



# Fachdialog: Psychologie in der medizinischen Rehabilitation

→ Tagungsband

→ 14. und 15. Juni 2013 in Erkner



Deutsche  
Rentenversicherung

Bund

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Begrüßung</b> .....	<b>3</b>
<i>Dr. Marion Kalwa, DRV Bund</i> .....	3
<b>2. Einführung: Psychologie in der medizinischen Rehabilitation- Welche Herausforderungen stellen sich?</b> .....	<b>5</b>
<i>Dr. Ulrike Worringen, DRV Bund</i> .....	5
<b>3. Das psychologische Team: Berufsgruppen, Organisation und Aufgaben</b> .....	<b>9</b>
<i>Dieter Schmucker, Städtische Rehakliniken Bad Waldsee</i> .....	9
<i>Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe Das psychologische Team</i>	11
<b>4. Psychologischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung</b> ....	<b>13</b>
<i>Dr. Claus Derra, DRV Bund</i> .....	13
<i>Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe - Fachspezifischer Beitrag zur Leistungsbeurteilung</i> .....	14
<b>5. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation - chronischer Rückenschmerz und koronare Herzerkrankung</b> .....	<b>16</b>
<i>Prof. Oskar Mittag, Christina Reese, Universitätsklinikum Freiburg</i> .....	16
<i>Britta Mai, Reha-Zentrum Bad Nauheim</i> .....	18
<i>Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe - Praxisempfehlungen</i> .....	20
<b>6. Psychische Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation</b> .....	<b>22</b>
<i>Prof. Jürgen Bengel, Universität Freiburg</i> .....	22
<i>Monika Konitzer, Bundespsychotherapeutenkammer</i> .....	23
<i>PD Dr. Dieter Benninghoven, Mühlenbergklinik, Bad Malente</i> .....	24
<i>Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe - Psychische Komorbidität</i> -	25
<b>7. Arbeits- und berufsbezogene psychologische Konzepte</b> .....	<b>27</b>
<i>Dr. Silke Neuderth, Matthias Bethge, Universität Würzburg</i> .....	27
<i>Monika Dorn, Reha-Zentrum Bad Eilsen</i> .....	31
<i>Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe - Arbeits- und berufsbezogene Konzepte</i> -.....	35
<b>8. Informationen zu den Referenten, Experten und Moderatoren</b> .....	<b>38</b>
<i>Kurzangaben</i> .....	38
<i>Kontaktdaten</i> .....	41

## Vorwort

Vom 14. bis zum 15. Juni 2013 fand im Bildungszentrum Erkner der Fachdialog „Psychologie in der medizinischen Rehabilitation“ statt. Rund 220 Vertreter aus Praxis, Verwaltung, Psychotherapeutenkammer, Berufsverband und Wissenschaft trafen sich, um gemeinsam über neueste Qualitätsstandards und Weiterentwicklungen in der psychologischen Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu diskutieren. Eingeladen waren von der DRV Bund Ärzte und Psychologen aus DRV belegten Rehabilitationseinrichtungen mit somatischen Indikationen. Der Großteil der Teilnehmer waren Psychologen aus Rehabilitationseinrichtungen.

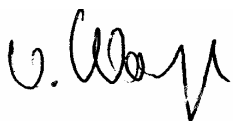
Themen der Tagung waren die Kompetenzen und Einsatzbereiche neuer psychologischer Berufsgruppen, die Erkennung und Behandlung psychischer Komorbidität, die Mitwirkung an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, die Umsetzung von evidenzbasierten Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen und arbeitsbezogene Konzepte.

Der Fachdialog war aus Perspektive der Teilnehmer und Veranstalter eine gute Möglichkeit, um Psychologen und Ärzte aus den Rehabilitationseinrichtungen über Fachthemen und Forschungsergebnisse zu informieren. Der Informations- und Diskussionsbedarf war groß.

Durch Seminare zu den Themen „Fachspezifische Leistungsbeurteilung“ und „Fach-austausch Psychologie in der medizinischen Rehabilitation“ wird im Jahr 2014 das Angebot zu einer fachspezifischen Fortbildung fortgeführt.

Der vorliegende Tagungsband, die Präsentationen der Tagung und nähere Informationen zu den Fortbildungsveranstaltungen sind im Internet unter <http://www.reha-einrichtungen.de> (Infos für das Reha-Team) eingestellt.

Anfragen zu weiterführenden Fachinformationen und Unterlagen können an das Postfach [psychologie@drv-bund.de](mailto:psychologie@drv-bund.de) gerichtet werden.



Dr. Ulrike Worringen

Leitende Psychologin der Abteilung Rehabilitation

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

# 1. Begrüßung

*Dr. Marion Kalwa, DRV Bund*

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

ich freue mich, Sie heute zum Fachdialog Psychologie im Bildungszentrum Erkner begrüßen zu dürfen. Trotz zahlreicher weiterer interessanter Jahres- und Fachtagungen, die in diesen Tagen bundesweit stattfinden, freuen wir uns, dass die Tagung einen so hohen Zuspruch unter den in den Rehabilitationseinrichtungen tätigen Psychologinnen und Psychologen gefunden hat.

Die heutige Tagung ist die zweite große Fachtagung der Deutschen Rentenversicherung Bund für Fachvertreter aus Rehabilitationseinrichtungen, die im Bildungszentrum Erkner stattfindet. Konzeption der Tagung ist der Dialog zwischen Praxis, Wissenschaft und Leistungsträger zu ausgewählten Fachthemen.

Im Jahr 2011 fand die erste Tagung zum Thema Patientenschulung statt. Hintergrund dieser Tagung war die starke wissenschaftliche und konzeptionelle Weiterentwicklung der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation.

Auf der Fachtagung, die in Zusammenarbeit mit dem Zentrum Patientenschulung stattfand, wurden aus der Praxis und Wissenschaft heraus Schulungsprogramme und ihre Umsetzung zur Diskussion gestellt. Die Diskussionsergebnisse wurden von der Deutschen Rentenversicherung aufgegriffen und tragen nun zur Weiterentwicklung von Qualitätsstandards und Schulungskonzepten bei. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Rehabilitationseinrichtungen nahmen Anregungen zur Weitergestaltung ihrer klinischen Praxis mit.

Einen vergleichbar fruchtbaren Austausch wünschen wir uns, mit der heutigen Fachtagung zum Thema Psychologie in der medizinischen Rehabilitation anzustoßen.

Psychologische Interventionen sind zu einem festen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation geworden. Sie leiten sich aus dem bio-psycho-sozialen Behandlungskonzept ab und haben sich in den letzten 40 Jahren in der rehabilitativen Versorgung etabliert und weiterentwickelt.

Die heutige Fachtagung greift aktuelle Themen der Rehabilitationspsychologie auf.

Zur Diskussion stehen:

- die neuen Studien- und Berufsabschlüsse mit ihren Auswirkungen auf das psychologische Team
- der psychologische Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung,
- der Umgang mit psychischer Komorbidität bei somatischen Erkrankungen,
- die Entwicklung und Umsetzung von psychologischen Behandlungsempfehlungen und
- psychologische Aufgaben in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation.

Zu allen Themen konnten wir einschlägige Fachvertreter aus Praxis, Berufspolitik und Wissenschaft als Referenten und Experten gewinnen.

Alle Themen der Referenten werden am zweiten Tag der Fachtagung in Arbeitsgruppen diskutiert. Die Vorträge sind als Impuls für die Diskussion konzipiert. Alle Vortragenden werden auch als Experten an den Arbeitsgruppen teilnehmen. Herr Prof. Mittag wird von seiner Kollegin Frau Reese vertreten.

Jetzt aber freue ich mich, dass Frau Dr. Worringen, leitende Psychologin der DRV Bund, zentrale Aspekte aller fünf Tagungsthemen aus der Perspektive des Leistungsträgers vorstellen wird.

Ich wünsche uns allen eine spannende Veranstaltung mit anregenden Vorträgen und weiterführenden Diskussionen.

## **2. Einführung: Psychologie in der medizinischen Rehabilitation- Welche Herausforderungen stellen sich?**

*Dr. Ulrike Worringer, DRV Bund*

### **Versorgungssituation**

Ausgehend von den Qualitätssicherungsdaten der DRV Bund lassen sich indikations- und einrichtungsspezifische Unterschiede der psychologischen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation feststellen.

Die Anzahl psychologisch behandelter Rehabilitanden variiert für die somatischen Indikationen zwischen 70% - in der orthopädischen - und 86% in der onkologischen Rehabilitation. Die psychologischen Behandlungsangebote haben indikationsspezifische Schwerpunkte.

Grundsätzlich erhalten ein Viertel bis ein Drittel aller Rehabilitanden psychologische Einzelgespräche. In der inneren Medizin (vorwiegend Endokrinologie) erhalten im Indikationsvergleich die meisten Rehabilitanden psychologische Einzelgespräche (34%), in der orthopädischen Rehabilitation die wenigsten Rehabilitanden (23%), in allen anderen Indikationen liegt der Anteil bei 26% oder 30%.

In allen Indikationen werden psychologische Gruppenangebote durchgeführt, wobei der Anteil der Rehabilitanden, der an einem Gruppenangebot teilnimmt, zwischen den Indikationen unterschiedlich hoch ist. So nimmt fast jeder zweite Rehabilitand (45-53%) in der kardiologischen, onkologischen und gastroenterologischen Rehabilitation an psychologischen Gruppenangeboten teil, hingegen nur jeder Dritte (27-31%) in der orthopädischen, endokrinologischen, pneumologischen und dermatologischen Rehabilitation.

Angebote des Entspannungstrainings werden ebenfalls in allen Indikationen durchgeführt, dabei am häufigsten in der onkologischen Rehabilitation (69%) und am seltensten in der inneren Medizin (56%).

Sowohl in der externen Rehabilitandenbefragung als auch in der Bewertung durch die Visitoren der DRV Bund schneiden die psychologischen Versorgungsangebote in der Regel gut bis sehr gut ab.

In der psychologischen Versorgung innerhalb einer Indikation lassen sich jedoch erhebliche Einrichtungsunterschiede feststellen. Durch die Reha-Therapiestandards der DRV Bund (2010a-c, 2011a) wird angestrebt, eine hohe Versorgungsqualität in allen Reha-Einrichtungen sicher zu stellen.

In Bezug auf die allgemeine psychologische Versorgung und das Entspannungstraining werden im Durchschnitt in allen Indikationen die Anforderungen der Reha-Therapiestandards gut erfüllt. Gravierende Abweichungen zu den Vorgaben in den Reha-Therapiestandards treten trotz langjähriger Konzeptentwicklung (DRV Bund 2010d) im Bereich Patientenschulung auf.

### **Fachliche Weiterentwicklungen**

Um psychologische Konzepte zu optimieren und den Anforderungen der DRV Bund folgend zu gestalten, wurden in den letzten Jahren sowohl Forschungsprojekte durchgeführt als auch Modellvorhaben initiiert (zum Beispiel: DRV Bund 2013a). Aus diesen Projekten wurden Empfehlungen abgeleitet, die auf dieser Tagung zur Diskussion stehen.

Die Praxisempfehlungen zur psychologischen Versorgung in den Indikationen chronischer Rückenschmerz und koronare Herzerkrankung basieren auf umfassenden Analysen und Expertenbefragungen (DRV Bund, 2013b). Sie sollen u. a. die Rehabilitationseinrichtungen unterstützen, die Reha-Therapiestandards fachgerecht umzusetzen. Zur Umsetzung der Empfehlungen wurde die Personalbemessung der Strukturanforderungen der DRV Bund (2010e) zugrunde gelegt.

Durch die Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraumes ergeben sich auch für die Psychologie in der medizinischen Rehabilitation neue Studienabschlüsse (DRV Bund, 2012a, b). Grundsätzlich erfordert die psychologische Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation einen Diplom bzw. Masterabschluss mit entsprechender klinischer Schwerpunktsetzung. Bachelor Absolventen in Psychologie können psychologische Routinetätigkeiten übernehmen (z. B. Durchführung von Entspannungstraining, Patientenschulung und standardisierte Diagnostik). Durch die Integration der neuen Berufs- und Studienabschlüsse in der Psychologie ergibt sich eine entsprechend vertikale Verteilung der psychologischen Aufgaben im Team.

Zur fachgerechten Erkennung psychischer Komorbidität wird die Mitarbeit eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten im Team empfohlen. Ein Leitfaden zur Erfassung und Behandlung psychischer Komorbidität in den somatischen Indikationen wurde im Rahmen eines Studienprojekts entwickelt (DRV Bund, 2011b). Die Umsetzung dieser Empfehlungen steht vor dem Hintergrund begrenzter psychotherapeutischer Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen und steigender Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Diagnosen fachlich und versorgungspolitisch zur Diskussion.

Fragen der psychischen Komorbidität berühren auch die psychischen Funktionseinschränkungen, die für die sozialmedizinischen Beurteilung am Ende der medizinischen Rehabilitation bedeutsam werden können. Die DRV Bund hat diesbezüglich ein Fortbildungskonzept entwickelt (DRV Bund, 2012c), welches die Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen therapeutischen Berufsgruppen berücksichtigt. Von zentraler Bedeutung ist die Frage, was kann, darf, soll, will ein Psychologe im Rahmen der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich der psychischen Leistungsfähigkeit im Einzelfall beurteilen und dokumentieren.

Eng verknüpft mit sozialmedizinischen Fragestellungen sind arbeits- und berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Das Anforderungsprofil für die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (DRV Bund, 2012d) bezieht psychologische Behandlungsangebote mit ein. Die Umsetzung entsprechender Angebote kann konzeptabhängig in unterschiedlichem Ausmaß und in verschiedenen Angebotsformen stattfinden.

Aktuelle Herausforderungen für die Psychologie in der medizinischen Rehabilitation lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Erfüllung der Qualitätsanforderungen und Umsetzung der Praxisempfehlungen der DRV Bund
2. Integration neuer Berufs- und Studienabschlüsse im Reha-Team und Gewinnung qualifizierter Mitarbeiter
3. Erkennen, Behandeln und Dokumentation psychischer Komorbidität
4. Erwerb und Einbringen psychologischer Kompetenzen in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
5. Entwicklung und Umsetzung arbeitsbezogener psychologischer Konzepte

## **Literatur**

DRV Bund (2010a). Reha-Therapiestandards Brustkrebs. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

DRV Bund (2010b). Reha-Therapiestandards koronare Herzerkrankung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

DRV Bund (2010c). Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

DRV Bund (2010d). Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation – Indikationsbezogene Curricula. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

DRV Bund (2010e). Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

DRV Bund (2011a). Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

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

DRV Bund (2012a). Neue Studien- und Berufsabschlüsse in der Rehabilitation - Die Position der Deutschen Rentenversicherung.

DRV Bund (2012b). INFOBLATT für Rehabilitationseinrichtungen. Psychologische Berufsgruppen - Neue Studienabschlüsse in Psychologie.



DRV Bund (2012c). Curriculum Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung.

DRV Bund (2012d). Anforderungsprofil zur Durchführung einer Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

DRV Bund (2013a). Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO). Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin.

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

Alle Literaturquellen können als Broschüre, Flyer oder Handout von der Homepage der DRV Bund heruntergeladen werden [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de).

### **3. Das psychologische Team: Berufsgruppen, Organisation und Aufgaben**

*Dieter Schmucker, Städtische Rehakliniken Bad Waldsee*

Seit rund 40 Jahren arbeiten Psychologen in (somatischen) Rehabilitationseinrichtungen. Waren es zunächst nur einige wenige Pioniere in einzelnen Kliniken, so hat sich die Rehabilitation im Lauf der Zeit zu einem wichtigen Arbeitsfeld entwickelt. Mittlerweile arbeiten ca. 3.500 Psychologen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, das sind rund 8% aller Psychologen.

Parallel zur Erhöhung der Anzahl der Psychologen haben sich in den vergangenen Jahren auch die Qualifikationen, die Aufgaben sowie die Erwartungen (Kostenträger, Klinikleitung, Rehabilitanden) verändert. Durch das Psychotherapeutengesetz und die Bologna-Reform wurden neue Berufsabschlüsse geschaffen und die ursprünglich einheitliche Berufsgruppe der Diplom-Psychologen um höher qualifizierte Psychologische Psychotherapeuten sowie um den niedrigeren Berufsabschluss Bachelor Psychologie erweitert.

Die grundlegenden psychologischen Aufgaben im Bereich der Rehabilitation haben sich jedoch nicht im gleichen Maße erweitert, so dass die bestehenden Aufgaben neu verteilt werden müssen. Bei dieser nicht immer ganz einfachen Aufgabe sind verschiedene Aspekte (z. B. Tarifvertrag, Psychotherapeutengesetz, Organisation) zu beachten, was vor allem in kleinen Abteilungen zu Schwierigkeiten führen kann.

Die Aufgaben von Psychologen umfassen die psychologische Diagnostik, psychologische Beratung und Psychotherapie, psychologische und psychotherapeutische Gruppenangebote, Entspannungstrainings, Gesundheitsbildung und Patientenschulung, Initiierung und Organisation ambulanter Nachbetreuung, die Dokumentation und weitere Aufgaben (z. B. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Fortbildung, Leitungsaufgaben, Forschung).

Konnten die Schwerpunkte und Inhalte der psychologischen Angebote in den Anfangsjahren noch weitgehend von den Kliniken selbständig festgelegt werden, idealerweise am Bedarf der jeweiligen Patienten orientiert, hat sich durch die zunehmende Standardisierung des Angebotes (Stichworte KTL, Reha-Therapiestandards, MBOR) ein einheitliches Bild der psychologischen Dienstleistungen ergeben. Die im Rahmen der Qualitätssicherung gegebene Vergleichbarkeit der Leistungen führt zu einem Mindeststandard, der von den Einrichtungen und den psychologischen Abteilungen einzuhalten ist. Diese Normierung hat Auswirkungen auf den Inhalt und die Organisation der psychologischen Angebote. Im Fokus der Auswertung und der Rückmeldung steht die „Quote“, d. h. die durchschnittliche Versorgung aller Patienten und nicht so sehr der individuelle Bedarf. Im Rahmen der psychologischen Versorgung muss also organisatorisch gewährleistet sein, dass die erwarteten Durchschnittszahlen an KTL-Leistungen erbracht werden. Gleichzeitig müssen aber auch die individuellen Erwartungen und Vorstellungen der Patienten berücksichtigt

werden, um eine möglichst gute Rückmeldung im Rahmen der Patientenbewertungen zu erhalten. Nicht selten sind diese Vorstellungen an optimaler individueller Versorgung nur sehr schwer mit den Vorstellungen der Kostenträger in Einklang zu bringen.

Psychologische Therapieangebote gehören mittlerweile zum Standardangebot von Rehabilitationskliniken und werden von Rehabilitanden erwartet und eingefordert. Typische Beschwerden sind nicht mehr „Weshalb soll ich zum Psychologen gehen?“, sondern „Weshalb bekomme ich erst so spät einen Termin?“.

Wir sind im Rehabilitationsalltag angekommen.

## **Literatur**

- Bengel, J. et al. (2013). Aus-, Fort- und Weiterbildung „Psychologie in der Rehabilitation“ - Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Eingereicht für die Rubrik „Aus der DGRW“ der Zeitschrift „Die Rehabilitation“. Die Vollversion der Expertise findet sich auf der Homepage der DGRW unter <http://dgrw-online.de/files/bericht-dgrw-version-5-2012.pdf>.
- DRV Bund (2007). KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- DRV Bund (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- DRV Bund (2011). Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- Reese, C., Jäckel, W.H. & Mittag, O. (2011). Befragung der Psychologischen Dienste zu Strukturen und Praxis in den stationären Rehabilitationseinrichtungen. Ergebnisbericht. Rehabilitation, 51(03), 142-150.
- Schmucker, D. (2010). Kompendium der Tätigkeitsfeldbeschreibungen „Klinische Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in der Rehabilitation“ der Sektion Klinische Psychologie (BDP), Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Worringen, U., Küch, D. (2010). Psychologische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation der DRV-Bund.

*Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe  
Das psychologische Team*

**Moderation**

Klaus Heft-Wippermann, Dr. Ulrike Worringer

**Experten**

Dieter Schmucker, Dr. Tina Wessels, Fredi Lang

Die Integration neuer Berufsgruppen in das psychologische Team führt zu einer Umverteilung von Aufgaben.

1. Welche Herausforderungen können sich daraus ergeben?
2. Wie lässt sich die Fachaufsicht von Bachelor Absolventen durch einen Master / Diplom Psychologen und / oder Psychologischen Psychotherapeuten in der Praxis realisieren?
3. Welche Aufgaben dürfen / können von Bachelor Absolventen durchgeführt werden?
4. Welche Aufgaben stehen unter Approbationsvorbehalt?
5. Wie wird von Seiten des Berufsverbands und der Kammer die Entwicklung eingeschätzt? Wird es Bachelor Absolventen und Psychologische Psychotherapeuten geben, die sich für die medizinische Rehabilitation interessieren?
6. Was begünstigt eine gute Integration psychologischer Mitarbeiter in das Reha-Team?
7. Was begünstigt eine gute interdisziplinäre Kommunikation?
8. Welche Organisationsmodelle psychologischer Teams haben sich in den Rehabilitationseinrichtungen bewährt?

## **Diskussionsergebnisse**

Vor dem Hintergrund der Integration der neuen Berufsgruppen und Studienabschlüsse im psychologischen Team wurde diskutiert, welche spezifischen psychologischen Kompetenzen für die Arbeit in der medizinischen Rehabilitation notwendig sind. Einen Diskussionsschwerpunkt bildete der Approbationsvorbehalt bei der Diagnostik psychischer Störungen. Vor dem Hintergrund des Psychotherapeutengesetzes sind nur approbierte Psychologen befähigt, eigenverantwortlich heilkundlich tätig zu sein. Auf der anderen Seite haben auch Diplom-Psychologen während ihres Studiums diagnostische Kenntnisse erworben. Sie dürfen aber nur Verdachtsdiagnosen stellen. Ausschlaggebend für die sozialmedizinische Beurteilung ist jedoch nicht die F-Diagnose, sondern die plausible Darstellung der psychischen Situation im ärztlichen Entlassungsbericht. Im Anhang wurde eine entsprechende Übersicht (Kapitel 9 in diesem Tagungsband) über Fortbildungsangebote aufgelistet. Grundsätzlich sollte bei der Diagnosestellung immer bedacht werden, dass hierdurch eine Stigmatisierung des Rehabilitanden erfolgen kann. Die Diagnosestellung sollte in jedem Fall mit dem Rehabilitanden besprochen werden. Gewünscht wurden in diesem Zusammenhang spezifische Fortbildungsmöglichkeiten für Diplom-Psychologen.

Weitere Diskussionspunkte beinhalteten die möglichen Veränderungen durch die angestrebte Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, die Möglichkeit in den Rehabilitationseinrichtungen Behandlungsschwerpunkte (z.B. VMO, MBOR) mit eigenen Teams und Fachkompetenzen einzurichten sowie die tarifliche Eingruppierung der Berufsgruppen.

## 4. Psychologischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

*Dr. Claus Derra, DRV Bund*

Eine umfassende und valide sozialmedizinische Leistungsbeurteilung verlangt in den meisten Fällen, dass neben den somatischen Einschränkungen die psychosozialen Kompetenzen des Patienten berücksichtigt werden müssen. Arbeitsplätze stellen heute körperlich andere Anforderungen als früher und können entsprechend entlastend und leistungsgerecht gestaltet werden. Dafür haben jedoch Anforderungen an die jeweilige kognitive Leistungsfähigkeit und das Durchhaltevermögen zugenommen. Außerdem werden soziale Kompetenzen z. B. in Form von Teamarbeit immer wichtiger und fordern Fähigkeiten zur Abstimmung untereinander, Empathie, Wertschätzung sowie insbesondere Kompetenzen zur Konfliktlösung. Darüber hinaus nehmen psychische Komorbiditäten (Angst, Depression, Sucht, Persönlichkeitsstörungen) ständig zu und können sich anhaltend auf die Leistungsfähigkeit auswirken.

Immer mehr Patienten nehmen zentral wirksame Medikamente ein, die sich zum Teil erheblich auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken können. Weiterhin stehen viele Menschen in privaten und beruflichen Mehrfachbelastungen, so dass wir es heute geradezu inflationär mit dem Begriff „Burnout“ zu tun haben. Alle diese Veränderungen führen dazu, dass die Leistungsbeurteilung im Einzelfall wesentlich komplexer geworden ist und in solchen Fällen ein gutes Zusammenwirken des Reha-Teams erforderlich ist.

Der klinische Psychologe hat hier drei wesentliche Aufgaben: Er liefert einen wichtigen Beitrag zur Diagnostik von Krankheitsursachen und Komorbiditäten. Neben den üblichen Screenings auf Angst und Depression ergibt die Anamnese Hinweise auf den bisherigen Krankheitsverlauf, auf bisherige erfolgreiche therapeutische Veränderungen sowie psychosoziale Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag. Der Psychologe wird den Umgang mit Stressfaktoren erfragen und die persönlichen Schwerpunkte von Bewältigungsstrategien analysieren. Der Umgang mit Krankheit und Leistungseinschränkung wird nicht nur in der Anamnese, sondern auch in verschiedenen anderen therapeutischen Elementen der Rehabilitation deutlich werden. Hier hat der Psychologe die Aufgabe, Erkenntnisse aus dem eigenen Kontakt mit dem Patienten (z. B. Schmerzbewältigungsgruppe) zu bewerten, aber auch die anderen Berufsgruppen im Reha-Team für entsprechende Wahrnehmungen zu sensibilisieren. Schließlich ist er in die Prognosestellung eingebunden, wenn z. B. die Behandelbarkeit von psychischen Störungen eingeschätzt werden muss oder die Ergebnisse im kognitiven Training am PC bewertet werden müssen. Um diese Aufgaben kompetent zu erfüllen, ist eine Kenntnis der sozialmedizinischen und rechtlichen Grundlagen unbedingt erforderlich. Auch Kenntnisse von Arbeitsabläufen und beruflichen Belastungen gehören zur notwendigen Erfahrung des Psychologen in der Rehabilitation. Als Fachmann für Kommunikation und Beziehung kann er auch auf einer Metaebene für die Beurteilungsprozesse in Reha-Teams besonders hilfreich sein.

*Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe -  
Fachspezifischer Beitrag zur Leistungsbeurteilung*

**Moderation**

Martin Kleinhans, Dr. Marion Kalwa

**Experte**

Dr. Claus Derra

Aspekte des Reha-Teams

1. Welche Rolle hat das Reha-Team bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung?
2. Welche Vorteile bringt der Einbezug der verschiedenen Berufsgruppen in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung? Gibt es auch Nachteile?
3. Wie kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung gefördert werden? (Qualifizierung der Mitarbeiter, Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen...)
4. Welche Kompetenzen benötigen Psychologen und andere therapeutische Berufsgruppen bei der Mitwirkung an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung?

Spezifische Aspekte der Psychologie

5. Welche Aufgaben kommen Psychologen bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu?
6. Welche Rolle spielt die Approbation von Psychologen bei der Mitwirkung an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung?
7. Welche Probleme könnten sich bei einer stärkeren Mitwirkung der Psychologen an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ergeben (z. B. Rollenkonflikt Therapeut - Gutachter; Datenschutz vs. Austausch im Team u. ä.)?
8. Zu welchen Themen könnten Psychologen auch an Mitarbeiterschulungen zu Schwierigkeiten bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beteiligt werden (z. B. Hinweis auf Antworttendenzen wie soziale Erwünschtheit; Wahrnehmungsverzerrungen; Ebenen der Arzt-Patient-Kommunikation etc.)?
9. Wie sollte der Rehabilitand über die psychologische Mitwirkung an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung informiert werden (gar nicht, etwas, umfassend)?
10. Gibt es Konflikte zwischen Patienten- und Trägerorientierung? Was ist handlungsleitend für den Psychologen – der Einzelfall oder die Solidargemeinschaft?

## Diskussionsergebnisse

In der somatischen Rehabilitation kommt dem Reha-Team bei der Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung eine wichtige Rolle zu. Das Zusammenführen der Informationen, der unterschiedlichen berufsgruppenspezifischen Blickwinkel, ist wichtig, da sich der Rehabilitand den verschiedenen Berufsgruppen oft sehr unterschiedlich darstellt. Eine Teambildung funktioniert aber nicht von selbst, sondern sollte durch die Implementierung von festen Strukturen und Besprechungsterminen unterstützt werden. Hier sollte bezüglich der Beziehungsgestaltung im Team auf psychologische Kompetenzen zurückgegriffen werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann durch die Entwicklung einer gemeinsamen „Vision“ im Rahmen einer Projektgruppe unter Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen und regelmäßiger Feedbackrunden gefördert werden. Unabdingbar ist dabei das Wecken von Verständnis für die unterschiedlichen Perspektiven der Berufsgruppen. Eine wichtige Rolle wird dabei der Klinikleitung zugeschrieben.

Kompetenzen, die Psychologen bei der Mitwirkung an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilungen haben sollten, umfassen das Grundverständnis der sozialmedizinischen Begrifflichkeiten und der Fachsprache, Grundkenntnisse über die somatischen Krankheitsbilder im jeweiligen Indikationsgebiet sowie Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung. Eine Aufklärung des Rehabilitanden, dass der Psychologe sowohl Gutachter- als auch Therapeutenrolle wahrnimmt, sollte immer stattfinden. Diese muss aber nicht durch den Psychologen erfolgen. Im Idealfall erfolgt durch den Ärztlichen Direktor die grundsätzliche Aufklärung, dass die sozialmedizinischen Informationen im Reha-Team zusammengetragen werden, der Rehabilitand frühzeitig im Reha-Verlauf vom Oberarzt über die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung informiert wird und eine Beratung des Rehabilitanden durch Psychologie und Sozialarbeit im Sinne der „partizipativen Entscheidungsfindung“ erfolgt.

Der Konflikt zwischen Patienten- und Trägerorientierung wird häufig subjektiv stärker empfunden, als er objektiv vorhanden ist. Für die somatische Reha gilt, dass im Allgemeinen die sozialmedizinische Beurteilung im Indikationsgebiet der Klinik getroffen wird. Wenn aus psychotherapeutischer Sicht die Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden dagegen fraglich ist, sollte eine diesbezügliche nervenfachärztliche Abklärung empfohlen und der Rehabilitand kann zunächst arbeitsunfähig entlassen werden.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass weitere Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich Sozialmedizin für die beteiligten Berufsgruppen geschaffen und genutzt werden sollten und für das Zustandekommen effektiver Teambesprechungen ein Engagement der Klinikleitung von zentraler Bedeutung ist.



## **5. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation - chronischer Rückenschmerz und koronare Herzerkrankung**

*Prof. Oskar Mittag, Christina Reese, Universitätsklinikum Freiburg*

Die Bedeutung des psychologischen Behandlungsansatzes in der somatischen Rehabilitation ist unbestritten. Obwohl die vorliegenden Leitlinien und Therapiestandards psychologische Leistungen explizit einschließen, sind sie nicht ausreichend differenziert, um praktisches Handeln im Einzelfall leiten zu können.

In einem Forschungsprojekt (Förderer: Deutsche Rentenversicherung Bund) wurden für zwei Indikationen, nämlich chronische Rückenschmerzen und koronare Herzerkrankung, evidenzbasierte Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation entwickelt. Ziel war es, jeweils erforderliche (evidenzbasierte) psychologische Interventionen in einem Konkretisierungsgrad zu beschreiben, der es erlaubt, praktisches Handeln in der Rehabilitationseinrichtung zu leiten.

Die Praxisempfehlungen wurden in einem aufwendigen Prozess entwickelt. Zuerst erfolgte eine umfassende, systematische Recherche nach relevanten Übersichtsarbeiten und Leitlinien. Gleichzeitig wurden die psychologischen Abteilungen der Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Indikationsbereiche Orthopädie und Kardiologie behandelt werden, zu Strukturen und Praxis befragt (N=613). Die Rücklaufquote lag bei über 50 Prozent. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden im Rahmen von indikationsspezifischen Expertenworkshops unter Einbeziehung von Patientenvertretern Konsultationsfassungen der Praxisempfehlungen formuliert.

Diese Konsultationsfassungen wurden mit der Bitte um Kommentierung an die leitenden Psychologen und Chefärzte aller orthopädischen und kardiologischen Einrichtungen geschickt. Außerdem diskutierten wir im Rahmen von Fokusgruppen mit Rehabilitanden über zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen. Die breite Zustimmung zu den Empfehlungen (92% Zustimmung mit einem Range von 58 bis 100%) und die über 2.000 sehr konstruktiven Freitextangaben haben uns sehr gefreut. Alle Anmerkungen und Kommentare wurden in einem abschließenden Expertenworkshop zur Konsentierung der Praxisempfehlungen berücksichtigt.

Seit Februar 2012 liegen die Praxisempfehlungen vor und können auf unserer Homepage ([www.aqms.de](http://www.aqms.de)) abgerufen werden. Außerdem hat die DRV Bund ganz aktuell die Empfehlungen in einer eigenen Broschüre veröffentlicht. Zur Dissemination der Empfehlungen wurden unterschiedliche Wege beschritten (E-Mail-Alerts, Information an alle Rehabilitationsträger sowie einschlägige Fachgesellschaften und Berufsverbände, Vorstellung auf Fachkongressen). Im Rahmen einer webbasierten Umfrage bei den orthopädischen und kardiologischen Reha-Einrichtungen haben wir jetzt auch erfragt, ob die Praxisempfehlungen bekannt sind und wie sich die Implementierung gestaltet hat.

## Literatur

- Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2012). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51 (03), 142-150.
- Mittag, O., Reese, C., Gülich, M. & Jäckel, W.H. (2012). Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Vergleich zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 74 (12), 778-783.
- Reese, C., Spieser, A. & Mittag, O. (2012). Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Zusammenfassung der Evidenz und der Empfehlungen aus systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien. *Die Rehabilitation*, 51 (06), 405-414.
- Reese, C. & Mittag, O. (2013). Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36 (1), 6-12.
- Mittag, O. & Reese, C. (2012). Die Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Methoden und Ergebnisse. *Die Rehabilitation* (online first 11.12.2012, DOI: 10.1055/s-0032-1323648).
- Reese, C. & Mittag, O. (2013). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen*. (online first 06.03.2013, DOI: 10.1055/s-0033-1333738).

## **Aus der Forschung in die Praxis?**

### **Welche Erfahrungen zeigen sich bei der Implementierung der Praxisempfehlungen in die Praxis: Ergebnisse einer Online-Nachbefragung**

*Britta Mai, Reha-Zentrum Bad Nauheim*

Oskar Mittag, Christina Reese (Universitätsklinikum Freiburg)

Ziel des Projekts war es, breit konsentierete, evidenzbasierte Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischem Rückenschmerz oder koronarer Herzerkrankung zu formulieren, aus denen praktisches Handeln abgeleitet werden kann. Das Besondere des Projekts stellte die breite Basis an Akteuren dar, die sowohl Experten aus Wissenschaft und Praxis, Rehabilitanden sowie leitende Psychologen und Chefärzten der somatischen orthopädischen bzw. kardiologischen Reha-Einrichtungen einschloss. Dieses Vorgehen wird von Jahed, Bengel & Baumeister (2011) als einer der zentralen Faktoren zur erfolgreichen Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis dargestellt.

Im Rahmen einer Online-Erhebung, die im Zeitraum Februar - März 2013 stattfand, wurde nun erfragt, ob und wie die Praxisempfehlungen in der Praxis aufgenommen wurden, ob sie gut umsetzbar sind und ob bestimmte Aspekte ergänzt oder verändert werden sollten. Es wurden alle orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen (sowohl stationär als auch ambulant) per Mail angeschrieben (N=638). Der Rücklauf der Nachbefragung betrug 20 Prozent und war somit deutlich geringer als bei vorherigen Befragungen aus dem Projekt, was womöglich auf die Art der Nachbefragung („ausschließlich“ online) zurückzuführen ist. Unter Berücksichtigung der möglichen Selektionseffekte erscheint uns der Rücklauf dennoch akzeptabel, um erste Rückschlüsse ziehen zu können.

Ausgesprochen erfreulich ist der große Zuspruch, den die Praxisempfehlungen erfahren haben. Sie werden positiv bis sehr positiv und als konkrete Orientierungshilfe im klinischen Alltag wahrgenommen. 80 Prozent der befragten Psychologen, die die Praxisempfehlungen kennen, haben innerhalb der psychologischen Abteilung über die Praxisempfehlungen diskutiert, und zwar in knapp der Hälfte der Fälle auch in Form von intensiven Diskussionen. Rund 40 Prozent der Psychologen berichten, dass die Praxisempfehlungen interdisziplinär diskutiert wurden, was positiv ist, da dies zu einer erhöhten Transparenz psychologischen Handelns und Denkens und zur Optimierung der Patientenversorgung führen könnte. Erfreulich ist auch der häufige Zugriff auf die Praxisempfehlungen über die Homepage der AQMS, was für ein großes Interesse an den Praxisempfehlungen spricht.

Bei 30 Prozent der Psychologen haben die Praxisempfehlungen zu Veränderungen in der Einrichtung geführt. 50 Prozent der Psychologen, die die Praxisempfehlungen kennen, berichteten jedoch auch über bestehende Barrieren bezüglich der Umsetzung. Als Barriere werden u.a. Organisations- und Kommunikationsstrukturen oder ein stark somatisch geprägtes Krankheitsverständnis der ärztlichen Kollegen genannt. Als häufigste Barriere bei der Umsetzung der Praxisempfehlungen wurden jedoch die fehlenden personellen Ressourcen in vielen Einrichtungen genannt.

## **Literatur**

Jahed, J., Bengel, J. & Baumeister, H. (2011). Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis. *Das Gesundheitswesen*, 74 (11), 754–761.

*Leitfragen und Diskussionsergebnisse der  
Arbeitsgruppe - Praxisempfehlungen*

**Moderation**

Antje Hoppe, Daniela Sewöster

**Expertinnen**

Christina Reese, Britta Mai

1. Gibt es noch Verständnisfragen zu den Praxisempfehlungen?
2. Lassen sich die Praxisempfehlungen umsetzen?
  - Was sind Barrieren?
  - Was sind förderliche Faktoren?
  - Liegen eigene Erfahrungen aus Rehabilitationseinrichtungen vor?
3. Ändert sich durch die Umsetzung der Praxisempfehlungen der Behandlungsalltag?
  - Therapie?
  - Diagnostik?
  - Zusammenarbeit im Team?
  - Dokumentation?
  - Therapeut-Patient-Beziehung?
  - Klinikorganisation?
  - Zuweisung?
  - Rehabilitationsergebnis?
  - Rehabilitandenzufriedenheit?
  - Mitarbeiterzufriedenheit?
  - Stellenwert der psychologischen Behandlung im Therapieplan?
4. Gibt es Aspekte, die in den Praxisempfehlungen vermisst werden?
5. Bedarf es auch für andere Indikationen Praxisempfehlungen?  
Wenn ja, für welche?

## Diskussionsergebnisse

Die Praxisempfehlungen waren etwa einem Drittel der Arbeitsgruppenteilnehmer vor der Fachtagung bekannt. Diese berichteten über einen hohen Wiedererkennungsgrad zwischen den in den Praxisempfehlungen beschriebenen psychologischen Interventionen und den bereits in den Kliniken, hier vor allem mit orthopädischen Indikationen, umgesetzten psychologischen Angeboten. Als Barrieren für eine erfolgreiche Umsetzung der Praxisempfehlungen wurden fehlende personelle Ressourcen und strukturelle Rahmenbedingungen wie geringe Anzahl an Rehabilitanden oder kein approbierter Kollege in der Klinik diskutiert. Ebenso kann eine vornehmlich ökonomische Orientierung, ein somatisches Krankheitsverständnis und Desinteresse auf der Leitungsebene einer Klinik die Umsetzung erschweren.

Folgende Aspekte wurden empfohlen in die Praxisempfehlungen aufzunehmen: Als Orientierungshilfe wird ein kurzes prägnantes Screeninginstrument für psychologische Interventionen mit Cut off-Werten gewünscht. Eine deutlichere Verzahnung der in den Praxisempfehlungen evidenzbasierten psychologischen Angeboten mit den bereits vorhandenen Klassifikationssystem (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS) ist vor dem Hintergrund der Argumentationsunterstützung bei der Einführung neuer psychologischer Angebote im Klinikalltag wichtig. Angeregt wurde weiterhin, dass der Aspekt Evaluation von psychologischen Angeboten mit aufgenommen wird; zum Beispiel in Form von Empfehlungen für den Nachweis der Ergebnisqualität (incl. Katamnese). Zur Unterstützung bei der praktischen Umsetzung im Klinikalltag wäre eine Ergänzung um Quellenverweise und Links für bestehende Gruppenangebote und Programme hilfreich.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Praxisempfehlungen positiv angenommen werden. Ihre Umsetzung kann durch die Informationen der ärztlichen Kollegen und Kolleginnen in Fortbildungen und durch verbindlichere Umsetzungsforderungen von Seiten der Kostenträger gefördert werden.

Fortbildungen zu den Praxisempfehlungen werden von der DRV Bund im Januar 2015 angeboten.

## **6. Psychische Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation**

### **Somatopsychische Komorbidität**

*Prof. Jürgen Bengel, Universität Freiburg*

In der medizinischen Rehabilitation für somatische Erkrankungen erfüllt mindestens jeder fünfte Patient die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung. Für degenerative sowie entzündliche Gelenkerkrankungen sowie die koronare Herzerkrankung und komorbide depressive Störungen werden beispielhaft mögliche Kausalmodelle vorgestellt. Komorbide psychische Störungen bei somatisch erkrankten Patienten sind mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten, erhöhten Versorgungskosten sowie niedriger Compliance und Lebensqualität assoziiert.

Auch wenn die pathogenetischen Zusammenhänge im Detail noch nicht ausreichend geklärt sind, besteht deshalb Bedarf, diese psychischen Störungen gerade im Kontext einer Rehabilitation zu entdecken und die Betroffenen zu einer Behandlung zu motivieren. In Leitlinien und Therapiestandards wird national und international die adäquate Behandlung gefordert. Screenings spielen bei der Entdeckung der somatopsychischen Komorbidität eine zentrale Rolle. Dabei ist zu berücksichtigen, dass direkt nach Diagnosestellung einer chronischen Erkrankung und direkt nach der akuten Behandlung psychische Belastungen und psychische Störungen besonders ausgeprägt sein können. Eine sichere Feststellung einer psychischen Symptomatik mit Störungswert ist daher auch abhängig vom Kontext, dem Zeitpunkt der Diagnose und dem Stadium der Krankheitsverarbeitung.

Im System der medizinischen Rehabilitation bestehen gute Rahmenbedingungen, psychosoziale Belastungen und somatopsychische Störungen zu diagnostizieren. Dennoch werden psychische Störungen und entsprechende Therapie- und Nachsorgeempfehlungen häufig nicht oder nur unzureichend im Entlassungsbericht dokumentiert, obwohl dies für die adäquate Weiterbehandlung von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen von hoher Relevanz ist. Förderliche und hinderliche Bedingungen einer Implementierung von Strategien zur Entdeckung von psychischen Störungen in der Rehabilitation können benannt werden.

Der Vortrag gibt eine Übersicht über den Stand der Forschung zur somatopsychischen Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Epidemiologische, ätiologische, diagnostische und behandlungsspezifische Aspekte werden diskutiert.

# Psychische Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation

*Monika Konitzer, Bundespsychotherapeutenkammer*

Ein nicht unbedeutender Teil der Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen leidet unter komorbiden psychischen Krankheiten. In der medizinischen Rehabilitation leiden einer Studie zufolge zwischen 16 Prozent (Kardiologie) und 25 Prozent (Endokrinologie) der Patienten aktuell an einer psychischen Störung. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören dabei affektive- und Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und somatoforme Störungen. Hinzu kommen Patienten mit hohen psychischen Belastungen, die jedoch noch nicht die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen. In der Orthopädie gaben bis zu 40 Prozent und in der Endokrinologie mindestens 32 Prozent der Patienten eine mittlere bis starke psychische Belastung an (Härter et al., 2006).

Komorbide psychische Erkrankungen wirken sich unter anderem ungünstig auf die Lebensqualität, den Verlauf und die Mortalität sowie die Compliance von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen, wie z. B. Diabetes aus. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, auch in der medizinischen Rehabilitation diagnostische Maßnahmen zur Entdeckung psychischer Belastungen und Erkrankungen sowie darauf aufbauende psychosoziale Maßnahmen anzubieten.

Die Diagnostik psychischer Erkrankungen ist eine Grundkompetenz psychologischer Psychotherapeuten und sollte in der Regel von diesen bzw. einem entsprechenden Facharzt durchgeführt werden. Hierauf aufbauend sollten entsprechende Unterstützungs-, Beratungs- oder Therapieangebote während bzw. nach der medizinischen Rehabilitation gemacht werden. In den meisten Fällen wird – wenn erforderlich – aufgrund der begrenzten Rehabilitationsdauer eine psychotherapeutische Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation erfolgen. Bereits während der Rehabilitation können neben der Diagnostik und Indikationsstellung jedoch psychotherapeutische Kriseninterventionen und erste psychotherapeutische Gespräche zur Vermittlung eines individuellen biopsychosozialen Krankheitsmodells sowie zur Anbahnung einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung zu den Aufgaben von Psychotherapeuten gehören.

Auch in der Rehabilitation sollte vor dem Hintergrund verringerter Rehabilitationsdauern und einer zunehmenden Ambulantisierung der Maßnahmen über neue Versorgungsmodelle nachgedacht werden. Durch den Einbezug niedergelassener Psychotherapeuten schon während der Rehabilitation könnte beispielsweise eine ambulante Weiterbehandlung gesichert werden, die helfen würde, den Rehabilitationserfolg längerfristig aufrechtzuerhalten.

## Literatur

Härter, M., Hahn D., Baumeister, H., Reuter, K. und Bengel, J.. Psychische Komorbidität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen – eine epidemiologische Studie in der stationären Rehabilitation. In: Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Pawils, S. & Koch, U. (Hrsg.). Schattauer 2006.



# Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität in der Praxis

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

Psychische Komorbidität wird in der somatischen Rehabilitation nach wie vor häufig als eine den Rehabilitationsprozess verkomplizierende Ausnahme von der Regel psychischer Gesundheit wahrgenommen. Dies scheint vor dem Hintergrund der bekannten Prävalenzdaten psychischer Störungen bzw. psychischer Belastungen bei Rehabilitanden mit körperlichen Erkrankungen der Realität nicht angemessen zu sein. Circa ein Fünftel von ihnen weisen psychische Störungen auf, als psychisch belastet gelten etwa 38% der Rehabilitanden (Härter et al., 2007). Psychische Komorbidität sollte also weniger als Ausnahme denn als ein sehr häufig anzutreffender Begleitumstand gesehen werden.

Dies berücksichtigen verhaltensmedizinische Behandlungskonzepte, die in der Orthopädie in einigen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland als sog. verhaltensmedizinische Orthopädie (VMO) realisiert werden. Als Entlassdiagnosen wiesen von den 897 in 2012 in der Mühlenbergklinik in der Abteilung für Verhaltensmedizin behandelten Patienten lediglich 27% keine F-Diagnose auf. Gleichzeitig war die Hauptdiagnose bei 96% der Behandlungen eine somatische, in der Regel orthopädische Diagnose. Psychische Komorbidität bzw. psychische Belastung werden in der Verhaltensmedizin somit als Regelfall angenommen.

Verhaltensmedizinisch-orthopädische Behandlungskonzepte fokussieren daher nicht vorrangig die somatische Seite der orthopädischen Erkrankung sondern ganz explizit auch die psychische Belastung. So findet mit jedem Rehabilitanden ein ausführliches psychologisches Aufnahmegespräch statt, das auf der Grundlage der vorliegenden Screening-Daten u. a. der professionellen psychologischen Diagnostik dient. Ferner finden obligatorisch psychologisch geleitete Gruppenveranstaltungen sowie bei Bedarf weitere psychologische Einzelgespräche statt. Dem interdisziplinären Gedanken wird in den verhaltensmedizinischen Konzepten besondere Bedeutung beigemessen, was in regelmäßigen Teambesprechungen mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen zum Ausdruck kommt. Die standardisierten Auswertungen der Kostenträger sowie die klinikeigene Erfolgsmessung zeigen, dass diese Form der Behandlung von den Rehabilitanden nicht nur als generell hilfreich, sondern auch ein halbes Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme noch als wirksam erlebt wird. Die positiven mit der verhaltensmedizinischen Orthopädie gesammelten Erfahrungen sollten Anlass geben, über ähnliche verhaltensmedizinisch ausgerichtete Konzepte auch in anderen Indikationsbereichen nachzudenken.

Im Vortrag werden diese Gedanken weiter ausgeführt. Die Realität von psychologischer Diagnostik, Behandlung und Dokumentation wird am Beispiel der Mühlenbergklinik mit ihren Abteilungen für Verhaltensmedizin sowie für Orthopädie und Innere Medizin dargestellt und verglichen. Über Katamneseergebnisse wird berichtet. Darüber hinaus werden die Implikationen einer angemessenen psychologischen Diagnostik und Therapie für den Alltag einer medizinischen Rehabilitationsklinik reflektiert.

*Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe  
- Psychische Komorbidität -*

**Moderation**

Dr. Dieter Küch, Dr. Hans-Günter Haaf

**Experten**

Prof. Jürgen Bengel, Dr. Timo Harfst, PD Dr. Dieter Benninghoven

1. Gibt es noch Verständnisfragen zu dem Leitfaden eines psychodiagnostischen Stufenplans?
2. Lassen sich die Empfehlungen des Leitfadens umsetzen?
  - Was sind Barrieren?
  - Was sind förderliche Faktoren?
  - Liegen eigene Erfahrungen aus Rehabilitationseinrichtungen vor?
3. Ändert sich durch die Implementierung des Leitfadens der Behandlungsalltag? Die Therapie? Die Diagnostik? Die Zusammenarbeit im Team? Die Dokumentation? Die Therapeut-Patient-Beziehung? Die interdisziplinäre Zusammenarbeit?
4. Gibt es Aspekte, die in dem Leitfaden vermisst werden?
5. Welche Rolle spielt bei der Diagnostik der psychischen Komorbidität der Approbationsvorbehalt?
6. Welche Behandlungssettings fördern die Diagnostik und Behandlung der psychischen Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation?
7. Ist ein verhaltensmedizinisch orientiertes Setting für alle Indikationen realisierbar?
8. Welche Rolle nimmt die psychische Komorbidität bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ein?
9. Welchen Stellenwert haben F-Diagnosen versorgungspolitisch?
10. Welchen Stellenwert haben aus fachlicher und versorgungspolitischer Sicht Z-Diagnosen?

## **Diskussionsergebnisse**

In der Arbeitsgruppe wurden grundsätzliche Fragen zur Freiwilligkeit von Screenings und zur Diagnosevergabe diskutiert. Ein Screening, das psychosoziale Belastungen erhebt, ist besonders bedeutsam, denn in den Vorbehandlungen der Rehabilitanden werden psychosoziale Aspekte oft nicht berücksichtigt. Dabei ist eine Rückmeldung der Screeningergebnisse an den Rehabilitanden unentbehrlich. Wichtig ist, dass ein Screening noch nicht zu einer Diagnose, sondern zu weiterer psychologischer Diagnostik („Stufendiagnostik“) bzw. klinischem Interview führt. Entsprechend dem Screeningergebnis können psychologische Einzelgespräche oder weitere Maßnahmen wie eine Stressgruppe initiiert werden. Psychodiagnostik und Interventionen müssen sich gegenseitig beeinflussen. Einig war man sich, dass durch die Implementierung eines diagnostischen Stufenplans die Teamkommunikation positiv beeinflusst wird.

Auch in dieser Arbeitsgruppe standen der Umgang mit F-Diagnosen und der Approbationsvorbehalt bei der Diagnostik von psychischer Komorbidität zur Diskussion. Auch Master / Diplom-Psychologen werten Screenings aus und stellen (Verdachts-) Diagnosen. Die Umsetzung des Approbationsvorbehaltes ist bei der aktuellen Stellensituation in der somatischen Rehabilitation unrealistisch. Die Rentenversicherung müsste den Einsatz von approbierten Psychologen im Stellenplan fordern, wenn die Erfassung der psychischen Komorbidität gewünscht wird.

Die Nachsorgeinitiierung aus der Rehabilitationsklinik heraus, gestaltet sich angesichts der langen Wartezeiten im ambulanten Versorgungssektor oft als schwierig.

## 7. Arbeits- und berufsbezogene psychologische Konzepte

*Dr. Silke Neuderth, Matthias Bethge, Universität Würzburg*

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Die MBOR ist durch einen vermehrten Arbeits- und Berufsbezug in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses gekennzeichnet (Bethge, 2011). Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) sollen mittels Screening-Instrumenten frühzeitig erkannt und passenden Angeboten zugewiesen werden. Eine an den Anforderungen des Arbeitsplatzes orientierte Diagnostik bildet die Grundlage für berufsbezogene Therapiemaßnahmen (z. B. Sozialberatung, Arbeitsplatztraining, berufsbezogene Gruppen), welche die Rehabilitanden zu einer besseren Bewältigung ihrer Arbeitsplatzanforderungen befähigen sollen (Löffler et al., 2012). Die Wirksamkeit der MBOR wurde in randomisierten kontrollierten Studien bestätigt (Streibel et al., 2009; Bethge et al., 2011).

### **MBOR-Anforderungsprofil und Rolle der Psychologie**

Mit dem MBOR-Anforderungsprofil (AP) der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wird die Dissemination der MBOR gefördert (aktuelle Fassung: DRV, 2012). Das AP definiert die Zielgruppe der MBOR sowie MBOR-spezifische diagnostische und therapeutischen Rehabilitationsangebote. Im AP werden Psychologen und Psychotherapeuten explizit bei der Diagnostik, bei berufsbezogenen Gruppen sowie bei der Belastungserprobung erwähnt. Psychologen übernehmen in der MBOR darüber hinaus häufig zentrale Funktion in der Konzeption von Behandlungsmaßnahmen, der Therapieplanung, der Koordination, Vernetzung und Qualitätssicherung. Der hohe Stellenwert von Psychologen in MBOR-Ansätzen lässt sich vor dem Hintergrund der Zielgruppe für MBOR-Ansätze verstehen. So sind Rehabilitanden mit BBPL durch problematische sozialmedizinische Verläufe (z. B. lange AU, Arbeitslosigkeit), eine negative subjektive Erwerbsprognose (mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können) und / oder einem aus sozialmedizinischer Sicht erforderlichem beruflichen Veränderungsbedarf gekennzeichnet. Es handelt sich um eine multifaktoriell belastete Zielgruppe, bei der – unabhängig von der Indikation – häufig psychosoziale Problemkonstellationen eine Rolle spielen. So zeigen sich in multivariaten Modellen unter anderem Zusammenhänge zwischen BBPL und Gratifikationskrisen, Verausgabungsneigung, mangelnder Distanzierungsfähigkeit und Perfektionsstreben (Bethge et al., 2012). Aus der Forschung ist bekannt, dass Einstellungen und psychologische Konstrukte, wie soziale Unterstützung, wahrgenommene Kontrolle und Entscheidungsspielraum, psychosoziale Arbeitsanforderungen, subjektive Erwerbsprognose und Arbeitszufriedenheit einen wichtigen Einfluss auf die Wiedereingliederung haben (Bethge, 2010).

## **Screening und Diagnostik**

Zum Erkennen von Rehabilitanden mit BBPL stehen validierte Screening-Instrumente zur Verfügung (SIBAR, SIMBO, Würzburger-Screening), in denen Einstellungen wie die subjektive Erwerbsprognose eine wichtige Rolle spielen. Hinsichtlich der anforderungsorientierten Diagnostik kommt Psychologen in der MBOR die Aufgabe zu, arbeitsbezogene psychosoziale Schutz- und Risikofaktoren zu identifizieren. Auf Ebene der Person betrifft dies z. B. arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben (Schaarschmidt & Fischer, 2003), berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (Abele et al., 2000) oder Motivation (Zwerenz & Beutel, 2006). Auf Ebene der Arbeitsumwelt sind dies u. a. Gratifikationskrisen (Siegrist et al., 2004) oder Arbeit-Familie-Konflikte (Wolf & Höge, 2011). Im Bereich Aktivitäten und Teilhabe ist beispielhaft die subjektive Leistungsfähigkeit zu nennen (Hasselhorn und Freude, 2007).

## **Berufsbezogene Gruppen**

Zur Thematisierung von psychosozialen Schutz- und Risikofaktoren für die berufliche Wiedereingliederung bieten sich berufsbezogene Gruppen an, die häufig von Psychologen (teils zusammen mit dem klinischen Sozialdienst) durchgeführt werden. Berufsbezogene Gruppen sind als Kernmaßnahme im MBOR-Anforderungsprofil verankert und thematisieren die Wechselwirkung von Arbeit und Gesundheit. Sie zielen darauf ab, Kompetenzen und Ressourcen realistisch einzuschätzen bzw. weiterzuentwickeln, Verhalten und Einstellungen zu verändern und Möglichkeiten zu finden, um belastende Situationen am Arbeitsplatz besser bewältigen zu können (DRV Bund, 2012; Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011). In einer Bestandsaufnahme des Zentrums Patientenschulung aus dem Jahr 2010 (Reusch et al., im Druck) wurden über 1.400 Reha-Einrichtungen unter anderem zu berufsbezogener Gruppen befragt. Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass die Themen Arbeitslosigkeit / Bewerbung, Stress / Entspannung und Soziale Kompetenz / Konflikte im Beruf im Vordergrund stehen, Gruppen in erster Linie in den Indikationsbereichen Orthopädie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt werden und meist weniger als 15 Teilnehmer umfassen. In der Didaktik wird ein Methodenmix umgesetzt, übende Elemente stehen im Vordergrund. Manuale sind häufig vorhanden, werden aber selten veröffentlicht, eine Evaluation steht bei vielen Gruppenprogrammen noch aus (Driesel et al., eingereicht).

Beispiele für berufsbezogene Gruppenprogramme sind im „Praxishandbuch arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen“ (Löffler et al., 2012) aufgeführt und stehen auf der Homepage [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) zum Download zur Verfügung.

## Literatur

- Abele, A. E., Stief, M., Andrä, M.S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44 (3), 145-151.
- Bethge, M. (2010). Rückenschmerzpatienten. Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Faktoren und berufliche Wiedereingliederung - eine Literaturübersicht. *Der Orthopäde*, 39 (9), 866-873.
- Bethge, M. (2011). Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 50 (3), 145-151.
- Bethge, M., Brandes, I., Kleine-Budde, K., Löffler, S., Neuderth, S., Schwarz, B., Schwarze, M., Vogel, H. (2012). Abschlussbericht zum Projekt „MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund.
- Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L., Jacobi, C. (2011). Work Status and Health-related Quality of Life Following Multimodal Work Hardening: A Cluster Randomised Trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 24 (3), 161-72.
- DRV Bund (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- Diesel, P., Vogel, H., Gerlich, C., Löffler, S., Lukaszczik, M., Wolf, H.-D., Schuler, M., Neuderth, S (eingereicht). Häufigkeit und Stellenwert von Patientenschulungen mit arbeits- und berufsbezogener Thematik – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung deutscher Reha-Einrichtungen. *Die Rehabilitation*.
- Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index – ein Leitfaden. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Wolf, H., Vogel, H., Neuderth, S. (2012). *Praxishandbuch arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation* (3. Auflage). Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R. (im Druck). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulungen und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 - Eine Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2003). AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Handanweisung. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1483-1499.

- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011). Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 50 (3), 160-167.
- Streibelt, M., Thren, K., Müller-Fahnow, W. (2009). Effektivität FCE-basierter medizinischer Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Muskel-Skelett-Erkrankungen - Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 19 (1), 34-41.
- Wolff, H. G., Höge, T. (2011). Konflikte zwischen Arbeit und Familie. Eine deutschsprachige Adaptation der mehrdimensionalen Skala von Calson, Kacmar und Williams (2000). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 55, 143-152.
- Zwerenz, R., Beutel, M. E. (2006). Entwicklung und Validierung des Fragebogens zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM). In: Nübling, R., Muthny, F. A., Bengel, J. (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartungen*. 231-251. Bern: Huber.

# **Arbeits- und berufsbezogene psychologische Konzepte**

*Monika Dorn, Reha-Zentrum Bad Eilsen*

Aufbauend auf dem Überblick zu diagnostischen und therapeutischen Methoden stehen im zweiten Teil des Beitrags klinische Erfahrungen mit der Umsetzung von arbeits- und berufsbezogenen psychologischen Konzepten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im Vordergrund.

## **Hintergrund und klinikspezifische Rahmenbedingungen**

Für die konkrete Ausgestaltung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) in einer Klinik spielen zum einen klinikspezifische Merkmale wie Größe, Rehabilitandenstruktur, Indikation, Klinikphilosophie und Vorerfahrungen eine Rolle, zum anderen sind strategische Ausrichtung (vgl. Gutenbrunner et al., 2013) und Vorgaben des Leistungsträgers bzw. Hauptbelegers z. B. hinsichtlich Zuweisung, Fallzahlen und Ressourceneinsatz zu berücksichtigen. Die klinikspezifischen Konzepte und Lösungsansätze können daher sehr variieren. Dies spiegelt sich auch in der Vielzahl der inzwischen verfügbaren Programme und Praxisbeispiele wider (vgl. Löffler et al., 2012).

Im vorliegenden Beitrag werden Erfahrungen mit der Umsetzung von berufsbezogenen Gruppen im Reha-Zentrum Bad Eilsen, einer Schwerpunktambulanz für Rheumatologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover mit 365 Betten, dargestellt. Die Rehabilitandenstruktur ist typisch für eine Klinik der ehemaligen Arbeiterrentenversicherung, beispielsweise auf alle Fälle aus 2012 bezogen: 61% Männer, mittleres Alter 49,6 Jahre, vorwiegend Hauptschulabschluss. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor der Reha betrug bei 51% der Rehabilitanden 3 Monate und länger. Etwa 12% der Rehabilitanden waren arbeitslos bei Aufnahme. Es lassen sich drei Maßnahme- bzw. Zugangsarten unterscheiden: 32% Eilt-Heilverfahren (v. a. nach §51 SGB V), 43% „normale“ Heilverfahren und 25% Anschlussrehabilitationen. Insgesamt ist ein hoher Anteil an schmerz- und mehrfach belasteten Patienten zu verzeichnen.

An der Konzeptentwicklung und Implementierung der MBOR bezogen auf den gesamten Rehabilitationsprozess von der Vorbereitung auf die Reha bis zur Einleitung geeigneter Nachsorge war der psychologische Dienst v. a. in der Funktion einer Projektleitung wesentlich beteiligt. Die abteilungsübergreifenden Aufgaben umfassten u. a. die Abstimmung mit dem Leistungsträger über die konkreten Umsetzungsschritte, die Verankerung des Konzepts in der Klinik, die Entwicklung geeigneter Inhalte und Abläufe bzw. deren Koordination und die Steuerung, Beobachtung und Nachsteuerung der Umsetzung insgesamt.

Entsprechend des Auftrags der DRV Braunschweig-Hannover, dass alle Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen während der Rehabilitation geeignete erwerbsbezogene Therapien erhalten, wird in der Klinik mit großen Fallzahlen und



heterogenen beruflichen Problemlagen innerhalb der MBOR gearbeitet. Von einer genauer zu untersuchenden beruflichen Problemlage (BBPL) wird ausgegangen, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- hohe oder sehr hohe Wahrscheinlichkeit für BBPL im Würzburger Screening
- Arbeitsunfähigkeitszeiten über 3 Monate vor Reha
- vorläufige ärztliche Einschätzung des Leistungsvermögens für die letzte Tätigkeit unter 6 Std.
- hohe bis sehr hohe berufliche Belastung im Würzburger Screening ( $\geq 12$  Punkte)
- Arbeitslosigkeit (vor allem aus gesundheitlichen Gründen)

Dies ist bei über 40% der – nicht weiter vorselektierten – Rehabilitanden der Fall, so dass hier eine weitere Abklärung und berufsbezogene Exploration erfolgt. Je nach individueller Problem- und Motivationslage werden dann erwerbsbezogene Therapieschwerpunkte innerhalb eines multimodalen erwerbsbezogenen Therapiespektrums ausgewählt, von denen zwei näher betrachtet werden sollen.

### **Berufliche Zukunft und Gesundheitstraining - Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA)**

Aus der Perspektive der Umsetzung psychologischer erwerbsbezogener Konzepte im klinischen Alltag werden die Programme Berufliche Zukunft (Dorn et al., 2011, Bönisch & Dorn, in Vorb.) und Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz in der Fassung von 2008 (Beutel, M.E. et al., 2008) vorgestellt. Beide Schulungen sind fester Bestandteil in der Routineversorgung der Klinik. Die Durchführung erfolgt in geschlossenen Gruppen mit max. 12 Teilnehmern. Beide Programme sind evaluiert (Bönisch et al., 2010, 2012; Hillert et al., 2007, 2008).

Das Seminar Berufliche Zukunft umfasst fünf Module von je 60-90 Minuten Dauer und eine sozialmedizinische Visite. Zielgruppe sind Rehabilitanden mit sozialmedizinisch relevanter beruflicher Problemlage, d. h. Selbst- und Fremdeinschätzung über das verbliebene Leistungsvermögen weichen in der Regel voneinander ab. Die Rehabilitanden orientieren sich aus dem Erwerbsleben heraus, planen einen Rentenantrag oder haben bereits einen gestellt. Ein Arbeitsplatz ist zum Teil nicht mehr vorhanden. Das Behandlungsprogramm bietet den Teilnehmenden eine Orientierungshilfe in der sozialmedizinischen Problemlage. Dabei trägt es zum einen dem Informationsdefizit und -bedürfnis hinsichtlich sozialrechtlicher Grundlagen und Unterstützungsmöglichkeiten zur beruflichen Veränderung Rechnung. Zum anderen können wesentliche Bedürfnisse der Zielgruppe aufgegriffen und mit der belastenden Situation therapeutisch sinnvoll umgegangen werden. Die Inhalte umfassen die Vermittlung sozialmedizinischen Wissens, die Bearbeitung von Fallbeispielen in einer Gutachterrolle sowie die Förderung der Auseinandersetzung mit dem individuellen Leistungsbild. Angestrebt wird, mittels Information und eines psychoedukativen Zugangs verbliebene Potentiale in Richtung Integration in das Erwerbsleben zu aktivieren und die Auseinandersetzung mit der sozialmedizinischen Thematik zu unterstützen.

Das Seminar Gesundheitstraining am Arbeitsplatz (GSA) umfasst fünf Module von je 90 Minuten Dauer. Zielgruppe sind Rehabilitanden, die eine hohe berufliche Stressbelastung aufweisen, im Grunde aber an ihrem Arbeitsplatz bleiben können und möchten. Rehabilitanden sind daran interessiert, zu lernen besser mit Stress umzugehen, häufiger „nein“ zu sagen und sich selbst Grenzen zu setzen. Sie wünschen sich mehr Gelassenheit, Distanzierungsfähigkeit und Selbstbewusstsein. Im Rahmen des Seminars setzen sie sich mit berufsbezogenen Belastungen und Konflikten sowie positiven Aspekten von Arbeit auseinander, sie erhalten Informationen zur Stressreaktion und dem Umgang mit akuter und chronischer Stressbelastung. Stressbewältigungsstrategien in einem belastenden Arbeitskontext werden erarbeitet und exemplarisch vertieft. In einem Modul wird ein selbstsicherer Umgang mit Konflikten im Zusammenhang mit chronischer Krankheit und Behinderung gegenüber Kollegen und Vorgesetzten thematisiert. Im Abschlussmodul werden die Erfahrungen bilanziert und eine konkrete Handlungsplanung hinsichtlich der Umsetzung von Anregungen zum Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten in den Alltag erörtert.

Berichtet werden exemplarische Arbeitsergebnisse aus den Seminaren sowie Rückmeldungen von Rehabilitanden und Therapeuten. Diskutiert werden ggf. Zuweisungskriterien, Modifikationen (z. B. Lindenmeyer & Beisel, 2011; Kaluza, 2011), aber auch Auswirkungen auf den Arbeitsalltag im psychologischen Dienst.

## **Literatur**

Beutel, M. E., Zwerenz, R., Hillert, A., Koch, S. Knickenberg, R. J. & Schattenburg, L. (2008). Gesundheitstraining - Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA) – Ein indikationsübergreifendes Schulungsmodul zur beruflichen Integration in der medizinischen Rehabilitation. Manual. Online verfügbar im Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Bönisch, A., Dorn, M., Ehlebracht-König, I. (2010). "Berufliche Zukunft" – ein Behandlungsprogramm für Patienten mit beruflicher Problemlage: Ergebnisse der 6-Monatskatamnese. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Tagungsband "Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung". 19. Rehawissenschaftliches Kolloquium. 8. bis 10. März in Leipzig. DRV-Schriften, 88, 263-264.

Bönisch, A., Dorn, M., Ehlebracht-König, I. (2012). "Berufliche Zukunft" – Kurzzeiteffekte eines Behandlungsprogramms bei sozialmedizinisch relevanter Problemlage im Verlauf einer medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51, 39-51.

Bönisch, A., Dorn, M. (in Vorbereitung). Berufliche Zukunft. Behandlungsprogramm bei sozialmedizinisch relevanter beruflicher Problemlage. Manual.

Dorn, M., Bönisch, A., Ehlebracht-König, I. (2011). "Berufliche Zukunft" – Konzept und Akzeptanz eines Behandlungsprogramms bei sozialmedizinisch relevanter beruflicher Problemlage. *Die Rehabilitation*, 50, 44-56.

- Gutenbrunner, C., Schwarze, M., Ehlebracht-König, I., Kobelt, A., Rodewald, J., Jabben, J., Miede, J. (2013). Strategisches Konzept für ein berufliches Reintegrationsmanagement in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. In: Gemeinsames Papier der Medizinischen Hochschule Hannover und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 3. Auflage. Hannover.
- Hillert, A., Koch, S., Beutel, M. E., Holme, M., Knickenberg, R., Middeldorf, S., Wendt, T., Milse, M., Scharl, W., Zwerenz, R. & Schröder, K. (2007). Berufliche Belastungen und Indikationsstellung für ein berufsbezogenes Schulungsmodul in der medizinischen Rehabilitation: Bericht einer multizentrischen Evaluationsstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 77, 147-154.
- Hillert, A., Koch, S., Luckmann, J., Zwerenz, R. & Beutel, M. E. (2008). Entwicklung und Evaluation eines indikationsübergreifenden Schulungsmoduls zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation mit niederschwelligem Zugang. Abschlussbericht. Online verfügbar im Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung Bund.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, z. B. S. 187, 198.
- Lindenmeyer, J., Beisel, S. (2011). *Stress am Arbeitsplatz*. In: Lindenmeyer, J. (Hrsg). *Therapie-Tools. Offene Gruppen 2*. Beltz, Weinheim Basel, 247-271.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Wolf, H., Vogel, H., Neuderth, S. (2012). *Praxishandbuch arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation* (3. Auflage). Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

## ***Leitfragen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe - Arbeits- und berufsbezogene Konzepte-***

### **Moderation**

Elisabeth Röckelein, Dr. Marco Streibelt

### **Expertinnen**

Dr. Silke Neuderth, Monika Dorn

1. Welche Anforderungen stellen arbeitsbezogene Konzepte an Psychologen in der medizinischen Rehabilitation?
2. Welche therapeutischen, diagnostischen und organisatorischen Aufgaben ergeben sich daraus?
3. Ändert sich der Arbeitsalltag durch die Einführung arbeitsbezogener Konzepte in der Psychologie?
4. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um arbeitsbezogene Konzepte in der Psychologie durchführen zu können? (Organisationsstruktur, Fortbildung, Stellenschlüssel, Zusammenarbeit im Team...)
5. Welche Rolle spielen hierbei das Reha-Team und die Klinikorganisation?

## Diskussionsergebnisse

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe nutzten die Zeit, um viele aktuelle Fragen rund um das Thema MBOR zu diskutieren. Fast alle Teilnehmer gaben an, dass sie sich derzeit im klinischen Alltag mit den Inhalten und der Umsetzung der MBOR auseinandersetzen. Fragen wie „Wo kommen die Patienten plötzlich her?“ und „Versucht die Reha ein gesellschaftliches Problem zu lösen?“ spielten dabei auch eine Rolle.

Bei der Frage, ob die Screeninginstrumente funktionieren (i. S. werden die vorhergesagten Bedarfe angetroffen) meldeten die Teilnehmer die Erfahrung zurück, dass der SIMBO-Fragebogen für Patientengruppen mit einem hohen AHB-Anteil wenig geeignet ist. Es wurde deutlich gemacht, dass das Screening ein erster Schritt bei der Identifizierung der MBOR-Rehabilitanden ist und eine berufsbezogene Diagnostik folgen muss. Zur Vorbereitung auf die Reha wird empfohlen, dass die Patienten über die Berufsorientierung in der Therapie vorher informiert werden. Die Teilnehmer bemängeln, dass die Screeningformulare der DRV Bund nicht in den Kliniken ankommen. Hier wünscht man Verbesserung, so dass wichtige Informationen für die Therapieplanung der Rehabilitanden genutzt werden können. Des Weiteren wurden indikationsspezifische Themen aus den Bereichen Onkologie und Neurologie erörtert.

In einem weiteren Diskussionspunkt setzten sich die Teilnehmer mit Fragen zur Konzeptvielfalt und Organisation der MBOR-Angebote auseinander. Es wurde diskutiert, welche Art von Angeboten, z. B. Kurs- oder Klassensystem, Einzel- oder Gruppenaktivitäten, homogene oder heterogene Gruppen, sinnvoll sind. Die Erfahrung zeigte, dass je stärker geplant und gepoolt wird, desto notwendiger sind Vorabscreening und Vorabzuweisung. Empfohlen wird eine frühzeitige Thematisierung der Leistungsfähigkeit.

Man war sich einig, dass MBOR den klinischen Arbeitsalltag ändert und die MBOR-Idee konkretisiert werden muss. Zum Beispiel wird die Entwicklung eines speziellen Konzepts für arbeitslose Rehabilitanden befürwortet. Leider gebe es zurzeit zu wenig evaluierte Konzepte und Manuale.

Durch die MBOR erhöhen sich die Anforderungen an die Therapeuten und es verändern sich teilweise die Beziehungen und die Hierarchie im Team, z. B. durch besseres gegenseitiges Kennenlernen oder eine geringere Arztzentrierung. Dies kann nur funktionieren, wenn die Klinikleitung unterstützt. Die Erfahrungen zeigen, dass vor allem „Miteinander Sprechen“ und gegenseitige gleichberechtigte Rückmeldungen wichtig sind. In einem gut funktionierenden Team tragen alle Berufsgruppen zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bei. Ärzte erhalten von den Teams mehr Informationen und Sachargumente zur Unterstützung ihrer Gutachterfunktion. Dabei können Psychologen stärker in die MBOR-Diagnostik einbezogen werden und andere Berufsgruppen wie die Sozialarbeiter gestärkt werden. Deutlich wurde auch, dass (mehr) Stressbewältigung auch (mehr) Psychologie braucht.

Die Umsetzung der MBOR stellt hohe Anforderungen an die Reha (mehr Diagnostik, Teamzeit, höhere Verweildauer) und hohe Kosten (zum Beispiel Investitionskosten für bauliche Veränderungen, Schulung, EFL). MBOR braucht Zeit, aber eine intensive berufsorientierte Diagnostik dürfe nicht zu Verzögerungen des MBOR-Beginns führen. Die Investitionskosten sind abhängig vom Gesamtstatus des Hauses und von den vorhandenen Substitutionsmöglichkeiten. EFL kann auch als verkürzte Version eingesetzt werden.

Es wird sich mehr Unterstützung beim Thema Nachsorge gewünscht. Derzeitig ist es nur möglich, den Nachsorgebedarf der Rehabilitanden genau zu beschreiben. Aber Nachsorge funktioniert nur, wenn sie im MBOR-Konzept verankert ist und von Reha-Beginn an „mitgedacht“ wird. Des Weiteren wird bezüglich der Dokumentation der erbrachten Leistungen kritisch angemerkt, dass die KTL keine Zeiten für Diagnostik enthält.

## 8. Informationen zu den Referenten, Experten und Moderatoren

### *Kurzangaben*

#### **Moderation Plenum**

**Dr. Susanne Weinbrenner**, Leitende Ärztin der DRV Bund und Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation

**Dr. Marion Kalwa**, Ärztin und Hauptdezernentin, Leitung Dez 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund

#### **Referenten**

**Dr. Ulrike Worringen**, leitende Psychologin der DRV, Abteilung Rehabilitation, Dez 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen und Psychologische Psychotherapeutin, stellt zu allen fünf Tagungsthemen zentrale Aspekte aus der Perspektive der DRV Bund dar.

**Dieter Schmucker**, leitender Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut in den Städtischen Rehakliniken Bad Waldsee, wird vor dem Hintergrund seiner langjährigen leitenden Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation und in der Berufspolitik zum Thema psychologische Berufsgruppen, Organisation und Aufgaben des psychologischen Teams sprechen.

**Dr. Claus Derra**, ehemaliger ärztlicher Direktor des Reha-Zentrum Bad Mergentheim (mit gastroenterologischen und psychosomatischer Abteilung) und Diplom-Psychologe, wird aus seiner Perspektive den psychologischen Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zur Diskussion stellen.

**Prof. Dr. Oskar Mittag** (Diplom-Psychologe) vom Universitätsklinikum Freiburg, wird Empfehlungen für psychologische Interventionen in den Indikationen Chronischer Rückenschmerz und Koronare Herzerkrankung vorstellen. Die Praxisempfehlungen wurden von ihm und Frau Reese gemeinsam mit einer großen ExpertInnengruppe auf der Grundlage von Forschungsergebnissen und Praxisbefragungen entwickelt und von der DRV Bund als Empfehlung herausgegeben.

**Britta Mai**, Psychologische Psychotherapeutin im Reha-Zentrum Bad Nauheim und Expertin im Forschungsprojekt von Prof. Mittag wird vor dem Hintergrund ihrer klinischen und berufspolitischen Erfahrungen im Arbeitskreis Klinische Psychologie über Fragen der Umsetzung der Praxisempfehlungen sprechen.

**Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel**, Psychologischer Psychotherapeut und Arzt, von der Universität Freiburg Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie wird zum Thema psychische Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation aus wissenschaftlicher Perspektive referieren. Prof. Bengel hat maßgeblich an der Entwicklung des Leitfadens zur Erfassung und Behandlung psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation mitgewirkt. Der Leitfaden wird von der DRV Bund herausgegeben.

**Monika Konitzer**, Psychologische Psychotherapeutin und Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, mit langjähriger eigener klinischer Erfahrung in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, spricht zum Thema psychische Komorbidität aus Perspektive des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

**PD Dr. Dieter Benninghoven**, leitender Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut in der Mühlenbergklinik in Bad Malente-Gremsmühlen (DRV Nord), wird über klinische Möglichkeiten der Erfassung und Behandlung psychischer Komorbidität sprechen.

**Dr. Silke Neuderth**, Diplom-Psychologin, von der Universität Würzburg, Projektleiterin im Modellprojekt „MBOR-Management“ und Mitautorin des Praxishandbuches MBOR, wird einen Überblick über psychologische Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation geben.

**Monika Dorn**, leitende Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin im Reha-Zentrum Bad Eilsen (DRV Braunschweig Hannover), wird über psychologische Aufgaben in der Praxis der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation berichten.

## **Experten der Arbeitsgruppen**

**Christina Reese**, Diplom Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, hat maßgeblich an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitgearbeitet.

**Dr. Tina Wessels**, Diplom - Psychologin, ist wissenschaftliche Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer.

**Fredi Lang** ist Fachreferent beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

**Dr. Timo Harfst**, Diplom Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, ist wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer.

## **Moderatoren der Arbeitsgruppen**

### **Arbeitsgruppe 1**

**Antje Hoppe**, Diplom-Psychologin im Dez 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund

**Daniela Sewöster**, Diplom-Psychologin, Referentin im Bereich Reha-Wissenschaften der DRV Bund

### **Arbeitsgruppe 2**

**Klaus Heft-Wippermann**, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut im Reha-Zentrum Utersum auf Föhr der DRV Bund



**Dr. Ulrike Worrigen**, Psychologische Psychotherapeutin, leitende Psychologin der DRV, Abteilung Rehabilitation, Dez 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen

### **Arbeitsgruppe 3**

**Dr. Dieter Küch**, Psychologischer Psychotherapeut, MPH, Leitender Psychologe in der Klinik Paracelsus in Gandersheim

**Dr. Hans-Günter Haaf**, Diplom-Psychologe, Referatsleiter im Bereich Reha-Wissenschaften der DRV Bund

### **Arbeitsgruppe 4**

**Martin Kleinhans**, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut im Reha-Zentrum Schömberg der DRV Bund

**Dr. Marion Kalwa**, Ärztin und Hauptdezernentin, Leitung des Dez 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund

### **Arbeitsgruppe 5:**

**Elisabeth Röckelein**, Verwaltungswissenschaftlerin, Referentin im Bereich Reha-Wissenschaften der DRV Bund

**Dr. Marco Streibelt**, Sozialwissenschaftler, Hauptdezernent in Dez 8013, Koordination und Weiterentwicklung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund

## Kontaktdaten

- Bengel**, Jürgen, Prof. Dr. Dr., Institut für Psychologie, Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Universität Freiburg, 79085 Freiburg, Engelbergerstr. 41, Tel.: 0761-2032122, Mail: [Juergen.bengel@psychologie.uni-freiburg.de](mailto:Juergen.bengel@psychologie.uni-freiburg.de)
- Benninghoven**, Dieter, PD Dr., Mühlenbergklinik, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen Frahmsallee 1-7, Tel.: 04523-9937014, Mail: [Dieter.Benninghoven@drv-nord.de](mailto:Dieter.Benninghoven@drv-nord.de)
- Derra**, Claus, Dr., ehemals Reha-Zentrum Bad Mergentheim, Klinik Taubertal, Mail: [derra@gmx.de](mailto:derra@gmx.de)
- Dorn**, Monika, Reha-Zentrum Bad Eilsen der DRV Braunschweig-Hannover, 31707 Bad Eilsen, Brunnenpromenade 2, Tel.: 05722-8873002, Mail: [monika.dorn@rehazentrum-bad-eilsen.de](mailto:monika.dorn@rehazentrum-bad-eilsen.de)
- Haaf**, Günther, Dr., DRV Bund, 10704 Berlin, Ruhrstr. 2, Tel.: 030-86539333, Mail: [dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de](mailto:dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de)
- Harfst**, Timo, Dr., Bundespsychotherapeutenkammer, 10179 Berlin, Klosterstr. 64, Tel.: 030-27878514, Mail: [harfst@bptk.de](mailto:harfst@bptk.de)
- Heft-Wippermann**, Klaus, Rehabilitationszentrum Utersum auf Föhr, 25938 Utersum auf Föhr, Uaster Jügem 1, Tel.: 04683-6179, Mail: [klaus.heft-wippermann@drv-bund.de](mailto:klaus.heft-wippermann@drv-bund.de)
- Hoppe**, Antje, DRV Bund, 10713 Berlin, Hohenzollerndamm 47, Tel.: 030-86582084, Mail: [antje.hoppe@drv-bund.de](mailto:antje.hoppe@drv-bund.de)
- Kalwa**, Marion, Dr., DRV Bund, 10713 Berlin, Hohenzollerndamm 47, Tel.: 030-86582090, Mail: [dr.marion.kalwa@drv-bund.de](mailto:dr.marion.kalwa@drv-bund.de)
- Kleinhans**, Martin, Reha-Zentrum Schömberg, Klinik Schwarzwald, 75328 Schömberg, Römerweg 50, Tel.: 07084-930688, Mail: [martin.kleinhans@drv-bund.de](mailto:martin.kleinhans@drv-bund.de)
- Konitzer**, Monika, Bundespsychotherapeutenkammer, Klosterstr. 64, 10179 Berlin, Mail: [m.konitzer@ptk-nrw.de](mailto:m.konitzer@ptk-nrw.de)
- Küch**, Dieter, Dr., Paracelsus-Klinik an der Gande, 37581 Bad Gandersheim, Dr.-Heinrich-Jasper-Straße 2a, Tel.: 05382-917355, Mail: [dieter.kuech@paracelsus-kliniken.de](mailto:dieter.kuech@paracelsus-kliniken.de)
- Lang**, Fredi, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., Bundesgeschäftsstelle, 10179 Berlin, Am Köllnischen Park 2, Tel.: 030-209166630, Mail: [f.lang@bdp-verband.de](mailto:f.lang@bdp-verband.de)
- Mai**, Britta, Reha-Zentrum Bad Nauheim, 61231 Bad Nauheim, Zanderstr. 30, Tel.: 06032-302157, Mail: [britta.mai@drv-bund.de](mailto:britta.mai@drv-bund.de)
- Mittag**, Oskar, Prof., Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg, Engelbergerstr. 21, Tel.: 0761-27073540, Mail: [oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de](mailto:oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de)

**Neuderth**, Silke, Dr., Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg, Klinikstraße 3, Tel.: 0931-3182076, Mail: [s.neuderth@uni-wuerzburg.de](mailto:s.neuderth@uni-wuerzburg.de)

**Reese**, Christina, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg, Engelbergerstr. 21, Tel.: 0761 270-18510, Mail: [christina.reese@uniklinik-freiburg.de](mailto:christina.reese@uniklinik-freiburg.de)

**Röckelein**, Elisabeth, DRV Bund, 10704 Berlin, Ruhrstr. 2, Tel.: 030-86539348, Mail: [elisabeth.roeckelein@drv-bund.de](mailto:elisabeth.roeckelein@drv-bund.de)

**Schmucker**, Dieter, Städtische Rehakliniken Bad Waldsee, 88339 Bad Waldsee, Badstr. 18, Tel.: 07524-941270, Mail: [d.schmucker@waldsee-therme.de](mailto:d.schmucker@waldsee-therme.de)

**Sewöster**, Daniela, DRV Bund, 10704 Berlin, Ruhrstr. 2, Tel.: 030-86539329, Mail: [daniela.sewoester@drv-bund.de](mailto:daniela.sewoester@drv-bund.de)

**Streibelt**, Marco, Dr., DRV Bund, 10713 Berlin, Hohenzollerndamm 47, Tel.: 030-86581591, Mail: [dr.marco.streibelt@drv-bund.de](mailto:dr.marco.streibelt@drv-bund.de)

**Weinbrenner**, Susanne, Dr. med., DRV-Bund, GB 0400, 10704 Berlin, Ruhrstr. 2, Tel.: 030-86532226, Mail: [susanne.weinbrenner@drv-bund.de](mailto:susanne.weinbrenner@drv-bund.de)

**Wessels**, Tina, Dr., Bundespsychotherapeutenkammer, 10179 Berlin, Klosterstr. 64, Tel.: 030-27878516, Mail: [wessels@bptk.de](mailto:wessels@bptk.de)

**Worringen**, Ulrike, Dr., DRV Bund, 10713 Berlin, Hohenzollerndamm 47, Tel.: 030-86582087, Mail: [dr.ulrike.worringen@drv-bund.de](mailto:dr.ulrike.worringen@drv-bund.de)