



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Bund



# Reader Psychologie und Psychotherapie

- Informationen zur psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation
- Schwerpunkt somatische Rehabilitation
- Aktualisierung Juni 2023





# Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	2
2.	Psychologische und psychotherapeutische Aufgaben in der somatischen Rehabilitation	4
3.	Studien- und Qualifikationsabschlüsse im Bereich Psychologie und Psychotherapie	11
4.	Neuordnung der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung ab 2020	16
5.	Psychotherapeut*innen in der somatischen Rehabilitation	19
6.	Bachelor Absolvent*innen der Psychologie und Psychologisch-technische Assistent*innen	22
7.	Diagnostik psychischer Störungen (F-Diagnosen) in der somatischen Rehabilitation	24
8.	Suizidalität – Diagnostik, Dokumentation, Behandlung	36
9.	Berichterstellung	41
10.	Kommunikation, Dokumentation und Aufbewahrung von Rehabilitand*innendaten	50
11.	Beispiele für Screeninginstrumente	54
12.	Erfassung kognitiver Funktionen in der somatischen Rehabilitation	57
13.	Auswahl psychologischer Testverfahren	60
14.	Medien im Gesundheitstraining	65
15.	Fortbildungsangebote für Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen	68
16.	Psychosoziale Nachsorge	71
17.	Informationen für Reha-Einrichtungen im Internet	78
18.	Anhang	80

# 1. Vorbemerkung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund unterstützt die fachliche Arbeit in den Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel, die medizinische Rehabilitation weiterzuentwickeln und ihre Qualität und Wirksamkeit ständig zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund werden im Reader Psychologie und Psychotherapie Informationen und Empfehlungen für verschiedene Aspekte der psychologischen und psychotherapeutischen Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung gestellt. Sie sollen die praktische Arbeit der in den Rehabilitationseinrichtungen mit somatischen Indikationen tätigen Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen unterstützen.

Sie finden Ausführungen zu folgenden Themen:

- Psychologische und psychotherapeutische Aufgaben
- Studien- und Berufsabschlüsse in Psychologie und Psychotherapie
- Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung
- Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation
- Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie und Psychologisch-technische Assistent\*innen
- Umgang mit F-Diagnosen
- Psychologischer und psychotherapeutischer Bericht
- Kommunikation im Reha-Team, Dokumentation und Datenschutz
- Screeninginstrumente
- Erfassung kognitiver Funktionen
- Psychologische Testdiagnostik
- Medien im Gesundheitstraining
- Fort- und Weiterbildungen
- Psychosoziale Nachsorge

Die Angaben in diesem Reader gehen einher mit Anforderungen aus der Qualitätssicherung der DRV Bund sowie Behandlungsempfehlungen, die sich aus Expertenbefragungen und wissenschaftlichen Studien ergeben. In der Aktualisierung des Readers im Juni 2023 wurden Informationen zur psychotherapeutischen Weiterbildung (in Abschnitt 4, auch in der psychosomatischen Rehabilitation) und zur Begutachtung kognitiver Funktionsstörungen (Abschnitt 12) ergänzt. Die dort dargestellten Einschränkungen in der Begutachtung kognitiver Funktionsstörungen betreffen nicht die neurologische Rehabilitation.

Als weiterführende Lektüre zum Thema Entspannungstherapie wird die Broschüre „Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Leitfaden für die Praxis“ herausgegeben von der Deutschen Rentenversicherung Bund (2021) empfohlen.

Die Broschüren der DRV und weitere reharelevante Informationen können im Internet eingesehen und als pdf-Datei unter: [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de) (vgl. Abschnitt 17 in diesem Reader) heruntergeladen werden.

Darüber hinaus bietet die DRV Bund zahlreiche Fortbildungen zum Thema Psychologie und Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation an. Neben Seminaren zu Themen wie sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, fähigkeitsorientierte Befundung oder arbeitsplatzbezogene Ängste werden Train-the-Trainer Seminare zu spezifischen psychologischen und psychotherapeutischen Gruppenkonzepten angeboten. Das Format des Fachaustausches bietet die Möglichkeit, zur Umsetzung von psychologischen und

psychotherapeutischen Interventionen in der medizinischen Rehabilitation in einen fachlichen Dialog mit Kolleg\*innen zu kommen. Die Informationen zu den Fortbildungsveranstaltungen sind im Internet auf der Seite [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de) (Pfad: Fort- und Weiterbildung > Fortbildung für das Reha-Team oder > Trägerspezifische Angebote) veröffentlicht.

In der Zusammenarbeit mit den Rehabilitationseinrichtungen steht Ihnen im Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit für Fachfragen Frau Dr. Worringen zur Verfügung:

**Kontaktdaten:**

Dr. phil. Dipl.-Psych. Ulrike Worringen  
Psychologische Psychotherapeutin  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Abteilung Rehabilitation, Dezernat 8023  
Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit  
10704 Berlin  
Tel: 030 – 865 82087  
E-Mail: [dr.ulrike.worringen@drv-bund.de](mailto:dr.ulrike.worringen@drv-bund.de)

**Danksagung**

Zu einzelnen Abschnitten dieser Broschüre haben maßgeblich leitende Psycholog\*innen aus Rehabilitationseinrichtungen beigetragen. Für den Abschnitt zum Thema Suizidalität danken wir Herrn Dieter Schmucker von der Rehakliniken Bad Waldsee. Für den Abschnitt zur Erfassung kognitiver Funktionen in der somatischen Rehabilitation danken wir Frau Ulrike Ortmann von der Rehaklinik Damp.

Gedankt wird Prof. Heiner Vogel, Dr. Dieter Küch und Prof. Beate Muschalla von der AG Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften für Rückmeldungen zu der aktuellen Ausgabe.

## 2. Psychologische und psychotherapeutische Aufgaben in der somatischen Rehabilitation

Eine erfolgreiche Umsetzung des biopsychosozialen Rehabilitationsansatzes der Rentenversicherung erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Rehabilitationsteam (DRV Bund, 2022a). Die psychologische und psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Abstimmung mit anderen Therapieangeboten der Rehabilitation und wird durch qualifizierte Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen durchgeführt. Das psychologische und psychotherapeutische Aufgabengebiet umfasst neben den Aufgaben der interprofessionellen Zusammenarbeit folgende fachspezifischen Aufgaben:

- psychologische und psychotherapeutische Diagnostik,
- psychologische und psychotherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen,
- Konzeption und Durchführung von edukativen Maßnahmen (Patientenschulung, Gesundheitstraining),
- Dokumentation der psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen,
- Sonderaufgaben (z. B. interne Qualitätssicherung, Mitarbeiterfortbildung).

Die psychologischen und psychotherapeutischen Aufgaben stellen sich sowohl in der stationären als auch in der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

### 2.1 Psychologische und psychotherapeutische Diagnostik

Folgende Aspekte können von psychologischer und psychotherapeutischer Seite zu erheben sein:

- das subjektive Krankheits(folge)modells der Rehabilitand\*innen.
- Belastungs-, Schutz- und Risikofaktoren, die als psychosoziale Kontextfaktoren die Entstehung bzw. das Ausmaß der Krankheit(sfolgen) beeinflussen und sich insbesondere auf antizipierte erwerbsbezogene Aktivität und Partizipation der Rehabilitand\*innen auswirken.
- individuelle, berufs- und problembezogene Bewältigungsstrategien, inklusive einer Fähigkeitsbefundung.

Im Rahmen der Psychodiagnostik stehen dabei folgende Aspekte im Vordergrund

- psychologische Leistungs- und Funktionsdiagnostik, auch durch Erfassung klinischer Dimensionen wie Angst, Depressivität, Somatisierung, Kognitionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis).
- berufsbezogene Diagnostik (z. B. Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, AVEM; Arbeitsplatzphobie-Skala; siehe Abschnitt 13), die für die Entstehung oder das Erscheinungsbild der berufsbezogenen Leistungseinschränkung und für die Gestaltung des Rehabilitationsplanes von Bedeutung sind.
- gezielte berufsbezogene Leistungsdiagnostik, z. B. Leistungsmotivation, psychomentele Belastbarkeit und Verhalten unter simuliertem Stress, psychische Fähigkeiten (z. B. mithilfe der Mini-ICF-APP, Linden et al 2015).

Neben dem klinisch psychologischen oder psychotherapeutischen Explorationsgespräch sind je nach Fragestellung auch psychometrische Verfahren zur Untermauerung des diagnostischen Urteils zu verwenden. Der Einsatz von psychometrischen Verfahren kann dazu beitragen, für Rehabilitand\*innen das Rehabilitationsziel zu definieren, den Rehabilitationsplan zu erstellen und die sozialmedizinische Beurteilung auch in der psychosozialen Dimension abzusichern. Die entsprechende psychologische oder psychotherapeutische Untersuchung konzentriert sich auf die psychischen Faktoren der Krankheit bzw. Krankheitsfolgen unter besonderer Berücksichtigung erwerbsbezogener Aspekte. Die psychologischen und psychotherapeutischen Befunde fließen in die Erstellung des individuellen Rehabilitationsplanes ein, d. h., es müssen ggf. Rehabilitationsziele definiert werden, die sich aus der psychologischen oder psychotherapeutischen Untersuchung ergeben.

Zur Identifizierung eines psychotherapeutischen Klärungs- und Behandlungsbedarfes in der somatischen Rehabilitation wird empfohlen, zu Anfang der Rehabilitation ein psychologisches Screening aller Rehabilitand\*innen durchzuführen, z. B. mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), dem Ultrakurzscreening (UKS) oder dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-4) (vgl. Abschnitt 11: Beispiele für Screeninginstrumente und Abschnitt 5: Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation).

Die Ergebnisse der psychologischen und psychotherapeutischen Untersuchung werden protokolliert und in geeigneter Form in den Reha-Entlassungsbericht aufgenommen (vgl. Abschnitt 9: Berichterstattung). In Absprache mit dem/der behandelnden Ärzt\*in und dem/der Psychotherapeut\*in ist zu unterscheiden, ob und in welchem Umfang während der Rehabilitation psychologische Tätigkeiten oder psychotherapeutische Interventionen durchzuführen sind.

## **2.2 Psychologische und psychotherapeutische Interventionen**

Psychologische und psychotherapeutische Interventionen sind in der medizinischen Rehabilitation fester Bestandteil des therapeutischen Behandlungsplanes. Alle Leistungen sind in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, 2015) beschrieben. Inhalte der psychologischen Interventionen können z. B. sein:

- Motivationsförderung, Edukation (z. B. in der Patientenschulung)
- Training von Bewältigungsstrategien (z. B. Schmerzbewältigung, Stressbewältigung, Entspannungstraining),
- Verhaltensänderung (z. B. Tabakentwöhnung),
- Planung von Alltagstransfer (z. B. Erarbeitung von Handlungsplänen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichem Verhalten im Alltag).

Psychologische und psychotherapeutische Interventionen erfolgen in Einzelsitzungen und in Gruppenarbeit. Für die Indikationsstellung zu den verschiedenen psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen müssen im Reha-Team Kriterien abgesprochen werden, die eine gezielte und frühzeitige Zuweisung ermöglichen.

## **2.3 Psychologische Beratung und Psychotherapie**

Die psychologische Beratung (KTL-Code: F55) besteht in der Regel aus ein bis drei Einzelgesprächen, in denen individuelle Problemsituationen erörtert und durch Informationsvermittlung mögliche Hilfen aufgezeigt werden (z. B. Verweis an wohnortnahe Beratungsstellen). Bei Bedarf werden andere



Berufsgruppen des Rehabilitationsteams, Angehörige oder Betriebsangehörige in die Gespräche einbezogen. Je nach inhaltlichem Schwerpunkt können die psychologischen Gespräche unterschiedlich dokumentiert werden (KTL, 2015):

- F551 Psychologische Beratung in Konfliktsituationen
- F552 Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen
- F553 Psychologische Beratung zur Besprechung von Testergebnissen
- F554 Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen
- F555 Orientierende psychologische Beratung
- C560 Angehörigengespräch krankheitsbezogen

Die individuelle Beratung kann unter den Gegebenheiten in einer Rehabilitationseinrichtung in der Regel nur eine kurze klärende bzw. stützende Intervention darstellen.

Psychologische Einzelgespräche haben in der KTL einen Mindestumfang von 20 Minuten. Der Umfang der einzelnen Gespräche sollte von fachlichen Überlegungen geleitet sein. Nur wenige psychologische Gespräche können in 20 Minuten geleistet werden. Wenn komplexe psychosoziale Problemsituationen vorliegen, bedarf es in der Regel längerer Gesprächszeiten. In der Regel sollten für ein Erstgespräch 50 Minuten Gesprächszeit und 10 Minuten Dokumentationszeit eingeplant werden. Psycholog\*innen sollten die Möglichkeit haben, die Länge der psychologischen Gespräche bedarfsabhängig zu bestimmen.

Bei der Indikationsstellung für psychotherapeutische Einzelgespräche (KTL-Code: G71) sollen Rehabilitand\*innen berücksichtigt werden, bei denen eine psychische Komorbidität abgeklärt werden muss, die Gefahr einer durch das Krankheitserlebnis ausgelösten psychischen Fehlentwicklung vorgebeugt werden soll und ggf. eine Behandlungsmotivation für eine ambulante Psychotherapie aufgebaut werden soll (vgl. Abschnitt 5: Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation). Psychotherapeutische Gespräche können durch Psychotherapeut\*innen oder Psycholog\*innen in Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeut\*innen unter qualifizierter Supervision durchgeführt werden. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen, obliegt grundsätzlich einem/einer Ärztin oder einem/einer Psychotherapeut\*in (Approbationsvorbehalt) (vgl. Abschnitt 7: Diagnostik psychischer Störungen).

## **2.4 Psychologische und psychotherapeutische Gruppen**

Eine wichtige Aufgabe der Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen besteht in der Durchführung von psychoedukativen Gruppen. In den Gruppen werden psychische Folgen der Erkrankung bzw. aufrechterhaltende psychische Faktoren bearbeitet und neue Bewältigungs- und Verhaltensweisen zur Gesundheitsförderung eingeübt. Berufsbezogene Gruppengebote werden häufig in der Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit durchgeführt. Die jeweilige Zusammensetzung und die Inhalte der Gruppen richten sich nach den Bedürfnissen der Rehabilitand\*innen, der Indikation und den Gegebenheiten der Rehabilitationseinrichtung. Die Gruppen müssen wöchentlich bzw. vierzehntägig beginnen, damit – bei entsprechender Indikation – Rehabilitand\*innen aus jeder Anreiseweche daran teilnehmen können. Bei den psychoedukativen Gruppen wird unterschieden zwischen:

### **Störungsspezifische Gruppenarbeit zur Krankheitsbewältigung**

- z. B. Gesprächsgruppen für Rehabilitand\*innen mit Krebs oder für Rehabilitand\*innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen,
- KTL-Code: F560 Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch
  - maximal 12 Teilnehmende, Dauer pro Sitzung in der Regel 50 Minuten, mindestens drei Termine pro Rehabilitation.

### **Problemorientierte Gruppenarbeit zur Gesundheitsförderung**

- z. B. Schmerzbewältigung, Stressbewältigung, Tabakentwöhnung, Schlaftraining, Selbstsicherheitstraining, Ernährungsverhalten,
- KTL-Code: F57 Psychologische Gruppe problemorientiert
  - maximal 12 Teilnehmende, Dauer pro Sitzung mindestens 50 Minuten, mindestens drei Termine pro Rehabilitation.

### **Problemorientierte Gruppenarbeit bei psychischer Komorbidität**

Bei vorliegender psychischer Komorbidität können psychotherapeutische Gruppen zu den Themen Depression, Angst etc. angeboten werden. Diese Gruppen werden von Psychotherapeut\*innen oder Psycholog\*innen in Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeuten unter qualifizierter Supervision angeboten (KTL-Code: F575; F579). In der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (DRV Bund, 2015) bilden diese Gruppen einen zentralen Bestandteil der Behandlung.

### **Berufsbezogene Gruppenarbeit**

Berufsbezogene Gruppenangebote sind ein obligatorisches psychologisches Angebot in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR, DRV, 2019). Inhalt der psychologischen Gruppenangebote ist u. a. der Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz sowie das Training sozialer Kompetenzen. Kodiert werden können diese Leistungen sowohl als problemorientierte psychologische Gruppe (KTL-Code: F57, maximal 12 Teilnehmende) als auch als Leistung der sozialen Arbeit (KTL-Code: D591 Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz, maximal 15 Teilnehmende, Dauer pro Sitzung in der Regel 45 Minuten, mindestens ein Termin pro Woche).

Für alle psychologischen und psychotherapeutischen Gruppenangebote (KTL-Code F560, F57, F61) wird ein ausgearbeitetes Konzept (Curriculum) erwartet.

### **Entspannungstherapie**

In der medizinischen Rehabilitation werden von psychologischer Seite zumeist zwei Entspannungsverfahren angeboten, das Autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (KTL-Code: F61). Die Entspannungstherapie wird sowohl als reine Übungsgruppe als auch als Teil umfassender Problembewältigungsgruppen angeboten (z. B. Teil von Stress- oder Schmerzbewältigungsgruppen, KTL-Code: F57). Einzelbehandlungen zum Erlernen von Entspannungsfähigkeit (KTL-Code: F60) werden in der Regel nur beim Biofeedback eingesetzt (KTL-Code: F590).

Die Einführungsveranstaltung für die Entspannungsverfahren Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation muss von einem/einer Psycholog\*in, Psychotherapeut\*in oder Ärztin mit entsprechender Fortbildung durchgeführt werden. Die nachfolgenden Übungsgruppen können ebenso wie das Biofeedback auch durch entsprechend qualifizierte und supervidierte Co-Therapeut\*innen aus anderen Berufsgruppen (z. B. Bachelor Psychologie, Psychologisch-technischer Assistent\*in, Physiotherapeut\*in, Pflegekraft) geleistet werden (KTL-Code: F61) (vgl. DRV, 2021b).

Ausführungen zum Thema Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation finden sich in der Broschüre „Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Leitfaden für die Praxis“ herausgegeben von der Deutschen Rentenversicherung Bund (2021).

## **2.5 Gesundheitstraining und Patientenschulung**

Zu dem Aufgabengebiet der Psychologen und Psychotherapeuten gehört auch die Mitarbeit beim interdisziplinären Gesundheitstraining. Im Rahmen informierender Vorträge und motivierender Gruppendiskussionen über spezielle krankheits- und gesundheitsbezogene Themen sollen die Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen die Themen anbieten, für die sie von ihrem Fach her besondere Vorkenntnisse mitbringen, z. B. Strategien der nachhaltigen Verhaltensänderung (KTL-Code: C620) und Themen wie Stress, Depressionen oder Alltagsdrogen (KTL-Code: C63).

Die indikationsbezogenen Programme zum Gesundheitstraining, die konkrete Anleitung zur Vermeidung oder Reduzierung bestimmter Risikofaktoren und zum Leben mit Krankheitsfolgen geben, sollen Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen nach motivations- und lernpsychologischen Gesichtspunkten mitgestalten und bei der Durchführung im Rahmen ihrer Fachkompetenz mitwirken (KTL-Codes: C65-C80). Das Gesundheitstraining ist ausführlich in der „Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund – Curricula für Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation“ (2018) beschrieben. Ergänzend gibt eine Praxishilfe in kurzer Form Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Umsetzung der Patientenschulung (DRV, 2018b). Weitere Informationen, Schulungsprogramme und Fortbildungsangebote zum Thema Gesundheitstraining bietet das Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e. V. in Würzburg ([www.zepg.de](http://www.zepg.de)).

## **2.6 Dokumentation**

Von den Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen wird grundsätzlich eine Dokumentation ihrer Arbeit erwartet, die für jede/n Rehabilitand\*in, der/die ein psychologisches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch erhalten hat, ihren Niederschlag in einem psychologischen Bericht findet. Eine Zusammenfassung des psychologischen oder psychotherapeutischen Berichtes wird nach Prüfung in den Reha-Entlassungsbericht übernommen. Mit der Überprüfung ist keine fachliche Korrektur gemeint, sondern es soll sichergestellt werden, dass der gesamte Reha-Entlassungsbericht inhaltlich widerspruchsfrei ist und eine umfassende sozialmedizinische Würdigung des/der Rehabilitand\*in darstellt (vgl. DRV 2019, Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht).

Die psychologischen (F- und D-Kapitel) und psychotherapeutischen Leistungen (F- und G-Kapitel) sowie die Leistungen zum Gesundheitstraining (C-Kapitel) sind nach den Vorgaben der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) zu verschlüsseln. Aus dem G-Kapitel für psychotherapeutische Leistungen soll in der somatischen Rehabilitation nur die Ziffer G71 für psychotherapeutische Einzelgespräche verwendet werden. Psychotherapeutische Gruppen in der somatischen Rehabilitation sollen mit F56, F57 oder F58 codiert werden.

Für die Erstellung eines psychologischen und psychotherapeutischen Berichtes und zu Fragen des Datenschutzes gibt es gesonderte Hinweise (vgl. Abschnitt 9: Berichterstellung und Abschnitt 10: Kommunikation, Dokumentation und Aufbewahrung von Rehabilitand\*innendaten).

## **2.7 Psychologischer sowie psychotherapeutischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung**

Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation können psychische Funktionen und Fähigkeiten befunden (siehe Punkt 2.1). Diese Befunde können Eingang finden in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (DRV, 2021a, siehe Abschnitt 7). Zur Förderung der sozialmedizinischen Kompetenzen der Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation bietet die DRV verschiedene Fortbildungen an (DRV 2022b, siehe Abschnitt 15 und 17). Zudem gibt es eine sozialmedizinische Weiterbildung für Psychotherapeut\*inne (vgl. Abschnitt 4).

## **2.8 Weitere Aufgabenfelder und Sonderaufgaben**

Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen können aufgrund ihrer Grundausbildung auch für koordinierende Aufgaben und insbesondere für die Bearbeitung methodisch-konzeptioneller Fragestellungen im internen Qualitätsmanagement und der Klinikleitung einbezogen werden. Da Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen aufgrund ihrer Grundausbildung gut mit organisationspsychologischen und kommunikationstheoretischen Aspekten vertraut sind, können sie auch in der internen Fortbildung von Mitarbeitenden mitwirken (z. B. Training von Gesprächsführung) und in der Planung von Nachsorgestrategien (z. B. Erarbeitung von handlungsorientierten Arbeitsblättern für Rehabilitanden zur nachhaltigen Verhaltensänderung). Hier fällt ihnen entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation auch die Fachaufsicht und Supervision anderer Berufsgruppen (DRV Bund, 2021b) bzw. die Fachanleitung und Supervision von psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden zu.

### **Weiterführende Literatur zu den genannten Themen**

Bengel, J., Mittag, O. Hrsg. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Somatopsychologie und Verhaltensmedizin. Springer-Verlag. 2. Auflage. 2020.

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

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015a). Anforderungsprofil verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018a). Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund – Curricula für Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018b). Planung, Umsetzung und Dokumentation von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation – Eine Praxishilfe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020). Anforderungsprofil medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2021a). Psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Erfassung und Dokumentation. Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema F-Diagnosen. Version 2021 mit Beispielen zur Fähigkeitsbefundung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2021b). Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2022a). Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit. Leitfaden für die Praxis. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2022b). Manual Modul 2a Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ – Version 2022. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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.

Worringen, U. (Hrsg.) Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 105, 2019-1.

Worringen, U., Küch, D., Schönfeld, M., Markus, M. (Hrsg.). Schwerpunkt: Rehabilitationspsychologie im Wandel. PSMR – Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 35 (2022-1).

### 3. Studien- und Qualifikationsabschlüsse im Bereich Psychologie und Psychotherapie

Im Rahmen der Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraumes (Bologna Prozess) wurden im Jahre 2010 alle bisherigen Diplomstudiengänge und -abschlüsse in Deutschland umgewandelt. Das frühere Diplomstudium wurde zweigeteilt in einen Bachelor- und Masterstudiengang mit entsprechenden Bachelor- und Masterabschlüssen. Die früher bundesweit gültigen Rahmenstudien- und -prüfungsordnungen für die einzelnen Studienfächer wurden in diesem Zuge abgeschafft. Daraus konnten sich in Abhängigkeit vom Studienort für die einzelnen Studienfächer große Unterschiede zwischen den Studiengängen und -abschlüssen ergeben.

Für den Studiengang Psychologie wurden im Rahmen dieses Prozesses vom Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) allgemeine Empfehlungen zur Bewertung der Bachelor- und Masterstudiengänge und -abschlüsse entwickelt. Die DRV Bund folgt in der Bewertung der Studienabschlüsse diesen Empfehlungen.

Die Uneinheitlichkeit der Studienabschlüsse, die zu einer Psychotherapieausbildung qualifizieren, führte u. a. dazu, dass zum 01.09.2020 das Psychotherapeutengesetz reformiert wurde (vergleiche Abschnitt 4: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung). Damit wird auch wiederum das Bachelor- und Masterstudium in Psychologie grundlegend reformiert. Entsprechende Psychologiestudiengänge werden in Psychotherapiestudiengänge umgewandelt. Unmittelbar nach dem Masterabschluss kann ab dem Jahr 2022 durch eine staatliche Prüfung die Approbation als Psychotherapeut\*in erworben werden.

Vor dem Hintergrund dieser beiden Reformen nimmt die Vielfalt der psychologischen und psychotherapeutischen Studien- und Ausbildungsabschlüsse in den kommenden Jahren erst noch einmal zu. Die einzelnen Abschlüsse werden im Folgenden kurz beschrieben.

#### 3.1 Studienabschlüsse im Bachelor- und Masterstudium Psychologie und Psychotherapie

**Bachelor of Science:** Der Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.) in Psychologie erfolgt in der Regel nach einem sechssemestrigen berufsqualifizierendem Studium der Psychologie. Der Bachelor of Science in Psychologie oder ein vergleichbarer Abschluss stellt zudem die Zugangsvoraussetzung für ein Master of Science Studium in Psychologie dar. Bachelor Absolvent\*innen in Psychologie, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind (vgl. Abschnitt 6: Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie und PsTA), müssen im Studium Klinische Psychologie als Anwendungsfach belegt haben.

**Master of Science:** Der Masterabschluss erfolgt in der Regel nach vier weiteren Studiensemestern. Den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie folgend haben die meisten Hochschulen den früheren Diplomstudiengang Psychologie auf einen konsekutiven Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie umgestellt. Der entsprechende Masterabschluss lautet Master of Science (M.Sc.) in Psychologie. Entsprechend qualifizierte Psycholog\*innen können wie Diplom-Psycholog\*innen (mit Prüfungsfach Klinische Psychologie) in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden.



Weicht der Studienabschluss bzw. der Studiengang von dem genannten konsekutiven Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie ab, muss im Einzelfall geprüft werden, ob im Studium klinische Inhalte in hinreichendem Umfang erworben wurden. Der Berufsverband der Psychologen und Psychologinnen (BDP) empfiehlt den Nachweis von klinischen Studienleistungen im Umfang von mindestens 24 Creditpoints. Als Veranstaltungen der Klinischen Psychologie zählen auch Leistungsnachweise in Neuropsychologie und Psychotherapie, nicht aber Leistungsnachweise in Psychodiagnostik oder Methodenlehre.

Die Studienunterlagen der Bewerber\*innen von Hochschulen mit entsprechend abweichenden Studienabschlüssen oder Abschlüssen, die im Ausland erworben wurden, müssen hinsichtlich der genannten klinischen Studieninhalte geprüft werden. Bei der Prüfung kann Hilfe von Seiten der DRV Bund in Anspruch genommen werden.

### **Approbation als Psychotherapeut\*in**

Ab 2020 können Universitäten ein Direktstudium zur Ausbildung in der Psychotherapie anbieten. Es gliedert sich in ein 3-jähriges Bachelor- und ein 2-jähriges Masterstudium und kann mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen werden. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt (vgl. Abschnitt 4: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung).

## **3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildungen**

### **Psychologische Psychotherapeut\*in / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in**

Die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeut\*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in, die nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes im Rahmen einer Übergangsregelung bis zum 01.09.2032, in Härtefällen bis zum 31.08.2035 abgeschlossen werden kann, erfolgt in drei bis fünf Jahren (Vollzeit/Teilzeit) und schließt mit einem Staatsexamen (Approbation) ab. Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeut\*in ist eine Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie an einer Hochschule, die das Fach Klinische Psychologie miteinschließt. Der Zugang zur Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in steht auch Sozialpädagog\*innen offen.

Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen sind befähigt zur eigenständigen heilkundlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie. (Kinder- und Jugendlichen) Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (PiA) können auch einen Ausbildungsabschnitt in der medizinischen Rehabilitation absolvieren (600 Stunden psychosomatische Tätigkeit, 1.200 Stunden psychiatrische Tätigkeit, wenn die entsprechend ärztliche Weiterbildungsermächtigung vorliegt).

### **Fachpsychotherapeut\*innen**

Psycholog\*innen können aufgrund der Reform des Psychotherapeutengesetzes bereits ab Wintersemester 2020 im Studium psychotherapeutisch qualifiziert werden, und analog zu den Ärzt\*innen ihr Studium mit einer Approbationsprüfung abschließen. Sie tragen dann die Berufsbezeichnung Psychotherapeut\*in. Nach der Approbation können sie eine Ausbildung zum/zur Fachpsychotherapeut\*in absolvieren (analog der Fachärzt\*innenausbildung; vergleiche Abschnitt 4: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung).

### **Klinische Neuropsychologie / Neuropsychologische Psychotherapie**

Die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) bietet eine Weiterbildung zum zertifizierten Klinischen Neuropsychologen (GNP) an, die sich als Qualifikationsanforderung in der neurologischen Rehabilitation etablieren konnte. Die Weiterbildung erfolgt in praktischer Berufstätigkeit in Einrichtungen, die für das Fachgebiet von der GNP akkreditiert wurden. Die praktische Berufstätigkeit umfasste drei Jahre für Diplom- oder Masterpsycholog\*innen und zwei Jahre für Psychotherapeut\*innen.

Mit der Neureglung der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung wird die neuropsychologische Weiterbildung ebenfalls als fünfjährige Gebietsweiterbildung mit dem Erwerb der Bezeichnung Fachpsychotherapeut\*in für „Neuropsychologische Psychotherapie“ angeboten (siehe Abschnitt 4: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung).

### **Psychoonkologie**

Gemeinsam mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo) und der gesellschaftsinternen Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) erstellt die Deutsche Krebsgesellschaft Kriterien für die psychoonkologische Fortbildung. Ziel der Fortbildung ist die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in allen Teilgebieten der Psychoonkologie mit Schwerpunkt auf Diagnostik und Interventionen bei erwachsenen Krebspatient\*innen und deren Angehörigen. Für eine Anerkennung durch die Deutsche Krebsgesellschaft müssen folgende thematische Schwerpunkte im curricularen Fort- und Weiterbildungskonzept enthalten sein:

- psychologische und medizinische Grundlagen der Psychoonkologie,
- psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung in allen Krankheits- und Behandlungsphasen, einschließlich Rehabilitation und Nachsorge, Prognedienz, Palliativ- und Hospizsituation,
- Theorie und Praxis (Fallarbeit) einer für Krebspatient\*innen und deren Angehörige spezifischen psychosozialen und psychotherapeutischen Therapie,
- Forschungsmethoden und Forschungsergebnisse der Psychoonkologie,
- Strukturen psychoonkologischer Versorgung,
- sozialrechtliche Grundlagenkenntnisse,

Selbsterfahrung und kritische Reflexion der eigenen beruflichen Praxis. Die psychoonkologische Fortbildung steht allen in der Onkologie tätigen ärztlichen, pflegenden und therapeutischen Berufsgruppen offen.

### **Spezielle Schmerzpsychotherapie**

„Spezielle Schmerzpsychotherapie“ ist ein Zusatztitel für Psychotherapeut\*innen, der zunächst nur von den vier großen Schmerz-Fachverbänden vergeben wurde. Seit 2018 ist die „spezielle Schmerzpsychotherapie“ in die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer aufgenommen worden und wird nun auch als psychotherapeutische (Bereichs) Weiterbildung angeboten (siehe Abschnitt 4: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung).

### **Psychodiabetologie / Spezielle Psychotherapie bei Diabetes**

Die Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Psychologie e. V.“ und die Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Psychologie, DDG“ bieten in Kooperation mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) für Diplom-Psycholog\*innen oder Absolventen eines Master-Studiengangs Psychologie sowie Psychotherapeut\*innen die Weiterbildung zum/zur „Fachpsychologen/in DDG“ an. Für Psychotherapeut\*innen wird von einzelnen Landespsychotherapeutenkammern die (Bereichs)Weiterbildung „spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ angeboten (siehe Abschnitt 4: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung).



### **Psychokardiologische Grundversorgung**

Die Arbeitsgruppe Psychosoziale Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie hat das Fortbildungskonzept „Psychokardiologische Grundversorgung“ erarbeitet. Ziel ist es, in insgesamt 80 Lehrveranstaltungsstunden wesentliche Aspekte der psychosomatischen Grundversorgung kardiologischer Patient\*innen in Akutklinik, Rehabilitation und Praxis zu vermitteln. Das Angebot richtete sich an Ärzt\*innen, Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen.

### **Fachpsycholog\*in für Rehabilitation**

Mit dem Zertifikat „Fachpsychologe/in für Rehabilitation (BDP)“ wird die kontinuierliche Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Berufserfahrung im Bereich der Rehabilitationspsychologie dokumentiert. Das Zertifikat, das von der Deutschen Akademie für Psychologie ausgestellt wird, ermöglicht seinen Inhaber\*innen einen Qualitätsnachweis für ihre psychologische Tätigkeit in der stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation. Neben der theoretischen Fortbildung muss ein Nachweis der psychologischen Berufserfahrung in der Versorgung von Rehabilitand\*innen in der ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation erbracht werden. Die Zertifizierung steht Psycholog\*innen (Diplom oder Master Abschluss in Psychologie) und Psychotherapeut\*innen offen.

Das Zertifikat ist jedoch keine Qualifikationsvoraussetzung für eine psychologische Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation und hat keine Auswirkungen auf berufs- und sozialrechtliche Fragen. Die Zertifizierung als Fachpsycholog\*in für Rehabilitation qualifiziert nicht für eine heilkundliche Tätigkeit. Sie ersetzt nicht die Approbation als (Psychologische/r) Psychotherapeut\*in.

Hinweise zu weiteren Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten finden sich in diesem Reader im Abschnitt 15: Fort- und Weiterbildungsangebote für Psychologen und Psychotherapeuten.

### **3.3 Assistenzberuf: Psychologisch-technischer Assistent\*in (PsTA)**

Der/die psychologisch-technische Assistent\*in ist eine psychologische Hilfskraft. Er/sie hat entweder vor dem 01.01.2015 das Fortbildungszertifikat des Berufsverbands der Deutschen Psychologinnen und Psychologen (BDP) erworben oder er/sie hat an anderer Stelle eine derartige Fortbildung absolviert. Die Aufgaben des PsTA umfassen die Mitarbeit in der Psychodiagnostik, die Unterstützung der Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in der Rehabilitand\*innenbetreuung (jeweils in Abhängigkeit von erworbenen Qualifikationen, ggf. Leistungen unter Fachaufsicht wie Durchführung von Entspannungsverfahren incl. Biofeedback, vgl. KTL-Code: F590, F61), die Bedienung und Wartung psychologisch technischer Geräte, einfache statistische Auswertungen sowie Verwaltungs- und Büroarbeiten (vgl. Abschnitt 6: Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie und Psychologisch-technische Assistent\*innen). Die Tatsache, dass nach der Umsetzung der Bologna Reform aus Sicht des BDPs für diese Tätigkeiten Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie besser geeignet sind, führten innerhalb des BDPs zu der Entscheidung, die Vergabe dieses Zertifikates einzustellen.

### 3.4 Der Einsatz der verschiedenen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation

Das **Diplom oder ein Master of Science (M.Sc.)** Abschluss in Psychologie ist die Voraussetzung für eine eigenverantwortliche psychologische Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation (vgl. Abschnitt 2: Psychologische und psychotherapeutische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation; vgl. Kapitel F in der KTL).

Der **Bachelor of Science (B.Sc.)** in Psychologie qualifiziert nicht für eine eigenverantwortliche psychologische Berufstätigkeit in der medizinischen Rehabilitation. Ein/e Bachelor Absolvent\*in in Psychologie kann aber unter Fachaufsicht eines/r Diplom-Psycholog\*in oder eines/r Master of Science (M.Sc.) Absolvent\*inn in Psychologie psychologische Routinetätigkeiten durchführen (vgl. Abschnitt 6: Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie und Psychologisch-technische Assistent\*innen).

Als psychologische Routinetätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation gelten die Durchführung und Auswertung von psychologischer Testdiagnostik, die Durchführung von Entspannungsverfahren (incl. Biofeedback; KTL-Codes: F590, F61), die Erhebung und Auswertung von Patient\*innenbefragungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, die Gestaltung und Durchführung von Patient\*innenvorträgen sowie die Durchführung von Seminaren zur Gesundheitsbildung und standardisierter Patient\*innenschulungen (Kapitel C in der KTL). Die Stellenanteile, die Bachelor Absolvent\*innen in der psychologischen Versorgung übernehmen können, variieren zwischen den Indikationen (DRV 2014).

Die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen unterliegt dem Approbationsvorbehalt und kann nur durch entsprechend qualifizierte (**Psychologische**) **Psychotherapeut\*innen** oder Ärzt\*innen erfolgen. Auch in den somatischen Indikationen ist aufgrund der häufig vorliegenden psychischen Komorbidität der Einsatz von Psychologischen Psychotherapeut\*innen erforderlich (vgl. Abschnitt 5: Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation).

Die Qualifikation des/r **klinischen Neuropsycholog\*in** ist in der neurologischen Rehabilitation unerlässlich. In anderen Indikationen kann der klinische Neuropsychologe das psychologische Team, insbesondere bei Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit, unterstützen.

**Teamstruktur:** Früher war die Aufgabenverteilung im psychologischen Team aufgrund der gleichwertigen beruflichen Qualifikation mehrerer Diplom-Psycholog\*innen in der Regel abhängig von persönlichen Interessen, Zusatzqualifikationen und institutionellen Anforderungen. Grundsätzlich konnte jeder alles tun. Bereits die Bologna Reform und der Einsatz von Psycholog\*innen mit neuen Studien- und Berufsabschlüssen machte die differenzierte Zuordnung von Aufgaben erforderlich. So können seitdem einige edukative und übende Verfahren auch von Bachelor Absolvent\*innen durchgeführt werden, während Master Absolvent\*innen zusätzlich deren Supervision übernehmen müssen. Durch die Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen kommt eine heilkundliche Qualifikation ins Team, die eigenverantwortlich psychotherapeutische Aufgaben übernehmen kann. Diesem sollte die Fachaufsicht übertragen werden (vgl. Abschnitt 5: Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation). Perspektivisch werden spätestens ab 2028 fast alle neuen Studienabsolvent\*innen approbiert sein und den Reha-Einrichtungen stellt sich dann die Frage der internen oder kooperativen Weiterbildungsmöglichkeit ihrer Mitarbeitenden.

### Literatur

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2009). Musterweiterbildungsordnung Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, in der Fassung der Beschlüsse des 8. Deutschen Psychotherapeutentages in Frankfurt am 13. Mai 2006, zuletzt geändert am 18. /19. November 2022 [www.api.bptk.de/uploads/Muster\\_Weiterbildungsordnung\\_PP\\_und\\_KJP\\_der\\_B\\_Pt\\_K\\_80c727e496.pdf](http://www.api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_PP_und_KJP_der_B_Pt_K_80c727e496.pdf)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2021). Musterweiterbildungsordnung Psychotherapeut\*innen, in der Fassung der Beschlüsse des 38. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 24. April 2021, zuletzt geändert am 14. Mai 2022 [www.api.bptk.de/uploads/Muster\\_Weiterbildungsordnung\\_Psychotherapeut\\_innen\\_der\\_B\\_Pt\\_K\\_d6427e628e.pdf](http://www.api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_B_Pt_K_d6427e628e.pdf)

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

## 4. Neuordnung der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung ab 2020

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde ab dem 01.09.2020 die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung grundlegend geändert. Psycholog\*innen, die nach 2020 ihr Studium beginnen, werden nun bereits im Studium psychotherapeutisch ausgebildet und können nach einer staatlichen Prüfung am Ende des Masterstudienganges die Berufszulassung (Approbation) erlangen. Die Regelstudienzeit beträgt fünf Jahre, wobei drei Jahre für den Bachelor- und zwei Jahre für den Masterstudiengang vorgesehen sind. Neben kurativen werden auch präventive und rehabilitative Studieninhalte gelehrt.

### 4.1 Praktika im Studium

Im Bachelorstudiengang sind Praktika (mindestens 150 Stunden.), die der ersten Orientierung im Berufsfeld dienen sollen, explizit auch in präventiven oder rehabilitativen Bereichen der psychotherapeutischen Versorgung möglich.

Das berufsqualifizierende Praktikum „Angewandte Praxis der Psychotherapie“ (mindestens 240 Stunden im Rahmen des Masterstudienganges) findet in Einrichtungen der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen und neuropsychologischen Versorgung bzw. in interdisziplinären Behandlungszentren mit Psychotherapieschwerpunkt statt. Geeignete Einrichtungen können im Einvernehmen mit den nach Landesrecht für Gesundheit zuständigen Landesbehörden Kooperationen mit den Hochschulen abschließen. Die Student\*innen führen im berufsqualifizierendem Praktikum unter Anleitung psychotherapeutische Behandlungen durch. Die Anleitung der Student\*innen im berufsqualifizierendem Praktikum erfolgt durch Psychotherapeut\*innen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung oder durch Psychologische Psychotherapeut\*innen mit entsprechender Fachkunde. Die Student\*innen werden nicht auf den Stellenplan der DRV Bund angerechnet.

## 4.2 Gebiets- und Bereichsweiterbildungen

Nach der Approbation kann die Gebietsweiterbildung zur Fachpsychotherapeut\*in erfolgen. Diese dauert fünf Jahre, wobei zwei Jahre in der stationären psychotherapeutischen Versorgung, zwei Jahre in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und ein Jahr frei wählbar, auch im sogenannten institutionellen Bereich, zu dem auch die somatische Rehabilitation gerechnet wird, vorgesehen sind. Die Gebietsweiterbildung wird altersgruppenspezifisch durchgeführt. Gebietsweiterbildung gibt es für die Gebiete (1.) Erwachsene, (2.) Kinder und Jugendliche sowie (3.) Neuropsychologische Psychotherapie.

Eine Bereichsweiterbildung kann ergänzend zu den Gebietsweiterbildungen erworben werden. Es gibt sie derzeit u. a. für die Spezielle Schmerzpsychotherapie, Spezielle Psychotherapie bei Diabetes und Sozialmedizin. Mit einer Bereichsweiterbildung werden u. a. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in spezialisierten psychotherapeutischen Methoden oder in besonderen Anwendungsbereichen erworben (BPTK, 2021).

Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) müssen dem jeweiligen Weiterbildungsgesetz folgend entsprechend ihrer akademischen Grundausbildung beschäftigt und entlohnt werden. Es handelt sich um kein Praktikum wie in der bisherigen Psychotherapieausbildung. Die PtW werden als Psychotherapeut\*in auf den Stellenplan der DRV Bund angerechnet.

## 4.3 Reha-Einrichtungen als Weiterbildungsstätten

Neurologische und psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen sowie Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen können auf Antrag bei den jeweils zuständigen Landespsychotherapeutenkammern für die **stationäre Gebietsweiterbildung** bis zu drei Jahren zugelassen werden, wenn sie die räumlichen, personellen und fachlichen Voraussetzungen erfüllen (BPTK, 2021).

Die **Weiterbildungsbeauftragten** müssen Berufsgruppenangehörige sein, die mindestens drei Jahre als Fachpsychotherapeut\*innen bzw. Psychologische Psychotherapeut\*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen berufstätig waren. Sie müssen mindestens zwei Jahre davon in dem Berufsfeld, für das die Weiterbildungsbefugnis beantragt wird, gearbeitet haben.

In der jeweiligen Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern sind die Kompetenzen, die von den Weiterbildungsteilnehmenden erworben werden sollen, festgelegt. Die/der Weiterbildungsbeauftragte muss den Erwerb dieser Kompetenzen in einem Logbuch bestätigen.

Die Weiterbildung erfolgt in **Hauptberuflichkeit**, mindestens im Umfang von 25% der vollen Arbeitszeit als Psychotherapeut\*in in Weiterbildung (PtW). Die Weiterbildungsstätte muss die Weiterbildungsteilnehmenden sozialversicherungspflichtig und mit angemessener tariflicher Eingruppierung anstellen. Sie muss die theoretische und praktische Weiterbildung im Rahmen der Arbeitszeit ermöglichen, hierzu zählen auch Supervision und Selbsterfahrung. Die Selbsterfahrung darf jedoch nicht in einem dienstlichen Abhängigkeitsverhältnis erfolgen. Die Organisation der Theorievermittlung und Supervision ist den Weiterbildungsstätten freigestellt. Sie können sie vollumfänglich selbst erbringen oder aber in Kooperation mit anderen Weiterbildungsstätten. Diese können auch sogenannte Weiterbildungsinstitute sein, die Theorie oder Supervision anbieten. Entsprechende

Kooperationsverträge müssen mit dem Antrag auf Zulassung bei den Kammern eingereicht werden. Die Supervision kann durch die Weiterbildungsbefugte oder von der Kammer anerkannte Supervisor\*innen erfolgen. Supervisor\*innen und Selbsterfahrungsleitende müssen zwei Jahre Tätigkeit im entsprechenden Berufsfeld als Qualifikation nachweisen.

Im Rahmen der **Gebietsweiterbildung** ist mindestens ein Verfahrensbezug zu erlernen. Die praktische und theoretische Vermittlung des Verfahrensbezugs in den Psychotherapieverfahren Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie erfolgt schwerpunktmäßig in der ambulanten Weiterbildung. In der stationären Weiterbildung liegt der Schwerpunkt auf dem Erwerb verfahrensübergreifender Kompetenzen, wie z. B. Zusammenarbeit im interprofessionellen Team, psychotherapeutische Mitbehandlung somatischer Krankheiten, Kurzzeit- und Krisenintervention, Gruppenpsychotherapie und sozialmedizinische Begutachtung.

Alle drei **Bereichsweiterbildungen** umfassen jeweils 18 Monate praktische Tätigkeit in einer von den jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern anerkannten Weiterbildungsstätte. In allen drei Bereichsweiterbildungen ist neben der praktischen Tätigkeit die Teilnahme an Supervision, Theorie und der Nachweis von therapeutischer bzw. gutachterlicher Tätigkeit notwendig.

#### **4.4 Psychotherapeutische Weiterbildung in der psychosomatischen Rehabilitation**

In der psychosomatischen Rehabilitation haben alle Rehabilitand\*innen eine Psychotherapeut\*in als Bezugstherapeut\*in. Diese/r führt das psychotherapeutische Aufnahmegespräch und die weiteren psychotherapeutischen Einzelgespräche durch. Er/sie bietet zudem psychotherapeutische Gruppen an und ist an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beteiligt. Zudem nimmt er/sie an interner und externer Supervision bzw. Fallbesprechungen und Visiten teil, an Teamsitzungen und ist an der Erstellung des Reha-Entlassungsberichts maßgeblich beteiligt.

Die Anzahl der Rehabilitand\*innen, die ein/e Bezugstherapeut\*in in der psychosomatischen Rehabilitation betreut, kann zwischen den Reha-Einrichtungen konzeptabhängig variieren. Die Zahlen liegen zwischen 10-15 Rehabilitand\*innen bei einer Vollzeitstelle. Da Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) durch Theorieunterricht, Selbsterfahrung und Supervision mit rund fünf Stunden pro Woche nicht der psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen, betreuen sie im Schnitt zwei Rehabilitand\*innen weniger.

Der/die psychotherapeutische Weiterbildungsbeauftragte ist mit der Fachaufsicht und Anleitung der PtWs betraut. Er/sie führt Visiten und Supervisionen durch, ist aber in Abhängigkeit von der Anzahl der zu betreuenden PtWs nicht selbst oder in reduziertem Umfang als Bezugstherapeut\*in tätig.

Die Weiterbildung erfolgt in Anstellung. Die Finanzierung der Weiterbildung muss durch den Arbeitgeber erfolgen. Die Finanzierung umfasst sowohl das am Tarifvertrag angelehnte Gehalt der Weiterbildungsteilnehmenden als auch die Kosten für die Weiterbildung. Die Kosten für die Weiterbildung umfassen die Supervision, die Selbsterfahrung und die theoretische Weiterbildung. Abhängig von den bisherigen Rahmenbedingungen vor Ort muss mit Mehrkosten bis zu 8 Euro pro Pflage-tag und Rehabilitand\*in gerechnet werden.

## Literatur

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2021). Musterweiterbildungsordnung Psychotherapeut\*innen, in der Fassung der Beschlüsse des 38. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 24. April 2021, zuletzt geändert am 14. Mai 2022 [www.api.bptk.de/uploads/Muster\\_Weiterbildungsordnung\\_Psychotherapeut\\_innen\\_der\\_B\\_Pt\\_K\\_d6427e628e.pdf](http://www.api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_B_Pt_K_d6427e628e.pdf)

# 5. Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation

Die fachgerechte Abklärung psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation hat für die Rentenversicherung im Hinblick auf den langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit einen hohen Stellenwert (DRV Bund, 2014, 2021). Die dazu notwendige psychotherapeutische Intervention, die sowohl die Abklärung der psychischen Komorbidität, die Aufklärung der Rehabilitanden über die psychodiagnostischen Befunde und die Motivierung zur fachgerechten Behandlung umfasst, unterliegt dabei dem Approbationsvorbehalt (DRV Bund, 2011, 2013, 2015b, 2021). Aus diesem Grund ist die Qualifikation des/der (Psychologischen) Psychotherapeut\*in als Anforderung für die somatische Rehabilitation in den Strukturanforderungen der DRV Bund hinterlegt. Die Strukturanforderungen wurden im Jahre 2023 aktualisiert. Der Stellenansatz in der Psychologie in den somatischen Indikationen wurde um 0,5 Stelle auf 100 Rehabilitanden erhöht. Die Stelle soll mit einer/m Psychotherapeut\*in besetzt werden. Es gibt eine Übergangsregelung bis Ende 2024. Mit dem verbindlichen Einsatz des (Psychologischen) Psychotherapeut\*in kann das Handlungsziel der Rentenversicherung (DRV Bund, 2014), psychisch erkrankte Versicherte in der somatischen Rehabilitation frühzeitig zu erkennen, erreicht werden.

## 5.1 Psychotherapeut\*innen in der somatischen Rehabilitation

In den Strukturvorgaben sind Psychotherapeut\*innen und Psycholog\*innen in einer Funktionsgruppe zusammengefasst. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, auch alle psychologischen Stellen psychotherapeutisch zu besetzen. Auf eine/n Psychotherapeut\*in sollte aus den folgenden Gründen nicht verzichtet werden.

Dem/der (Psychologischen) Psychotherapeut\*in obliegt die Fachaufsicht über die Diplom- oder Master-Psycholog\*innen. Der/die (Psychologische) Psychotherapeut\*in hat sicher zu stellen, dass ein Verfahren in der Abteilung etabliert wird, dass die Identifizierung von Rehabilitand\*innen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung ermöglicht. Hierzu können Screeninginstrumente eingesetzt (vgl. Abschnitt 11: Beispiele für Screeninginstrumente), das Reha-Team geschult, Fallkonferenzen, Visiten und Teambesprechungen genutzt werden.

Der/die (Psychologische) Psychotherapeut\*in hat die differentialdiagnostische Abklärung vorzunehmen und den Rehabilitand\*innen, die behandelnden Ärzt\*innen und ggf. weitere Mitglieder des Reha-Teams über die Befunde aufzuklären. Wenn die psychotherapeutischen Befunde von sozialmedizinischer oder therapeutischer Relevanz sind, sind sie im Reha-Entlassungsbericht entsprechend darzustellen (vgl. DRV 2021, 2022). Eine Therapieempfehlung bzw. Weiterbehandlung ist auszusprechen und ggf. einzuleiten.



## 5.2 Prävalenz psychischer Störung

Die Prävalenz abklärungsbedürftiger psychischer Belastung liegt in der somatischen Rehabilitation bei maximal 40 Prozent (DRV Bund, 2011). Bei rund einem Viertel der Rehabilitanden wird davon ausgegangen, dass sie bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung sind und eine differentialdiagnostische Abklärung in der medizinischen Rehabilitation nicht notwendig ist. Bei einer Gesamtzahl von 100 Rehabilitand\*innen muss also bei 30 Rehabilitand\*innen davon ausgegangen werden, dass sie zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch eingeladen werden. In diesem Erstgespräch soll die weitere Bedarfsabklärung erfolgen. Angesetzt werden 30 Minuten für dieses Erstgespräch pro Rehabilitand\*in. Dies ergibt für einen Zeitraum von 3 Wochen Rehabilitationsdauer eine Therapiebindungszeit von insgesamt 15 Stunden für psychotherapeutische Erstgespräche.

Geht man davon aus, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Erstgespräche bei maximal 20% aller Rehabilitand\*innen die Verdachtsdiagnose einer psychischen Komorbidität gestellt wird (DRV Bund, 2011) und weitere psychotherapeutische Gespräche zur vertieften diagnostischen Abklärung, Befundung und Klärung des weiteren Behandlungsbedarfs notwendig sind, und kalkuliert, dass hierzu jeweils zwei Termine à 50 Minuten (+ 10 Minuten Vor- und Nachbereitung) notwendig sind, ergibt dies weitere 40 Psychotherapiestunden in einem Zeitraum von 3 Wochen.

Insgesamt sind dies in der Summe 55 Psychotherapiestunden in 3 Wochen, d. h. rund 18 Stunden pro Woche für psychotherapeutische Einzelkontakte.

Wenn bei 10% der psychisch belasteten Rehabilitand\*innen nicht von einer psychischen Komorbidität, aber in Bezug auf psychosoziale Belastungen von einem weiteren psychologischen Beratungsbedarf ausgegangen werden kann, der auch von den Master oder Diplom Psycholog\*innen erfüllt werden kann, verbleiben für diese Berufsgruppe mindestens 3–4 weitere psychologische einstündige Einzelgespräche pro Woche. Befindet sich der/die Master oder Diplompsycholog\*in in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeut\*in oder in der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut\*in wird er/sie unter der Supervision des/der Psychologischen Psychotherapeut\*in einen Teil der psychodiagnostischen Gespräche führen. Entsprechend Mehraufwand an Anleitung und Supervision ergeben sich dann für den/die Psychologischen Psychotherapeut\*in.

In Abhängigkeit vom Therapiekonzept kann der/die Psychologische Psychotherapeut\*in auch Gruppen mit psychotherapeutischem Inhalt anbieten (z. B. Schmerzpsychotherapie, vgl. DRV Bund, 2013).

Die edukativen Leistungen und das Entspannungstraining können zum Teil auch von einem/einer Bachelor Absolvent\*in in Psychologie (BA) übernommen werden. Somit wird in der folgenden Auflistung auch die Durchführung des Entspannungstrainings aufgeführt.

In der Gesamtschau ergeben sich für das psychologische und psychotherapeutische Team folgende Therapiestunden auf 100 Rehabilitand\*innen pro Woche:

Therapieleistungen	Stunden/Woche	Funktionsgruppe
Indikative Gruppentherapie	5	MA, PPT, PiA, PtW
Problemorientierte Gruppentherapie	5	MA, PPT, PiA, PtW
Eduktion (Vortrag, Schulung)	7	BA, MA, PPT, PiA, PtW
Entspannungstraining (Ein- und Durchführung)	6	BA, MA, PPT, PiA, PtW
Psychologische Beratungsgespräche	4	MA, PPT, PiA, PtW
Psychotherapeutische Gespräche	18	PPT, PiA, PtW
<b>45 Stunden Therapieleistungen</b>		

MA= Master oder Diplom-Psycholog\*in, BA=Bachelor Absolvent\*in in Psychologie, PPT=Psychologische/r Psychotherapeut\*in, PiA=Psychotherapeut\*in in Ausbildung, PtW=Psychotherapeut\*in in Weiterbildung

Sonstige Aufgaben	Stunden/Woche
<b>Master und Diplom-Psycholog*in, Bachelor Absolvent*in:</b> Vor- und Nachbereitung Gruppen und Vorträge, berufsbezogene Diagnostik, Betreuung der Testdiagnostik, Dokumentation, Fallbesprechung, Fortbildung, Qualitätszirkel u. a.	8 Stunden
<b>Psychologische/r Psychotherapeut*in:</b> Dokumentation, Fallbesprechung, Einleitung der Weiterbehandlung u. a. (30 Minuten pro Fall)	8 Stunden
<b>Psychologische/r Psychotherapeut*in:</b> Fachaufsicht, Supervision, Teamfortbildungen, Teambesprechungen, Qualitätszirkel u. a.	5 Stunden
	<b>21 Stunden</b>

In der Gesamtsumme ergeben sich für 100 Rehabilitand\*innen rund 66 Arbeitsstunden in der Woche, davon sind mindestens 31 Stunden dem/der Psychotherapeut\*in vorbehalten. Wenn der/die Psychotherapeut\*in nicht ausschließlich Einzelleistungen erbringt, sondern auch einzelne Gruppenleistungen übernimmt bzw. anleitet, benötigt man eine Vollzeitstelle eines/einer Psychotherapeut\*in und mindestens eine 0,75 Stelle für einen/eine Psycholog\*in in der somatischen Rehabilitation. Wird ein verhaltensmedizinisch orientiertes Rehabilitationskonzept angeboten, werden 5 Psychotherapeut\*innen auf 100 Rehabilitand\*innen benötigt (vgl. Anforderungsprofil VOR).

In der Aktualisierung der Strukturanforderungen (Stand März 2023) wird diesem Mehrbedarf in den somatischen Abteilungen Rechnung getragen.

### Literatur

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

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



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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015a). Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015b). Komorbide Suchtprobleme – Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2021). Psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Erfassung und Dokumentation. Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema F-Diagnosen. Version 2021 mit Beispielen zur Fähigkeitsbefundung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2022). Psychologische Beiträge zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Modul 2a des Curriculums Sozialmedizin im Reha-Team. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023, in Vorbereitung). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

## **6. Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie und Psychologisch-technische Assistent\*innen**

Seit 2014 können mit Stellenanteilen von maximal 0,25 Stellen auf 100 Rehabilitand\*innen auch Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie in der medizinischen Rehabilitation tätig sein. In einigen Rehabilitationseinrichtungen führen die folgenden, für eine/n Bachelor Absolvent\*in der Psychologie, beschriebenen Aufgaben auch Psychologisch-Technische Assistent\*innen aus.

Für Psychologisch-technischen Assistent\*innen liegt vom Berufsverband der Deutschen Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP) eine Fortbildungsordnung vor, nach der bis zum 31.12.2014 das Zertifikat nach Abschluss der Fortbildung erworben werden konnte. Die Fortbildungsordnung sah ein Curriculum zur Vermittlung der Inhalte und eine Abschlussprüfung vor. Parallel dazu musste eine zweijährige praktische Tätigkeit, unter Anleitung eines/einer Diplom- oder Master Psycholog\*in, nachgewiesen werden. Kooperationspartner\*in dieser Fortbildung waren unter anderem die Bundeswehr und die Bundesagentur für Arbeit. Die Tatsache, dass nach der Umsetzung der Bologna Reform aus Sicht des BDPs für diese Tätigkeiten Bachelor Absolvent\*innen der Psychologie besser geeignet sind, führten

innerhalb des BDPs zu der Entscheidung, die Vergabe dieses Zertifikates einzustellen.

Einzelne Bildungsträger bieten nach wie vor Weiterbildungen für Psychologisch-technischen Assistent\*innen mit mehr als 200 Unterrichtseinheiten an.

Die Gewichtung der folgenden Tätigkeiten gestaltet sich in Abhängigkeit von der Qualifikation der Stelleninhaber\*in. Bei einem/einer Bachelor Absolvent\*in in Psychologie werden die Mitarbeit in der Psychodiagnostik und Rehabilitandenbetreuung im Vordergrund stehen.

## **6.1 Mitarbeit in der Psychodiagnostik**

### **Befragung/Erhebung zu psychologischen Basisdaten**

- Vorbereitung, Information der Rehabilitand\*innen
- Befragung der Rehabilitand\*innen und Ausfüllen von Fragebögen wie z. B. soziobiographische Fragebögen, strukturierten und nicht strukturierten Explorationen

### **Durchführung psychodiagnostischer Testverfahren nach Anweisung der Psycholog\*innen**

- Durchführung psychologischer Testverfahren nach Vorschrift des Tests (Papier- und Bleistifttests, apparative Tests) wie z. B. klinische Tests, Einstellungs- und Befindlichkeitsskalen, kognitive Leistungstests (u. a. Intelligenztests)
- Auswertung psychologischer Testverfahren nach formalen Vorgaben (keine inhaltliche Interpretation der Ergebnisse)
- EDV-gestützte Diagnostik
- Apparative Belastungstests und Stresssimulation

## **6.2 Unterstützung der Psycholog\*innen in der Rehabilitand\*innenbetreuung**

### **Psychologische Betreuung**

- Terminplanung, Absprache mit anderen Abteilungen
- Vor- und Nachbefragung zu psychologischen Therapien in Gruppen z. B. Entspannungstraining und Stressbewältigungsgruppen
- Durchführung einfacher Entspannungsverfahren nach Einweisung/Fortbildung und unter Supervision
- Durchführung des Biofeedbacktrainings in unterschiedlichen Modalitäten (Myo-, Atem-, Temperatur-, Respiratorisches-, Hautwiderstandsfeedback etc.), Einführung des Rehabilitanden, Vorbereitung der Programme
- Mitwirkung bei Durchführung spezieller indikationsspezifischer Trainingsprogramme wie kognitives Leistungstraining in der Neurologie
- Assistenz bei indikationsbezogener Gruppenarbeit wie z. B. im Stress- oder Schmerzbewältigungstraining

### **Mitwirkung beim Gesundheitstraining**

- Terminplanung der Gruppen, Absprache mit anderen Abteilungen
- Vorbereitung der Materialien für die Gruppenarbeit/Durchführung und Auswerten von Indikations- und Befindlichkeitsfragebögen
- Einsatz und Kontrolle der Bearbeitung von Arbeitsblättern (z. B. Gewichtskontrollkurven, Ereignisprotokolle etc.)
- Bachelor Absolvent\*innen: Durchführung von standardisierten Patientenschulungen

### 6.3 Bedienen und Warten psychologisch technischer Geräte

- psychophysiologische Geräte, Biofeedbackgeräte
- psychodiagnostische, therapieunterstützende und computergestützte Testgeräte, Geräte zur Stresssimulation, neuropsychologische Testbatterien, Videoanlage (Kamera, Recorder, Fernseher)
- Unterrichtsmedien, Laptop, Beamer

### 6.4 Verwaltungstätigkeiten

#### Statistik

- Erhebung von statistischem Datenmaterial
- Aufbereitung und Darstellung des erhobenen Datenmaterials
- statistische Berechnungen nach Vorgaben der Psycholog\*innen

#### Verwaltungs- und Büroarbeiten

- Auswertung von Fachliteratur (teilweise in Englisch) nach Anweisung
- Materialsammlung zur Gesundheitsbildung
- Erstellung von Präsentationen zur Patientenschulung nach Vorgaben
- Datenaufbereitung (Eingabe von Daten)
- Programmanwendung (EMG, EDA, RSP-Biofeedback)
- Datenverwaltung
- Terminkoordinierung innerhalb der Abteilung und Absprachen mit anderen Abteilungen
- Materialverwaltung, psychologische Tests, Untersuchungs- und Informationsmaterial etc.
- allgemeine Schreibarbeiten

## 7. Diagnostik psychischer Störungen (F-Diagnosen) in der somatischen Rehabilitation

### 7.1 Psychische Symptome in der somatischen Rehabilitation

In der somatischen Rehabilitation werden bei der ärztlichen Aufnahme oder im Reha-Verlauf auch psychische Symptome von den Rehabilitand\*innen vorgetragen oder vom Reha-Team beobachtet.

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

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

### 7.2 Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen

Wenn psychische Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen von Rehabilitand\*innen benannt werden, sollte von ärztlicher Seite entschieden werden, in welcher Form eine weitere Exploration erfolgen soll. Die Exploration kann grundsätzlich durch das gesamte Reha-Team unterstützt werden.

Sowohl Verhaltensbeobachtungen als auch gezielte Untersuchungen können die Selbstschilderung der Rehabilitand\*innen 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. Abschnitt 11: Beispiele für Screeninginstrumente und Abschnitt 13: Auswahl psychologischer Testverfahren; Psychische Komorbidität, DRV, 2014; Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen, DRV, 2013). Die Screeninginstrumente sind in der Regel für verschiedene somatische Erkrankungsbilder entwickelt worden und können aufnehmende Ärzt\*innen bei der Erfragung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen unterstützen.

Die Frage, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht, bedarf einer gründlichen differentialdiagnostischen Abklärung. Dies kann nur auf Grundlage der Fachkunde der Diagnose stellenden Ärzt\*innen bzw. Psychotherapeut\*innen erfolgen.

Um eine psychische Erkrankung festzustellen, bedarf es einer präzisen Beschreibung eines krankheitswertigen psychopathologischen Befundes (z. B. entsprechend der Dimensionen des AMDP) und der speziellen Anamnese. Strukturierte Interviews (z. B. SKID, MINI o. ä.) sind für die notwendige klinische Differentialdiagnostik nicht notwendig. Sie erfassen lediglich verschiedene Symptomcluster. In jedem Fall sind die klinische Expertise und entsprechend qualifizierte (approbierte) Kolleg\*innen in den Reha-Einrichtungen erforderlich, wenn es festzustellen gilt, ob ein/e Rehabilitand\*in psychisch krank ist oder nicht.

### **7.3 Was ist ein „psychopathologischer Befund“ und was ist ein „psychischer Befund“?**

Der Begriff „psychopathologischer Befund“ dient der Bezeichnung der Befundungsdimensionen von psychischen Funktionen, die krankheitswertig sein können. Der Begriff „psychopathologischer Befund“ für sich genommen, ist ohne Wertung zu verstehen, d. h. er sagt nicht aus, dass ein krankheitswertiger Befund vorliegt. Dies ist analog zu orthopädischen, neurologischen o. a. Befunden zu verstehen. Die Beschreibungsdimensionen des psychopathologischen Befundes beruhen auf etablierten, evaluierten und unter Fachkolleg\*innen konsentierten Konzepten (z. B. AMDP). Selbstverständlich kann ein psychopathologischer Befund auch „blande“ bzw. „unauffällig“ sein. Dies sind übliche Formulierungen, die verwendet werden können, wenn keine psychische Erkrankung vorliegt, aber der psychopathologische Befund fachgerecht erhoben worden ist.

Der Begriff „psychischer Befund“ ist etwas weiter verstehbar als der „psychopathologische Befund“. Ein psychischer Befund kann Aspekte von Erleben und Verhalten außerhalb der Dimensionen des psychopathologischen Befundes beinhalten, wie z. B. Verhaltensmuster oder Persönlichkeitseigenschaften (z. B. treu, schüchtern, zuverlässig, pflichtbewusst, eigensinnig, sprunghaft), oder wie der/die Rehabilitand\*in sich selbst beschreibt, oder von anderen eingeschätzt wird.

Um eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren, muss ein krankheitswertiger psychopathologischer Befund präzise und nachvollziehbar beschrieben werden. Lediglich Akzentuierungen im Verhalten – Aspekte, die man ggf. als „psychischen Befund“ aufschreiben könnte – reichen nicht aus.

Insofern macht im Rahmen der Befundbeschreibung eine Unterscheidung in „psychopathologischer Befund“ (Symptombefund) und „psychischer Befund (sonstige Verhaltens- und Erlebensbeschreibungen) Sinn.

#### **7.4 Wer darf F-Diagnosen stellen?**

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen, obliegt grundsätzlich einer/einem Ärzt\*in oder Psychotherapeut\*in (Approbationsvorbehalt). Dem Facharztstandard folgend sollte der/die Ärzt\*in über eine entsprechende psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische (Zusatz-)Weiterbildung verfügen. Grundsätzlich ist der Unterzeichner des Reha-Entlassungsberichtes für die gestellte Diagnose und die diesbezüglich durchgeführte Behandlung verantwortlich.

Falls in der somatischen Abteilung keine Expertise zur psychiatrischen bzw. psychosomatischen Differentialdiagnostik vorhanden ist, es jedoch für den weiteren Reha-Verlauf, 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-Aufenthaltes eingeholt werden. Auch Fragen einer psychopharmakologischen Behandlung sollten durch ein entsprechendes Konsil geklärt werden. Falls kein Konsil möglich ist, sollte eine diagnostische Abklärung im Reha-Entlassungsbericht empfohlen werden (vgl. Abschnitt 9: Berichterstellung).

#### **7.5 Wie muss eine F-Diagnose begründet werden?**

Sofern eine F-Diagnose als Diagnose im Reha-Entlassungsbericht aufgeführt wird, muss immer ein psychopathologischer Befund und eine Anamnese der psychischen Erkrankung erhoben werden. Die Vergabe von F-Diagnosen darf nicht allein auf Ergebnissen standardisierter Fragebögen oder subjektiver Patient\*innenberichte („Die Rehabilitandin berichtete, sie sei depressiv.“) basieren.

Bei bestehenden vordiagnostizierten psychischen Erkrankungen sollte im Reha-Entlassungsbericht genau dargestellt werden, wer die Diagnose gestellt hat und wie der/die Rehabilitand\*in 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 vorbeschriebene F-Diagnose gesichert ist, kann sie für den Reha-Entlassungsbericht übernommen werden. Im Reha-Entlassungsbericht sollte präzise gesagt werden, ob sie für den aktuellen Krankheits- und Behandlungsstatus eine Rolle spielt.

Um die 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\*innen als auch die Rentenversicherung profitieren von einer guten Befund- und Verhaltensbeschreibung im Reha-Verlauf. Dies gilt insbesondere dann, wenn weitergehende Leistungen beantragt werden (z. B. Leistungen zur Teilhabe, Erwerbsminderungsrente).

Sind gesicherte und ggf. vorbefundlich begründete F-Diagnosen 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 7.8).

### **7.6 Wann sollten F-Diagnosen gestellt werden?**

Bei der Entscheidung, ob eine F-Diagnose im Reha-Entlassungsbericht aufgenommen wird, sind zum einen die unter Punkt 7.4 und 7.5 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 (vgl. Punkt 7.10 und 7.12) 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 (vgl. Punkt 7.5 und 7.8). Sofern eine F-Diagnose gestellt wird, muss sie den betroffenen Rehabilitand\*innen in jedem Fall erläutert werden.

### **7.7 Welche Rolle spielen standardisierte Testverfahren für die F-Diagnose?**

Es gibt zahlreiche psychologische Testverfahren zur Erfassung psychischer Erlebens- und Verhaltensmuster und psychischer Symptome (vgl. Abschnitt 13: Auswahl psychologischer Testverfahren). 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.

### **7.8 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 (vgl. Punkt 7.5) vor allem der psychische Fähigkeitsbefund von Bedeutung. Es muss dargelegt werden, inwieweit die aktuellen psychisch bedingten Beeinträchtigungen zu befristeten Aktivitätsbeeinträchtigungen auf dem aktuellen oder potenziellen 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 oder psychosomatisches Konsil eingeholt werden. Sollten alle relevanten fachärztlichen Informationen vorliegen, kann auch zum Ende einer somatischen Rehabilitation eine abschließende Leistungsbeurteilung der psychischen Funktionen und Fähigkeiten gegeben werden.

Die fachärztliche Qualifikation des/der Begutachter\*in muss dabei im Entlassungsbericht deutlich gemacht werden.

Ist ein entsprechendes Konsil während der Rehabilitation nicht möglich, sollte im Reha-Entlassungsbericht eine weitergehende psychiatrische/psychosomatische Sachaufklärung 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 (vgl. Beispiele 1 und 2).

Eine psychiatrische/psychosomatische Begutachtung dient allein der Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Sie ersetzt keine psychotherapeutische oder psychiatrische/psychosomatische Behandlung. Die psychiatrische Begutachtung wird vom Rentenversicherungsträger in der Regel eingeleitet, sobald der Versicherte einen entsprechenden Rentenantrag stellt und keine anderweitigen aussagekräftigen Unterlagen wie z. B. Krankenhausentlassungsberichte vorliegen.

Zum Training der sozialmedizinisch orientierten Befunderhebung und -beschreibung bietet die DRV Bund Fortbildungen an (z. B. Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“, (Arbeits-)Fähigkeitsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen mit dem Mini-ICF-APP, vgl. Details auf [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de), Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Fort- und Weiterbildung > ggf. Trägerspezifische Angebote der DRV Bund).

Im Folgenden wird beispielhaft dargestellt, wie sich in Abhängigkeit vom Ausmaß und Art der psychischen Belastung bzw. Störung sowie der spezifischen Anforderungen auf dem Arbeitsplatz die diagnostische und sozialmedizinische Einschätzung verändern kann.

### **1. Konstellation: keine F-Diagnose, arbeitsfähig**

**Diagnose:** keine F-Diagnose

**Selbstbericht der Rehabilitandin:**

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

**Psychopathologischer Befund:**

Der psychopathologische Befund ist unauffällig.

**Psychischer Befund:**

Die Rehabilitandin werde von Freunden als gute ZuhörerIn geschätzt, man sage jedoch auch, sie solle Dinge manchmal nicht so persönlich nehmen. Im Allgemeinen ist sie jedoch im Verhalten anpassungsfähig und flexibel.

**Spezielle Anamnese:**

Anamnestisch keine psychischen Erkrankungen.

**Vorbehandlungen:**

Keine Behandlungen wegen psychischer Beschwerden.



**Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:**

Im dreiwöchigen Reha-Verlauf konnten wir beobachten, dass die Rehabilitandin 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 Schmerzerleben kurze Pausen einlegen.

**Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:**

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

**Leistungsfähigkeitseinschätzung:**

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

**2. Konstellation: F-Diagnose, arbeitsunfähig**

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

**Selbstbericht der Rehabilitandin:**

Die Rehabilitandin klagte zu Reha-Beginn 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 1x30 mg), nachdem sie eine Zeitlang zuvor ohne auszukommen versucht hatte. Sie merke inzwischen eine leichte Verbesserung des Schlafes und des Antriebs. Nebenwirkungen werden verneint.

**Psychopathologischer Befund:**

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.

**Psychischer Befund:**

Die Rehabilitandin werde von Freunden als gute ZuhörerIn geschätzt, man sage jedoch auch, sie solle Dinge manchmal nicht so persönlich nehmen. Im Allgemeinen sei sie im Verhalten anpassungsfähig und flexibel; aktuell erlebt sie sich jedoch als „ganz anders als in ihrem Normalzustand“.

**Spezielle Anamnese:**

Anamnestisch kein Suizidversuch, keine (hypo-)manischen Episoden. Die Erkrankung ist seit 15 Jahren bekannt.

**Vorbehandlung:**

Die Rehabilitandin ist 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 Rehabilitandin 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 Schmerzerleben kurze Pausen einlegen.

Wir behandelten die Rehabilitandin 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 Rehabilitandin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin beeinträchtigt, da ihre Aufgabe zum großen Teil darin besteht, Rechnungen zu prüfen und Daten in Tabellen einzugeben. Aus unserer Sicht ist die Rehabilitandin 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 Rehabilitandin 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.

**3. Konstellation: F-Diagnose, arbeitsfähig, mit Nachsorgeempfehlung Psy-RENA**

**Diagnose:** F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

**Selbstbericht der Rehabilitandin:**

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**

Die Rehabilitandin 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.

### **Psychischer Befund:**

Die Rehabilitandin werde von Freunden als hilfsbereit und als gute ZuhörerIn geschätzt, man sage jedoch auch, sie solle Dinge manchmal nicht so persönlich nehmen.

### **Spezielle Anamnese:**

Die Schmerzen habe sie seit einem Fahrradunfall vor 5 Jahren. Die Schmerzen changieren, äußern sich überwiegend in Rückenschmerzen, ausstrahlend in Schulter-Nackengebiet 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 Rehabilitandin 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.

### **Vorbehandlung:**

Die Rehabilitandin 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 Rehabilitandin erscheint regelmäßig zu den Therapien. Sie reagiert mit geäußertem Schmerzerleben in Situationen, in denen sie sich überfordert fühlte. Im Kontakt mit Mitpatienten wirkte die Rehabilitandin ungeübt und unsicher mit wenig Eigeninitiative in der Interaktion. Gruppengesprächsinhalte 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 Rehabilitandin für ihre Tätigkeit als Büro-sachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus unserer Sicht ist die Rehabilitandin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

### **Leistungsfähigkeitseinschätzung:**

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

### **Weiterbehandlung:**

Der Rehabilitandin 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.

#### **4. Konstellation:**

##### **F-Diagnose, arbeitsunfähig, betriebliches Eingliederungsmanagement indiziert**

##### **Diagnose: F 40.8 Arbeitsplatzphobie**

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

##### **Psychopathologischer Befund:**

Stimmung ängstlich und Affekt labil im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz, bei anderen Themen ist die Stimmung ausgeglichen und der Affekt ausreichend schwingungsfähig. Ausgeprägtes Krankheitserleben, der Antrieb ist intakt, Schlaf und Vegetativum sind unauffällig.

##### **Psychischer Befund:**

Die Rehabilitandin werde von Freunden als umgänglich, hilfsbereit und sorgfältig geschätzt. Man sage ihr jedoch auch, sie solle sich mehr zutrauen.

##### **Spezielle Anamnese:**

Es besteht eine deutliche Anspannung 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.

##### **Vorbehandlung:**

Die Rehabilitandin gibt an, dass sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe.

##### **Behandlung:**

Aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeitszeit erhielt die Rehabilitandin 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 Rehabilitandin nach einem Wechsel der Führungskraft vor 8 Monaten erlebte. Mit dem Wechsel seien stärkere Anforderungen an die Rehabilitandin herangetragen worden, denen sie in einigen Situationen unter Zeitdruck nicht gerecht werden konnte. Bei der Vorstellung, an ihren Arbeitsplatz zurück zu müssen, reagierte die Rehabilitandin mit deutlich vegetativer Erregung und dem dringenden Wunsch, das Zimmer zu verlassen.

Wir motivierten die Rehabilitandin, 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 Rehabilitandin 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 Rehabilitandin sagte, sie sei froh, in dieser Situation ihre Angst überwunden zu haben.

**Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:**

Aufgrund des somatischen Befundes ist die Rehabilitandin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus somatischer Sicht ist die Rehabilitandin 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 Rehabilitandin Kontakt zum Betriebsarzt aufgenommen und ein Betriebliches Eingliederungsmanagement eingeleitet.

**Leistungsfähigkeitseinschätzung:**

Die Rehabilitandin 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 Rehabilitandin 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.

## 7.9 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. Psychosoziale Belastungen ohne Krankheitswert können mithilfe von Z-Diagnosen erfasst werden.

## 7.10 Empfehlungen zur Weiterbehandlung und diagnostischen Abklärung im Reha-Entlassungsbericht

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

Haus- und Fachärzt\*innen 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 niedergelassenen Fachärzten oder Psychotherapeuten erfolgen<sup>1</sup>.

### **7.11 Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA)**

Aus der somatischen Rehabilitation kann bei Vorliegen einer F-Diagnose auch die psychosomatische Reha-Nachsorge (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 Ziele von Psy-RENA stehen in engem Zusammenhang mit dem Reha-Auftrag 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, Reflektion 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 Rehabilitation durchgeführt werden. Gruppenfähigkeit der Rehabilitanden muss grundsätzlich gegeben sein. Wenn wohnortnah kein Gruppenangebot zur Verfügung steht, kann Psy-RENA auch digital oder in Form von Einzelgesprächen durchgeführt werden (vgl. Psy-RENA Nachsorgekonzept der DRV Bund, 2017).

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

In drei bzw. vier Wochen einer somatischen Rehabilitation können psychische Erkrankungen nicht behandelt werden. Rehabilitand\*innen, 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 Rehabilitand\*innen, bei denen die psychische Erkrankung im Vordergrund des Reha-Bedarfs steht, sollte eine Umstellung auf eine psychosomatische Rehabilitation bzw. eine Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen erfolgen.

Suizidalität muss im diagnostischen Prozess abgeklärt werden (vgl. Kapitel 8). Gedanken über das Sterben und den Tod werden im Rahmen von chronischen Krankheitsverläufen nicht selten geäußert. Sollten sich Rehabilitand\*innen aber als akut suizidal erweisen, muss eine Verlegung in eine psychiatrische Akutklinik eingeleitet werden.

Rehabilitand\*innen 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/der ambulanten Behandler\*in stattfinden und gemeinsam mit dem/der Rehabilitand\*in die Abstimmung erfolgen, ob während der dreiwöchigen Rehabilitation eine bestimmte Fragestellung aufgegriffen werden soll.

<sup>1</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.

## Literatur

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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

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

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014). 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).

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.

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.

## 8. Suizidalität – Diagnostik, Dokumentation, Behandlung<sup>2</sup>

### Suizidalität in der medizinischen Rehabilitation

Die Identifizierung und Abschätzung einer Gefährdung durch suizidale Handlungen bei Rehabilitand\*innen gehört zu den besonders schwierigen Herausforderungen an die ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Mitarbeitenden in der Rehabilitation. Wichtig zu wissen ist, dass es eine absolut sichere Suizidprävention nicht gibt, aber es gibt Empfehlungen, wie Suizidalität im Reha-Team abgeklärt, dokumentiert und eine fachgerechte Behandlung eingeleitet werden kann.

Das Ziel für die medizinische Rehabilitation ist eine fachgerechte und fürsorgliche Betreuung von Rehabilitand\*innen mit **Suizidgedanken**. Gefährdete Rehabilitand\*innen sollen so früh wie möglich identifiziert und so lange wie fachlich vertretbar in der Reha-Einrichtung betreut werden. Hierfür wird die Entwicklung eines Prozesses im Qualitätsmanagement empfohlen, so dass alle beteiligten Mitarbeitenden über diese Situationen informiert sind und jederzeit wissen, was im Krisenfall zu tun ist.

### Was ist Suizidalität?

Suizidalität ist in der weit überwiegenden Mehrzahl mit dem Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung oder akuten Krise verknüpft.

Als gefährdete Personengruppen gelten Menschen

- mit psychischen Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenien, Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörungen (speziell vom Borderline-Typ),
- mit bereits vorliegender Suizidalität,
- im älteren Lebensalter,
- im jugendlichen Alter, junge Erwachsene,
- in traumatisierenden Situationen, in Veränderungskrisen,
- mit chronischen körperlichen Erkrankungen (hier besonders Orthopädie, Neurologie, Onkologie).

Mit dem Fortbestehen suizidalen Verhaltens (Suizidgedanken, Suizidabsichten, (para-)suizidale Handlungen) entsteht – vor allem wenn es nicht erkannt wird – ein zunehmender Handlungsdruck, der beim/bei der Betroffenen mit wachsender Verzweiflung – verbunden mit dem Gefühl des Unverstandenseins – schließlich zum Suizid führen kann.

Wichtig für den Aufenthalt in der Reha-Einrichtung ist es, die Gefährdung durch suizidale Handlungen der Rehabilitand\*innen abzuschätzen. Deshalb ist eine Einstufung der suizidalen Denk- und Verhaltensweisen wichtig. Mit jeder im Folgenden dargestellten Stufe steigt das Risiko einer aktiven suizidalen Handlung. Ab Stufe 4 ist ein Verbleib in der Reha-Einrichtung nicht mehr möglich. Eine Verlegung in eine psychiatrische Einrichtung ist dann notwendig. Grundsätzlich ist bei vorhandener Suizidalität eine engmaschige Betreuung in der Reha-Einrichtung notwendig. Jede suizidale Äußerung sollte abgeklärt werden.

<sup>2</sup> Der folgenden Ausführung liegt die klinische Praxis der Städtischen Rehakliniken Bad Waldsee zugrunde. Wir danken Herrn Dieter Schmucker für die Darstellung und die Unterlagen der klinikeigenen Vorgehensweise.

Stufe	Beschreibung	Maßnahmen
<p><b>1. Ruhewünsche:</b> aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck „Ich will nur noch meine Ruhe haben....“</p>	<p>eher passive Suizidalität Patienten fühlen sich in der Regel von ihren Lebensbedingungen (private oder berufliche Probleme, schwerwiegende Erkrankungen, etc.) überfordert und sehen keine Lösung der Probleme. Die Zukunft erscheint düster und wenig erstrebenswert. Der Wunsch nach Ruhe, Entlastung und Erlösung steht im Vordergrund. Patienten denken nicht aktiv daran, dem Leben ein Ende zu bereiten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diese Stufen erfordern in Bezug auf die Suizidalität noch keine weiteren Maßnahmen.</li> <li>- Verlauf beobachten</li> <li>- Vermerk in der Patienten-Akte</li> <li>- Unabhängig von der Suizidgefährdung ist die Bereitschaft für eine psychologische/psychotherapeutische Behandlung zur Abmilderung/Lösung der Problematik abzuklären bzw. zu empfehlen.</li> <li>Eventuell kann die Behandlung auch erst nach der Entlassung im ambulanten Rahmen beginnen.</li> </ul>
<p><b>2. Todeswünsche:</b> aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck „Am liebsten würde ich tot sein.“</p>		
<p><b>3. Suizidgedanken:</b> mehr oder minder konkret als Möglichkeit, als Ausdruck von Ambivalenz, ohne konkreten Handlungsdruck passiv aufdrängend oder aktiv intendiert</p>	<p>Patienten denken daran dem Leben ein Ende zu bereiten. Dies erscheint in einer (scheinbar) ausweglosen Situation eine brauchbare Alternative. Meist noch keine konkreten Pläne, aber das aktive Beenden des Lebens ist eine Handlungsalternative geworden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überweisung zur psychologischen Abteilung</li> <li>- Prüfen, ob zusätzliches psychiatrisches Konsil bzw. medikamentöse Behandlung erforderlich ist</li> <li>- Vermerk in der Patientenakte</li> </ul>
<p><b>4. Suizidabsichten:</b> Suizidgedanken mit konkreter Planung (über die Art sich umzubringen) und Absichtserklärung zur Durchführung. Deutlich als Drang erlebter Handlungsdruck.</p>	<p>Pläne für das aktive Beenden des eigenen Lebens nehmen sehr konkrete Formen an. (Gedankliche) Vorbereitungen werden getroffen (z. B. Tabletten gesammelt, ein Strick gekauft, ein günstiger Ort gesucht). Gedanken drängen sich aktiv auf und können nicht mehr so einfach unterdrückt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohes Risiko → Reha-Fähigkeit ist nicht gegeben.</li> <li>- Psychiatrisches Konsil erforderlich</li> <li>- Non-Suizidvertrag (Lebensvertrag) prüfen</li> <li>- engmaschige Kontrolle</li> <li>- Verlegung in psychiatrische Klinik</li> </ul>
<p><b>5. Parasuizidale Handlung:</b> selbst-destruktives Handeln, das jedoch kaum Todesintention hat, wenngleich die Gefahr des Todes in Kauf genommen wird</p>	<p>Selbstdestruktion hat häufig einen ausgeprägten appellativen oder gar instrumentellen Charakter, will also etwas erreichen oder zielt auf eine Veränderung ab. Hierbei wird zwischen einer parasuizidalen Pause, bei der vor allem der Wunsch nach Ruhe im Vordergrund steht, von der parasuizidalen Geste unterschieden, die vor allem dem Bedürfnis nach Zuwendung dient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohes Risiko → Reha-Fähigkeit ist fraglich, im Zweifel nicht gegeben.</li> <li>- psychiatrisches Konsil erforderlich</li> <li>- Non-Suizidvertrag prüfen</li> <li>- engmaschige Kontrolle</li> <li>- Verlegung in psychiatrische Klinik</li> </ul>
<p><b>6. Suizidversuch:</b> wird überlebt mit deutlicher Todesintention und dem Glauben, mit der angewandten Methode dem Ziel näher zu kommen</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlegung (eventuell zunächst ins Krankenhaus und anschließend) in psychiatrische Klinik</li> </ul>
<p><b>7. Suizid</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postvention bei den direkt Beteiligten und bei den für die Betreuung zuständigen Mitarbeiter</li> <li>- Angebot von Einzelbetreuung für direkt beteiligte Personen</li> <li>- Nachbesprechung der Behandler</li> <li>- ggf. Kontakt mit Angehörigen</li> </ul>



### **Gesprächsführung und Dokumentation**

Es ist möglich und sinnvoll, betroffene Rehabilitand\*innen selbst zu ihrer Suizidalität zu befragen. Die Mehrzahl der Rehabilitand\*innen gibt auf Fragen zur Suizidalität ehrliche Antworten. Ein großer Teil der Rehabilitand\*innen fühlt sich durch das klare Ansprechen dieses Themas auch erleichtert. Zur Abklärung der Suizidalität spielt das Verhältnis zum/zur Rehabilitand\*in eine bedeutende Rolle. Die Grundprinzipien von Beziehung und Fürsorge lassen sich mit folgenden Schlagworten benennen:

- Akzeptanz von Suizidalität als Ausdruck seelischer Not,
- Offenheit und Klarheit im Umgang mit Suizidalität und
- sichernde Fürsorge – also fürsorgliches Umgehen mit einem schutzbedürftigen Menschen.

### **Das Gespräch mit suizidale Rehabilitand\*innen**

Schaffen Sie eine ungestörte Atmosphäre. Nur Sie und der/die Rehabilitand\*in sollten im Raum sein – keine weiteren Mitarbeitenden, keine Mitpatient\*innen oder Angehörige. Einfühlsam, aber direkt sollten Todeswünsche angesprochen werden. Für suizidale Patient\*innen ist allein dies schon sehr entlastend.

### **Literatur**

Dormann, W. Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Leben Lernen, Bd. 74. Stuttgart: Klett-Cotta. 2018

Flüchter P. (2011). Abklärung von Suizidalität – So helfen Sie gefährdeten Patienten. *Lege artis*, 1, 258-263.

Freyburger, H. J., Schneider, W., Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) (2011). *Kompodium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. Bern: Huber.

Teismann, T., Dormann, W. Suizidalität. *Fortschritte in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. 2021.

Wolfersdorf, M. (2012). Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 2-7.

Nachfolgend werden Leitfragen zur Fremdeinschätzung von Suizidalität vorgestellt. Als Screening liegt der PHQ-9 mit der Frage „Wie häufig denken Sie, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten“ zugrunde ([www.uke.de](http://www.uke.de) PHQ-9-D Fragebogen – PDF).

## Gesprächsleitfragen und Dokumentation

### Erstkontakt

Es können folgende 10 Fragen an den Rehabilitanden zur Einschätzung der Suizidalität gestellt werden.

### Einleitung des Gesprächs:

Sie haben im Screening-Fragebogen angegeben, dass Sie (manchmal/häufig) daran denken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.

Ich möchte das gerne genauer mit Ihnen besprechen, damit ich besser einschätzen kann, wie bedeutend diese Gedanken und Gefühle für Sie sind.

	nein	ja	
0. <b>Denken Sie daran sich das Leben zu nehmen?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
<b>wenn ja</b>			
1. Denken Sie häufig daran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
2. Sind diese Gedanken wie ein Zwang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
3. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie vorgehen würden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
4. Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
5. Haben Sie schon einmal einen Versuch unternommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
<b>wenn nein:</b> Was hat Sie bisher davon abgehalten? (→ Ressourcen)			
<b>wenn ja:</b> Wie haben Sie es versucht? Was ist passiert? (→ besondere Schutzmaßnahmen)			
6. Ist in Ihrer Familie oder im Umkreis so etwas schon passiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
<b>wenn ja, wer und wie:</b>			
7. Sehen Sie die Situation als aussichtslos für sich an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
8. Haben Ihre Kontakte zu Freunden/Verwandten abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
9. Wohnen Sie allein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
10. Fühlen Sie sich familiär, beruflich, religiös oder weltanschaulich nicht mehr eingebunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
<b>Summe:</b>			

Je mehr dieser Fragen mit »ja« beantwortet werden, desto größer ist die Gefahr eines drohenden Suizidversuches. Von besonderer Bedeutung sind die Fragen 2, 3, 4, 5 und 7.

Ab 5 Punkten sollte in jedem Fall geprüft werden, ob ein psychiatrisches Konsil erforderlich ist.

## Folgekontakte

### Einleitung des Gesprächs:

Wir haben ja bereits .../Sie haben ja bereits mit dem Arzt, mit dem Psychologen Herrn/Frau... über Ihre Suizidgedanken gesprochen. Ich möchte mir heute (wieder) einen Eindruck von Ihren aktuellen Gedanken und Gefühlen machen

	nein	ja	
0. <b>Denken Sie daran sich das Leben zu nehmen?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
<b>wenn ja</b>			
1. Denken Sie häufig daran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
2. Sind diese Gedanken wie ein Zwang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
3. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie vorgehen würden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
4. Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2</b>
5. Sehen Sie die Situation als aussichtslos für sich an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
6. Haben Ihre Kontakte zu Freunden/Verwandten abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1</b>
<b>Summe:</b>			

Zur Einschätzung der Gefährdung und der möglichen Strategien gegen sich aufdrängende Suizidgedanken ist auch eine Abklärung der Tagesstruktur und von stabilisierenden Aktivitäten und Ressourcen wichtig, z. B. genaue Planung der therapiefreien Zeit:

	Stichworte zu den Antworten:
1. Wie verbringen Sie im Moment die therapiefreie Zeit?	
2. Denken Sie in dieser Zeit häufig(er) an Suizid?	
3. Haben Sie Pläne für den Abend? Fürs Wochenende?	
4. Treffen Sie sich mit Mitpatienten, bekommen Sie Besuch von Angehörigen?	
5. Was hilft Ihnen sich von Gedanken an den Tod abzulenken? (Spaziergang, Baden, Entspannung, Musikhören, Lesen, Brief schreiben, Gespräche, Weggehen mit Mitpatienten, zu Hause anrufen, Einkaufsbummel, ...)	
6. An wen können sie sich bei Bedarf wenden? Pflegerdienst, Nachtdienst (Name nennen, Person vorstellen), diensthabender Arzt, betreuende/r Psychologe/in, Telefonseelsorge, Angehörige, Mitpatienten, Freunde	

## 9. Berichterstellung

### 9.1 Anforderungen an den Bericht

Wenn während der Rehabilitation psychodiagnostische, psychologische oder psychotherapeutische Therapien durchgeführt werden, müssen diese Leistungen dokumentiert werden.

Der/die Stationsarzt\*in übernimmt den Bericht unter kritischer Berücksichtigung des gesamten Rehabilitationsprozesses und der sozialmedizinischen Einschätzung in den Reha-Entlassungsbericht.

Als Bestandteil des Reha-Entlassungsberichtes können die Angaben zur psychischen Situation für die Rentenversicherung und die niedergelassenen Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen eine wichtige Information darstellen. Der Rentenversicherung dienen Informationen aus dem Reha-Entlassungsbericht als Entscheidungshilfe oder als Grundlage für Stellungnahmen bei

- der Beantragung weiterer Teilhabeleistungen (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben LTA),
- der Rentenantragstellung wegen Erwerbsminderung bzw. erneutem Reha-Antrag,
- Beschwerden der Versicherten,
- der Einschätzung der psychischen Situation der Rehabilitand\*innen im Rahmen von Sozialgerichtsverfahren.

Die Dokumentation des Behandlungsverlaufes ist Aufgabe jeder therapeutischen Berufsgruppe. Die Dokumentation dient zum einen der guten Zusammenarbeit im Reha-Team und zum anderen als Behandlungsnachweis. Im berufs- und haftungsrechtlichen Kontext hat nur stattgefunden, was dokumentiert wurde.

Der Bericht sollte als beschreibender Fließtext formuliert werden. Er wird in der Vergangenheitsform erstellt. Er beginnt grundsätzlich mit einem einleitenden Satz: wie z. B. „In der psychologischen Beratung wurde...“.

Das Reha-Team sollte eine einheitliche Bezeichnung für den/die Rehabilitand\*in im Reha-Entlassungsbericht festlegen. Fachspezifische Abkürzungen sollten grundsätzlich vermieden werden. Aussagen sollen nur zum eigenen Fachgebiet getroffen werden, das heißt, sachliche Informationen über den aktuellen Status, den der/die Rehabilitand\*in zeigt. Grundsätzlich sollte stets der fähigkeitsbezogene Bezug im Bericht gegeben sein. Empfehlungen zu weiterführenden psychologischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen müssen begründet werden. Irrelevante Informationen sollten nicht aufgeführt werden.

Die Beschreibungen der Vorgehensweise im Rahmen der Therapie sollte nur in der Verlaufsdokumentation ausformuliert werden. Es sollen ohne Erläuterung keine therapiespezifischen Eigennamen verwendet werden. Ausführliche psychologische und psychotherapeutische Befunde (Assessments etc.) sind nur für die Informationsweitergabe im Team und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit zu nutzen. Prägnante Ergebnisse aus Testverfahren werden im Bericht beschreibend dargestellt, Vergleichswerte werden zur Darstellung von Fortschritten verwendet.

Die Archivierung der psychologischen Berichte und Befunde folgt den internen Vorgaben (Dokumentenmanagement) der Reha-Einrichtung (vgl. Abschnitt 10: Kommunikation, Dokumentation und Aufbewahrung von Rehabilitand\*innendaten).

## 9.2 Die Gliederung des Berichts

Gegenstand des psychologischen oder psychotherapeutischen Berichtes ist in der Regel:

### 1. Zuweisung und Fragestellung

### 2. Befund und störungsspezifische Anamnese, ggf. Diagnose

- Befund
- Störungsspezifische/spezielle Anamnese
- Testpsychologische Diagnostik
- Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, ggf. F-Diagnose/ Verdachtsdiagnose/Funktionsdiagnose

### 3. Epikrise

- Zielsetzung
- Therapieverlauf/Gesprächsverlauf
- Therapieergebnis/Gesprächsergebnis

### 4. Prognose und evtl. weitere Maßnahmen und Empfehlungen

### 5. Zusammenfassung für den Reha-Entlassungsbericht

Die einzelnen Punkte werden im Folgenden ausgeführt.

#### 1. Zuweisung und Fragestellung

Es werden die Art der Kontaktaufnahme (z. B. auf Überweisung des/der Ärzt\*in, auf eigenen Wunsch etc.) und der Anlass (Krankheit, Beschwerden, Problemsituation etc.) beschrieben. Zur Fragestellung wird im Allgemeinen die Abklärung der Bedeutung psychischer Faktoren im Krankheitsgeschehen gehören, die für den Rehabilitationsverlauf und für die Prognose von Bedeutung sind.

#### 2. Befund und störungsspezifische Anamnese, ggf. Diagnose

Der Befund enthält eine Zusammenfassung und Interpretation des psychodiagnostischen Gespräches inkl. des Selbstberichtes des/der Rehabilitand\*in und der zusätzlich durchgeführten psychodiagnostischen Untersuchungen (z. B. psychologische Tests). Hierzu gehört ggf. die Diagnose mit einer Einschätzung zum Ausmaß der Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen. Der Befund soll die psychische Situation des/der Rehabilitand\*in beschreiben und Auskunft darüber geben, inwieweit psychische Faktoren mit dem aktuellen Krankheitsverlauf in einem Zusammenhang stehen bzw. den Krankheitsverlauf beeinflussen. Auch das individuelle Konzept des Rehabilitand\*in von Gesundheit und Krankheit ist für die sozialmedizinische Beurteilung von Bedeutung.

Bestehen Anhaltspunkte für eine manifeste psychische Störung, so muss ein psychopathologischer Befund erhoben und die Diagnose begründet werden (Nennung der Merkmale und Symptome nach ICD-10) (vgl. Abschnitt 7: Diagnostik psychischer Störungen). Die Diagnosestellung unterliegt dem Approbationsvorbehalt, bei der Befundung können die Beiträge aller Teammitglieder hinzugezogen werden und in der Zusammenschau die Diagnosestellung unterstützen.

Für alle Rehabilitand\*innen werden die allgemeine psychosoziale Lebenssituation und der psychische Eingangsbefund vom/von der aufnehmenden Ärztin erhoben und im Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Die Darstellung der Anamnese der psychischen Symptomatik im zeitlichen Verlauf wird in der Regel von psychologischer oder psychotherapeutischer Seite für Rehabilitand\*innen mit entsprechendem Behandlungsbedarf ergänzt. Die ärztlichen und psychologischen Angaben im Reha-Entlassungsbericht sollten aufeinander abgestimmt werden.

### **3. Epikrise**

**Vorbemerkung:** Therapeutische Leistungen in der klinischen Psychologie und Psychotherapie müssen auf die Ziele der Rehabilitation ausgerichtet und in der Diagnostik begründet sein. Der Begriff Psychotherapie kann erst verwendet werden, wenn psychotherapeutische Verfahren angewendet wurden. Psychotherapie muss durch eine/n Psychotherapeut\*in oder aber im Falle einer fortgeschrittenen Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeut\*in unter der Supervision eines/einer Psychotherapeut\*in durchgeführt werden. Ansonsten soll die Bezeichnung „diagnostische Gespräche“ oder „psychologische Beratungsgespräche“ gewählt werden und die Diagnose ist als Verdachtsdiagnose mit dem Bedarf der weiteren diagnostischen Abklärung im Reha-Entlassungsbericht zu dokumentieren.

#### **3.1 Die Zielsetzung**

Hier ist kurz anzugeben, mit welcher Zielsetzung welche diagnostischen, psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt wurden.

#### **3.2 Therapie- und Gesprächsverlauf**

Zum Therapieverlauf gehören auch Angaben über die Bereitschaft und Fähigkeit des/der Rehabilitand\*in zur Mitarbeit. Ebenso können Verhaltensbeobachtungen aus psychologischen und psychotherapeutischen Gruppen in der Zusammenschau mit den weiteren psychologischen und psychotherapeutischen Befunden dargestellt werden.

#### **3.3 Therapie- und Gesprächsergebnis**

Unter Therapieergebnis wird eine kurze Mitteilung über die erreichten Veränderungen im Hinblick auf die gesetzten Ziele gewünscht. Dazu gehört die subjektive Einschätzung des/der Rehabilitand\*in und des/dre Psycholog\*in oder des/der Psychotherapeut\*in sowie Angaben über die Erhebung des Therapieerfolges, sofern Veränderungen mit Testprofilen und Befindlichkeitsskalen erfasst wurden.

### **4. Prognose sowie weitere Maßnahmen und Empfehlungen**

In einzelnen Fällen sind Aussagen über die zu erwartende Entwicklung der psychischen Situation erforderlich. Diese können Aussagen zur Arbeitsfähigkeit sowie Empfehlungen zu einer weitergehenden ambulanten Psychotherapie oder psychosomatischen Nachsorge (Psy-RENA) sein. Die Empfehlungen müssen begründet werden.

### **5. Zusammenfassung**

Die Zusammenfassung sollte in wenigen Sätzen die zentralen Aussagen des Berichtes wiedergeben.

### **KTL Dokumentation**

Die Art und Anzahl der durchgeführten psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen ist nach den Vorgaben der KTL zu verschlüsseln und in den Reha-Entlassungsbericht zu übernehmen.

### 9.3 Ein Beispiel für einen psychologischen Bericht

#### 1. Zuweisung und Fragestellung

Frau K. wurde vom Stationsarzt zum Schmerzbewältigungstraining und zur Abklärung der psychischen Belastung zum psychologischen Einzelgespräch überwiesen.

#### 2. Störungsspezifische Anamnese und Befund

**Selbstbericht der Rehabilitandin:** Frau K. berichtet von einer langen Krankheits- und Leidensgeschichte (jahrelange Rücken- und Gelenkschmerzen, Verdacht auf Fibromyalgie, rheumatische Schübe, Depressionen) sowie von starken psychosozialen Belastungen (schwere Erkrankung des Ehemannes; Mobbing an ihrem letzten Arbeitsplatz; Kränkungerlebnisse bei Ärzten etc.). Sie leide unter ihren anhaltenden Ganzkörperschmerzen (vgl. orthopädische Befundung). Sie hofft sehr auf Abhilfe durch eine Operation. Auf Nachfrage berichtet sie, dass ihr von mehreren Ärzten zur Operation geraten worden sei.

**Störungsspezifische Anamnese:** Aufgrund der depressiven Erkrankung wurde vor drei Jahren eine tagesklinische psychotherapeutische Behandlung durchgeführt, die zu einer Besserung der Symptomatik führte. Eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung wurde daraufhin nicht in Anspruch genommen. Die aktuelle depressive Symptomatik (gedrückte Stimmung, Freud- und Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen, ausgeprägte Müdigkeit, leichte Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle) habe sich in den letzten 18 Monaten wieder kontinuierlich entwickelt und zugenommen.

**Befund:** Im Gespräch ist die Rehabilitandin bewusstseinsklar und schwingungsfähig. Insgesamt wirkt die Rehabilitandin psychisch und körperlich stark belastet. Die Stimmung ist gedrückt, Freude empfinden ist zeitweise möglich. Sie selbst hat ein in erster Linie somatisches Krankheitsverständnis („endlich wurde festgestellt, dass es Rheuma ist und nicht Fibromyalgie“; „die Gelenke sind von Arthrose zerfressen“ u. ä.).

**Testpsychologische Diagnostik:** Die testpsychologische Untersuchung mit dem Beck-Depressions-Inventar BDI erbrachte einen Summenwert von 34. Es sind Summenwerte von 0-63 möglich. Ein Punktwert ab 18 gilt als klinisch relevant, ab 29 Punkten wird von einer schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik gesprochen. Der testpsychologische Befund unterstützt den klinischen Eindruck und die anamnestischen Angaben einer depressiven Störung.

**Diagnose:** Aufgrund der vorliegenden klinischen und testpsychologischen Befundung und der störungsspezifischen anamnestischen Angaben wird derzeit von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1 nach ICD 10) ausgegangen. Differentialdiagnostisch sollte das Vorliegen einer chronifizierten Schmerzstörung (F45.7 nach ICD 10) weiter abgeklärt werden.

#### 3. Epikrise

Die Rehabilitandin nahm regelmäßig an den 5 Sitzungen des psychologischen Schmerzbewältigungstrainings teil. Schwerpunkte dieses multimodalen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes waren neben dem Erlernen eines Entspannungsverfahrens (Progressive Relaxation nach Jacobson) und der Informationsvermittlung (Gate-Control-Theorie, Schmerzgedächtnis, Erklärung des Zusammenhangs zwischen Schmerz und Verspannung, Problematik des Schmerzmittelmissbrauchs) vor allem die



Vermittlung und Einübung aktiver Bewältigungsstrategien (Ablenkungsstrategien, positive Selbstinstruktionen, kognitive Umstrukturierung, Aufbau positiver Ressourcen). Ziel des Schmerzbewältigungstrainings ist eine Erhöhung der subjektiv erlebten Bewältigungskompetenz und eine Steigerung der Lebensqualität.

Frau K. nahm zudem zwei psychologische Einzelgespräche in Anspruch, die primär der Exploration und der psychischen Stabilisierung dienten.

**Therapieverlauf:** Trotz der großen Konzentrations- und Stimmungsschwankungen schien Frau K. von einzelnen Sitzungen des Schmerzbewältigungstrainings und von den Einzelgesprächen in Bezug auf ihre emotionale Belastung kurzfristig profitiert zu haben.

**Therapieergebnis:** Die Rehabilitandin zeigt sich auch zu Reha-Ende noch psychisch hoch belastet. Konnte aber trotz der ausgeprägten depressiven Symptomatik am Klinikalltag teilnehmen. Auf das rein somatische Krankheitsverständnis konnten die durchgeführten psychologischen Interventionen zum jetzigen Zeitpunkt keinen Einfluss nehmen. Sie sei bereits einmal in psychotherapeutisch-psychosomatischer Behandlung gewesen und überlege sich, nach Abschluss der anstehenden Operation noch einmal eine Behandlung in der ihr bereits bekannten Tagesklinik in Anspruch zu nehmen.

#### **4. Prognose und weitere Empfehlungen**

Aufgrund der im Laufe der letzten vier Wochen beobachteten Stimmungs- und Aufmerksamkeitsschwankungen erscheint die Rehabilitandin aus psychologischer Sicht zum Entlassungszeitpunkt den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes nicht gewachsen. Sie leidet an starken Konzentrationsschwankungen und kann sich schlecht auf wechselnde Anforderungen einstellen. Sie selbst würde sehr gerne wieder im Krankenhaus als Praxismanagerin arbeiten, allerdings traue sie sich momentan dies in keiner Weise zu, da sie unter starken Konzentrationsschwankungen leide und sich auf wechselnde Anforderungen nur ganz schlecht einstellen könne. Zur längerfristigen Stabilisierung erscheint eine Psychotherapie am Heimatort erforderlich. Die Rehabilitandin zeigte sich der Therapieempfehlung gegenüber aufgeschlossen und hat bereits diesbezügliche Kontakte. Die Option einer psychopharmakologischen (Mit)Behandlung sollte geprüft werden.

#### **5. Zusammenfassung für den Reha-Entlassungsbericht**

Frau K. nahm an fünf Sitzungen der psychologischen Schmerzbewältigungsgruppe und an zwei psychologischen Einzelgesprächen teil. Frau K. hat in Bezug auf ihre Schmerzproblematik auch zu Reha-Ende ein anhaltend somatisches Krankheitsverständnis, ist aber hinsichtlich ihrer ausgeprägten depressiven Symptomatik für eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung offen. Der aktuelle Nutzen einer psychopharmakologischen Behandlung sollte von fachärztlicher Seite beurteilt werden.

Aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik (starke Schwankungen der Konzentrationsfähigkeit, geringe psychische Flexibilität) ist Frau K. aus psychologischer Sicht derzeit nicht arbeitsfähig.

#### **9.4 Dokumentationshilfen**

Zur Erleichterung der Dokumentation können auch Dokumentationsvorlagen genutzt werden, die im Idealfall elektronisch zur Verfügung stehen. Beispiele für Vorlagen für psychologische und psychotherapeutische Einzelgespräche, den psychischen oder psychopathologischen Befund sowie psychologische und psychotherapeutische Gruppenleistungen finden sich auf den folgenden Seiten.

## Dokumentationsbogen Psychologische Beratung und Psychotherapie

Name, Vorname des/der Rehabilitanden/in:

Datum der Einzelgespräche:

.....

.....

### Art und Anzahl der KTL Leistungen

Psychologische Beratung in Konfliktsituationen F551

Psychologische Beratung zur Besprechung von Testergebnissen F553

Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen F552

Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen F554

Orientierende psychologische Beratung F555

Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation einzeln G 71

**Zuweisung:**

Arzt/der Ärztin

Rehabilitand/Rehabilitandin

Screening

Anderes:

.....

### Personenbezogene Angaben

Beruf/Tätigkeit

.....

AU/arbeitslos seit

.....

Partnerschaft

Ja

Nein

Partnerschaft seit:

.....

Angaben zur Partnerschaft/zum Partner

.....

Kinder

Ja

Nein

Anzahl:

.....

Angaben zu den Kindern

.....

ggf. Herkunftsland

.....

Persönliche und soziale Ressourcen, krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, Leistungsmotivation

### Ziele und Ergebnisse der psychologischen Beratung/Psychotherapie

Ziel(e)

.....

Ergebnis(se)

## Inhalte der Beratung/Psychotherapie

Akute Entlastung, Krisenintervention, Suizidalität

---

Berufliche Problemstellung

---

Familiäre Problemstellung

---

Krankheitsbezogene Problemstellung,  
subjektives Krankheitskonzept,  
krankheitsbezogenes Selbstmanagement

---

Sonstiges

---

## Psychologische/Psychotherapeutische Empfehlungen für die Rehabilitation

Konsil

---

(Beobachtungs-)Aufgabe(n) für das Reha-Team

---

Informationen/Selbsthilfeliteratur

---

Notfallplan

---

Nachverordnung

- Weitere Einzelgespräche: .....
- Psychologische Gruppe: .....
- Entspannungsverfahren: .....
- Sonstiges: .....

## Psychologische/Psychotherapeutische Empfehlungen für die Zeit nach der Reha

Weitere psychodiagnostische Abklärung

---

Psychiatrische Begutachtung zur Leistungsbeurteilung

---

Selbsthilfegruppe

---

Ambulante Psychotherapie

---

Psy-RENA

---

IRENA mit psychologischen Inhalten

---

Sonstiges

---

**Sonstige Angaben/Anmerkungen:**

## Dokumentationsbogen Psychischer Befund

Name, Vorname des/der Rehabilitanden/in:

.....

Datum der Einzelgespräche:

.....

Datum der Untersuchung(en):

.....

Psychische Funktionseinschränkung gegeben:

.....

### Aktuelle Fähigkeitseinschränkung für die Arbeit aus psychischer Sicht gegeben

#### Psychischer Befund

Selbstgeschilderte psychische Beschwerden des/der Rehabilitanden/in

.....

Psychopathologie/psychische Funktionseinschränkungen aus Sicht des Untersuchers

.....

Störungsspezifische Anamnese

.....

Aktuelle oder bisherige psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung

.....

Bisherige oder aktuelle Psychopharmaka oder Opiate

.....

Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

.....

Ggf. F-Diagnose(n) in Vorbefunden, aktuelle diagnostische Einschätzung (F-Diagnose)

#### Arbeitsbezogener Befund

Aktuelle Anforderungen am Arbeitsplatz, denen sich der Rehabilitand psychisch nicht gewachsen fühlt

.....

Aktuelle Fähigkeitseinschränkungen für den konkreten Arbeitsplatz aus Sicht des Untersuchers

.....

Psychologische/ärztliche Empfehlung/Prognose

.....

**Weitere Anmerkungen und/oder Zusammenfassung des psychischen Befundes:**

## Dokumentationsbogen psychologische Gruppenintervention

Name, Vorname des/der Rehabilitanden/in:

Datum der Einzelgespräche:

.....

.....

Datum der Untersuchung(en):

Psychische Funktionseinschränkung gegeben:

.....

.....

### Art und Anzahl der KTL Leistungen

Psychologische Gruppe  
störungsspezifisch F560

Psychologische Gruppenarbeit:  
Stressbewältigung F571

Psychologische Gruppenarbeit:  
Schlaftraining F572

Psychologische Gruppenarbeit:  
Schmerzbewältigung F574

Psychologische Gruppenarbeit:  
Ernährungsverhalten F573

Psychologische Gruppenarbeit:  
Umgang mit Angst und Traurigkeit F575

Psychologische Gruppenarbeit:  
Umgang mit Alkohol F576

Psychologische Gruppenarbeit:  
Umgang mit Medien F577

Psychologische Gruppenarbeit:  
Tabakentwöhnung F578

Psychologische Gruppenarbeit:  
sonstige F579

Psychoedukative Gruppenarbeit:  
Genusstraining F581

Psychoedukative Gruppenarbeit:  
Motivationstraining F582

Psychoedukative Gruppenarbeit:  
sonstige F589

#### Zuweisung:

Arzt/der Ärztin

Rehabilitand/Rehabilitandin

Psychologe/in/Psychotherapeut/in

Andere:

.....

### Verlauf und Ergebnis der Gruppenintervention

Wissenszuwachs

.....

Einstellungsänderung

.....

Verhaltensänderung

### Persönliche Ziele und Ergebnisse des/der Rehabilitanden/in in der Gruppe

Ziel(e)

.....

Ergebnis(se)

.....

Anmerkungen:

# 10. Kommunikation, Dokumentation und Aufbewahrung von Rehabilitand\*innendaten

## 10.1 Kommunikation von psychologischen Daten im multiprofessionellen Team der medizinischen Rehabilitation

Ein/e Psycholog\*in und Psychotherapeut\*in gehört nach § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB grundsätzlich in den Kreis der Vertrauenssträger mit besonderer Schweigepflicht. Er/sie darf daher – wie ein/e Ärzt\*in – ihm/ihr anvertraute Geheimnisse (hier: Informationen aus der Intim- und Privatsphäre) nicht unbefugt offenbaren.

Der/die in einer Rehabilitationseinrichtung tätige Psycholog\*in/Psychotherapeut\*in wird jedoch im Auftrag des/der Ärzt\*in tätig und ist deshalb ihm/ihr gegenüber zur Auskunft verpflichtet. Die Pflicht, aber auch das Recht des/der Psycholog\*in zur Offenbarung von Angaben des/der Rehabilitand\*in erstreckt sich auf alle Mitteilungen, die für die Diagnose des Krankheitsbildes, für sachgerechte Vorschläge zur Therapie sowie zur Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung am Ende der Rehabilitationsmaßnahme wesentlich sind. Der/die Psycholog\*in/Psychotherapeut\*in wird den Informationsfluss allerdings steuern können und in einigen Fällen auch müssen. Sofern es einer Weitergabe von Angaben, die besonders intimen Charakter tragen, gegenüber dem/der Ärzt\*in nicht bedarf, weil bereits andere Fakten für eine sachgerechte Diagnose, Therapie und sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ausreichen, wird er/sie solche Angaben nicht mitteilen müssen.

Ohne gegen seine/ihre Mitwirkungspflichten nach § 60 ff SGB I zu verstoßen, wird der/die Rehabilitand\*in seine entsprechenden Vorbehalte gegenüber dem/der Psycholog\*in oder Psychotherapeut\*in geltend machen dürfen. Hier bleibt es der Sachkunde des/der Psycholog\*in bzw. Psychotherapeut\*in überlassen, genau die Informationen weiterzuleiten, die für eine sachgerechte Behandlung erforderlich sind. Unter Umständen wird er/sie relevante Angaben des/der Rehabilitand\*in in angemessener Weise umschreiben müssen, ohne dass diese an Verständlichkeit und Aussagekraft einbüßen.

Zu der Frage, ob Rehabilitand\*innen eine Weiterleitung von Daten der Psycholog\*in oder Psychotherapeut\*in an andere Ärzt\*innen der Klinik untersagen können, gelten die weiter unten getroffenen Ausführungen zu § 67c SGB X.

Die Weitergabe von Daten innerhalb der Reha-Einrichtung ist eine Nutzung von Sozialdaten, die grundsätzlich zulässig ist. Hier sollte dem Erforderlichkeitsgebot besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Im Ergebnis ist eine Weitergabe aber auch gegen den Willen der RehabilitandInnen zulässig. Die Entscheidung trifft letztendlich die Klinikleitung.

Untersagt der/die Rehabilitand\*in dem/der Psycholog\*in oder Psychotherapeut\*in dagegen ausnahmslos die Weitergabe von Informationen an die Klinikärzt\*innen, wird dieser Wunsch respektiert werden müssen. Dem Rehabilitationsträger bleibt dann die Möglichkeit, gegenüber den Versicherten die in § 66 SGB I angedrohten Sanktionen zu verhängen und ggf. die Rehabilitationsleistung abzubrechnen.

**Fazit:** § 67c Abs. 3 SGB X lässt eine Nutzung von Sozialdaten, um eine solche handelt es sich nach § 67 Abs. 7 SGB X bei einer Weitergabe innerhalb der verantwortlichen Stelle, für Aufsichts- und Kontrollzwecke ausdrücklich zu. Die Erstellung und Weiterleitung des Entlassungsberichts an die Deutsche Rentenversicherung Bund ist unter anderem auch ein Instrument zur Qualitätskontrolle. Eine umfassende Aufnahme der Daten der Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in den Entlassungsbericht ist daher grundsätzlich zulässig.

Da es sich hier jedoch um äußerst sensible Daten handelt, sollte dem Erforderlichkeitsgebot, das sich auch in § 67c SGB X findet, besondere Bedeutung beigemessen werden und nur die unbedingt erforderlichen Daten in den Entlassungsbericht aufgenommen werden, insbesondere wenn der/die Rehabilitand\*in ausdrücklich eine Weitergabe an die Deutsche Rentenversicherung Bund nicht wünscht. Letztlich liegt die Entscheidung auch hier bei der Klinikleitung.

## 10.2 Dokumentation psychologischer Daten

Die Dokumentation stellt den Nachweis professioneller, systematischer patientenbezogener Maßnahmen dar. Sie dient zur Darstellung des Leistungsgeschehens intern wie auch extern. Fachliche Standards und rechtliche Anforderungen bilden die Rahmenbedingungen für die Dokumentation. Diese finden sich in Studien, wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften und Psychotherapeutenkammern und in Gesetzen sowie der aktuellen Rechtsprechung.

Die Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellung und Aufgabenzuweisung. Sie sollte zur Praktikabilität auf das Wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten. Folgende Aspekte sollten beachtet werden:

- Die psychologische Dokumentation gehört in die Patientenakte, eine „Doppeldokumentation“ soll vermieden werden.
- Routinemaßnahmen können im Rahmen der Team- und Fallbesprechungen dokumentiert werden.
- Die Aufzeichnung soll für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar sein.
- Als Leitfrage kann gelten: „Welche Angaben benötigt mein/e Arbeitskolleg\*in, um Therapie, Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können?“
- Stichworte können verwendet werden, solange Irrtümer ausgeschlossen sind.
- Bei Bedarf: Auf bestehende Standards, Richtlinien oder Leitlinien (ggf. klinikinterne) verweisen.
- Aussagen der Rehabilitand\*innen und Angehörigen als Zitat kenntlich machen.
- Notwendige Dokumente, auszufüllende Formblätter und (interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und Praktikabilität hin prüfen.

Besonderheiten sind immer unmittelbar zu erfassen. Das entsprechende Vorgehen bei unvorhersehbaren Veränderungen, bei stetiger Verschlechterung und der Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung sollte festgelegt werden. Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Eine Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem/der zuständigen Ober-/Chefärzt\*in muss dokumentiert werden.



In der Dokumentation sollte grundsätzlich das Therapieziel mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des/der Rehabilitand\*in erkennbar sein. Dokumentiert wird Art und Umfang der geleisteten Unterstützung.

Der Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht ist zeitnah entsprechend den Vorgaben der Reha-Einrichtung zu erstellen. Die Auswertung der Verlaufsdocumentation ist gleichzeitig die Erfolgskontrolle der therapeutischen Handlungen. Es erfolgt eine kontinuierlich auf den Therapieverlauf angepasste Dokumentation. Evaluationen der Ergebnisse sind zu dokumentieren.

#### **Dokumentationspflicht**

Alles, was dokumentiert wurde, hat stattgefunden und ist vollständig und richtig wiedergegeben. Umkehrschluss: Was nicht dokumentiert wurde, hat auch nicht stattgefunden.

Das Vorgehen zum Umgang mit Anfragen zur Einsichtnahme (Einverständniserklärung beachten) in die Dokumentation durch Rehabilitand\*innen und Angehörige (z. B. in Bezug auf das Patientenrechtegesetz) gilt es zuvor zu klären.

Dem Rentenversicherungsträger sind solche Daten über Rehabilitand\*innen mitzuteilen, die er zur Erfüllung der ihm übertragenen gesetzlichen Aufgaben benötigt. In diesem Umfang dürfen Daten erhoben werden.

In welchem Umfang Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen ebenso wie Ärzt\*innen Daten in ihre Berichte einfließen lassen, damit der Rentenversicherungsträger seine gesetzlichen Aufgaben erfüllen kann, ist im Einzelfall zu entscheiden. Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Psycholog\*innen werden von Fall zu Fall die Form und den Umfang der Weitergabe der ihnen anvertrauten Daten abzustimmen haben. Dabei können sie auch die von dem Rehabilitand\*innen vorgetragenen Bedenken berücksichtigen. Letztendlich aber muss der/die Ärzt\*in entscheiden, welche Daten für die Erstellung des Berichtes von Bedeutung sind. Sie stehen nicht zur Disposition des/der Rehabilitand\*in.

Die Frage der Einflussmöglichkeit der Rehabilitand\*innen auf den Inhalt des Reha-Entlassungsberichtes ist eine Einzelfallentscheidung, die letztlich der/die Leitende Ärzt\*in als der/die verantwortlich Zeichnende des Entlassungsberichtes trägt. Dem Wunsch des/der Rehabilitand\*in nach Vertraulichkeit sollte dabei so weit wie möglich entsprochen werden, so dass in Einzelfällen nur die Angabe „Es haben x Sitzungen beim/bei der Diplom-Psycholog\*in stattgefunden.“ in den Entlassungsbericht aufgenommen werden sollte, ohne nähere Ausführungen zu Inhalten oder Diagnosen. Diese allgemeine Angabe zur Qualitätskontrolle durch die Deutsche Rentenversicherung Bund ist erforderlich. Aus datenschutzrechtlicher Sicht spricht aber auch nichts dagegen, in Ausnahmefällen dem Wunsch eines/einer Rehabilitand\*in zu entsprechen und auch diese Angabe wegzulassen, sofern trotzdem noch ein aussagefähiger Entlassungsbericht gefertigt werden kann. Falls Diagnosen sozialmedizinisch relevant sind, müssen sie hingegen auch benannt werden.

#### **Gesetzliche Grundlage Patientenrechtegesetz (2013):**

§ 630f Absatz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, zur Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicher zu stellen.

#### § 630g Absätze 1 und 2 BGB

„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen....“

„(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandlenden die entstandenen Kosten zu erstatten.“

### **10.3 Aufbewahrung des internen psychologischen Berichtes, psychologischer Stundenprotokolle und Testbefunde**

Die von Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in einem Einzel- oder Gruppengespräch handschriftlich notierten Daten werden später zu einem Bericht zusammengefasst. Die Zusammenfassung dieses Berichts geht in den Reha-Entlassungsbericht ein.

Grundsätzlich sind personenbezogene Daten zu vernichten, sobald der Zweck, für den diese erhoben wurden, erreicht ist (Artikel 5 Abs. 1 Buchstabe b DSGVO). Im Falle der psychologischen und psychotherapeutischen Daten in der medizinischen Rehabilitation wird zwischen Vorgaben zu internen Berichten, Stundenprotokollen und Testbefunden und Vorgaben zu persönlichen Notizen, die als Gedankenstütze und der Reflexion dienen, unterschieden.

#### **Interne Berichte, Stundenprotokolle, Testbefunde**

Diese Unterlagen werden Bestandteil der Patientenakte. In der Patientenakte erfolgt die Dokumentation der Diagnostik, Therapie, Beratung usw. während der Rehabilitation. Die Aufbewahrungspflicht für diese Akte und damit auch für die genannten psychologischen und psychotherapeutischen Unterlagen beträgt zehn Jahre.

#### **Persönliche Mitschriften, die als Gedankenstütze gelten**

Persönliche Mitschriften, die der Gedankenstütze dienen, haben keinen therapeutischen Charakter und werden nicht Bestandteil der Patientenakte. Für diese Unterlagen sollte im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Aufbewahrungsfrist festgelegt werden. Die Aufbewahrungsfrist sollte mit einem Löschkonzept im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt werden. Die Reha-Zentren der DRV Bund haben die Aufbewahrungsfrist für ein Jahr festgelegt.

In der Papierakte können sensible Daten in einem geschlossenen Umschlag aufgehoben werden. Der verschlossene Umschlag sollte mit dem Vermerk versehen werden „nur in Rücksprache mit dem/der Psycholog\*in/ Psychotherapeut\*in zu öffnen“. Bei der elektronischen Patientenakte sollten entsprechende berufsgruppenspezifische Zugriffsrechte festgelegt werden.

# 11. Beispiele für Screeninginstrumente

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht 0	An einzelnen Tagen 1	An mehr als der Hälfte der Tage 2	Beinahe jeden Tag 3
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Auswertung:

Berechnung des Summenwerts der vier Antworten.

Cut-Off-Werte: Summenwerte von 6 bis 9 = „yellow flag“, Summenwerte von 9 bis 12 = „red flag“ (dringende Empfehlung weiterer differentialdiagnostischer Abklärung)

### Quelle:

Der Patient Health Questionnaire (PHQ-4) wurde entwickelt von Drs. R.L. Spitzer, K. Kroenke, J.B.W. Williams & B. Löwe, ©2005 Pfizer Inc: Deutsche Version: Bernd Löwe et al. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2008

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

Der Test ist kostenlos im Internet verfügbar:

[www.commonswikimedia.org/wiki/File:PHQ-4.TIF](http://www.commonswikimedia.org/wiki/File:PHQ-4.TIF)

### Fragebogen UKS (UltraKurzScreening)

Selbsteinschätzung zu psychosozialen Problemlagen von Rehabilitanden in der Orthopädie. Für andere Indikationen sind die Items 5 und 6 entsprechend der indikationsspezifischen Leitsymptome zu modifizieren (z. B. Herzbeschwerden statt Schmerz).

	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
		0	1	2	3
Depressivität*	1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste*	4. nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. starke oder sehr starke körperliche Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz	6. körperliche Schmerzen hinderten mich, ein normales Leben zu führen (Haushalt, Freizeit, Beruf u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Familiäre oder private Belastungen</b>	<b>überhaupt nicht</b>	<b>etwas</b>	<b>eher mehr</b>	<b>stark oder sehr stark</b>
Familie	7. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderen familiären bzw. privaten Belastungen oder Konflikten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Berufliche Belastungen</b>	<b>überhaupt nicht</b>	<b>eher weniger</b>	<b>eher mehr</b>	<b>stark oder sehr stark</b>
Beruf	8. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderem beruflichen Stress (Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit Arbeit, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Psychologische Betreuung in der Reha</b>	<b>nicht wichtig</b>	<b>wenig wichtig</b>	<b>eher wichtig</b>	<b>besonders wichtig</b>
Motivation	9. Wie wichtig sind Ihnen psychologische Therapieangebote in Ihrer Rehabilitation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Items zu Depressivität und Ängsten aus PHQ-4 (Löwe et al., 2009)

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

Der Screeningbogen ist frei verfügbar.

## UKS – Auswertungskriterien

Die Werte der einzelnen Items werden addiert

### Depressivität (Item 1 und 2)

- 0 bis 2 = nicht oder geringfügig depressiv
  - 3 bis 4 = moderat depressiv
  - 5 bis 6 = stark oder sehr stark depressiv
- Cut-off für vertiefende Diagnostik: >2

### Ängste (Item 3 und 4)

- 0 bis 2 = nicht oder geringfügig ängstlich
  - 3 bis 4 = moderat ängstlich
  - 5 bis 6 = stark oder sehr stark ängstlich
- Cut-off für vertiefende Diagnostik: >2

### psychische Komorbidität – Gesamtwert (Depressivität und Angst zusammen)

- 0 bis 4 = nicht oder geringfügig vorhanden
- 5 bis 8 = moderat ausgeprägte psychische Komorbidität
- 9 bis 12 = stark oder sehr stark ausgeprägte psychische Komorbidität

### Schmerzen (Item 5 und 6)

- 0 bis 2 = keine oder geringfügige Schmerzproblematik
  - 3 bis 4 = moderat ausgeprägte Schmerzproblematik
  - 5 bis 6 = stark oder sehr stark ausgeprägte Schmerzproblematik
- Cut-off für vertiefende Diagnostik: >2

### familiäre Belastungen (Item 7)

- 0 bis 1 = keine oder geringfügige familiäre Belastungen
  - 2 = eher mehr familiäre Belastungen
  - 3 = starke oder sehr starke familiäre Belastungen
- Cut-off für vertiefende Diagnostik: >1

### berufliche Belastungen (Item 8)

- 0 bis 1 = keine oder geringfügige berufliche Belastungen
  - 2 = eher mehr berufliche Belastungen
  - 3 = starke oder sehr starke berufliche Belastungen
- Cut-off für vertiefende Diagnostik: >1

### psychologische Mitbehandlung (Item 9)

- 0 bis 1 = nicht oder weniger wichtig
  - 2 = eher wichtig
  - 3 = besonders wichtig
- Cut-off für Motivationsprüfung: <2 bei gleichzeitigen Auffälligkeiten

### UKS-Gesamtscore

Der Gesamtscore „psychosoziale Belastung“ erfolgt durch Summenbildung über alle vier Bereiche und ergibt einen Gesamtwert zwischen 0 und 12

1. Psychische Komorbidität: Item 1–4 aufaddiert und geteilt durch 4
2. Schmerzen: Item 5–6 aufaddiert und geteilt durch 2
3. familiäre Belastung: Item 7
4. berufliche Belastung: Item 8

### Legende:

- 0 = keine psychosoziale Belastung
- 1 bis 4 = geringfügige psychosoziale Gesamtbelastung
- 5 bis 8 = moderat ausgeprägte psychosoziale Gesamtbelastung
- 9 bis 12 = stark oder sehr stark ausgeprägte psychosoziale Gesamtbelastung

## 12. Erfassung kognitiver Funktionen in der somatischen Rehabilitation

In der somatischen medizinischen Rehabilitation ist eine neuropsychologische Begutachtung ausschließlich in Einzelfällen möglich. Davon ausgenommen sind Rehabilitationen mit neurologischer Indikation, wo eine fundierte neuropsychologische Untersuchung bei gegebener Problematik für die Beurteilung des Leistungsvermögens unerlässlich sind.

Bei beobachteten oder beschriebenen kognitiven Funktionseinschränkungen können im Reha-Verlauf Screeningverfahren eingesetzt werden. Diese können, wenn eine ausführliche Diagnostik nicht möglich ist, das neuropsychologische Funktionsniveau abschätzen sowie gravierende Defizite ausschließen. Werden Hinweise auf kognitive Defizite deutlich, sollte eine ausführlichere Diagnostik folgen, um diese genauer zu differenzieren und ggf. Behandlungsempfehlungen abzuleiten. Bei fehlenden Voraussetzungen zur Durchführung einer ausführlichen Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung kann ein neuropsychologisches Konsil eingeholt werden. Ist ein entsprechendes Konsil während der Rehabilitation nicht möglich, sollte im ärztlichen Entlassungsbericht eine weitere fachspezifische diagnostische Abklärung empfohlen werden. Die Empfehlung soll begründet und die eingeschränkten Funktionen und Fähigkeiten beschrieben werden. Eine Auswahl von Test- und Screening-Verfahren zur Diagnostik von kognitiven Funktionen und Fatigue ist im Folgenden aufgeführt.

### Begutachtung kognitiver Funktionen

Eine umfassende Begutachtung von kognitiven Funktionen erfordert ein strukturiertes und hypothesengeleitetes Vorgehen. Die Ausgangsbasis der Informationserhebung bildet die ausführliche Anamnese. In die **Anamnese** werden Eigen- und Fremdanamnesen, Beobachtungen aus dem klinischen Alltag und ggf. Vorbefunde einbezogen. Die in den Alltagsberichten beschriebenen Einschränkungen müssen in neuropsychologische Domänen, die überprüft werden können, übersetzt werden. Für eine Begutachtung ist eine niedrighschwellige und wenig fokussierte neuropsychologische Testung (z. B. der alleinige Einsatz von Screeningverfahren oder auch der ausschließliche Einsatz von Selbstbeurteilungsfragebögen) nicht empfehlenswert. Eine spezifische, **hypothesengeleitete Fragestellung** in Bezug auf die Art, Ausprägung und Ätiologie von kognitiven Störungen, basierend auf dem klinischen Eindruck ist unabdingbar, um die Effektivität der neuropsychologischen Untersuchung zu erhöhen. Es folgt die **Auswahl der geeigneten Testverfahren** und eine manualisierte **Testdurchführung**. Die Testdurchführung ermöglicht durch Verhaltensbeobachtung die Erhebung von weiteren Informationen zur Leistungsfähigkeit und kognitiven Einschränkungen sowie deren Auswirkungen. Faktoren, die einen Einfluss auf die Testsituation und damit auf die **Testergebnisse** haben können, sind unter anderem Leistungsbereitschaft, psychische Verfassung, motorische und perzeptuale Fähigkeiten, Medikation, Müdigkeit und Tagesverfassung. Die Testergebnisse geben durch einen Abgleich mit Normdaten Rückschlüsse auf Beeinträchtigungen der kognitiven Teilleistungen, ggf. müssen weiterführende Tests zur Hypothesenüberprüfung durchgeführt werden. Die abschließende **Befundung** integriert unter Einbezug möglicher Einflussfaktoren alle erhobenen Informationen aus den Testergebnissen, der Anamnese und der klinischen Beobachtung.

Für die Durchführung einer Begutachtung kognitiver Störungen werden erfahrungsgemäß durchschnittlich sechs Stunden benötigt (1 Stunde

Anamnese, 2-3 Stunden Testdurchführung, 2 Stunden Interpretation der Ergebnisse, Berichterstellung, Ergebniskommunikation mit Testperson). Des Weiteren ist psychologisch/neuropsychologisch qualifiziertes Fachpersonal unabdingbar und entsprechende Testverfahren zur zielgerichteten Überprüfung der Hypothesen müssen vorhanden sein.

### **Diagnostik von reduzierter Belastbarkeit/Fatigue**

Die Fatigue ist ein körperlicher, geistiger und seelischer Erschöpfungszustand. Er kommt infolge oder zusammen mit chronischen Erkrankungen vor. Die Erschöpfung steht dabei häufig nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer vorangegangenen körperlichen oder geistigen Anstrengung oder Belastung. Die Erschöpfung macht sich meist nicht nur körperlich, sondern auch seelisch und geistig bemerkbar. Typisch für Fatigue ist, dass sich das Gefühl der Ermüdung durch Ruhe- und Schlafphasen nicht wesentlich verbessert. Fatigue kann im Zusammenhang von Tumorerkrankungen (sog. Tumorassoziierte Fatigue), rheumatischen Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen (z. B. bei Multipler Sklerose oder Parkinson), dem Chronischen Fatigue Syndrom (CFS), der Myalgischen Enzephalomyelitis (ME) und dem Post-Covid-19-Zustand auftreten. Differentialdiagnostisch müssen depressive Störungsbilder, Burn-out-Erleben und Somatisierungsstörungen abgeklärt werden.

Spezifische standardisierte Fragebögen, die eine Quantifizierung bei Verlaufsbeobachtungen erlauben, haben sich vor allem im wissenschaftlichen Kontext bewährt. Diese Instrumente ermöglichen eine kategoriale Aussage zu treffen, ob Fatigue beim Einzelnen vorliegt oder nicht. Zum anderen können Fragebögen der Vielschichtigkeit des Syndroms gerecht werden, indem sie Fatigue auf mehreren Dimensionen, also als Profil von Schweregraden, abbilden. Diese Dimensionen umfassen eine körperliche, eine emotionale, eine kognitiv-mentale und eine zeitliche (akuter oder chronischer Verlauf). Neben Fragebögen (z. B. MFI-20, FAQ, WEIMuS) können wiederholte Tests im Tagesverlauf oder vor und zwischenzeitlich einer kognitiven Belastung zur Messung der Alertness (z. B. TAP) für die diagnostische Einschätzung hilfreich sein.

### **Beispiele für Test- / Screening-Verfahren zur Diagnostik von kognitiven Funktionen**

Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., Liepmann, D. Test d2 – Revision Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest (d2-R). Hogrefe-Verlag. Papier-Bleistift (2010), Elektronische Fassung (2017).

→ Altersbereich 9–60 Jahre

Helmstaedter, C., Lendt, M., Lux, S. Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT). Beltz-Test. 2001.

→ Altersbereich: 6–79 Jahre

→ Verbales Gedächtnis (unmittelbare Gedächtnisspanne, Lernleistung, Interferenzen, langfristige Enkodierungs- bzw. Abrufleistung, Wiedererkennungslleistung)

Niemann, H., Sturm, W., Thöne-Otto, A.I.T., Willmes, K. California Verbal Learning Test (CVLT). Deutsche Adaption. Pearson. 2008.

→ Normstichprobe: 20–60 Jahre

Härting, C., Markowitsch, H.J., Neufeldt, H. et al. Wechsler Gedächtnistest – revidierte Fassung (WMS-R). 2000.

→ Normstichprobe: 15–74 Jahre

→ verbales Kurzzeitgedächtnis, Arbeitsgedächtnis, visuell-räumliche Merkspanne



Lepach, A.C., Petermann, F. Wechsler Memory Scale® – Fourth Edition. Deutsche Bearbeitung. 1. Auflage 2012.

- Normstichprobe: 16–90 Jahre, Version für ältere Erwachsene: 65–90 Jahre
- 12 Untertests zu fünf Indizes (Auditives Gedächtnis, Visuelles Gedächtnis, Visuelles Arbeitsgedächtnis, Unmittelbare Wiedergabe und Verzögerter Wiedergabe)
- im Testumfang enthalten: Kognitives Kurzscreening zur Überprüfung des allgemeinen kognitiven Niveaus

Aschenbrenner, S., Tucha, O., Lange. Regensburger Wortflüssigkeits-Test (RWT). Hogrefe-Verlag. 2001.

- Normstichprobe: 18–83 Jahre
- Prüfung der Wortflüssigkeit / offene Problemlöseaufgabe

Zimmermann, P., Fimm, B. Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) (Version 2.3.1). 2019.

- Prüfung umschriebener Teilfunktionen der Aufmerksamkeit (Alertness, geteilte Aufmerksamkeit, Flexibilität, Arbeitsgedächtnis, Daueraufmerksamkeit, G/Nogo)
- TAP-Demo-Version ([www.psytest.de/de/support/downloads](http://www.psytest.de/de/support/downloads))
- Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung – Version Mobilität (TAP-M) zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Nasreddine et al. Montreal Cognitive Assessment (MoCa). 2005.

- Normstichprobe: 65–91 Jahre
- Evaluation der kognitiven Leistungsfähigkeit bei älteren Menschen
- Versionen für Menschen mit Seh- und Hörbehinderung (MoCa-Blind, MoCa-Hi)

Petermann, F., Jäncke, L., Waldmann, H.-Chr. Deutschsprachige Adaptation der Neuropsychological Assessment Battery (NAB) von Stern, R.A. und White, T. 2016.

- Normstichprobe: 18–85+ Jahre, differenziert nach Geschlecht und Bildungsabschluss
- Screening: Aufmerksamkeit, Sprache, Gedächtnis, Wahrnehmung, Exekutive Funktionen (insgesamt 35 Minuten) -> Durchführung der NAB Hauptmodule möglich

The University of Sydney. Brain and Mind Centre. Addenbrooke's cognitive examination – ACE III. Deutsche Version A (2012).

The University of Sydney. Brain and Mind Centre. MINI – Addenbrooke's cognitive examination. M-ACE. Deutsche Version A (2014).

- Beurteilung der kognitiven Funktion zur Diagnostik der frontotemporalen Demenz
- Test steht in vielen Sprachen zur Verfügung
- Mini-ACE bewertet Ausrichtung, Gedächtnis, Tierflüssigkeit und Uhrzeichnung. Zwei Cut-offs werden empfohlen: 25/30 und 21/30.
- Download: [www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html](http://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html) (Zugriff: 10.02.2023)

### **Beispiele für Fragebogen-Verfahren zur Diagnostik von Fatigue**

Zimmermann & Hohlfeld. Modifizierte Fatigue Impcat Scale (MFIS). 1999.

→ Multidimensional: physisch, kognitiv, psychosozial

Glaus. Fatigue Assessment Questionnaire (FAQ). 1998.

→ Multidimensional: physische, emotionale, kognitive Fatigue

→ 20 Items

Smets, E. et al. Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20). 1995.

→ Multidimensional mit 5 Subskalen: allgemeine Fatigue, körperliche Fatigue, kognitive Fatigue, reduzierte Aktivität, reduzierte Motivation

→ 5-stufige Skala; Cut-off Wert nur für die Skala Allgemeine Fatigue vorhanden

Flachenecker, P., Meissner, H., König, H., Müller, G., Toyka, K., Rieckmann, P. Würzburger Erschöpfungsinventar bei Multipler Sklerose (WEIMuS). 2003.

→ Kognitive und körperliche Aspekte

Penner, I.-K. et al. Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC). 2009.

→ Abklärung einer kognitiven und motorischen Fatigue-Symptomatik

## **13. Auswahl psychologischer Testverfahren**

Im folgenden Abschnitt werden psychologische Testverfahren vorgestellt, die in der somatischen Rehabilitation zur Anwendung kommen. Die Auflistung hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Die Liste wird regelmäßig auf Aktualität überprüft und von Praktiker\*innen ergänzt. Hinweise auf weitere Testverfahren, die in der somatischen Rehabilitation genutzt werden, nehmen wir gern entgegen. Weitere Testverfahren werden in der Leitlinie Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen der DRV (2018) vorgestellt und können in Datenbanken recherchiert werden. Zum Beispiel stellen die Datenbanken [www.psyndex.de](http://www.psyndex.de), [www.psychometrikon.de](http://www.psychometrikon.de) oder [www.testarchiv.eu](http://www.testarchiv.eu) umfassende Informationen für den Bereich der Testdiagnostik zur Verfügung.

### **Screeningverfahren psychischer Belastung**

Hermann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R. P. (Hrsg.). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). Deutsche Adaptation von Snaith, R. P., Zigmond, A. S., 4. aktualisierte und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe. 2018

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009).

Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) frei verfügbar unter

[www.commonswikimedia.org/wiki/File:PHQ-4.TIF](http://www.commonswikimedia.org/wiki/File:PHQ-4.TIF) (Zugriff: 30.03.2023).

Hanke, G. H. (Hrsg.). Mini-Symptom Checklist (Mini-SCL). Göttingen: Hogrefe. 2017

Nilges, P., Essau, C. (2021). Depression-Angst-Stress-Skalen (DASS). frei verfügbar unter [www.testarchiv.eu/de/test/9008223](http://www.testarchiv.eu/de/test/9008223) (Zugriff: 08.06 2023).

Jahed, J., Vogel, B., Baumeister, H., Härter, M., Barth, J., Bengel, J. (Hrsg.). Vertiefte Diagnostik: Screeningfragen (in Anlehnung an SKID-I und CIDI). In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Psychische

Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2011.

### **Berufsbezogene Screeningverfahren**

Streibelt, M. (Hrsg.). Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (SIMBO-C). 2012. frei verfügbar unter [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) (Zugriff: 30.03.2023).

Bürger, W., Deck, R. (Hrsg.). Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR). 2007. Bezugsquelle unter [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) (Zugriff: 30. März 2023).

Vogel, H., Wolf, D. (Hrsg.). Würzburger Screening. 2008. frei verfügbar unter [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) (Zugriff: 30.03.2023)

Muschalla, B., Linden M. (2008). Die Arbeitsplatzphobie-Skala. Ein Screening-Instrument für die medizinische Rehabilitation. *Ärztliche Psychotherapie*, 4, 258-262. Unter [www.psydix.org/psychologische-testverfahren/arb-sk/](http://www.psydix.org/psychologische-testverfahren/arb-sk/) (Zugriff: 22.06.2023)

### **Schmerz**

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP) (Hrsg.). Deutscher Schmerzfragebogen (DSF). 2015. frei verfügbar unter [www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen](http://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen) (Zugriff: 31.03.2023).

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP). Schmerz-Tagesprotokoll. frei verfügbar unter [www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen](http://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen) (Zugriff: 31.03.2023).

Analogskalen (z. B. 10-stufige numerische Analogskala: 0 = kein Schmerz bis 10 = schlimmster vorstellbarer Schmerz)

### **Schmerzverarbeitung**

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

Maurischat, C., Härter, M., Bengel, J. (Hrsg.). Freiburger Fragebogen – Stadien der Bewältigung chronischer Schmerzen (FF-STABS). Göttingen: Hogrefe. 2006.

### **Schmerzzempfinden**

Geissner, E., Schulte, A. (Hrsg.). Schmerzzempfindungsskala (SES). Göttingen: Hogrefe. 1996

### **Schmerzbedingte Beeinträchtigungen**

Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H., Gerbershagen, H. U. (2011). Pain Disability Index (PDI). frei verfügbar unter [www.psydix.org/psychologische-testverfahren/pdi/](http://www.psydix.org/psychologische-testverfahren/pdi/) (Zugriff: 31.03.2023).

**Verschiedene Schmerzfragebögen** und Fachinformationen zum Thema Schmerz sind für Ärzt\*innen und Psycholog\*innen auf der Website des DRK Schmerz-Zentrums Mainz eingestellt: [www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/06\\_downloads/6-2\\_aerzte.php](http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/06_downloads/6-2_aerzte.php) (zugriff: 09.06.2023)

## **Depression**

Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., Keller, F. (Hrsg.). Allgemeine Depressions-Skala (ADS). 2. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe. 2012.

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., Beck (Hrsg.). Depressions-Inventar (BDI-II). Frankfurt am Main: Pearson Assessment. 2. Auflage. 2009

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Kliem, S., Brähler, E. (Hrsg.). Beck Depressions-Inventar- Fast Screen for medical patients (BDI-FS). Frankfurt am Main: Pearson Assessment. 2013.

## **Angst**

Beck, A. T., Margraf, J., Ehlers, A. (Hrsg.). Beck Angst-Inventar (BAI). Frankfurt am Main: Pearson Assessment. 2007.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D. (Hrsg.). State-Trait-Angstinventar (STAI). Göttingen: Hogrefe. 1981

Krohne, H. W., Egloff, B. (Hrsg.). Das Angstbewältigungs-Inventar (ABI). Manual. Frankfurt a. M.: Swets. 1999.

## **Stress**

### **Stresserleben**

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

Semmer, N., Zapf, D., Dunckel, H. (1999.) Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA). [www.testarchiv.eu/de/test/900784](http://www.testarchiv.eu/de/test/900784) (Zugriff: 08.06.2023).

### **Burnout**

Hagemann, W., Geuenich, K. (Hrsg.). Burnout-Screening-Skalen (BOSS). 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe. 2014

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. E. (1996). Maslach Burnout Inventory (MBI) – Manual. 3. Auflage. Palo Alto: Consultin Psychologists Press. Deutsche Fassung: Büssing, A. & Perrar, K. M., MBI-D. 1992.

## **Verfahren mit Bezug zu Beruf, Arbeit und Arbeitswelt**

Ergänzend gibt die Internetseite [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) einen Überblick über weitere diagnostische Testverfahren zur Erfassung und Beschreibung arbeits- und berufsbezogener Problemlagen.

Schaarschmidt, U., Fischer, A. (Hrsg.). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Frankfurt am Main: Pearson Assessment. 2008.

Föhres, F., Kleffmann, A., Weinmann, S. (Hrsg.). Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA). BMGS. 2003.

Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Schaggenburg, L., Beutel, M.E. (2006). Fragebogen zur Erfassung der berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM). frei verfügbar unter [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/\\_downloads/FBTM.pdf](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/FBTM.pdf) (Zugriff: 09.06.2023)

Müller, E., Bengel, J., Wirtz, M. (2014). Skalen zur Erfassung von Funktionsfähigkeit im Beruf (SE-FFB). frei verfügbar: [www.psychometrikon.de](http://www.psychometrikon.de) (Zugriff: 09.06.2023)

### **Arbeitsfähigkeit**

Ilmarinen, J. et al. (2006). Work Ability Index (WAI). frei verfügbar beim WAI Netzwerk unter [www.wainetzwerk.de](http://www.wainetzwerk.de) (Zugriff: 09.06.2023)

### **Aktivität und Teilhabe**

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (Hrsg.). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Verlag Hans Huber. 2015.

### **Allgemeine psychische Befindlichkeit**

Franke, G. H. (Hrsg.). Symptomcheckliste-90®-Standard (SCL-90®-S). Göttingen: Hogrefe. 2013

Franke, G.H. (Hrsg.). Brief Symptom Checklist (BSCL). Göttingen: Hogrefe. 2017.

Franke, G.H. (Hrsg.). Mini-Symptom-Checklist (Mini-SCL). Göttingen: Hogrefe. 2017.

Basler H.D., Herda C., Scharfenstein A. (Hrsg.). Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW). 2003. Hrsg.

### **Selbsteinschätzung von Funktionseinschränkungen**

Kohlmann, T., Raspe, H. H. (Hrsg.). Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigungen durch Rückenschmerz (FFbH-R). 1996. Frei verfügbar unter: [www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/06\\_downloads/6-2\\_aerzte.php](http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/06_downloads/6-2_aerzte.php) (Zugriff: 09.06.2023).

### **Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes**

Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M. (Hrsg.). Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36, Kurzform SF-12). Göttingen: Hogrefe. 2011.

Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W. H. (Hrsg.). Indikatoren des Reha-Status (IRES). 2002. Frei verfügbar unter [www.uniklinik-freiburg.de/imbi/severa/download-instrumente.html](http://www.uniklinik-freiburg.de/imbi/severa/download-instrumente.html) (Zugriff: 09.06.2023).

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) (Hrsg.). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). 2007. frei verfügbar unter [www.hamburger-module.de/](http://www.hamburger-module.de/) (Zugriff: 09.06.2023).

### **Demenz**

Ihl, R., Grass-Kapanke, B. (2000). Test zu Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TDFF). frei verfügbar unter: [www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/Assessments/tfdd\\_manual.pdf](http://www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/Assessments/tfdd_manual.pdf). (Zugriff: 09.06.2023)

Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, Smith R, Passmore AP, Brand M, Bullock R. DemTect: ein neuer, sensitiver kognitiver Screening-Test zur Unterstützung der Diagnose von leichten kognitiven Beeinträchtigungen und früher Demenz. Int J Geriatr Psychiatrie. 2004 Feb;19(2):136-43.

### **Tagebücher, Tagesprotokolle, Aktivitätentagebücher etc.**

z. B. Schmerztagebücher (Auftreten bzw. Häufigkeit, Stärke bzw. Intensität und Dauer der Schmerzen, schmerzlindernde und schmerzverstärkende Aktivitäten, Stimmung, Wirkung von Medikamenten etc.)

z. B. Aktivitätentagebücher (bei Schmerzen, depressiven Stimmungen)

z. B. Stimmungstagebücher/Stimmungsprotokoll (bei Depressionen)

z. B. Ernährungsprotokolle (inklusive Stimmung und Aktivitäten)

### **Leistungsdiagnostik**

#### **Aufmerksamkeitsleistung und Konzentrationsfähigkeit**

Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., Liepmann, D. (Hrsg.). Test d2 – Revision Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest (d2-R). Göttingen: Hogrefe. 2010.

Düker, H., Lienert, G. A., Lukesch, H., Mayrhofer, S. (Hrsg.). Konzentrations-Leistungs-Test – Revidierte Fassung (KLT-R). Göttingen: Hogrefe. 2001

Moosbrugger, H., Oehlschlägel, J., Steinwascher, M. (Hrsg.). Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar 2 (FAIR-2). Göttingen: Hogrefe. 2011.

Zimmermann, P., Fimm, B. Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung Version 2.3.1 (TAP 2.3.1). [www.psytest.net](http://www.psytest.net) (Zugriff: 09.06.2023).

#### **Gedächtnis**

Benton, A. L., Benton-Sivan, A., Spreen, O., Steck, P. (Hrsg.). Benton-Test. Göttingen: Hogrefe. 8. Überarbeitete und ergänzte Auflage. 2009.

Stemmler, M., Lehfeld, H., Horn, R. (Hrsg.). SKT nach Erzigkeit. Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen (SKT). Göttingen: Hogrefe. 1. Auflage. 2015.

#### **Intelligenzstruktur**

Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B., Amthauer, R. (Hrsg.). Intelligenzstrukturtest (I-S-T 2000-R). Göttingen: Hogrefe. 2001

# 14. Medien im Gesundheitstraining

Die didaktische Umsetzung der Inhalte im Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation kann neben den klassischen Medien wie Powerpoint-Präsentationen, Informationsbroschüren und Arbeitsblättern auch durch audiovisuelle Medien in Form von Filmen/Videos und Hörspielen unterstützt werden. Diese beinhalten zum Beispiel Erfahrungen und Erlebnisse von Patient\*innen mit bestimmten Krankheitsbildern und deren Bewältigung, Anleitungen zur Anwendung von Behandlungs- und Therapiemethoden zur Selbsthilfe sowie Strategien zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Alltag. Zunehmend kommen auch Apps (Application Software) zur Unterstützung bei Änderungen in der Lebensweise oder Lebensstile zur Anwendung. Vor einer Nutzungsempfehlung sollten Qualitätsaspekte wie Transparenz, Datenschutz, Nutzerfreundlichkeit und die Professionalität involvierter Personen überprüft worden sein. Hierfür gibt es bereits Prüfverfahren, z. B. das Fast Track Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Gütesiegel des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) „Geprüfte Psychologische Online Intervention (GPOI)“ und „Geprüfte Psychologische App (GPA)“.

Nachfolgend werden Quellen im Internet und nicht kommerzielle Verleihzentralen geordnet nach Anbietern und Themen/Indikationen für audiovisuelle Medien dargestellt. Die Angaben haben exemplarischen Charakter und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## 1. geordnet nach Anbietern

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Übersicht von audiovisuellen Medien zu den Themen Ernährung, Nicht-rauchen, Suchtprävention, Gesundheit etc. Die Filme der Bundeszentrale können kostenlos bei allen Landes-, Kreis- und Stadtbildstellen, Landesfilmdiensten sowie bei den evangelischen und katholischen Medienzentralen und dem Deutschen Filmzentrum ausgeliehen werden. Diese Medienübersicht ist kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln, erhältlich.

Internet: [www.bzga-avmedien.de](http://www.bzga-avmedien.de)

### **Bundesministerium für Gesundheit**

Portal des Gesundheitsministeriums für die Suche nach fachlich geprüften Gesundheitsinformationen.

Internet: [www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de)

### **Landesfilmdienste/Landesmediendienste**

Sie bieten neben Leihmedien zu verschiedensten Themen in den Bereichen Gesundheit, Prävention und Rehabilitation eine individuelle Beratung. Es besteht die Möglichkeit, sich zielgruppene geeignete Medien zu einem Thema, samt Alternativen und weiteren Projektideen, zusammenstellen zu lassen.

Eine Übersicht über alle Landesfilmdienste und Kontaktdaten bzw. die Internetadresse für ihren Landesmediendienst finden Sie unter:

[www.landesfilmdienste.de](http://www.landesfilmdienste.de)

### **Krankenkassen**

Die Krankenkassen bieten auf ihren Internetseiten neben schriftlichen Materialien zu gesundheitsbezogenen Themen auch Filmmaterial und Entspannungs-Apps an.



### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)**

Im Video- und Audiocenter stehen Präventionsfilme der Berufsgenossenschaften und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zum Download zur Verfügung. Themen sind zum Beispiel psychische Belastungen am Arbeitsplatz, Rückengesundheit und Stress. Die Filme werden zum Teil auch barrierefrei angeboten.

Internet: [www.dguv.de/de/mediencenter/index.jsp](http://www.dguv.de/de/mediencenter/index.jsp)

### **DocCheck TV – Medizinfernsehen im Web**

DocCheck TV ist ein medizinisches Videoarchiv, in dem Vorträge, Operationsmitschnitte und Lehrvideos heruntergeladen werden können.

Internet: [www.doccheck.com/de/](http://www.doccheck.com/de/)

## **2. geordnet nach Themen/Indikationen**

### **Onkologie – Deutsche Krebshilfe**

Ergänzend zu den Broschüren und Faltblättern gibt die Deutsche Krebshilfe verschiedene Informationsfilme auf DVD heraus. Die Patient\*inneninformationsfilme können als DVD kostenlos bezogen werden. Auf der Website stehen auch Links zu TV-Beiträgen zur Verfügung. Dazu zählen Sendebeiträge mit Erfahrungsberichten von Patient\*innen, Expert\*inneninterviews sowie weitere kurze Informationsfilme über die Arbeit und Projekte der Deutschen Krebshilfe.

Internet: [www.krebshilfe.de/deutsche-krebshilfe/?msclkid=54fe947f03a11595f55ff0882ce860a8&utm\\_source=bing&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=bs%20%7C%20deutsche%20krebshilfe&utm\\_term=deutsche%20krebshilfe&utm\\_content=deutsche%20krebshilfe](http://www.krebshilfe.de/deutsche-krebshilfe/?msclkid=54fe947f03a11595f55ff0882ce860a8&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=bs%20%7C%20deutsche%20krebshilfe&utm_term=deutsche%20krebshilfe&utm_content=deutsche%20krebshilfe)

### **Onkologie – psychoonkologische Unterstützung**

Dieses Beratungsportal ist kostenlos und wendet sich direkt an die Patient\*innen. Auf der Internetseite werden Patient\*innengeschichten dargestellt, die Symptome und Belastungen rund um die Themen Angst, Depression, Sexualität, Partnerschaft und Fatigue exemplarisch abbilden. Die Geschichten werden von Schauspieler\*innen in Kurzfilmen dargestellt. Jeder Film wird von einem/r namhaften Psychoonkolog\*in kommentiert, der/die wertvolle Anregungen zum Umgang mit den jeweiligen Belastungen gibt. Weiterhin ist dem Internetportal eine Telefonberatung angeschlossen, bei der Psychotherapeut\*innen mit psychoonkologischer Expertise direkt erreicht werden können.

Internet: [www.psycho-onkologie.net](http://www.psycho-onkologie.net)

### **Diabetologie**

Was ist Diabetes? Welche Typen gibt es? Was sind die Ursachen? Diese Fragen und viele mehr beantwortet die Initiative Diabetes – Nicht nur eine Typ-Frage! In kurzen erklärenden Filmen wird umfassend über die Erkrankung informiert. Mit dieser gezielten Aufklärung möchte das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ) mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit einer weiteren Ausbreitung des Diabetes sowie seiner Begleit- und Folgeerkrankungen entgegenwirken und das Bewusstsein für die Erkrankung Diabetes stärken.

Internet: [www.ddz.de/ddz-stellt-bundesweite-initiative-diabetes-nicht-nur-eine-typ-frage-vor/](http://www.ddz.de/ddz-stellt-bundesweite-initiative-diabetes-nicht-nur-eine-typ-frage-vor/)

### **Asthma bronchiale**

Die Atemwegsliga veröffentlicht auf ihrer Internetseite Patienteninformationen in Form von Videos zum Beispiel zur Anwendung der Peak Flow Messung, zur Selbsthilfe bei Atembeschwerden, Spirometrie und weiteren Fragestellungen.

Internet: [www.atemwegsliga.de/informationsmaterial\\_videos.html](http://www.atemwegsliga.de/informationsmaterial_videos.html)

### **Chronischer Schmerz, Diabetes Typ 2, Epilepsie, Brust-, Prostata-, Darmkrebs, und Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Krankheitserfahrungen**

Auf der Internetseite „krankheitserfahrungen.de“ erzählen Menschen von ihrem Leben zwischen Gesundheit und Krankheit, von ihren Erfahrungen mit der Medizin, von Veränderungen im Alltag und von Unterstützung, die sie erhalten. Die Erfahrungen können Betroffene und Angehörige bei der Krankheitsverarbeitung und bei Therapieentscheidungen unterstützen. Die Internetseite basiert auf wissenschaftlichen Interviewstudien der Universität Freiburg und Göttingen und wird gefördert durch den Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“.

Internet: [www.krankheitserfahrungen.de](http://www.krankheitserfahrungen.de)

### **Chronischer Schmerz**

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. veröffentlicht in ihrer Rubrik Patienteninformationen umfangreiche Materialien.

Internet: [www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen](http://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen)

Die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. (DGPSF) auch Materialien für Psychologen zur Verfügung.

Internet: [www.dgps.de](http://www.dgps.de)

Auf den Internetseiten der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) finden sich neben umfangreichen Informationen zu Kopfschmerzen unter anderem auch Online-Informationen „Rund um den Kopfschmerz“ in den Sprachen englisch, deutsch, griechisch und türkisch.

Internet: [www.dmkg.de](http://www.dmkg.de) (Pfad: Patienten > Informationen in verschiedenen Sprachen)

# 15. Fortbildungsangebote für Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen

Nachfolgend werden nicht kommerzielle Fortbildungsangebote geordnet nach Anbieter\*innen bzw. Themenschwerpunkten zusammengestellt. Die Angaben haben exemplarischen Charakter und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## **Deutsche Psychologen Akademie**

Themen: Rehabilitation, Psychoonkologie, motivierende Gesprächsführung, Gesundheitspsychologie, Stressbewältigung, Entspannungsverfahren u. a., Zertifikat „Fachpsychologe/in für Rehabilitation (BDP)“ (vgl. Abschnitt 3: Studien- und Ausbildungsabschlüsse im Bereich Psychologie und Psychotherapie)

Formate: Seminare und mehrjährige Curricula

Infos und Kontakt:

[www.psychologenakademie.de](http://www.psychologenakademie.de)

## **Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e. V.**

Themen: Didaktik der Patientenschulung, Erstellung von Manualen, Train-the-Trainer-Seminare, schulungsspezifische Fachthemen, (motivierende) Gesprächsführung

Formate: 1–2-tägige Seminare oder Fachtagungen, TTT-Börse und Schulungsdatenbank, Fachveröffentlichungen zum Selbststudium

Infos und Kontakt:

[www.zepg.de](http://www.zepg.de)

## **Deutsche Rentenversicherung Bund**

Themen: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, psychologischer Fachaustausch, psychopathologischer Befund, Fachaustausch zu psychologischen Interventionen (z. B. Stressbewältigung, Schmerzbewältigung, Einzelgespräche, Entspannungstraining), weitere spezifische reharelevante Fachthemen, Didaktik- und Moderationstraining, u. a.

Formate: 1–2-tägige Seminare, curriculare Veranstaltungen (Module) über einen Zeitraum von ca. 12 Monaten sowie mehrtägige Fachtagungen

Infos und Kontakt:

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

(Pfad: Infos für Experten > Infos für Reha-Einrichtungen > Fort- und Weiterbildung)

[www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de)

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Fort- und Weiterbildung)

### **Fachgruppe Klinische Psychologie in der medizinischen Rehabilitation im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP)**

Themen: reharelevante psychologische Themen, Fachvorträge und Vermittlung klinisch-psychologischer Verfahren

Formate: dreitägige Jahrestagung mit Vorträgen und Workshops

Infos und Kontakt:

[www.bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/gruppe2.shtml](http://www.bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/gruppe2.shtml)

### **Verhaltenstherapiewochen und Lindauer Psychotherapiewochen**

Themen: Vermittlung von klinisch-relevantem psychologischem und medizinischem Wissen und das Üben psychotherapeutischer Verfahren

Formate: mehrtägige Veranstaltungen, z. B. sind die Lindauer Psychotherapiewochen schulen-übergreifend einem psychodynamischen Ansatz verpflichtet, im Austausch mit anderen psychotherapeutischen Grundorientierungen

Infos und Kontakt:

[www.vtwoche.de](http://www.vtwoche.de)

[www.lptw.de](http://www.lptw.de)

### **Rehabilitationswissenschaftliche Fortbildungsangebote**

Themen: rehabilitationswissenschaftliche Themen, Forschungsmethoden

Formate: Fachtagungen, Summer School, rehabilitationswissenschaftliche Kongresse u. a.

Infos und Kontakt:

[www.dgrw-online.de](http://www.dgrw-online.de)

(Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V.)

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

[www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

### **Fach- und Berufsverbände, Psychotherapeutenkammern**

Themen: Fach- und Berufspolitik, Psychologie- und Psychotherapiefort- und -weiterbildung, u. a.

Formate: Fachtagungen, Psychotherapieausbildung, Fort- und Weiterbildungen

Infos und Kontakt:

[www.dgps.de](http://www.dgps.de)

(Deutsche Gesellschaft für Psychologie)

[www.bdp-verband.de](http://www.bdp-verband.de)

(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.)

[www.bptk.de](http://www.bptk.de)

(Bundespsychotherapeutenkammer)

Überblick über anerkannte Ausbildungsinstitute, Weiterbildungsordnungen und einzelne Fort- und Weiterbildungsangebote finden sich auf den Internetseiten der Landespsychotherapeutenkammern.

## **Fortbildungsangebote für fachspezifische Interventionen durch Fachgesellschaften und Berufsverbände**

### **Psychoonkologie**

Formate: Seminare, Fachtagungen, curriculare Fort- und Weiterbildung für Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten

Infos und Kontakt:

[www.dapo-ev.de](http://www.dapo-ev.de)

(Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V.)

[www.pso-ag.org](http://www.pso-ag.org)

(Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.)

[www.wpo-ev.de](http://www.wpo-ev.de)

(Weiterbildung Psychosoziale Onkologie e. V.)

[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

(Deutsche Krebsgesellschaft DKG: Überblick über anerkannte Anbieter der Fort- und Weiterbildung Psychosoziale Onkologie)

### **Psychologische Schmerztherapie**

Formate: curriculare Weiterbildung für Psychologische Psychotherapeuten, Seminare, Fachtagungen

Infos und Kontakt:

[www.dgpsf.de](http://www.dgpsf.de)

(Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V.)

[www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)

(Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)

Länderspezifische Weiterbildungsordnungen finden sich auf den Internetseiten der Landespsychotherapeutenkammern.

### **Psychokardiologische Grundversorgung**

Format: interdisziplinäres Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Infos und Kontakt:

[www.psychokardiologie.org](http://www.psychokardiologie.org)

### **Psychodiabetologie**

Format: curriculare Weiterbildung für Psychologische Psychotherapeuten der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Infos und Kontakt:

[www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=774](http://www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=774)

Länderspezifische Weiterbildungsordnungen finden sich auf den Internetseiten der Landespsychotherapeutenkammern.

### **Neuropsychologie**

Format: curriculare Weiterbildung für Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten der Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP)

Infos und Kontakt:

[www.gnp.de](http://www.gnp.de)

Länderspezifische Weiterbildungsordnungen finden sich auf den Internetseiten der Landespsychotherapeutenkammern.

### **Psychologische Entspannungsverfahren und Stressmanagement**

Formate: Seminare, Jahrestagung mit Vorträgen und Workshops, Kursleiterschulungen, Curriculum Multimodales Stressmanagement und Entspannung

Infos und Kontakt:

[www.entspannungsverfahren-bdp.de/](http://www.entspannungsverfahren-bdp.de/)

(Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen)

[www.dg-e.de](http://www.dg-e.de)

(Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren)

[www.psychologenakademie.de](http://www.psychologenakademie.de)

### **Tabakentwöhnung**

Format: Kursleiterschulungen

Infos und Kontakt:

Überblick über Fortbildungsangebote auf der Internetseite des

Deutschen Krebsforschungszentrums: [www.dkfz.de/de/krebspraevention/](http://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Veranstaltungen/5_Fortbildungen-zur-Tabakentwoehnung.html)

[Veranstaltungen/5\\_Fortbildungen-zur-Tabakentwoehnung.html](http://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Veranstaltungen/5_Fortbildungen-zur-Tabakentwoehnung.html)

## **16. Psychosoziale Nachsorge**

Ein Aufgabenbereich der Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in der medizinischen Rehabilitation ist es, gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen die Zeit nach der Rehabilitation zu planen. Dies soll eine weiterführende Unterstützung der Rehabilitand\*innen bezüglich ihrer psychosozialen Probleme fördern sowie die Nachhaltigkeit des eingetretenen Rehabilitationserfolges festigen. Im Mittelpunkt kann zum Beispiel die Organisation der Weiterbehandlung von diagnostizierten psychischen Problembereichen/Störungen oder einer fachlichen Begleitung bei der Initiierung und Verstetigung von Lebensstiländerungen stehen.

Hier finden Sie neben den Informationen zu Nachsorgeangeboten der Deutschen Rentenversicherung weitere Informationen und Kontakte für Nachsorgeangebote bezogen auf verschiedene Fragestellungen, die während psychologischer Gespräche in der Rehabilitation auftreten können. Die Kostenträger für mögliche Maßnahmen (z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse oder private Finanzierung) müssen individuell geklärt werden.

### **Reha-Nachsorge der Rentenversicherungsträger**

Neben vielfältigen Therapieangeboten im Rehabilitationsverlauf sollte spätestens gegen Ende der Rehabilitation ein gezieltes zusammenfassendes Nachsorgegespräch erfolgen. Gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen geht es darum, den konkreten Nachsorgebedarf zu definieren, die Möglichkeiten für die wohnortnahe Umsetzung der Nachsorge und die Bewältigung potenzieller Hindernisse zu besprechen und gegebenenfalls unterstützende Maßnahmen zu planen und zu initiieren. Die Erstellung eines schriftlichen Nachsorgeplanes kann zur Stärkung der Motivation und der Verbindlichkeit der Entscheidung zur Nachsorge beitragen.

### **Leistungen**

Je nachdem, welche und wie viele Teilziele (vgl. Tab. 1) im Anschluss an eine Rehabilitation noch weiter bearbeitet werden müssen, können unterschiedliche Angebote im Rahmen der Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Tab. 2) in Anspruch genommen werden. So differenziert

die Angebote zur Reha-Nachsorge auch sind, alle dienen dazu, das übergeordnete Ziel des langfristigen beruflichen Eingliederungserhalts der Reha-beruflichen zu erreichen. Im nachfolgenden werden die Angebote der Reha-Nachsorge kurz dargestellt.

**Tab 1. Beispiele für Teilziele der medizinischen Rehabilitation die Behandlungselemente der Reha-Nachsorge werden können (vgl. DRV 2015)**

- Verbesserung noch bestehender funktionaler Einschränkungen
- Stabilisierung/Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen
- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen

**Tab 2. Kernangebote der Reha-Nachsorge (vgl. DRV 2015)**

- Intensivierte Rehabilitationsnachsorge IRENA (multimodal)
- Rehabilitationsnachsorge RENA (unimodal)
  - Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA)
  - Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen (Psy-RENA)
  - Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen (Sucht-Nachsorge)
- Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB VI

Die Multimodalen Nachsorgeleistungen **IRENA** umfassen Behandlungselemente aus verschiedenen Therapierichtungen beziehungsweise KTL-Kapiteln, wie z. B. Physiotherapie, Schulung und Psychoedukation. Sie sind interdisziplinär angelegt, beteiligen also mehrere Berufsgruppen im Rahmen eines Reha-Nachsorgeteams. IRENA ist dann indiziert, wenn mehrere der in Tabelle 1 formulierten Ziele im Anschluss an die medizinische Rehabilitation erfüllt werden sollen. So kann beispielsweise neben dem Übungsbedarf aufgrund funktionaler Einschränkungen auch eine Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen im Rahmen strukturierter Schulungen notwendig werden. Dann wäre eine Kombination aus trainingstherapeutischen und psychoedukativen Leistungen sowie Entspannungsverfahren notwendig.

Seit dem 01.01.2020 kann auch ein spezifisches IRENA Nachsorgeangebot für die Indikation **Adipositas** durchgeführt werden. Dieses ebenfalls multimodal angelegte Nachsorgekonzept umfasst bis zu 42 therapeutische Behandlungseinheiten aus den Bereichen Bewegungstherapie (20 bis 26 Einheiten à 90 Minuten), psychologische Betreuung (mind. 6 Einheiten à 90 Minuten) und Ernährungsberatung (max. 10 Einheiten à 90 Minuten).

Die unimodalen Nachsorgeleistungen **RENA** konzentrieren sich auf ein primäres Behandlungselement, wie z. B. die Sport- und Bewegungstherapie. Es ist demnach nur eine therapeutische Berufsgruppe beteiligt und die Therapie auf einen Problembereich fokussiert. Zu den unimodalen Nachsorgeleistungen zählen z. B. im Hinblick auf eine Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer die trainingstherapeutische Nachsorge **T-RENA** oder im Hinblick auf die psychosoziale Stabilisierung und Begleitung bei der beruflichen Wiedereingliederung bei psychischen Erkrankungen die **Psy-RENA**. Ferner gehört die **Sucht-Nachsorge** nach einer Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen zu den unimodalen Nachsorgeangeboten.

Die **Psychosomatische Nachsorge (Psy-RENA)** wird grundsätzlich in Gruppengesprächen (bis zu 25 Termine von je 90 Minuten) durchgeführt. Ergänzend zu den Gruppengesprächen werden für ein Aufnahme- und Abschlussgespräch zwei Einzelgespräche von je 50 Minuten durchgeführt. Falls im Zeitraum von drei Monaten nach der Rehabilitation wohnortnah keine Gruppe zustande kommt und digitale Angebote nicht genutzt werden können, können in begründeten Ausnahmefällen auch bis zu 12 Einzelgespräche mit Rehabilitand\*innen stattfinden. Rehabilitand\*innen können eine Psy-RENA in Anspruch nehmen, wenn sie eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, der/die Ärzt\*in der Reha-Einrichtung die Nachsorgeleistung empfohlen hat und im Reha-Entlassungsbericht die Diagnose einer psychischen Erkrankung vergeben wurde. Psy-RENA können von der Rentenversicherung zugelassene Nachsorgetherapeut\*innen (Psychologische und ärztliche Psychotherapeut\*innen) mit geeigneten Gruppenräumen durchführen. Rehabilitand\*innen dürfen zeitgleich eine ambulante Psychotherapie nach SGB V in Anspruch nehmen, jedoch darf dies nicht vom/von der gleichen Psychotherapeut\*in durchgeführt werden. Eine Suche nach Psy-RENA-Therapeut\*innen ist auf dem Nachsorgeportal [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) möglich.

Die Inhalte der Reha-Nachsorge-Angebote werden in Fachkonzepten ausführlich beschrieben (vgl. [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de)).

Qualifizierungsseminare für die Durchführung von Rehabilitationsnachsorge bei psychischen Erkrankungen (Psy-RENA): Das Qualifizierungsseminar ist ein Angebot für ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen ohne Rehabilitationserfahrungen, die sich als Psy-RENA Therapeut\*in zulassen möchten. Angebote für Qualifizierungsseminare finden sich unter [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de).

**Rehabilitationssport** wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele. Ziel ist es dabei, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen. Die Durchführung erfolgt in festen Gruppen mit einem Übungsleiter.

**Funktionstraining** umfasst in der Regel bewegungstherapeutische Übungen, die in einer Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeut\*innen oder Ergotherapeut\*innen durchgeführt werden. Ziel ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Funktionstrainingsarten sind insbesondere Trockengymnastik und Wassergymnastik. Näheres regelt die BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (2011; vgl. [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de)).

**Digitale Nachsorge:** Neben der herkömmlichen face-to-face-Reha-Nachsorge steht auch die digitale Reha-Nachsorge zur Verfügung. Bei der digitalen Nachsorge wird die Nachsorgeleistung auf der Basis elektronischer Medien erbracht (via Internet, Smartphone, Mobilfunknetz). Zugelassen von Seiten der DRV Bund sind:

→ die digitale psychosomatische Reha-Nachsorge **DE-RENA**: Mittels einer (Smartphone-)App werden Rehabilitand\*innen mit depressiven Störungen bei ihrer individuellen Tagesplanung unterstützt, um die neu erlernten Verhaltensweisen nach einer psychosomatischen Rehabilitation



dauerhaft und wirkungsvoll im Alltag umzusetzen. Die App ermöglicht eine individuelle Nachsorge mit regelmäßigem Kontakt zu dem Nachsorgetherapeuten (vgl. [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de)).

- die psychosomatische digitale Reha-Nachsorge (**digitale Psy-RENA**): Die psychosomatische Nachsorge unterstützt die Versicherten, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung einzuüben und im Alltag umzusetzen. Die Nachsorgeleistung wird von Psychotherapeut+innen in der Gruppe in Gesprächsform mit einem zertifizierten Videodienst oder **LiVi-RENA** durchgeführt. Das individuelle Aufnahme- und Abschlussgespräch findet ebenfalls in digitaler Form statt.
- **Multimodale digitale Reha-Nachsorge (digitale IRENA)**: Die therapeutischen Inhalte werden auf einer digitalen Plattform in Form von Videos, Bild- und Text-Elementen dargestellt. Neben Therapieübungen kommen Seminare, Vorträge, Schulungen, Entspannungsübungen und Ernährungsinhalte zur Anwendung. Es besteht regelmäßiger Therapeutenkontakt. Die multimodale Nachsorge wird bislang mit den digitalen Anwendungen Caspar und EvoCare durchgeführt.
- **Unimodale digitale Trainingstherapie (digitale T-RENA)**: Mittels eines externen Gerätes, das kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, können Versicherte individuelle Bewegungsübungen und Übungsanweisungen per Video abrufen. Die Ausführungen werden über eine Kamera im Gerät aufgezeichnet und ermöglichen ein Monitoring durch den Therapeuten. Die trainingstherapeutische Nachsorge wird mit der digitalen Anwendung EvoCare durchgeführt.

## **Behandlung psychischer Störungen**

### **Psychotherapeutische Sprechstunde**

Leistungen: Klärung, ob eine psychotherapeutische Behandlung notwendig ist, umfasst bis zu 6 Termine à 25 Minuten, Gespräch im Umfang von 50 Minuten ist Voraussetzung für den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung.

### **Akutbehandlung**

Leistungen: Die Akutbehandlung besteht aus bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten. Die Akutbehandlung muss nicht bei der Krankenkasse beantragt werden.

### **Psychotherapie im Richtlinienverfahren**

Leistungen: Psychotherapie im Richtlinienverfahren der Krankenkassen (Psychotherapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie/ Psychoanalyse, Neuropsychologie, Systemische Therapie) können im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung oder im Rahmen der Kostenerstattung erbracht werden.

Anbieter: Praxen mit Kassenzulassung, private Praxen mit Kostenerstattung oder Selbstzahlerleistungen, Ambulanzen der Ausbildungsinstitute für Psychotherapie, Ambulanzen und Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Infos und Kontakt:

Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen vermitteln freie Psychotherapieplätze. Patienteninformationen zum Zugang zur Psychotherapie finden sich in den Broschüren „Zugang zur Psychotherapie“ (auch in englischer und türkischer Sprache verfügbar) und „Kostenerstattung“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Sie können als pdf-Datei oder als Broschüre unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) bezogen werden.

Informationen zu allen Änderungen, die sich durch die am 01. April 2017 in Kraft getretene Psychotherapierichtlinie ergeben (telefonische Erreichbarkeit, Sprechstunden, Akutbehandlung, Terminservicestellen der Kassenärztlichen Versorgung etc.) findet sich in der Broschüre „Psychotherapierichtlinie“ der BPTK.

Für **telefonische Soforthilfe** steht bundesweit die Telefonseelsorge kostenlos und ohne Telefongebühr zur Verfügung: 0800 -1110111, 0800 -1110222.

[www.wege-zur-psychotherapie.org](http://www.wege-zur-psychotherapie.org)

[www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/](http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/)

[www.kbv.de/html/arztsuche.php](http://www.kbv.de/html/arztsuche.php)

[www.therapie.de](http://www.therapie.de)

[www.psychotherapiesuche.de](http://www.psychotherapiesuche.de)

[www.psychologenportal.de](http://www.psychologenportal.de)

### **Psychologische Beratung online**

Leistungen: qualitätsgesicherte psychologische Beratung im Internet

Anbieter: Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen

Infos und Kontakt:

Der (BDP) bietet eine Liste mit Kontakten zu qualitätsgesicherten Anbietern von psychologischer Beratung im Internet an

[www.bdp-verband.de/profession/zertifizierungen/guetezeichen-der-](http://www.bdp-verband.de/profession/zertifizierungen/guetezeichen-der-psychologischen-online-beratung-beratung-durch-psychologinnen/)

[psychologischen-online-beratung-beratung-durch-psychologinnen/](http://www.bdp-verband.de/profession/zertifizierungen/guetezeichen-der-psychologischen-online-beratung-beratung-durch-psychologinnen/)

[anbieterinnen-und-anbieter-von-psychologischer-beratung-im-internet-1-1](http://www.bdp-verband.de/profession/zertifizierungen/guetezeichen-der-psychologischen-online-beratung-beratung-durch-psychologinnen/)

### **Selbsthilfegruppen und -initiativen**

Leistungen: Beratung, Aufklärungsbroschüren, Informationsblätter, Selbsthilfe

Anbieter: Vereine

Infos und Kontakt:

[www.nakos.de](http://www.nakos.de)

(Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)

[www.dag-shg.de](http://www.dag-shg.de)

(Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.)

[www.BAG-Selbsthilfe.de](http://www.BAG-Selbsthilfe.de)

(Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.)

[www.schmerzlos-ev.de](http://www.schmerzlos-ev.de)

(Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e. V.)

[www.schmerzliga.de](http://www.schmerzliga.de)

(Deutsche Schmerzliga e. V.)

Nachsorge- und Versorgungsangebote, geordnet nach Problemstellungen:

#### **Krankheitsverarbeitung/Umgang mit chronischen Krankheiten**

(zum Beispiel: Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Rheuma, Asthma bronchiale, chronische Schmerzen)

Leistungen: Information, Beratung, Patientenschulung

Anbieter: psychosoziale Beratungsstellen, psychologische Praxen, Selbsthilfegruppen

Angebote im Internet:

[www.krankheitserfahrungen.de](http://www.krankheitserfahrungen.de)

[www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de)

(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG))

[www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de)

(Bundesministerium für Gesundheit)

### **Tabakentwöhnung/Suchtmittelentwöhnung**

Leistungen: Kurse, Beratung, Psychoedukation, Selbsthilfe, Telefonberatung

Anbieter: Suchtberatungsstellen, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Krankenkassen, ärztliche/psychotherapeutische Praxen, Naturheilpraxen, Gesundheitsunternehmen, Volkshochschulen

Infos und Kontakt:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kampagne „rauchfrei“

[www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de)

BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung: 01805 31 31 31

(kostenpflichtig: Festnetz 0,14€/Min.; Mobilfunk max. 0,42€/Min.)

FAX-to-Quit in Gesundheitseinrichtungen: 0800 6 31 31 31

(kostenlos, Telefonberatung nimmt mit Rehabilitanden Kontakt auf, bis zu 5 proaktive und kostenlose Beratungen) – FAX-to-Quit (im Anhang des Readers)

[www.kmdd.de/infopool-hilfe-und-beratung.htm](http://www.kmdd.de/infopool-hilfe-und-beratung.htm)

(Keine Macht den Drogen e. V.)

[www.dkfz.de](http://www.dkfz.de) und [www.anbieter-raucherberatung.de](http://www.anbieter-raucherberatung.de)

(Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz Gemeinschaft dkfz)

Rauchertelefon (dkfz): 06221 42 42 00 (kostenfrei)

[www.krankenkassen.de](http://www.krankenkassen.de)

(Informationen zu privaten und gesetzlichen Krankenkassen)

### **Stressbewältigung/Entspannung**

Leistungen: Kurse zur Vermittlung von Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Yoga, Qigong, Tai Chi), Achtsamkeitsbasierte Verfahren wie Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) und Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), psychologische Beratung, Gesundheitskurse, Gesundheitsberatung, Coaching

Anbieter: Krankenkassen, Sportvereine, Volkshochschulen, ärztliche/psychologische Praxen, Naturheilpraxen

Infos und Kontakt:

[www.psychologenportal.de](http://www.psychologenportal.de)

(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP))

bietet eine Liste mit ausgebildeten Psychologen für das Programm „Gelassen und sicher im Stress“ der BZgA, Multimodale Stresskompetenz (MMSK) oder Verhaltenstraining zur Stressprävention und –bewältigung)

[www.krankenkassen.de](http://www.krankenkassen.de)

(Informationsportal zu privaten und gesetzlichen Krankenkassen, Internetseiten der einzelnen Krankenkassen)

### **Partnerschaft/Familie/Erziehung**

Leistungen: Beratung, Selbsthilfe

Anbieter: Psychosoziale/kirchliche Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, ärztliche/psychologische Praxen

Infos und Kontakt:

[www.dajeb.de/beratungsfuehrer-online/beratung-in-ihrer-naehe/](http://www.dajeb.de/beratungsfuehrer-online/beratung-in-ihrer-naehe/)

(Psychosoziale Beratungsstellen „Beratungsführer online“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V. (DAJEB))

### **Angehörige psychisch erkrankter Rehabilitanden**

Leistungen: Beratung, Familien-Selbsthilfe, Umgang mit psychischer Krankheit

Anbieter: Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, ärztliche/psychologische Praxen

Infos und Kontakt:

[www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie.html](http://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie.html)

(Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK))

[www.psychiatrie.de/](http://www.psychiatrie.de/)

(Psychiatrienetz)

### **Soziale und berufliche Kompetenzen/Ressourcenaktivierung**

Leistungen: Einzelberatung, Gruppentraining, Online-Training, Coaching

Anbieter: Psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Angebote im Internet (Foren, Kurse), Volkshochschulen

Infos und Kontakt:

[www.volkshochschule.de](http://www.volkshochschule.de)

(Deutscher Volkshochschul-Verband, lokale Internetseiten der VHS)

[www.coachingportal.de](http://www.coachingportal.de)

(Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP) bietet eine Liste von qualifizierten Coaches)

[www.coaching-dgfc.de](http://www.coaching-dgfc.de)

(Deutsche Gesellschaft für Coaching e. V.)

siehe auch unter: Partnerschaft/Familie/Erziehung

### **Sport/Bewegung/Funktionstraining**

Leistungen: Beratung, Einzel- und Gruppentraining, Kurse

Anbieter: Sportvereine, Fitness-Center, Krankenkassen, Volkshochschulen, Praxen für Physio- und Ergotherapie, Gesundheitszentren, Deutsche Rentenversicherung, Landesbehinderten-Sportverbände, Deutscher Behinderten-Sportverband (DBS)

Infos und Kontakt:

[www.rehasport-deutschland.de](http://www.rehasport-deutschland.de)

(Rehasport Deutschland e. V.)

[www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de)

(Deutsche Rentenversicherung)

[www.dbs-npc.de](http://www.dbs-npc.de)

(Deutscher Behinderten-Sportverband (DBS))

[www.volkshochschule.de](http://www.volkshochschule.de)

(Deutscher Volkshochschul-Verband, lokale Internetseiten Volkshochschulen)

[www.krankenkassen.de](http://www.krankenkassen.de)

(Informationsportal zu privaten und gesetzlichen Krankenkassen, Internetseiten der einzelnen Krankenkassen)

## **Ernährung/Gewichtsreduktion**

Leistungen: Ernährungs- und Diät-Beratung, Kochkurse

Anbieter: Praxen für Ernährungsberatung, Krankenkassen, Angebote im Internet (Experten-, Ratgeber-Foren, Kochkurse, Online-Kurse)

Infos und Kontakt:

[www.vdoe.de/expertenpool.html](http://www.vdoe.de/expertenpool.html)

(Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE))

[www.vdd.de/diaetassistenten/umkreissuche/](http://www.vdd.de/diaetassistenten/umkreissuche/)

(Verband deutscher Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD))

[www.dge.de/service/ernaehrungsberater-dge/](http://www.dge.de/service/ernaehrungsberater-dge/)

(Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE))

[www.bzfe.de/ernaehrungsberatung-vor-ort-29717.html](http://www.bzfe.de/ernaehrungsberatung-vor-ort-29717.html)

(Bundeszentrum für Ernährung)

[www.ernaehrung.de/adressen/ernaehrungsberater/](http://www.ernaehrung.de/adressen/ernaehrungsberater/)

(Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz (DEBInet))

[www.krankenkassen.de](http://www.krankenkassen.de)

(Informationsportal zu privaten und gesetzlichen Krankenkassen, Internetseiten der einzelnen Krankenkassen)

Weiterführende Informationen zur Ernährungstherapie in der Rehabilitation, Nachsorge sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen aus der Praxis wurden von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlicht:

DRV Bund (Hrsg.) (2020). Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

# **17. Informationen für Reha-Einrichtungen im Internet**

Die Deutsche Rentenversicherung Bund möchte die Arbeit der Rehabilitationseinrichtungen, mit dem Ziel die medizinische Rehabilitation weiter zu entwickeln und ihre Qualität und Wirksamkeit ständig zu verbessern, fachlich unterstützen. Auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung werden gebündelt praxis- und reharelevante Informationen zur Verfügung gestellt.

Die Internetadresse [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de) bringt Sie auf die Internetseite der Deutschen Rentenversicherung und direkt zu den „Infos für Reha-Einrichtungen“ unter der Kategorie „Experten“.

Je nach Fragestellung können Sie zwischen weiterführenden Themengebieten wählen. Zur Auswahl stehen:

- Grundlagen und Anforderungen,
- Klassifikationen & Dokumentationshilfen,
- Patientenschulung und Beratung,
- Infos für das interdisziplinäre Reha-Team,
- Nachsorge,
- Fort- und Weiterbildung,
- Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen
- Nachsorge für Kinder und Jugendliche,
- Ambulante Reha für Kinder und Jugendliche.

Zu jedem Thema werden Ihnen zunächst alle trägerübergreifenden Informationen dargestellt, d. h., die veröffentlichten Angaben sind für alle Träger der Deutschen Rentenversicherung gleich. Die trägerspezifischen Informationen, hier die Unterlagen der Deutschen Rentenversicherung Bund, werden nachfolgend unter der Überschrift „**Trägerspezifische Besonderheiten**“ aufgeführt.

Alternativ können Sie die Internetadresse [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) nutzen. Dann wählen Sie die Kategorie „Experten“. Auf dieser Seite können Sie neben den „Infos für Reha-Einrichtungen“ auf weitere interessante Themen zur Rehabilitation zugreifen, z. B. „Infos für Reha-Anbieter“, „Forschung“ und „Rundschreiben und rechtliche Anweisungen“.

### **Grundlagen und Anforderungen**

Beinhaltet Informationen zu den Zielen, Methoden und Ergebnissen der Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung. Das Peer Review-Verfahren, der strukturierte Qualitätsdialog, die Rehabilitandenbefragung sowie die Reha-Therapiestandards werden erläutert. Des Weiteren sind Ausführungen zu Klassifikationen und Dokumentationshilfen, Konzepten und Positionspapieren sowie trägerspezifisch für die DRV Bund Anforderungsprofile für stationäre Einrichtungen veröffentlicht.

### **Klassifikationen und Dokumentationshilfen**

Es werden Informationen zur KTL, LBR, ICF sowie Fachabteilungsschlüssel dargestellt. Des Weiteren stehen Erläuterungen zur Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes sowie DRV Bund Informationen für die Verwaltung von Reha-Einrichtungen für Meldungen von Belegungs- bzw. Personalstand, das Verfahren des Datenaustausches gemäß § 301 Absatz 4 SGB V sowie das Buchungssystem für Rehabilitationskapazitäten (EWnet) zur Verfügung.

### **Patientenschulung und Beratung**

Es stehen Informationen zu Patientenschulungen zur Verfügung. Das Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund stellt 22 indikationsspezifische Curricula und 7 krankheitsübergreifende Curricula für standardisierte Patientenschulungen zur Verfügung.

### **Infos für das interdisziplinäre Reha-Team**

Unter „Arbeitsfelder“ werden Fachinformationen für die Bereiche Sozialmedizin, Psychologie, Gesundheits- und Krankenpflege, Soziale Arbeit, Sport und Bewegung sowie Ernährung ausführlich dargestellt. Weitere Themen sind das Arbeitsbuch Reha-Ziele, Angehörige in der Reha und Datenschutz. Trägerspezifische Informationen der DRV Bund werden für die Bereiche Psychologie, Soziale Arbeit und Ernährungsmedizin zur Verfügung gestellt.

### **Fort- und Weiterbildung**

Informationen über Fortbildung im Bereich Sozialmedizin und Rehabilitation sowie über Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzt\*innen und Therapeut\*innen. Die Rubrik „Fortbildungen für das Reha-Team“ beinhalten die Veranstaltungen des Fortbildungscurriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ der DRV Bund. Weitere Fortbildungen zu Patientenschulungen, berufsbezogene Gruppenangeboten sowie zu therapeutischen Interventionen sind unter den trägerspezifischen Informationen der DRV Bund aufgeführt.

### **Nachsorge**

Um die Nachhaltigkeit der Reha zu stärken, können Nachsorgeangebote der DRV in Anspruch genommen werden. Diese werden in einem

Rahmenkonzept und in Fachkonzepten zu den Kernangeboten IRENA und RENA (T-RENA, Psy-RENA) beschrieben.

#### **Qualitätsmanagement in Reha-Einrichtungen**

Das Qualitätsmanagementsystem der DRV Bund für Rehabilitationseinrichtungen QMS-Reha ist verlinkt.

## **18. Anhang**

#### **FAX-to-Quit**

Anmeldung zur kostenlosen telefonischen Beratung zum Rauchstopp der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – Kopiervorlage

Absender: Datums- und Praxisstempel



BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung

## Anmeldung zur kostenlosen telefonischen Beratung zum Rauchstopp

Fax an 0800 - 6 31 31 31

### BITTE IN DRUCKSCHRIFT (z. B.: EVA MEIER) AUSFÜLLEN

VORNAME: ..... NACHNAME: .....

Telefonnummer: ..... Alter: .....

Zu welchen Zeiten sind Sie voraussichtlich am besten zu erreichen? Sie können auch mehr als einen Zeitabschnitt angeben.

Erreichbar ab (Datum): .....

Montag bis Freitag:  10–14 Uhr  14–18 Uhr  18–22 Uhr

Wie oft haben Sie schon ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? ..... mal

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag? ..... Zigaretten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die erfragten Daten an die BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung übermittelt, dort erfasst und zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungsgespräche verwendet werden. Gleichzeitig erteile ich meine Zustimmung, dass mich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Telefonberatung unter der oben angegebenen Nummer anrufen und Beratungsgespräche mit mir führen. Die Datenschutzerklärung auf dem beigefügten Informationsblatt habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

+++++ Anmeldung an die BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung faxen:  
0800 - 6 31 31 31 +++++



# Information zur Anmeldung für kostenlose telefonische Beratung zum Rauchstopp - für die Raucherin/den Raucher -



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

## **Anmeldung**

Mit Ihrer Unterschrift haben Sie sich für telefonische Beratungsgespräche zum Rauchstopp angemeldet und bereit erklärt, Anrufe von der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung entgegen zu nehmen. Die BZgA-Telefonberatung wird versuchen, Sie zu den angegebenen Zeiten anzurufen.

## **Kontaktaufnahme**

Die Kontaktaufnahme erfolgt an Wochentagen ab dem von Ihnen angegebenen Datum während der Beratungszeiten der Telefonberatung (Mo-Do von 10 bis 22 Uhr, Fr von 10-18 Uhr). Bitte beachten Sie, dass nicht die Nummer der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung (01805 - 31 31 31) angezeigt wird, sondern eine andere Festnetznummer. Bitte nehmen Sie das Gespräch trotzdem entgegen.

Die Beraterinnen und Berater unternehmen **bis zu fünf Versuche**, Sie zu erreichen. Kann der Kontakt **innerhalb von 10 Tagen nach Ihrer Anmeldung** trotz mehrmaliger Versuche nicht hergestellt werden, werden keine weiteren Anrufversuche unternommen. In diesem Fall bitten wir um einen Anruf Ihrerseits bei der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung unter **01805 - 31 31 31** (Kostenpflichtig – 0,14 €/min a.d. Festnetz, andere Mobilfunkpreise möglich).

## **Schweigepflicht**

Die Beraterinnen und Berater der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung unterliegen der Schweigepflicht. Ihre persönlichen Angaben werden nach den Richtlinien des Datenschutzes behandelt (siehe Datenschutzerklärung) und dienen lediglich Ihrer persönlichen Beratung am Rauchertelefon. Alle Antworten werden streng vertraulich behandelt.

## **Nachbefragung und wissenschaftliche Auswertung**

Es kann sein, dass Sie am Ende des Beratungsgesprächs gefragt werden, ob Sie an einer wissenschaftlichen Auswertung teilnehmen würden. Das bedeutet für Sie, dass Sie um die Beantwortung einiger zusätzlicher Fragen gebeten werden, die für die wissenschaftliche Auswertung wichtig sind. Es werden auch telefonische Nachbefragungen nach drei und 12 Monaten stattfinden, die jeweils etwa fünf Minuten dauern.

## **Datenschutzerklärung**

Die BZgA nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Die Anmeldung zum Beratungsgespräch und die damit verbundene Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten unter Verwendung des Fax-Formulars erfolgt ausdrücklich **freiwillig**.

### **Speicherung und Verwendung der Daten**

Ihre durch das Fax-Formular erhobenen Daten werden zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungsgespräche an die BZgA-Telefonberatung sowie zur Evaluation des Projektes an Beauftragte der BZgA übermittelt und in einer Datenbank elektronisch gespeichert. Die Daten werden ausschließlich für die Durchführung des Beratungsgesprächs und gegebenenfalls für die Teilnahme an der o.g. Nachbefragung sowie anonymisiert zur Evaluation des Projektes verwendet. In keinem Fall wird die BZgA die erhobenen Daten an Dritte weitergeben.

### **Dauer der Speicherung**

Ihre Daten bleiben bis zum Abschluss der Beratung gespeichert. Bei Teilnahme an der Nachbefragung zur wissenschaftlichen Auswertung verbleiben die Daten bis zur Fertigstellung der Auswertung gespeichert, maximal jedoch 18 Monate.





