Diagnostik verstanden werden, da nicht nur das aktuelle Erleben und die individuellen Ziele sowie bisherigen Behandlungserfahrungen des Patienten erfasst sondern auch gezielt Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiemotivation gefördert werden. Auch die Indikation zu weiteren gruppenbegleitenden Einzelgesprächen wird hier gestellt.

Auch außerhalb der VOR kann der Umfang der Psychodiagnostik im Rahmen der psychologischen Einzeltermine je nach Fragestellung, Vorbefunden inkl. Screening-Ergebnis, klinischem Eindruck und Erfahrung und nicht zuletzt Anliegen des Patienten einen sehr unterschiedlichen Stellenwert haben. Grundlage ist immer die psychologische Exploration. Beispielsweise ist der Anteil an Psychodiagnostik sehr gering, wenn es um ein umgrenztes Problem geht, für das ein lösungsorientiertes Vorgehen gewählt werden kann. Der Anteil an Psychodiagnostik ist hingegen hoch, wenn eine hohe psychische Belastung und Problemdruck auf Seiten des Patienten erkennbar ist oder es sich um eine ausgeprägte berufliche Problematik handelt, die Rückkehr ins Erwerbsleben fraglich ist und ein fachlicher Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungseinschätzung angefragt ist.

### ***Fazit:***

Der UKS wird als Screening für psychosoziale Problemlagen in der Routine eingesetzt und systematisch für die Zuweisung zum psychologischen Therapieangebot genutzt. Psychische Belastung und Komorbidität wird weniger leicht übersehen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund zeitlich begrenzter Ressourcen muss im Einzelfall abgewogen werden, wie viel Zeit für genaue Psychodiagnostik und wie viel für Intervention und Motivation aufgebracht werden kann.

## Literatur:

Dorn M, Polnau U. Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation in der Praxis. Aktuelle Rheumatologie [in Druck].

Küch D, Arndt S, Grabe A et al. UKS – Ultra-Kurz-Screening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation, Hrsg. Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag; 2011; 96-106

Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DRV Bund; 2011. Im Internet: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/psychische\\_komorbiditaet.html?cms\\_submit=Los&cms\\_resultsPerPage=5&cms\\_templateQueryString=psychodiagnostischer+Stufenplan](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/psychische_komorbiditaet.html?cms_submit=Los&cms_resultsPerPage=5&cms_templateQueryString=psychodiagnostischer+Stufenplan) Stand: 4.1.2017

## Theorie und Praxis der psychischen Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation

*Dieter Schmucker*

In einschlägigen Veröffentlichungen wird zur Diagnostik von komorbiden psychischen Störungen ein systematisches Vorgehen (Baumeister et al., 2011; Reese & Mittag, 2013) empfohlen. Dabei erhalten alle Patienten vor oder bei der Aufnahme einen Screeningfragebogen. Auffallende Werte werden im Rahmen der vertiefenden Diagnostik abgeklärt und beim Vorliegen einer psychischen Problematik in der Einrichtung behandelt oder einer Nachbehandlung zugeführt. Alle Schritte werden mit dem Patienten besprochen und im Entlassungsbericht dokumentiert.

In der Praxis hat sich dieses strukturierte und fachlich fundierte Vorgehen nicht durchsetzen können. Als Gründe hierfür werden fehlende personelle und zeitliche Ressourcen angegeben. Bei einem auffälligen Anteil von ca. 25% (eigene Erhebung mit PHQ 9 und Cut-off  $\geq 10$ ) aller Aufnahmen wäre die psychologische Kapazität schnell erschöpft. Die konkrete Umsetzung in der vorgeschlagenen Form würde also dazu führen, dass bei den vorhandenen Ressourcen (Stellenschlüssel 1:80) alle psychologischen Einzeltermine im Rahmen der Stufendiagnostik verbraucht würden. Weitere Beratungs- und Therapiegespräche könnten nicht mehr stattfinden.

Wie könnte nun ein praktikables, systematisches und zugleich ressourcenschonendes Vorgehen aussehen? Beispielhaft wird unser eigenes Vorgehen beschrieben:

1. Bei allen neu anreisenden Patienten wird ein systematisches Screening auf psychische Belastungen (u.a. PHQ-9, Angst, Stress, Suizidgedanken, Schlaf, Belastungen, BBPL) durchgeführt.



Die Auswertung des einseitigen Fragebogens erfolgt im Rahmen der ärztlichen Aufnahme. Der Arzt bespricht das Ergebnis mit dem Patienten und stellt die Weichen für eine weitere psychodiagnostische Untersuchung (Abklärung des Bedarfs), die psychologische Beratung (Abklärung des Bedürfnisses) oder die ambulante Weiterbehandlung (Abklärung, ob bereits in Psychotherapie).

2. Alle Patienten, die zum psychologischen Einzelgespräch kommen (Eigeninitiative, Konsil), erhalten einen Basis-Fragebogen mit persönlichen Angaben und Einschätzungen.
  - a. Patienten mit Beratungsbedarf bekommen zusätzlich einen weiteren Fragebogen (HEALTH49).
  - b. Patienten im Rahmen der Leistungsbeurteilung mit Einschätzung der Erwerbsfähigkeit erhalten den PHQ-D und den WAI. Schwerpunkt ist hier die sichere diagnostische Erfassung von psychischen Symptomen und möglicher Einschränkungen von Fähigkeiten und Teilhabe.
  - c. Die Fragebogen werden vom Sekretariat ausgewertet und die Ergebnisse liegen dann zum Gesprächstermin vor. Bei Bedarf können weitere Tests veranlasst werden.
3. In den Entlassungsbericht werden die Ergebnisse des Screenings, relevante Ergebnisse der psychodiagnostischen Tests, sowie die psychologischen Beiträge zur sozialmedizinischen Einschätzung der Leistungsfähigkeit übernommen.
4. Diagnosen von psychischen Störungen werden nur dann gestellt, wenn eine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt oder eine ambulante Psychotherapie aufgenommen werden soll.

Alle erhobenen Daten haben unmittelbare Auswirkungen auf die stationäre Behandlung und stehen auch für die ambulante Weiterbehandlung im Rahmen der Entlassungsberichte zur Verfügung.

## **Literatur**

Baumeister, H., Jahed, J., Vogel, B., Härter, M., Barth, J. & Bengel, J. (2011) Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS), DRV Bund.

Reese, Ch. & Mittag, O. (2013). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation, DRV Bund.

## Psychodiagnostischer Stufenplan

Psychodiagnostischer Stufenplan	Praktisches Vorgehen
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Screening:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. bei allen Pat. zu Beginn der Reha                   <ol style="list-style-type: none"> <li>i. HADS-D - Cut-off Depression von 9, Angst von 11</li> <li>ii. PHQ 9 - Cut-off von 10</li> </ol> </li> <li>b. Rückmeldung an den Pat.</li> </ol> </li> <li>2. Vertiefte Psychodiagnostik:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. alle Pat. mit auffälligem Screeningergebnis erhalten Termin zur vertieften Diagnostik</li> <li>b. Alternativen                   <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Empfehlung zu ambulanter psychodiagnostischer Abklärung</li> <li>ii. Psychiatrisches Fachkonsil</li> </ol> </li> <li>c. Diagnosestellung nur durch PP, Ärzte mit PT, PiA unter Supervision</li> <li>d. Rückmeldung an den Pat.</li> </ol> </li> <li>3. Indikationsstellung und Behandlung               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Motivationsförderung für ambulante Nachbehandlung</li> <li>b. Rückmeldung an den Pat.</li> </ol> </li> <li>4. Dokumentation               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Screeningergebnis im E-Bericht</li> <li>b. Ergebnis der vertieften Diagnostik</li> <li>c. Erfolgte Behandlung in der Klinik</li> <li>d. Behandlungsempfehlung</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Screening:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. bei allen Pat. zu Beginn der Reha                   <ol style="list-style-type: none"> <li>i. PHQ 9 - Cut-off von 10</li> </ol> </li> <li>b. Rückmeldung an den Pat. im ärztlichen Aufnahmegespräch mit weiteren Empfehlungen                   <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Psychodiagnostische Abklärung</li> <li>ii. Psychologische Beratung</li> <li>iii. Beginn oder Fortführung ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungen</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Vertiefte Psychodiagnostik in besonderen Fällen               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Psychologisches Einzelgespräch</li> <li>b. Sozialmed. Leistungsbeurteilung wegen psychischer Einschränkungen</li> </ol> </li> <li>3. Dokumentation               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Screeningergebnis im E-Bericht</li> <li>b. Ergebnis der vertieften Diagnostik bei Konsequenzen für nachfolgende Behandlung</li> <li>c. Erfolgte Behandlung in der Klinik</li> <li>d. Behandlungsempfehlung</li> </ol> </li> </ol>

## AG 9: Sozialmedizinische Fragestellungen

*Dr. Ulf Kampczyk, DRV Mitteldeutschland, Dr. Margarete Ostholt-Corsten, DRV Bund, Dr. Martin Holme, DRV Bund, Reha-Zentrum Bad Pyrmont*

### **Leitfragen:**

1. Welchen Stellenwert hat psychische Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und den weiteren Erwerbsverlauf?
2. Welches Spektrum an sozialmedizinischen Problemstellungen muss in der somatischen Reha berücksichtigt werden?
3. Wie können psychische Beeinträchtigungen aktivitäts- und fähigkeitsorientiert beschrieben werden?
4. Welche Möglichkeiten der fähigkeits- und kontextorientierten Behandlung können im Hinblick auf soziale und berufliche Wiedereingliederungsprozesse genutzt werden?

**Moderation:** Dr. Marion Kalwa und Dr. Anne Rose, DRV Bund

### **Welchen Stellenwert hat psychische Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und den weiteren Erwerbsverlauf?**

*Dr. Ulf Kampczyk*

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bedeutet auch Kommunikation, Kommunikation und nochmals Kommunikation (vgl. auch Abstract zum Plenarvortrag „Die Bedeutung psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation aus sozialmedizinischer Sicht“).

Bereits beim Begrüßungsvortrag des Chefarztes besteht die Möglichkeit, den Patienten konkrete Informationen für eine realistische Selbsteinschätzung hinsichtlich ihrer weiteren Erwerbsfähigkeit zu geben.

Psychische Komorbidität, so wie sie in der Regel in somatischen Rehabilitationseinrichtungen anzutreffen ist, führt nur selten zur Einschätzung einer anhaltenden zeitlichen Leistungsminderung.

Mit den Patienten, denen das vermittelt werden kann und die das annehmen können, lassen sich dann meist im Konsens Zukunftsperspektiven unter Beachtung auch ihrer psychischen Erkrankung entwickeln.

Die Erarbeitung eines integrativen und stimmigen Leistungsbildes als Syntheseleistung aller Beteiligten ermöglicht die Besprechung, Entwicklung und Vereinbarung realistischer beruflicher Perspektiven entscheidend.

Idealtypisch können in der Rehabilitationsklinik bereits verbindliche Weichenstellungen vorgenommen werden, zum Beispiel durch die Klärung der Modalitäten für eine stufenweise Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz oder die Einbindung des Rehafachberaters für eine zeitnah realisierbare notwendige berufliche Neuorientierung.

Zusammenfassend fördern die beschriebenen Wege durch gut kommunizierte sozialmedizinische Kompetenz mit dem Aufzeigen von realistischen Zukunftsperspektiven einen positiven weiteren Erwerbsverlauf auch für Patienten mit psychischer Komorbidität.

## **AG 10 Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation**

*Dr. Teresia Widera, DRV Bund, Dr. Bettina Hesse, DRV Westfalen,  
PD Dr. Axel Kobelt, DRV Braunschweig-Hannover*

### **Leitfragen:**

1. Was sind die Rahmenbedingungen für eine Nachsorge bei psychischer Komorbidität durch die DRV?
2. Wie gestaltet sich die psychosomatische Nachsorge im Einzel- und Gruppensetting?
3. Welche Absprachen mit dem Primär- und Weiterbehandler sind zu welchen Fragestellungen notwendig?
4. Welcher Patient benötigt nach der Reha eine Richtlinienpsychotherapie?

**Moderation:** Dr. Teresia Widera, DRV Bund und PD Dr. Axel Kobelt, DRV Braunschweig-Hannover

### **Was sind die Rahmenbedingungen für eine Nachsorge bei psychischer Komorbidität durch die DRV?**

*Dr. Teresia Widera*

*Siehe Abstract zum Plenarvortrag „Nachsorge bei psychischer Komorbidität“*

### **Wie gestaltet sich die psychosomatische Reha-Nachsorge im Einzelsetting?**

*Dr. Bettina Hesse*

Seit 2001 bietet die Deutsche Rentenversicherung Westfalen Psychosomatische Reha-Nachsorge sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting an. Primärer Hintergrund für die Entscheidung auch eine Nachsorge im Einzelsetting vorzuhalten war der Wunsch, eine flächendeckende und zeitnahe Versorgung mit Nachsorgeleistungen zu

gewährleisten. Als zeitnah wurde ein Zeitraum von 4 Wochen nach Reha-Ende definiert. Der Leistungsumfang umfasst im Einzelsetting 8 Einzelstunden à 50 min, mit der Option bedarfsabhängig 4 weitere Stunden zu beantragen. Im Gruppensetting sind es max. 25 Sitzungen à 90 min.

Die DRV Westfalen ist der einzige DRV-Träger, der das Einzelsetting in der Nachsorge realisiert hat. Aktuell gibt es 88 Nachsorgetherapeuten an 41 Standorten. Als Nachsorgetherapeuten werden approbierte Psychotherapeuten mit Reha-Erfahrung in ambulanter Praxis oder Reha-Zentren zugelassen. Die Verordnungsrate aus den Kliniken heraus liegt bei 4 %, die Inanspruchnahme bei 80 %. Lediglich an 5 Standorten findet regelmäßig Nachsorge in der Gruppe statt, so dass die Einzelnachsorge die Regel ist. Der Beginn der Nachsorge liegt regelhaft im 4-Wochenzeitraum.

Das Einzelsetting ermöglicht einen frühzeitigen Beginn der Nachsorge und vor allem eine große zeitliche Flexibilität mit der auf die Lebenssituation des Rehabilitanden (z. B. Schichtarbeit) reagiert werden kann und die Sitzungen können dem Unterstützungsbedarf des Rehabilitanden gemäß über einen individuellen Zeitraum verteilt werden. Der Rehabilitand muss nicht warten, dass eine Gruppe beginnt oder ein Gruppenplatz frei wird.

Der Elan und die guten Vorsätze, mit denen die Rehabilitanden häufig aus der Reha zurückkehren, kann in der Einzelnachsorge unmittelbar aufgegriffen, in Handeln umgesetzt und für weitere Fortschritte genutzt werden. Auch die manchmal harte Rückkehr in den Alltag kann von Anfang an begleitet werden. Im Einzelsetting ist der Rehabilitand in jeder Stunde gefordert.

Nicht nur zeitlich sondern auch inhaltlich ist die Einzelnachsorge ganz auf die individuelle Bedarfslage des Rehabilitanden ausgerichtet.

Rehabilitanden kommen unterschiedlich gut vorbereitet in die Nachsorge. Die Ziele für die Nachsorge, die die Rehabilitanden laut Konzept gemeinsam mit ihrem Bezugstherapeuten formulieren sollen, sind Ihnen nicht immer präsent und unterschiedlich konkret formuliert. Gelegentlich entsteht auch der Eindruck, dass die Nachsorge als „Trost“ für einen unbefriedigenden Behandlungsverlauf in der Reha-Klinik verordnet wird. Auf all diese Aspekte kann im individuellen Nachsorgesetting reagiert werden.

Das Einzelsetting ist aufgrund seiner Zentrierung auf die unmittelbare Unterstützung des Rehabilitanden bei der Alltagsbewältigung und der beruflichen Reintegration einem Coaching-Ansatz deutlich näher als der „klassischen“ Psychotherapie und ersetzt diese auch nicht. Die Vermittlung von Selbsthilfestrategien, der Umgang mit „Erfolgen“ und „Misserfolgen“ beim Umsetzen neuen Verhaltens, das konkrete Einüben von Interaktionsmustern und die Ermunterung und Hilfe bei der Suche weiterer Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort sind wesentlichen Elemente der Einzelnachsorge.

## **Anhang**

### **Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation**

#### **Eine Praxishilfe**

#### **Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema F-Diagnosen**

1. Psychische Symptome in der somatischen Rehabilitation
2. Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen
3. Wer darf F-Diagnosen stellen?
4. Wie muss eine F-Diagnose begründet werden?
5. Wann sollten F-Diagnosen gestellt werden?
6. Welche Rolle spielen standardisierte Testverfahren für die F-Diagnose?
7. Welche Bedeutung hat psychische Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung?
8. Was sind Z-Diagnosen?
9. Empfehlungen zur Weiterbehandlung und diagnostischen Abklärung im ärztlichen Entlassungsbericht
10. Was sind Psychotherapeuten?
11. Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA)
12. Kann eine psychische Erkrankung in der somatischen Rehabilitation behandelt werden?

#### **Herausgeber:**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Abteilung Rehabilitation, Dez 8023

#### **Ansprechpartnerinnen:**

[dr.ulrike.worringen@drv-bund.de](mailto:dr.ulrike.worringen@drv-bund.de), Tel. 030 865-82087

[dr.beate.muschalla@drv-bund.de](mailto:dr.beate.muschalla@drv-bund.de), Tel. 030 865-80650

[antje.hoppe@drv-bund.de](mailto:antje.hoppe@drv-bund.de), Tel. 030 865-82084

und alle Ärzte des Dezernats 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen

Wir freuen uns über Anregungen, Rückmeldungen und den weiteren Erfahrungsaustausch.

Stand Januar 2017

## **1. Psychische Symptome in der somatischen Rehabilitation**

In der somatischen Rehabilitation werden bei der ärztlichen Aufnahme oder im Rehabilitationsverlauf nicht selten auch psychische Symptome von den Rehabilitanden vorgetragen oder vom Reha-Team beobachtet.

So berichten Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen häufig von Konzentrationschwierigkeiten, die infolge der Erkrankung und ihrer Behandlung aufgetreten sind. Bei Rehabilitation nach kardiologischem Akutereignis äußern Rehabilitanden nicht selten traumatische Ereignisse und anhaltende krankheitsspezifische Befürchtungen und Ängste. Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen berichten nicht selten von sozialen Rückzugstendenzen, dem Gefühl der Überforderung und Phasen der Resignation.

Wie soll mit diesen Symptomen im Rahmen der somatischen Rehabilitation umgegangen werden?

## **2. Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen**

Wenn psychische Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen von Rehabilitanden benannt werden, sollte von ärztlicher Seite entschieden werden, in welcher Form eine weitere Exploration erfolgen soll. Die Exploration kann grundsätzlich durch alle therapeutischen Mitarbeiter des Reha-Teams unterstützt werden. Sowohl Verhaltensbeobachtungen als auch gezielte Untersuchungen können die Selbstschilderung der Rehabilitanden um eine therapeutische oder pflegerische Sicht ergänzen (vgl. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen, DRV, 2013, 2015).

Psychologische Screening-Fragebögen, die vor Beginn oder am Anfang einer somatischen Rehabilitation von Rehabilitanden ausgefüllt werden, erheben mit wenigen Fragestellungen einzelne psychische Symptome (vgl. Reader Psychologie der DRV Bund, 2016; Psychische Komorbidität, DRV, 2014; Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen, DRV, 2013). Die Screeninginstrumente sind in der Regel für verschiedene somatische Erkrankungsbilder entwickelt worden und können den aufnehmenden Arzt bei der Erfragung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen unterstützen.

Die für die klinische Diagnostik notwendige Beurteilung und Einordnung der von Patienten angegebenen psychischen Symptome und Fähigkeitseinschränkungen ist dagegen eine anspruchsvolle Aufgabe. Die Frage, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht bedarf einer gründlichen psychosomatischen differentialdiagnostischen Abklärung. Dies kann nur auf Grundlage der Fachkunde der Diagnose stellenden Ärzte bzw. Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.

Strukturierte Interviews (z.B. SKID, MINI o.ä.) sind für die klinische Differentialdiagnostik nicht notwendig. Sie erfassen lediglich verschiedene Symptomcluster. Es braucht in jedem Fall die klinische Expertise und entsprechend qualifizierte (approbierte) Kollegen in den Reha-Einrichtungen, wenn es festzustellen gilt, ob ein Patient psychisch krank ist oder nicht.

### 3. Wer darf F-Diagnosen stellen?

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen obliegt grundsätzlich einem Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten (Approbationsvorbehalt). Dem Facharztstandard folgend sollte der Arzt über eine entsprechende psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische (Zusatz-)Weiterbildung verfügen. Grundsätzlich ist der Unterzeichner des ärztlichen Entlassungsberichts für die gestellte Diagnose und die diesbezüglich mit dem Patienten durchgeführte Behandlung verantwortlich.

Falls in der somatischen Abteilung keine Expertise zur psychiatrischen bzw. psychosomatischen Differentialdiagnostik vorhanden ist, es jedoch für den weiteren Rehabilitationsverlauf, die Planung der Weiterbehandlung oder die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung notwendig erscheint, das Vorliegen einer psychischen Erkrankung abzuklären, so kann ein psychiatrisches/psychosomatisches Konsil während des Reha-Aufenthalts eingeholt werden. Auch Fragen einer psychopharmakologischen Behandlung sollten durch ein entsprechendes Konsil geklärt werden. Falls kein Konsil möglich ist, sollte eine diagnostische Abklärung im ärztlichen Entlassungsbericht empfohlen werden (siehe Punkt 9).

### 4. Wie muss eine F-Diagnose begründet werden?

Sofern eine F-Diagnose als Diagnose im Entlassungsbericht aufgeführt wird, sind immer ein psychopathologischer Befund und eine Anamnese der psychischen Erkrankung zu erheben. Die Vergabe von F-Diagnosen darf nicht allein auf Ergebnissen standardisierter Fragebögen oder subjektiver Patientenberichte („Die Patientin berichtete, sie sei depressiv“) basieren.

Bei bestehenden vordiagnostizierten psychischen Erkrankungen sollte im Entlassungsbericht genau berichtet werden, wer die Diagnose gestellt hat und wie der Patient vorbehandelt wurde, bzw. wie der aktuelle Behandlungsstatus ist (z. B. rezidivierende depressive Erkrankung, seit x Jahren beim Hausarzt Dr. y in Behandlung). Nur wenn eine vordiagnostizierte F-Diagnose gesichert ist, kann sie für den Entlassungsbericht übernommen werden. Im Entlassungsbericht sollte präzise gesagt werden, ob sie für den aktuellen Krankheits- und Behandlungsstatus eine Rolle spielt.

Um eine Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen, bedarf es

- eines psychopathologischen Befundes,
- eines Abgleichs, ob die psychische Symptomatik durch körperliche Ursachen hervorgerufen wird (z. B. Schilddrüsenproblematik, Herzerkrankung u.v.m.) oder eine Medikamentennebenwirkung ist,
- der Erhebung einer störungsspezifischen Anamnese,
- ggf. Hinzuziehung von Vorbefunden und Behandlungsberichten



Bei nicht ausreichendem Befund (bzw. nicht ausreichenden Möglichkeiten zur Befunderhebung oder Verifizierung einer psychischen Erkrankung) sollen keine F-Diagnosen gestellt werden. Psychische oder Verhaltensauffälligkeiten sollen im Entlassungsbericht aber beschrieben werden. Im Zweifelsfall sollte eine diagnostische Abklärung empfohlen (Empfehlung: „Diagnostische Klärung“) oder wenn möglich, während der Rehabilitationsbehandlung ein fachärztliches Konsil eingeholt werden. Sowohl die Nach- und Weiterbehandler als auch die Rentenversicherung profitieren von einer guten Befund- und Verhaltensbeschreibung im Rehaverlauf. Dies gilt insbesondere dann, wenn weitergehende Leistungen von Patienten beantragt werden (z. B. Leistungen zur Teilhabe, EM-Rente).

Sind gesicherte und ggf. vorbefundlich begründete F-Diagnosen mit für die Leistungsbeurteilung relevant, ist dies explizit zu benennen. Für eine sozialmedizinisch relevante psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigung ist über die F-Diagnose hinaus ein Fähigkeitsbefund darzulegen (vgl. Punkt 9).

## **5. Wann sollten F-Diagnosen gestellt werden?**

Bei der Entscheidung, ob eine F-Diagnose im Entlassungsbericht aufgenommen wird, sind zum einen die unter Punkt 3 und 4 beschriebenen fachlichen Anforderungen zu erfüllen, zum anderen sollte die Diagnose handlungs- bzw. entscheidungsleitend sein.

Es erfordert eine F-Diagnose im Entlassungsbericht, um eine psychotherapeutische Weiterbehandlung zu begründen oder eine psychosomatische Nachsorge der Rentenversicherung (siehe Punkt 9 und 10) zu empfehlen.

Wenn kein diagnosebegründeter Handlungsbedarf besteht, und wenn die psychische Symptomatik nicht ausschlaggebend ist für die sozialmedizinische Einschätzung, kann auf die Stellung der Diagnose verzichtet werden. Sozialmedizinisch relevante psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen sollten aber immer im Entlassungsbericht beschrieben werden (siehe Punkt 4 und 7). Sofern eine F-Diagnose gestellt wird, muss sie dem Patienten in jedem Fall erläutert werden.

## **6. Welche Rolle spielen standardisierte Testverfahren für die F-Diagnose**

Es gibt zahlreiche psychologische Testverfahren zur Erfassung psychischer Erlebens- und Verhaltensmuster und psychischer Symptome (vgl. Beispiele im Reader Psychologie, DRV Bund, 2016). Die Testergebnisse allein können keine psychische Störung begründen. Werden die Testergebnisse im Entlassungsbericht angeführt, müssen sie in der Zusammenschau mit den übrigen Befunden dargestellt und bewertet werden.

## **7. Welche Bedeutung hat psychische Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung?**

Sollte im Rahmen einer somatischen Rehabilitationsbehandlung eine psychische Erkrankung als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit in Erwägung gezogen werden, so ist neben der Begründung der F-Diagnose (siehe Punkt 4) vor allem der psychische Fähigkeitsbefund von Bedeutung. Es muss dargelegt werden, inwieweit die aktuellen psychisch bedingten Beeinträchtigungen zu befristeten Aktivitätsbeeinträchtigungen

auf dem aktuellen oder potentiellen Arbeitsplatz führen. Besteht im Reha-Verlauf der Verdacht, dass psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen oder gar aufheben könnten, sollte - falls möglich - noch während der Rehabilitation ein psychiatrisches Konsil eingeholt werden. Die psychiatrische Qualifikation der Leistungseinschätzung muss im Entlassungsbericht deutlich gemacht werden. Sollten alle relevanten fachärztlichen Informationen vorliegen, kann auch zum Ende einer somatischen Rehabilitation eine abschließende Leistungsbeurteilung zur Erwerbsfähigkeit gegeben werden.

Ist ein psychiatrisches Konsil während der Rehabilitation nicht möglich, sollte im ärztlichen Entlassungsbericht eine psychiatrische Begutachtung empfohlen werden. Die Empfehlung soll in der sozialmedizinischen Epikrise begründet werden. Die eingeschränkten psychischen Funktionen und Fähigkeiten sollen beschrieben werden. Entsprechende Befundungen können von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen geliefert werden. Die Befundberichte sollen möglichst auf der Aktivitäts- und Verhaltensebene erfolgen (siehe Beispiele 1 und 2). Die psychiatrische Begutachtung dient allein der Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Sie ersetzt keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung. Die psychiatrische Begutachtung dient allein der Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Sie ersetzt keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung. Die psychiatrische Begutachtung wird vom Rentenversicherungsträger in der Regel eingeleitet, sobald der Versicherte einen entsprechenden Rentenantrag stellt.

Zum Training der sozialmedizinisch orientierten Befunderhebung und –beschreibung bietet die DRV Bund Fortbildungen an (Sozialmedizin im Reha-Team, Mini-ICF-APP Training, vgl. Details auf [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de)).

### **Beispiel 1**

Diagnose: (keine F-Diagnose)

Selbstbericht der Patientin:

Die Patientin klagte zu Reha-Beginn über depressive Stimmung und Antriebsmangel. Mit der Arbeit (Bürosachbearbeiterin) sei sie zuletzt unzufrieden gewesen, nachdem es Änderungen und bürokratischen Mehraufwand gegeben habe.

Psychopathologischer Befund, spezielle Anamnese und Vorbehandlung:

Der psychopathologische Befund ist unauffällig. Anamnestisch keine psychischen Erkrankungen, keine Behandlungen.

Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:

Im dreiwöchigen Reha-Verlauf konnten wir beobachten, dass die Patientin außerhalb der Therapiezeiten eigenaktiv ihre Freizeit gestaltete (Stadtbesuche alleine und Restaurantbesuche mit Mitpatienten). In der Kreativgruppe half sie anderen Patienten und brachte neue Ideen in die Gruppenarbeit ein. Im ärztlichen Gespräch erschien sie schwingungsfähig und formalgedanklich flüssig und geordnet. Gruppengesprächsinhalten konnte sie folgen, es waren über 90 Minuten keine auffälligen Konzentrationsprobleme zu beobachten. Hin und wieder musste sie in der Bewegungstherapie aufgrund von Schmerzereben kurze Pausen einlegen.

Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:

Aufgrund dieses Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus unserer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

Leistungsfähigkeitseinschätzung:

Die Patientin ist für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig.

## **Beispiel 2**

**Diagnose:** F 33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig

### **Selbstbericht der Patientin:**

Die Patientin klagte zu Rehabeginn über depressive Stimmung und Antriebsmangel. Sie sei seit 4 Monaten arbeitsunfähig. Auf Anraten des Hausarztes habe sie vor 4 Wochen erneut begonnen, ein Antidepressivum einzunehmen (Mirtazapin 30 mg), nachdem sie eine Zeitlang zuvor ohne auszukommen versucht hatte. Sie merke inzwischen eine leichte Verbesserung des Schlafes und des Antriebs.

### **Psychopathologischer Befund, spezielle Anamnese und Vorbehandlung:**

Die Stimmung ist noch gedrückt, Freude empfinden ist zeitweise möglich. Der Antrieb ist reduziert: morgens aufzustehen, fällt ihr schwer, Tagesaktivitäten (Reha-Terminplan) kann sie absolvieren ohne zusätzliche Pausen, mit Stimulation von außen fällt es ihr leichter. Die Konzentration ist eingeschränkt hinsichtlich der Daueraufmerksamkeit: Zeitungsartikel und Briefe lesen dauert länger als normalerweise, ist jedoch möglich. Örtlich, zeitlich situativ orientiert, keine Suizidalität.

Anamnestisch kein Suizidversuch, keine (hypo)manischen Episoden. Die Erkrankung ist seit 15 Jahren bekannt und die Patientin seit 10 Jahren in haus- und fachärztlicher Behandlung. Vor 5 Jahren habe sie eine Richtlinienpsychotherapie absolviert. Dort habe sie ein Krankheitsmanagement gelernt. Bislang keine stationären Aufenthalte.

### **Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:**

Im dreiwöchigen Reha-Verlauf konnten wir beobachten, dass die Patientin sich nach den Behandlungen in ihr Zimmer zurückzog und Angebote von Mitpatienten, in die Stadt mitzukommen, ausschlug. In der Kreativgruppe konnte sie nicht von sich aus Ideen in die Gruppenarbeit einbringen. Im ärztlichen Gespräch erschien sie im Affekt verarmt und im Antrieb gemindert. Sie beantwortete die Fragen langsam. Gruppengesprächsinhalten konnte sie manchmal nicht folgen, ein zusätzlich durchgeführter Konzentrationstest (d2) gibt Anzeichen für eine reduzierte Daueraufmerksamkeit. Hin und wieder musste sie in der Bewegungstherapie aufgrund von Schmerzereleben kurze Pausen einlegen.

Wir behandelten die Patientin mit aktivierenden Maßnahmen im Bereich Bewegung und einer Gruppe zum Aktivitätsaufbau (Kreativtherapie), was sie dankbar annahm.

### **Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung und eingeleitete Maßnahmen:**

Aufgrund des aktuellen Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin beeinträchtigt, da ihre Aufgabe zu großem Teil darin besteht, Rechnungen zu prüfen und Daten in Tabellen einzugeben. Aus unserer Sicht ist die Patientin aktuell noch nicht in der Lage, diese Tätigkeit wieder auszuüben.

Wir haben in Absprache mit dem Arbeitgeber eine stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an die Reha mit veränderter Aufgabenzuweisung in den ersten 6 Wochen und mit verminderter Anforderung an die aufmerksamkeitsbezogene Durchhaltefähigkeit eingeleitet. Laut Arbeitgeber soll sie zunächst wechselnden Tätigkeiten nachgehen, die aus Ablagetätigkeiten und Teilnahme an Arbeitsgruppen bestehen.

### **Leistungsfähigkeitseinschätzung:**

Die beschriebenen aktuell bestehenden Beeinträchtigungen sind vorübergehender Natur. Die Patientin wird für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig sein.

### **Weiterbehandlung:**

Eine psychiatrische und ggf. psychotherapeutische Mitbehandlung wird empfohlen.

### **Beispiel 3**

**Diagnose:** F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

#### **Selbstbericht der Patientin:**

Die 46-jährige Angestellte kommt nach Aufforderung durch einen Orthopäden und der Hausärztin zur stationären Rehabilitation. Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit seit drei Monaten. Dass ihr von einem Orthopäden eine Psychotherapie empfohlen wurde, ärgere sie. Sie habe es „im Rücken, nicht im Kopf“.

#### **Psychopathologischer Befund, spezielle Anamnese und Vorbehandlung:**

Die Patientin ist örtlich, zeitlich, situativ orientiert, keine Suizidalität. Im Affekt dominanter Ärger- und Leidensdruck. Formalgedanklich Fokussierung auf die Schmerzen und die Beeinträchtigungen, sowie Klagen über andauernde Ehestreitigkeiten.

Die Schmerzen habe sie seit einem Fahrradunfall vor 5 Jahren. Die Schmerzen changieren, äußern sich überwiegend in Rückenschmerzen, ausstrahlend in Schulter-Nackebereich und die Arme. Besonders ausgeprägt seien die Schmerzen, wenn sie „emotionalen Stress“ habe, beispielsweise Uneinigkeiten mit ihrem Mann. Dann sei sie „körperlich zu nichts mehr zu gebrauchen“ und ihr Mann müsse die Haushaltsaktivitäten größtenteils übernehmen. Vor drei Monaten sei ihre Mutter für eine Hüftoperation ins Krankenhaus gekommen, dadurch fühlte sich die Patientin so mitgenommen, dass sie auch für ihre eigene Arbeit nicht mehr belastbar gewesen wäre und die Arbeitsunfähigkeit zustande kam. Es habe zuvor keine Probleme bei der Arbeit gegeben. Sie sei aber nicht sicher, ob sie die Arbeit bereits wieder aufnehmen wolle.

Die Patientin gibt an, dass sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe. Primärärztlich habe sie eine Hausärztin und zwei Orthopäden. Zu einem wolle sie nicht mehr gehen, da er sie in eine Psychosomatik-Reha schicken wollte.

#### **Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:**

Die Patientin erscheint regelmäßig zu den Therapien. Sie reagiert mit geäußertem Schmerzerleben in Situationen, in denen sie sich überfordert fühlte. Im Kontakt mit Mitpatienten wirkte die Patientin ungeübt und unsicher mit wenig Eigeninitiative in der Interaktion. Gruppengesprächsinhalten konnte sie folgen, es waren über 90 Minuten keine auffälligen Konzentrationsprobleme zu beobachten. Hin und wieder musste sie in der Ergotherapie-Handwerksgruppe oder bei Arbeiten am PC (kognitiver Leistungstest über 90 min) aufgrund von Schmerzerleben kurze Pausen einlegen. Sie stand dann auf und ging einige Schritte durch den Raum. Sie brachte jedoch ihre Aufgaben innerhalb angemessener Zeitrahmen zu Ende.

#### **Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:**

Aufgrund dieses Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus unserer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

#### **Leistungsfähigkeitseinschätzung:**

Die Patientin ist für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig.

#### **Weiterbehandlung:**

Der Patientin wurde empfohlen, an einer Reha-Nachsorge (Psy-RENA) teilzunehmen. Ziel sollte sein, ein funktionales Krankheitsverständnis zu erarbeiten und den Umgang mit den weiterbestehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen im Alltag zu trainieren.

#### **Beispiel 4**

**Diagnose:** F 40.8 Arbeitsplatzphobie

#### **Selbstbericht der Patientin:**

Die 46-jährige Angestellte kommt nach Aufforderung durch die Krankenkasse (§51 SGB V) zur stationären Rehabilitation. Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit seit acht Monaten.

#### **Psychopathologischer Befund, spezielle Anamnese und Vorbehandlung:**

Es besteht ein deutliches und beobachtbares Arousal bei gedanklicher Exposition an den Arbeitsplatz, mit Gefühl von Kontrollverlust, Angst, nichts sagen zu können, wenn sie Kollegen oder Vorgesetzten begegnen würde. Es besteht ein ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, welches seit ca. 8 Monaten besteht. Beim Gespräch über andere Themen erscheint die Patientin unbelastet. Stimmung und Antrieb sind intakt, Schlaf und Vegetativum unauffällig. Die Patientin gibt an, dass sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe.

#### **Behandlung:**

Aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeitszeit erhielt die Patientin einen Termin beim Sozialarbeiter. War sie in anderen Behandlungen aktiv dabei, zeigte sie dem Thema Arbeit gegenüber ein deutliches Vermeidungsverhalten. Im Gespräch mit dem Sozialarbeiter wurden Leistungsinsuffizienzängste deutlich, die die Patientin nach einem Wechsel der Führungskraft vor 8 Monaten erlebte. Mit dem Wechsel seien stärkere Anforderungen an die Patientin herangetragen worden, denen sie in einigen Situationen unter Zeitdruck nicht gerecht werden konnte. Bei der Vorstellung an ihren Arbeitsplatz zurück zu müssen, reagierte die Patientin mit deutlichem vegetativem Arousal und dem dringenden Wunsch, das Zimmer zu verlassen.

Wir motivierten die Patientin, sich dem Thema der beruflichen Wiedereingliederung zu nähern. Mit großer Überwindung entsprach sie dieser Aufforderung und nahm an 4 Sitzungen einer Arbeits-Angst-Bewältigungs-Gruppe teil. Hier wurden arbeitstypische Fähigkeiten (Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, soziale Kompetenz) und funktionaler kompensatorischer Umgang mit der eigenen Erkrankung bei der Arbeit trainiert.

Der Patientin gelang es im Verlauf, eine gute Kollegin zunächst per E-Mail und dann telefonisch zu kontaktieren. Das Gespräch sei erfolgreich verlaufen. Am Arbeitsplatz sei man für Wiedereingliederungsunterstützung offen. Die Patientin sagte, sie sei froh, in dieser Situation ihre Angst überwunden zu haben.

#### **Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:**

Aufgrund des somatischen Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Abgabe, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus somatischer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

Aufgrund der ausgeprägten arbeitsplatzbezogenen Angst ist derzeit eine Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz nicht möglich. Es wurde mit Einverständnis der Patientin Kontakt zum Betriebsarzt aufgenommen und ein Betriebliches Eingliederungsmanagement eingeleitet.

#### **Leistungsfähigkeitseinschätzung:**

Die Patientin ist für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig.

#### **Weiterbehandlung:**

In Absprache mit dem Betriebsarzt wird ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchgeführt. Die Patientin soll in einer anderen Abteilung arbeiten und dort ähnliche Aufgaben wie in ihrem letzten Bereich zugeordnet bekommen. Um aufgrund der Ängste und der langen vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit keine Überforderung beim Wiedereinstieg zu indizieren, wurde eine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet.

## **8. Was sind Z-Diagnosen?**

Z-Diagnosen werden in der ICD-10 im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (Z)“ aufgeführt. Z-Diagnosen dienen zur Kennzeichnung aktueller Lebensprobleme oder krankheitsbedingter Belastungen, die per se keine eigene Erkrankung darstellen. Psychische Belastungen ohne Krankheitswert können mithilfe von Z-Diagnosen erfasst werden. Im Reha-Entlassungsbericht der Rentenversicherung sollen sie jedoch nicht an erster Stelle codiert werden.

## **9. Empfehlungen zur Weiterbehandlung und diagnostischen Abklärung im ärztlichen Entlassungsbericht**

Im Anschluss an eine somatische Rehabilitation kann die Behandlung psychischer Aspekte je nach Indikationsstellung und Zielsetzung von unterschiedlichen Behandlern und in unterschiedlichen Settings erbracht werden. Eine konkrete Empfehlung zur Art der Weiterbehandlung sollte im ärztlichen Entlassungsbericht benannt und begründet werden.

Hausärzte und Fachärzte ohne psychotherapeutische Weiterbildung sollten zumindest Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung erbringen können.

Jede Empfehlung von „Psychotherapie“ im Entlassungsbericht sollte fachlich begründet sein. Sofern eine Empfehlung „Psychologische Beratung / Psychotherapie“ im Entlassungsbericht auf Blatt 1 angekreuzt wird, sollte im Freitext erläutert werden, was genau gemeint ist. Psychotherapie ist ggf. bei einer psychischen Erkrankung indiziert, nicht aber bei einer normalen Lebensproblembewältigung.

Bei fehlender Fachkunde in der Rehabilitationseinrichtung ist eher die Empfehlung einer weiteren fachspezifischen diagnostischen Abklärung sinnvoll. Dies kann in einer psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem niedergelassenen Facharzt oder Psychotherapeuten erfolgen<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Aufgrund einer Änderung in der Psychotherapie-Richtlinie sind niedergelassene Vertragspsychotherapeuten ab 01.04.2017 verpflichtet eine sogenannte Sprechstunde anzubieten. Hier kann in sechs 25-minütigen Gesprächen eine Bestandsaufnahme des Status, der Verlaufsprognose und weiteren Behandlungssteuerung nach einer medizinischen Rehabilitation vorgenommen werden, und eine Indikationsstellung zur Psychotherapie erfolgen.

## **10. Was sind Psychotherapeuten?**

„Psychotherapeut“ ist eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung. „Psychotherapeut“ dürfen sich nur drei Berufsgruppen nennen: Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 1 Abs. 1 PsychThG).

Psychotherapie in Deutschland ist eine heilkundliche Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Indiziert ist Psychotherapie in der Regel bei psychischen Erkrankungen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in einem Kapitel der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD) einen Katalog mit anerkannten psychischen Erkrankungen herausgegeben. Psychotherapie ist jedoch auch bei körperlichen Erkrankungen indiziert, bei denen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen, z. B. beim Krankheitsverlauf (u. a. Krebs- oder kardiologische Erkrankungen). Abgegrenzt wird die Ausübung der Psychotherapie von psychologischen Tätigkeiten, die insbesondere die Aufarbeitung und Überwindung arbeitsbezogener oder familiärer Problemstellungen oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben (§ 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG).

## **11. Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA)**

Aus der somatischen Rehabilitation kann bei Vorliegen einer F-Diagnose auch die psychosomatische Rehabilitationsnachsorge (Psy-RENA) eingeleitet werden. Psy-RENA zielt auf die Vertiefung und Stabilisierung der in der vorausgehenden medizinischen Rehabilitation erreichten Therapieerfolge in Bezug auf die berufliche, soziale und gesellschaftliche Teilhabe. Die Rehabilitationsziele von Psy-RENA stehen in engem Zusammenhang mit dem Rehabilitationsauftrag der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie fokussieren grundsätzlich auf Aspekte der beruflichen Teilhabe. Im Zentrum stehen Strategien zur Bewältigung von psychosozialen und beruflichen Konflikten. Es werden Themen wie Probleme am Arbeitsplatz und in der Arbeitswelt, Förderung der sozialen Kompetenzen, Reflexion der Selbstwahrnehmung sowie Beziehungsprobleme bearbeitet.

Psy-RENA kann nach Indikationsstellung im Umfang von maximal 25 Gruppengesprächen und zwei Einzelgesprächen innerhalb eines Jahres nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden. Eine Gruppenfähigkeit des Rehabilitanden muss grundsätzlich gegeben sein. Wenn wohnortnah kein Gruppeangebot zur Verfügung steht, kann Psy-RENA auch in Form von Einzelgesprächen durchgeführt werden (vgl. Psy-RENA Nachsorgekonzept der DRV Bund, 2017)

## **12. Kann eine psychische Erkrankung in der somatischen Rehabilitation behandelt werden?**

In drei bzw. vier Wochen einer somatischen Rehabilitation können psychische Erkrankungen nicht behandelt werden. Patienten, die psychisch stark belastet oder krank sind, können hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in und nach der Rehabilitation beraten werden. Psychotherapeutische Interventionen

in der somatischen Rehabilitation haben in der Regel einen psychoedukativen Charakter. Bei Patienten, bei denen die psychische Erkrankung im Vordergrund des Rehabilitationsbedarfs steht, sollte eine Umstellung auf eine psychosomatische Rehabilitation bzw. eine Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen erfolgen.

Suizidalität muss im diagnostischen Prozess abgeklärt werden. Gedanken über das Sterben und den Tod werden im Rahmen von chronischen Krankheitsverläufen nicht selten geäußert. Sollten sich Patienten aber als akut suizidal erweisen, muss eine Verlegung in eine psychiatrische Akutklinik eingeleitet werden.

Patienten mit vordiagnostizierten psychischen Erkrankungen, die sich in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung befinden, sollten bzgl. der psychischen Symptomatik auf diese bestehende Behandlung verwiesen werden. Bei Bedarf kann auch eine Kontaktaufnahme mit dem ambulanten Behandler stattfinden und gemeinsam mit dem Patienten die Abstimmung erfolgen, ob während der dreiwöchigen Rehabilitation eine bestimmte Fragestellung aufgegriffen werden soll.

### **Weiterführende Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber). Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und koronare Herzerkrankung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2013.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber) Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Komorbide Suchterkrankungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber). Psy-RENA Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2017.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber). Reader Psychologie. Aktuelle Informationen zur psychologischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber). Psychische Komorbidität. Leitfa-den zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medi-zinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2014.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M. Fähigkeitsbeeinträchtigung-  
en bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe. 2015.

DKG. S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.



(AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. (DKH). 2014.

Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie, dieses DGK-Positionspapier wurde konsentiert durch das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Der Kardiologe, 1, 2013.

## Kontaktdaten

**Alexandrow**, Meike, Dipl. Psychologin, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim, 37581 Bad Gandersheim

**Barth**, Jürgen, Prof., Dr., Ärztlicher Direktor, Reha-Klinik Nordfriesland, St.-Peter-Ording, Wohldweg 9, 25826 St. Peter-Ording Mail: [prof.barth@hamm-kliniken.de](mailto:prof.barth@hamm-kliniken.de)

**Benninghoven**, Dieter, PD Dr., Psychologischer Psychotherapeut, Mühlenbergklinik, Holsteinische Schweiz, Frahmsallee 1–7, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen, Mail: [dieter.benninghoven@drv-nord.de](mailto:dieter.benninghoven@drv-nord.de)

**Berneking**, Anke, Psychoonkologin, DRV Bund, Reha-Zentrum Todtmoos, Klinik Wehrawald, Schwarzenbacher Str. 3, 79682 Todtmoos, Mail: [Anke.Berneking@drvb-bund.de](mailto:Anke.Berneking@drvb-bund.de)

**Brüggemann**, Silke, Dr., DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin, Mail: [dr.silke.brueggemann@drv-bund.de](mailto:dr.silke.brueggemann@drv-bund.de)

**Dorn**, Monika, Psychologische Psychotherapeutin, DRV Braunschweig-Hannover, Rehazentrum Bad Eilsen, Brunnenpromenade 2, 31707 Bad Eilsen, Mail: [monika.dorn@rehazentrum-bad-eilsen.de](mailto:monika.dorn@rehazentrum-bad-eilsen.de)

**Franzkoch**, Christian, Leitender Abteilungsarzt, DRV Rheinland-Pfalz Mittelrheinklinik Bad Salzig, Salzbornstraße 14, 56154 Boppard-Bad Salzig, Mail: [christian.franzkoch@drv-rlp.de](mailto:christian.franzkoch@drv-rlp.de)

**Funke**, Wilma, Prof., Dr., Psychologische Psychotherapeutin, Kliniken Wied Mühlentalstraße, 57629 Wied, Mail: [wilma.funke@kliniken-wied.de](mailto:wilma.funke@kliniken-wied.de)

**Gelberg**, Hans Christian, Dr., Chefarzt Orthopädie, Klinikum Luitpold, Weißenregener Str. 1, 93444 Bad Kötzing, Mail: [h.gelberg@reha-badkoetzing.de](mailto:h.gelberg@reha-badkoetzing.de)

**Glatz**, Johannes, Dr., Chefarzt Kardiologie, DRV Bund, Reha-Zentrum Seehof, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow, Mail: [dr.med.Johannes.Glatz@drv-bund.de](mailto:dr.med.Johannes.Glatz@drv-bund.de)

**Haaf**, Hans-Günter, Dr., Referatsleiter, DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin, Mail: [dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de](mailto:dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de)

**Hampel**, Petra, Prof. Dr., Europa-Universität Flensburg, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Mail: [petra.hampel@uni-flensburg.de](mailto:petra.hampel@uni-flensburg.de)

**Herbold**, Désirée, Dr., Chefärztin, Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim, Dr.-Heinrich-Jasper-Straße 4, 37581 Bad Gandersheim, Mail: [dr.desiree.herbold@paracelsus-kliniken.de](mailto:dr.desiree.herbold@paracelsus-kliniken.de)

**Herbst**, Helgo, Dr. phil., Sportwissenschaftler, Maternus Klinik, Am Brinkkamp 16, 32545 Bad Oeynhausen, Mail: [helgo.herbst@maternus.de](mailto:helgo.herbst@maternus.de)

**Hesse**, Bettina, Dr., Psychologische Psychotherapeutin, DRV Westfalen,  
Mail: [bettina.hesse@drv-westfalen.de](mailto:bettina.hesse@drv-westfalen.de)

**Hoberg**, Eike, Prof. Dr., Ärztlicher Direktor, Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz,  
Frahmsallee 1–7, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen,  
Mail: [eike.hoberg@drv-nord.de](mailto:eike.hoberg@drv-nord.de)

**Höffler**, Karl-Wilhelm, Psychologischer Psychotherapeut, ACURA Kliniken  
Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach, Kaiser-Wilhelm-Straße 9 -11, 55543 Bad  
Kreuznach, Mail: [karl-wilhelm.hoeffler@t-online.de](mailto:karl-wilhelm.hoeffler@t-online.de)

**Holme**, Martin, Dr., Ärztlicher Direktor, Reha-Zentrum Bad Pyrmont der DRV-Bund,  
Schulstr. 2, 31812 Bad Pyrmont, Mail: [dr.med.martin.holme@drv-bund.de](mailto:dr.med.martin.holme@drv-bund.de)

**Hoppe**, Antje, Diplom-Psychologin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10713 Berlin,  
Mail: [antje.hoppe@drv-bund.de](mailto:antje.hoppe@drv-bund.de)

**Horbach**, Gudrun, Chefärztin Abteilung VMO, Holsing-Vital Fachklinik,  
Brunnenallee 3, 32361 Bad Holzhausen, Mail: [horbach@holsingvital.de](mailto:horbach@holsingvital.de)

**Kalwa**, Marion, Dr., Ärztliche Dezernentin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10713  
Berlin, Mail: [dr.marion.kalwa@drv-bund.de](mailto:dr.marion.kalwa@drv-bund.de)

**Kampczyk**, Ulf, Dr., DRV Mitteldeutschland, Mail: [ulf.kampczyk@drv-md.de](mailto:ulf.kampczyk@drv-md.de)

**Kobelt**, Axel, PD Dr., Psychologischer Psychotherapeut, DRV Braunschweig-  
Hannover, Mail: [axel.kobelt@drv-bsh.de](mailto:axel.kobelt@drv-bsh.de)

**Köhler**, Joachim, Dr., Ärztlicher Referent, DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin,  
Mail: [drmed.joachim.koehler@drv-bund.de](mailto:drmed.joachim.koehler@drv-bund.de)

**Köllner**, Volker, Prof. Dr., Ärztlicher Direktor, DRV Bund Reha-Zentrum Seehof,  
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow, Mail: [volker.koellner@drv-bund.de](mailto:volker.koellner@drv-bund.de)

**Küch**, Dieter, Dr., Psychologischer Psychotherapeut, Paracelsus-Klinik an der  
Gande, Dr.-Heinrich-Jasper-Straße 4, 37581 Bad Gandersheim,  
Mail: [dieter.kuech@paracelsus-kliniken.de](mailto:dieter.kuech@paracelsus-kliniken.de)

**Linden**, Michael, Prof. Dr., Arzt für Psychiatrie und Psychosomatik, Psychologischer  
Psychotherapeut, Charité Universitätsmedizin Berlin, CBF, FPR, HsII, E01,  
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Mail: [michael.linden@charite.de](mailto:michael.linden@charite.de)

**Lorenz**, Kai, Dr., Chefarzt VMO, Berolina Klinik Löhne, Bültestraße 21, 32584 Bad  
Oeynhausen, Mail: [kai.lorenz@uglielje.de](mailto:kai.lorenz@uglielje.de)

**Mai**, Helga, Dr., Ärztliche Dezernentin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10713  
Berlin, Mail: [dr.helga.mai@drv-bund.de](mailto:dr.helga.mai@drv-bund.de)

**Mayer-Berger**, Wolfgang, Dr., Chefarzt, DRV Rheinland, Klinik Roderbirken,  
Roderbirken 1, 42799 Leichlingen,  
Mail: [wolfgang.mayer-berger@klinik-roderbirken.de](mailto:wolfgang.mayer-berger@klinik-roderbirken.de)

**Muschalla**, Beate, Dr., Psychologische Psychotherapeutin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10704 Berlin, Mail: [dr.beate.muschalla@drv-bund.de](mailto:dr.beate.muschalla@drv-bund.de)

**Nebe**, Angelika, Dr., Ärztliche Referentin, DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin, Mail: [dr.angelika.nebe@drv-bund.de](mailto:dr.angelika.nebe@drv-bund.de)

**Niehaus**, Anja, Ergotherapeutin, Johanniter Ordenshäuser Bad Oeynhausen, Johanniterstraße 7, 32545 Bad Oeynhausen, Mail: [anja.niehaus@ahb-klinik.de](mailto:anja.niehaus@ahb-klinik.de)

**Niehues**, Christiane, Dr., Ärztliche Dezernentin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10704 Berlin, Mail: [dr.med.christiane.niehues@drv-bund.de](mailto:dr.med.christiane.niehues@drv-bund.de)

**Ostholt-Corsten**, Margarete, Dr., Ärztin, DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin, Mail: [dr.margarete.ostholt-corsten@drv-bund.de](mailto:dr.margarete.ostholt-corsten@drv-bund.de)

**Rose**, Anne, Dr., Ärztliche Referentin, DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin, Mail: [dr.anne.rose@drv-bund.de](mailto:dr.anne.rose@drv-bund.de)

**Schmucker**, Dieter, Psychologischer Psychotherapeut, Städtische Rehakliniken Bad Waldsee, Badstr. 18, 88339 Bad Waldsee, Mail: [d.schmucker@waldsee-therme.de](mailto:d.schmucker@waldsee-therme.de)

**Schnabel**, Gabriele, Diplom-Psychologin, Holsing Vital Fachklinik, Preussisch Brunnenallee 3, 32361 Preussisch Oldendorf / Holzhausen, Mail: [schnabel@holsingvital.de](mailto:schnabel@holsingvital.de)

**Schrag**, Sabine, Dr., Ärztliche Dezernentin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10704 Berlin, Mail: [dr.sabine.schrag@drv-bund.de](mailto:dr.sabine.schrag@drv-bund.de)

**Schulte**, Rudolf, Dr. phil., Psychologischer Psychotherapeut, DRV Braunschweig-Hannover, Klinik Teutoburger Wald, Teutoburger-Wald-Straße 33, 49214 Rothenfelde, Mail: [rudolf.schulte@klinik-teutoburger-wald.de](mailto:rudolf.schulte@klinik-teutoburger-wald.de)

**Sohr**, Gabriele, Dr., Oberärztin, Reha-Zentrum Bad Pyrmont der DRV-Bund, Schulstr. 2, 31812 Bad Pyrmont, Mail: [dr.gabriele.sohr@drv-bund.de](mailto:dr.gabriele.sohr@drv-bund.de)

**Widera**, Teresia, Dr., DRV Bund, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin, Mail: [dr.teresia.widera@drv-bund.de](mailto:dr.teresia.widera@drv-bund.de)

**Worringen**, Ulrike, Dr., Psychologische Psychotherapeutin, DRV Bund, Hohenzollerndamm 47, 10713 Berlin, Mail: [dr.ulrike.worringen@drv-bund.de](mailto:dr.ulrike.worringen@drv-bund.de)