

BPtK-Studie

**Versorgung psychisch kranker
Menschen in der medizinischen
Rehabilitation**

Ergebnisse einer Befragung der in
medizinischen Rehabilitations-
einrichtungen angestellten
Psychotherapeuten

2014

Inhaltsverzeichnis

Teil I – Medizinische Rehabilitation	4
Psychische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation.....	4
Anzahl der Einrichtungen und Betten gestiegen	4
Mehr Leistungen aufgrund psychischer Erkrankungen	8
Ambulante und stationäre Leistungen.....	9
Teil II – Psychotherapeuten in Rehabilitationseinrichtungen.....	11
Fast 5.000 Psychotherapeuten und Psychologen	11
In allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation tätig	12
Führungs- und Leitungsaufgaben der Psychotherapeuten.....	16
Versorgungsleistungen der Psychotherapeuten.....	18
Psychotherapeuten tragen Behandlungsverantwortung.....	19
Qualifikation wird in den Arbeitsverträgen und formalen Positionen nicht berücksichtigt	21
Einkommen entspricht nicht den Aufgaben und Funktionen	22
Psychotherapeuten sind mit ihrer Arbeit zufrieden.....	25
Teil III – Qualität der psychotherapeutischen Versorgung in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen.....	28
Psychotherapeutische Versorgung in der Rehabilitation – Diagnose: Unipolare Depression	29
Psychotherapeutische Versorgung in der Rehabilitation – Diagnose: Somatoforme Störung	32
Fazit	34
Teil IV: Handlungsbedarf.....	35
Adäquate Rahmenbedingungen für Psychotherapeuten.....	35

Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation.....	38
Schnittstelle zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung	40
Verlässliche ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung	41
Methoden	42
Literatur	44

Teil I – Medizinische Rehabilitation

Psychische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation findet vorwiegend in stationären Einrichtungen oder Fachabteilungen statt. Dabei unterscheiden sich diese nach ihren medizinischen Schwerpunkten, zum Beispiel Muskel-Skeletterkrankungen oder onkologische Erkrankungen. Eine Besonderheit in Deutschland ist die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. Diese erfolgt in Rehabilitationseinrichtungen oder Fachabteilungen mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie¹ oder in sogenannten psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen/Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie – wobei der Begriff „psychosomatisch“ historisch zu erklären ist. In den vergangenen Jahren wird zutreffender von Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen gesprochen. Dabei haben psychotherapeutische Interventionen im Rahmen eines multimodalen Rehabilitationskonzepts einen besonderen Stellenwert. In den Einrichtungen/Fachabteilungen mit dem Schwerpunkt „Psychiatrie und Psychotherapie“ werden überwiegend Suchterkrankungen behandelt. Im Jahr 2013 hatten 150 von 223 dieser Einrichtungen/Fachabteilungen den Schwerpunkt Sucht².

Anzahl der Einrichtungen und Betten gestiegen

Die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist zwischen 2004³ und 2013 ausgebaut worden. Die Anzahl der Einrichtungen/Fachabteilungen für Psychosomatik stieg von 142 auf 171. Die Anzahl der Betten nahm von knapp 13.400 auf rund 17.000 Betten zu (Abbildungen 1 und 2).

¹Das Statistische Bundesamt ordnet den Behandlungsschwerpunkt der Rehabilitationseinrichtungen nach der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes zu. Ausnahmen sind Einrichtungen für Geriatrie und Sucht. Einrichtungen, die dem Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ zugeordnet werden, sind überwiegend Suchteinrichtungen. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) verwendet für die Zuordnung der Rehabilitationseinrichtungen zu einem Behandlungsschwerpunkt eine andere Systematik. Hierdurch lassen sich Unterschiede in den Angaben zur Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen für eine bestimmte Indikation im Vergleich zu Angaben der DRV erklären.

²<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen.html>.

³Daten von vor 2004 liegen über das Statistische Bundesamt nicht online vor.

Im Bereich Sucht nahm die Zahl der Einrichtungen/Fachabteilungen von 82 im Jahr 2007⁴ auf 150 Einrichtungen 2013 zu, die Zahl der Betten von 4.924 Betten auf rund 9.400 Betten. Hinzu kommen die Einrichtungen/Fachabteilungen mit dem Schwerpunkt „Psychiatrie und Psychotherapie“, im Jahr 2013 waren dies 73 Einrichtungen/Fachabteilungen (ohne Sucht) und rund 5.400 Betten. Dagegen blieb die Anzahl der Einrichtungen/Fachabteilungen in den somatischen Indikationen seit 2004 nahezu gleich.

Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer in der Psychosomatik betrug im Jahr 2013 rund fünf Wochen. Seit 2004 ist sie damit um knapp fünf Tage gesunken.

Bei Suchterkrankungen betrug die durchschnittliche Rehabilitationsdauer im Jahr 2013 zwölf Wochen, bei somatischen Erkrankungen durchschnittlich drei Wochen. Im Vergleich zu 2004 sind diese fast unverändert (Abbildung 3).

Maßnahmen der Rehabilitation dienen grundsätzlich der Wiederherstellung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und sollen Menschen mit (drohender) Behinderung helfen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei wird zwischen drei Leistungsbe-
reichen unterschieden: medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft. Die berufliche Rehabilitation fördert die Eingliederung in das Erwerbsleben; die soziale Rehabilitation unterstützt bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und hat die Wiedereingliederung der Rehabilitanden in ihr soziales Umfeld zum Ziel.

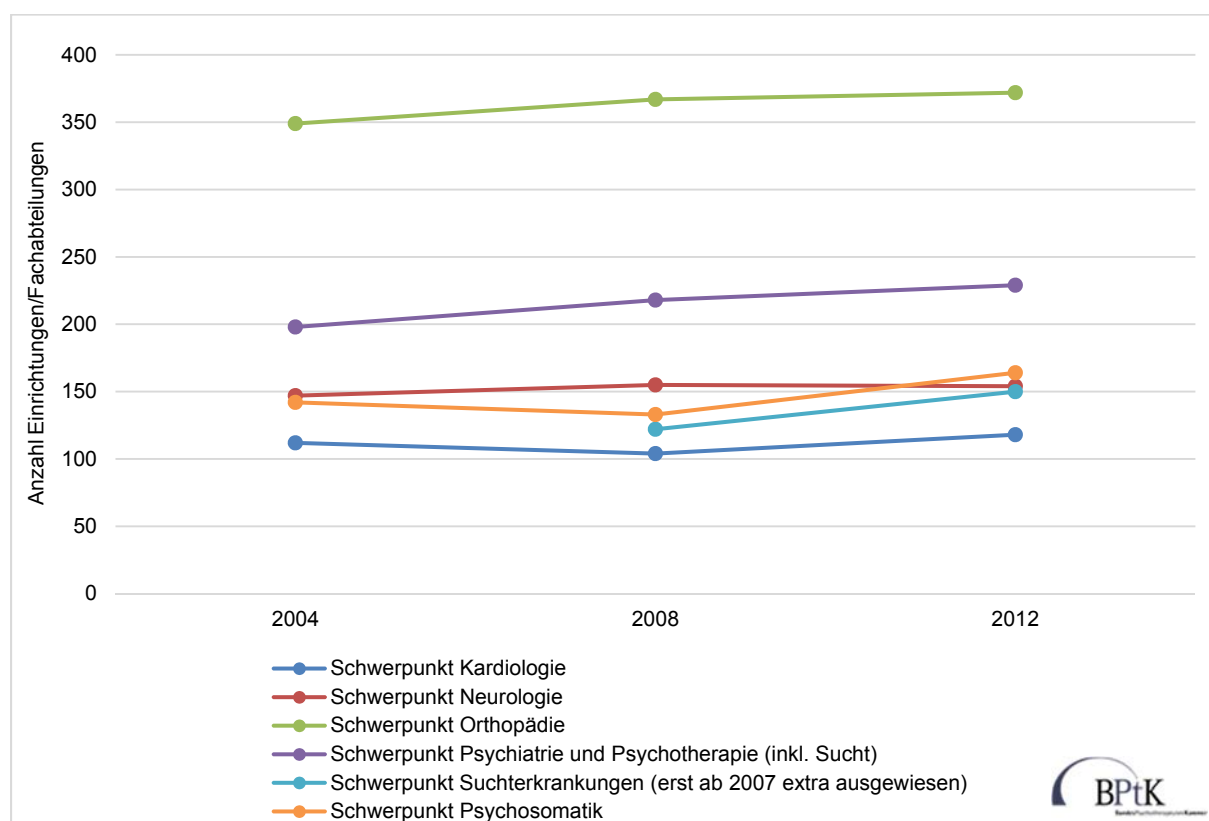
Psychotherapeuten⁵ sind – im Bereich der Rehabilitation – vorwiegend in der medizinischen Rehabilitation tätig. Dort sollen Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheit vorgebeugt, verringert oder Verschlimmerungen verhindert werden. Kostenträger von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind vor allem die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung

⁴Der Bereich Sucht wird erst seit dem Jahr 2007 extra ausgewiesen. Zuvor wurden die Suchteinrichtungen unter dem Schwerpunkt „Psychiatrie und Psychotherapie“ gefasst.

⁵Mit Psychotherapeuten sind durchgängig Psychologische Psychotherapeuten gemeint. An den Stellen, an denen auch die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten angesprochen wird, wird dies ausdrücklich erwähnt.

(GKV). Sie tragen zusammen über zwei Drittel der Ausgaben⁶. Die Rentenversicherung übernimmt in der Regel die Kosten bei Erwerbstätigen. Für Nicht-Erwerbstätige, zum Beispiel Rentner oder Hausfrauen, übernimmt die GKV die Kosten für die Rehabilitation. Bei Kindern und Jugendlichen sind sowohl die Renten- als auch die Krankenversicherung zuständige Kostenträger. Ferner werden auch bei Personen, die bereits eine Rente erhalten, onkologische Rehabilitationsleistungen von der Rentenversicherung getragen.

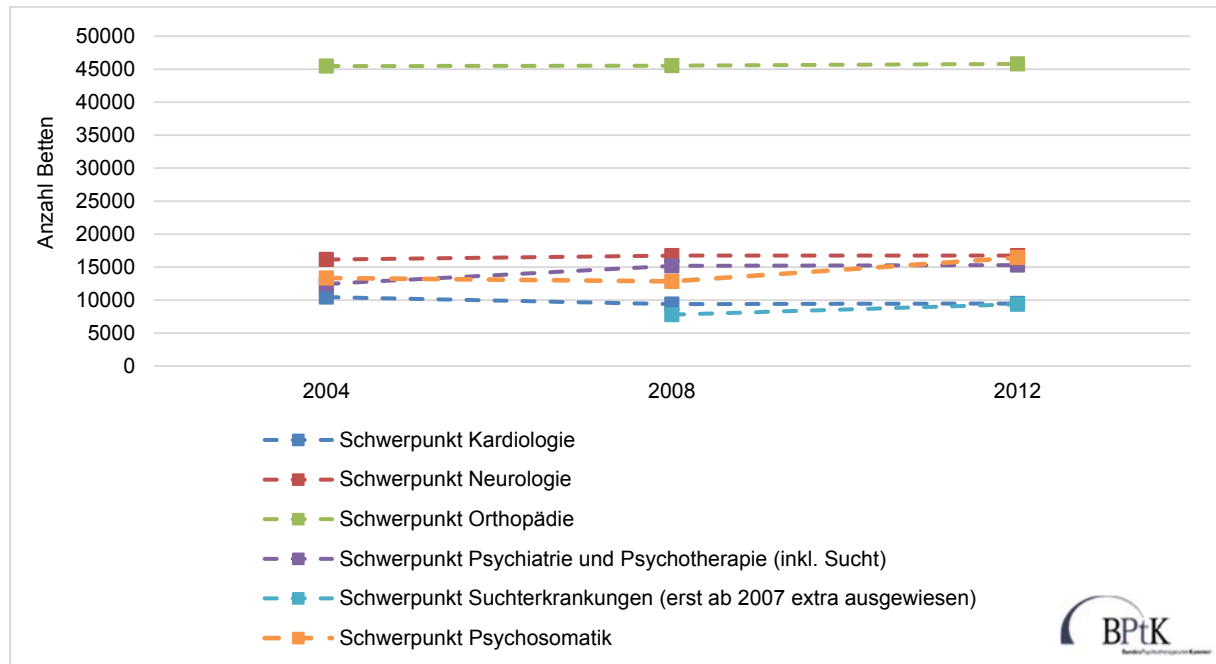
Abbildung 1: Anzahl Einrichtungen/Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation 2004 - 2013



Quelle:
Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2004 - 2013

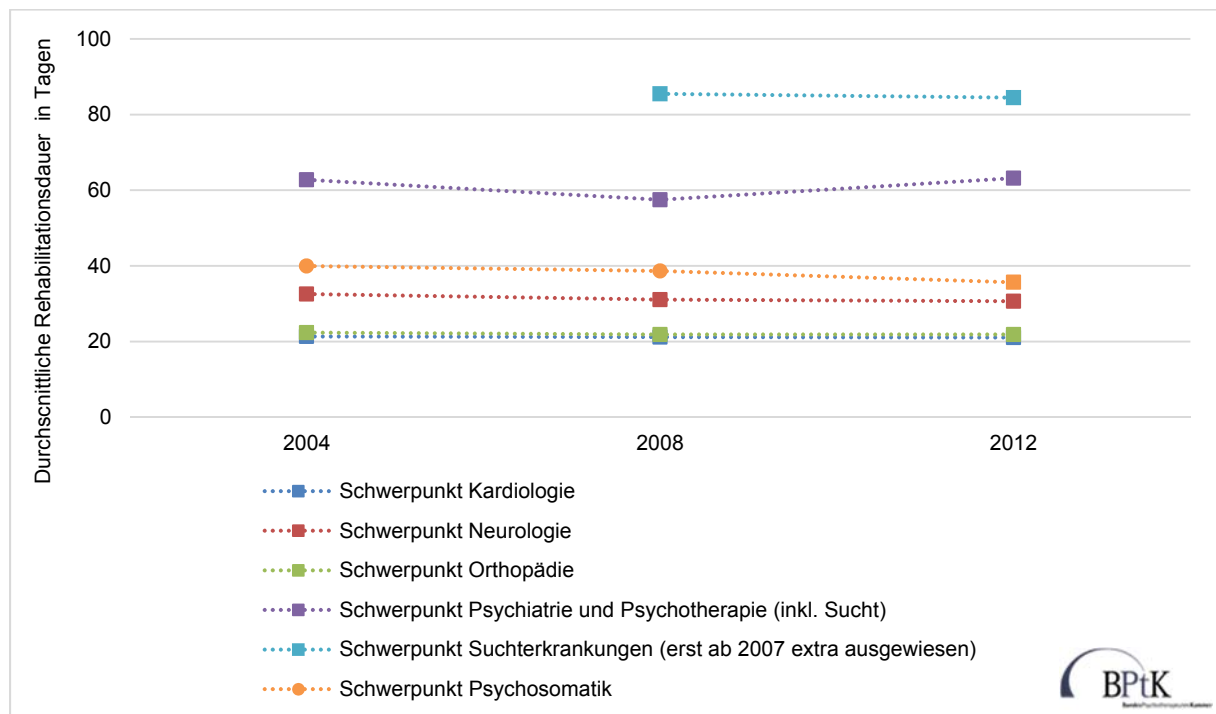
⁶<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html;jsessionid=A9298A74C290D1EC5FC6A508BB2FA0B2.cae3>

Abbildung 2: Anzahl Betten in der medizinischen Rehabilitation 2004 - 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2004 - 2013

Abbildung 3: Durchschnittliche Rehabilitationsdauer in der medizinischen Rehabilitation 2004 - 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2004 - 2013

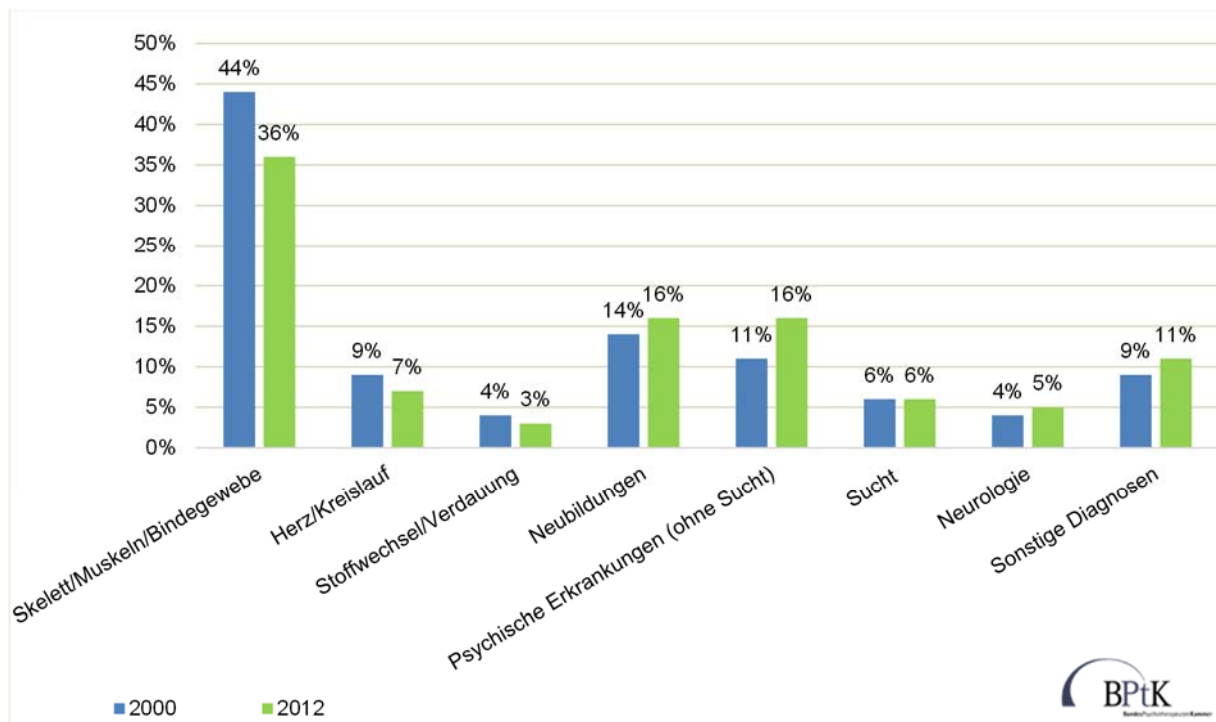
Mehr Leistungen aufgrund psychischer Erkrankungen

Insgesamt erbrachte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) über eine Million Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2012 (1). Das ist ein Zuwachs um vier Prozent im Vergleich zum Vorjahr; 2011 wurden knapp 970.000 Leistungen erbracht. Der weit überwiegende Teil der Leistungen (85 Prozent) entfällt auf stationäre Leistungen. Im Jahr 2000 waren es allerdings noch 93 Prozent. Der Anteil der ambulanten Leistungen nimmt zu.

In der medizinischen Rehabilitation wurden seit dem Jahr 2000 deutlich mehr Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen behandelt (1). Während 2000 noch 44 Prozent der medizinischen Rehabilitationsleistungen auf Behandlungen wegen Skelett-/Muskel- und Bindegewebserkrankungen entfielen, waren es 2012 nur noch 26 Prozent. Der Anteil der medizinischen Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen hingegen ist von 2000 bis 2012 um fünf Prozent auf aktuell 16 Prozent gestiegen (Abbildung 4). Psychische Erkrankungen sind inzwischen nach Muskel-Skelett-Erkrankungen der häufigste Anlass für eine medizinische Rehabilitation.

Die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen erzielt nach den Ergebnissen der DRV-Qualitätssicherung gute Resultate (2). Fast drei Viertel der Rehabilitanden geben eine Besserung ihrer Beschwerden, zum Beispiel eine Stabilisierung ihrer Stimmungslage oder mehr Vitalität, als Ergebnis der durchgeführten psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme an. Zudem sind fast 70 Prozent der Rehabilitanden wegen einer psychischen Erkrankung in den zwei Jahren nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme durchgängig erwerbsfähig gewesen. Studien berichten Rückgänge der Symptombelastung nach einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation. Nach einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme reduzierten sich zudem die Zahl der Krankenhausaufenthalte wegen einer psychischen Erkrankung sowie die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (3).

Abbildung 4: Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener 2000 und 2012 (Anteil an allen ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen)

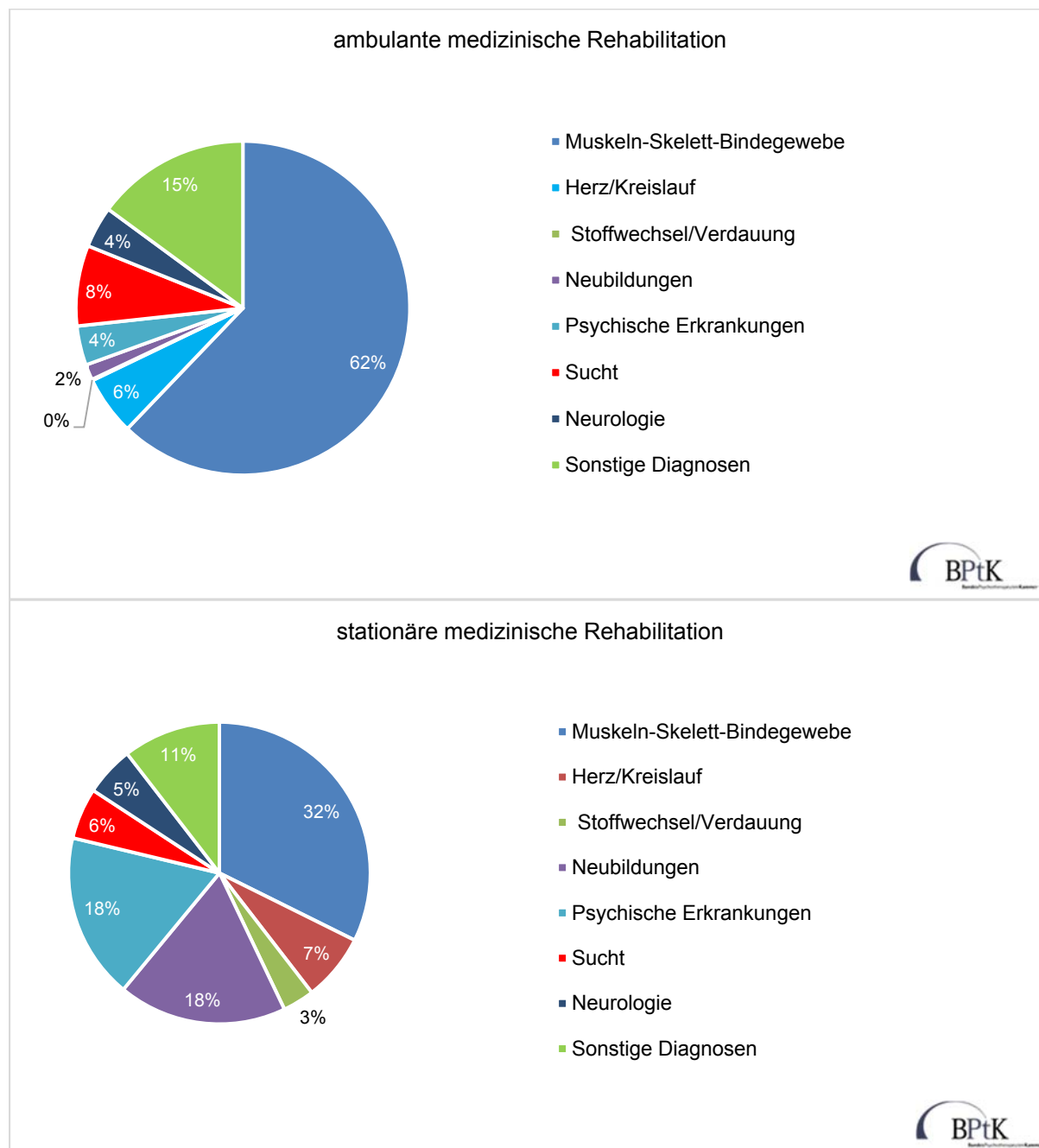


Quelle: Reha-Bericht 2013 der Deutschen Rentenversicherung

Ambulante und stationäre Leistungen

Ambulante Leistungen sind in der medizinischen Rehabilitation psychischer Erkrankungen selten. Am häufigsten finden ganztägig ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen statt. 60 Prozent aller ambulanten Leistungen werden bei diesen Erkrankungen erbracht. Ambulante Leistungen haben dagegen bei psychischen Erkrankungen nur einen Anteil von rund vier Prozent an allen ambulanten Maßnahmen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Erwachsener 2012*: Krankheitsspektrum



*Die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf den Anteil an allen ambulanten beziehungsweise stationären Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung.

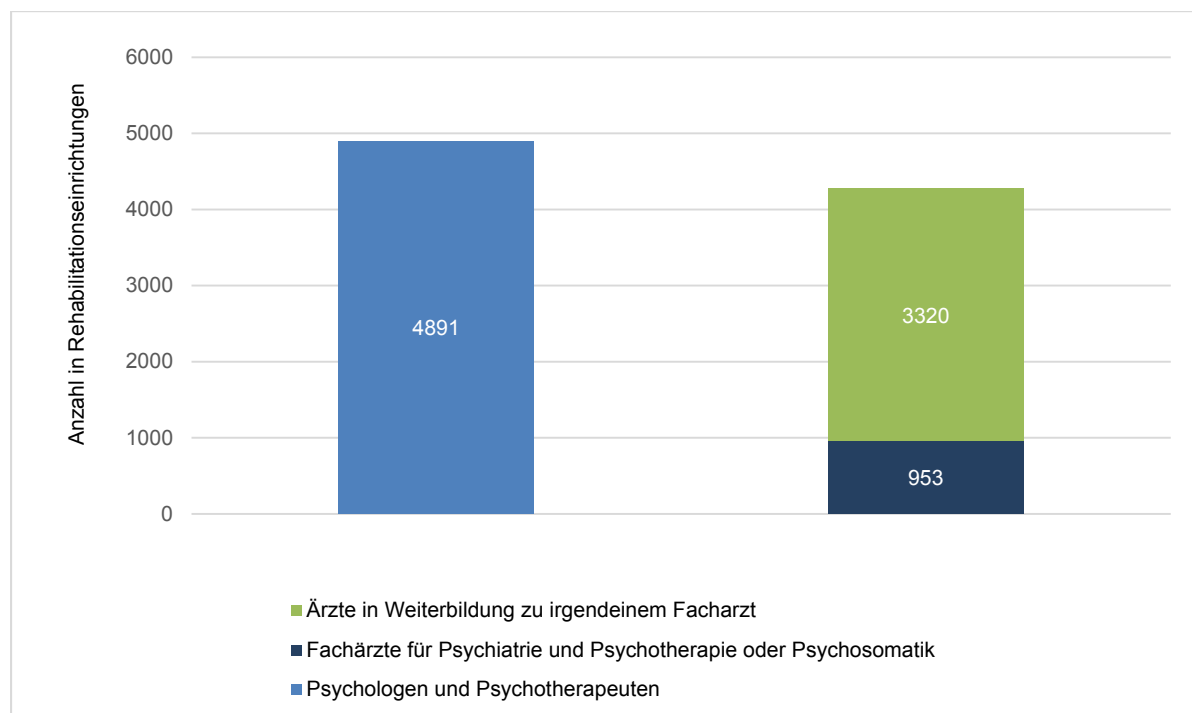
Quelle: Gutachten des Sachverständigenrats 2014 nach den Daten des Reha-Berichts 2013 der Deutschen Rentenversicherung

Teil II – Psychotherapeuten in Rehabilitationseinrichtungen

Fast 5.000 Psychotherapeuten und Psychologen

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes⁷ waren 2013 4.891 Psychotherapeuten und Psychologen⁸ in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen tätig. Im Vergleich dazu waren in demselben Jahr 953 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie sowie 3.320 Ärzte in Weiterbildung zu irgendeinem Facharzt in der medizinischen Rehabilitation beschäftigt (Abbildung 6).

Abbildung 6: In Rehabilitationseinrichtungen beschäftigte Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, 2013

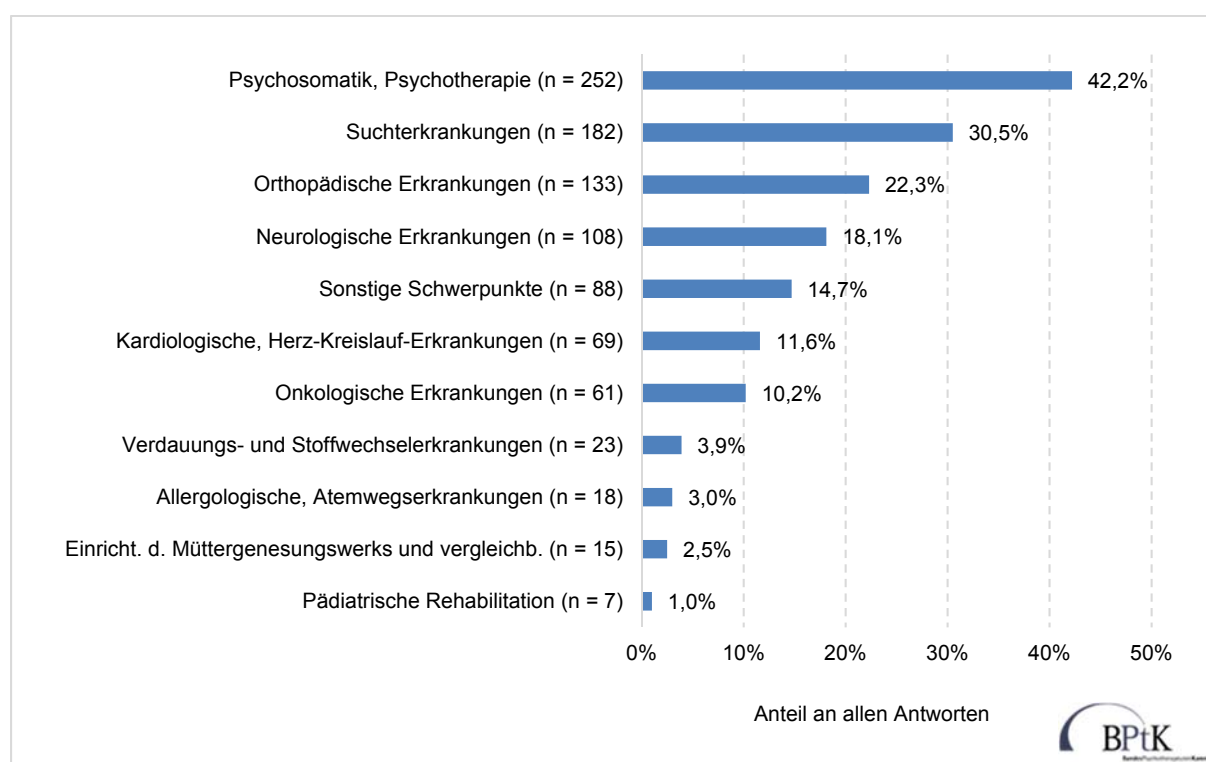
⁷<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen.html>.

⁸In den Daten des Statistischen Bundesamtes werden Psychologen und Psychotherapeuten in einer Berufsgruppe zusammengefasst. Gezählt werden Personen mit einem hauptamtlichen Beschäftigungsverhältnis in einer Rehabilitationseinrichtung. Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten während ihrer praktischen Tätigkeit sollen nach den Vorgaben des Statistischen Bundesamtes nicht mitgezählt werden.

In allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation tätig

- Die befragten Psychotherapeuten sind in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation tätig – am häufigsten in den Fachbereichen Psychosomatik/Psychotherapie (42 Prozent der Befragten⁹) und Sucht (31 Prozent der Befragten; Abbildung 7).
- Fast 40 Prozent der Befragten arbeiten in Rehabilitationseinrichtungen mit mehreren fachlichen Schwerpunkten (Abbildung 8).

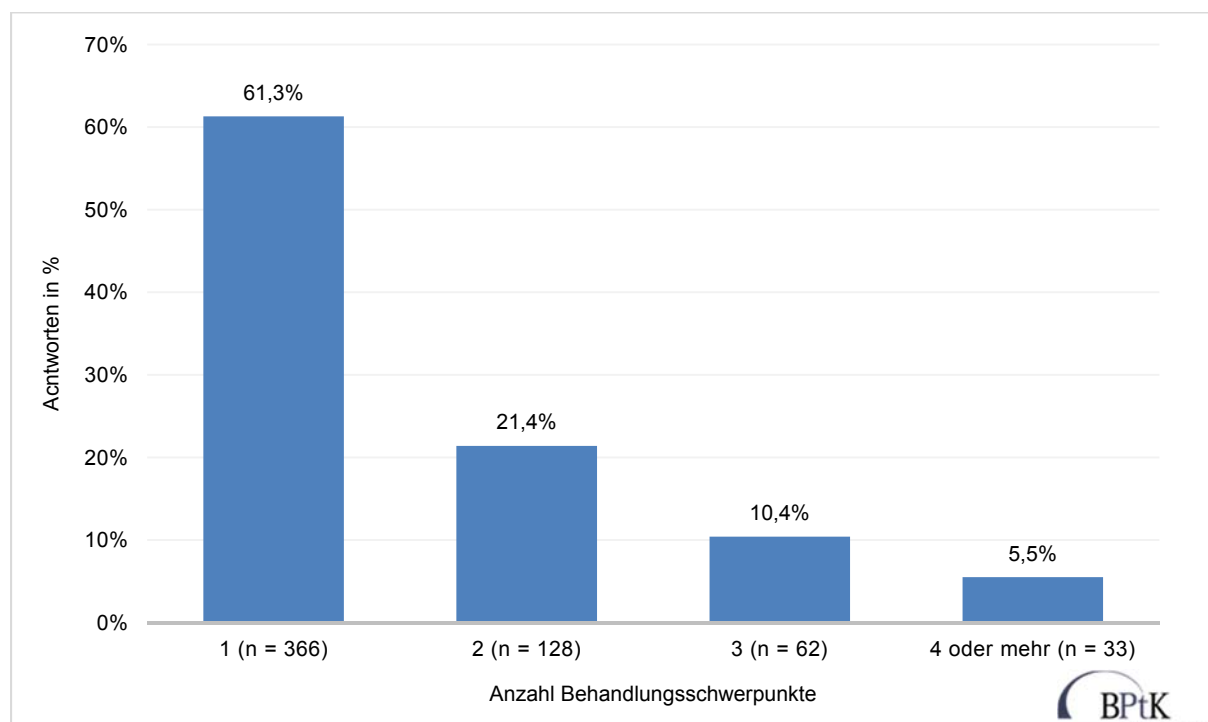
Abbildung 7: Behandlungsschwerpunkte der Rehabilitationseinrichtungen, in denen die befragten Psychotherapeuten (N = 597) tätig sind (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

⁹Die „Befragten“, bezieht sich im Weiteren immer auf die Teilnehmer an der Befragung. Im Rahmen der Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wurden insgesamt ca. 15.000 angestellte Psychotherapeuten angeschrieben. Ziel war es, differenzierte Informationen zu den Tätigkeitsfeldern und Aufgaben angestellter Psychotherapeuten zu erhalten. Die Gesamtzahl der beantworteten Fragebögen belief sich auf 4.229. Ausgewertet werden konnten die Daten von 3.874 Fragebögen. Den vertieften Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation haben insgesamt 597 Psychotherapeuten beantwortet. Diese Daten sind die Grundlage für die folgenden Auswertungen und Ergebnisse (siehe auch Methoden).

Abbildung 8: Anzahl der Behandlungsschwerpunkte der Rehabilitationseinrichtung, in der die befragten Psychotherapeuten arbeiten

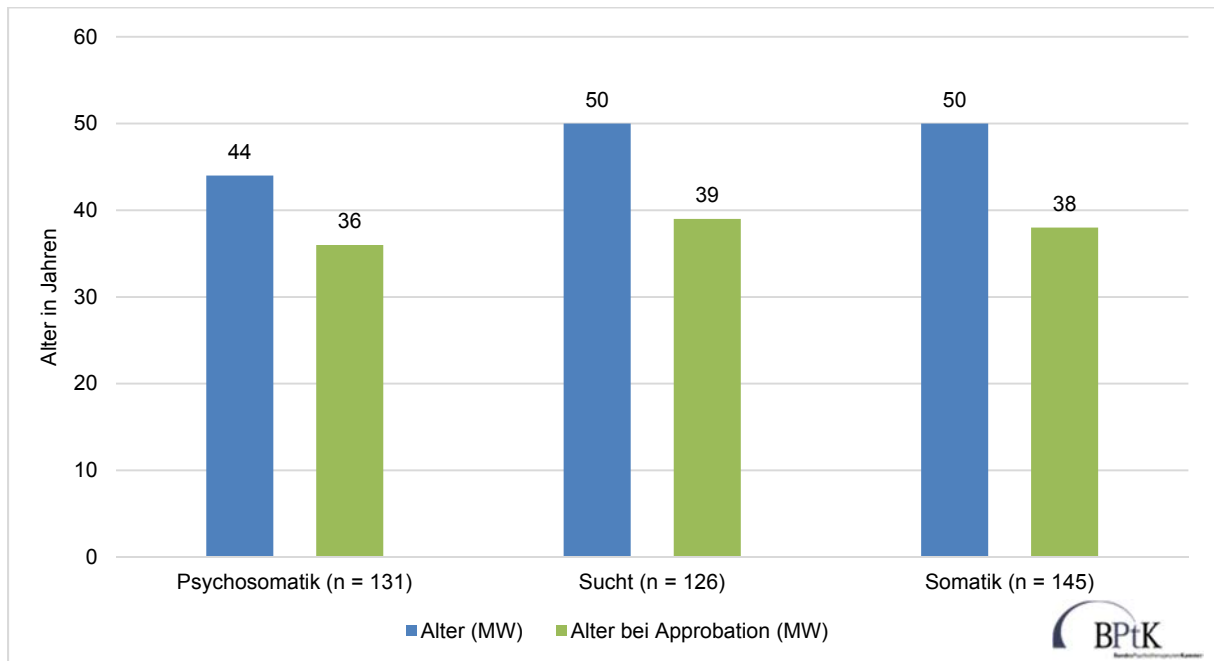


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

- Dabei sind die Befragten in den somatischen und Suchteinrichtungen tendenziell älter als die Psychotherapeuten, die in psychosomatischen Einrichtungen arbeiten¹⁰. Damit geht einher, dass der Anteil der Psychotherapeuten, die ihre Approbation nach Übergangsrecht erworben haben, in der Sucht und in der Somatik wesentlich höher liegt als in der Psychosomatik (Abbildungen 9 und 10). Während in den somatischen Einrichtungen 65 Prozent und in Suchteinrichtungen 61 Prozent der Befragten nach Übergangsrecht approbiert sind, beträgt dieser Anteil in der Psychosomatik nur 36 Prozent.

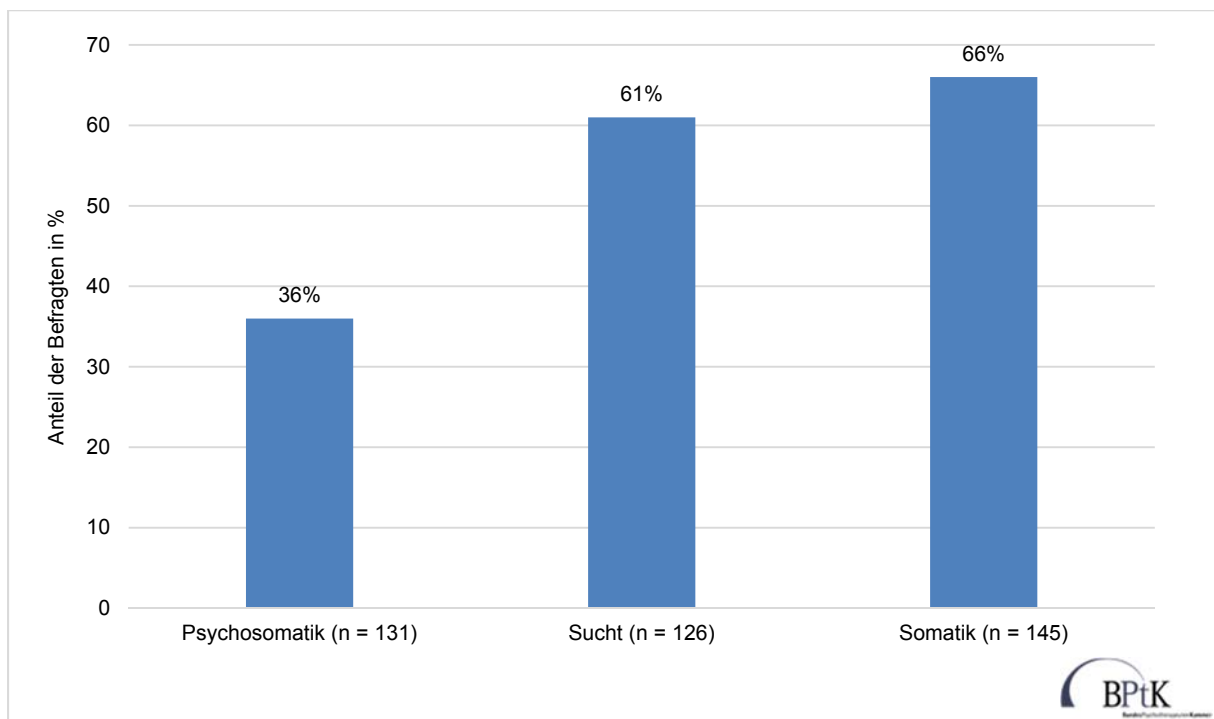
¹⁰Im Weiteren wurden die Angaben der Befragten getrennt nach den Behandlungsschwerpunkten „Psychosomatik“, „Sucht“ und „irgendeine somatische Indikation“ ausgewertet (siehe auch Methoden).

Abbildung 9: Alter und Alter bei Approbation der befragten Psychotherapeuten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Abbildung 10: Erwerb der Approbation nach Übergangsrecht (Anteil der befragten Psychotherapeuten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Sonderbereich – Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

- Leistungen zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation haben 2012 nur einen Anteil von drei Prozent an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung ausgemacht (32.103 von insgesamt über 1.000.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2012). Betrachtet man die Zahlen des Statistischen Bundesamtes¹¹, machen die Fälle in der Kinderheilkunde – deren Kosten entweder von der Rentenversicherung oder von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden – sogar nur zwei Prozent der Fälle in allen Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2013 aus.
- Nach Einschätzung der Deutschen Rentenversicherung steigt der Rehabilitationsbedarf bei Kindern und Jugendlichen (1). Die Zahl der Rehabilitationsanträge sinkt allerdings. Als Grund hierfür wird von der Deutschen Rentenversicherung genannt, dass Eltern und Kinderärzte häufig nicht gut über die Möglichkeit der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche informiert seien.
- Wichtige Indikationen in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind Asthma, Neurodermitis, Adipositas und psychische Erkrankungen.

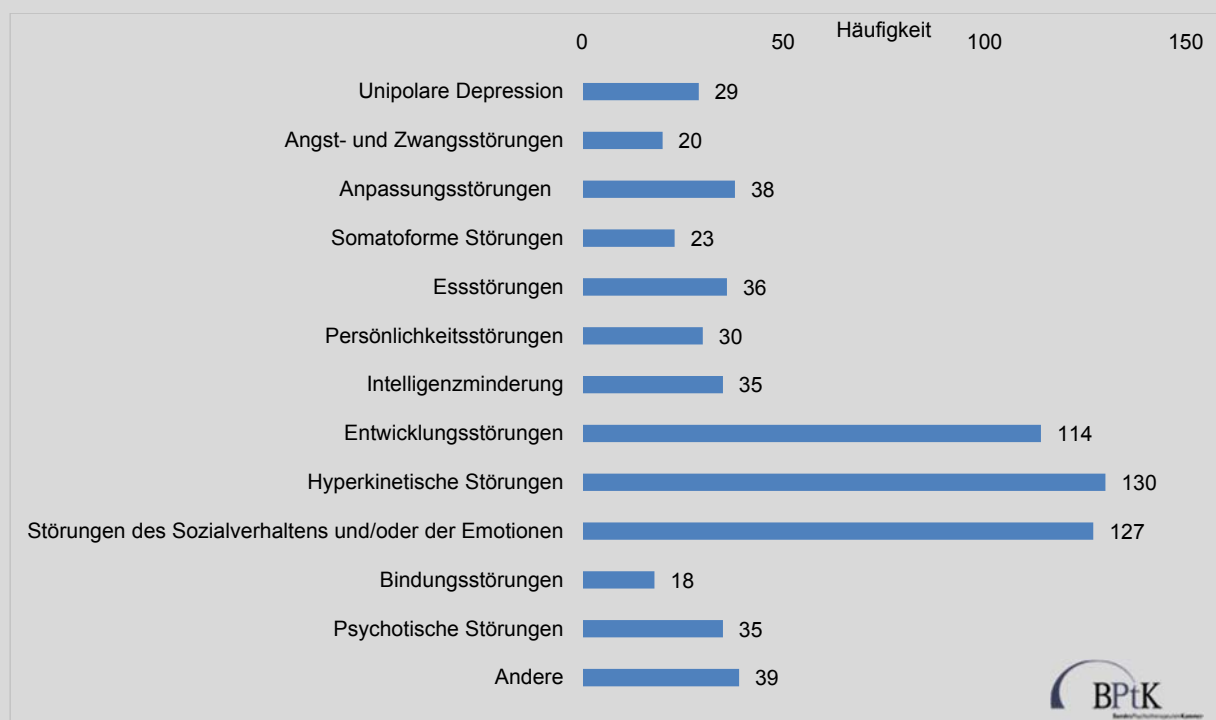
Ergebnisse der Angestelltenbefragung:

- N = 7 Psychotherapeuten, die in der pädiatrischen Rehabilitation tätig sind, haben geantwortet, das entspricht 1,2 Prozent der Befragten in Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Befragten waren drei Frauen und vier Männer, das durchschnittliche Alter lag bei 49 Jahren.
- Fünf der Befragten waren Psychologische Psychotherapeuten, ein Befragter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und ein Befragter hatte eine Doppelapprobation.
- Alle befragten Psychotherapeuten haben angegeben, in irgendeiner Form eine Leitungsfunktion innezuhaben. Fünf leiten einen Teilbereich oder eine Abteilung, eine(r) der Befragten hat eine stellvertretende Leitungsfunktion und von einem Befragten fehlt eine Angabe.

¹¹ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen.html>.

- Die häufigsten psychischen Erkrankungen, die in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, in denen die Befragten tätig sind, auftreten beziehungsweise behandelt werden, sind Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Hyperkinetische Störungen und Entwicklungsstörungen (Abbildung 11).
- Die Befragten geben an, nur maximal die Hälfte ihrer Arbeitszeit Tätigkeiten mit einem unmittelbaren Patientenbezug auszuführen. Weitere wesentliche Tätigkeiten umfassen Forschungsaufgaben und Qualitätsmanagement.

Abbildung 11: Häufigkeit verschiedener F-Diagnosen in der pädiatrischen Rehabilitation*



*Angaben der befragten Psychotherapeuten zur Anzahl von Rehabilitanden mit dieser Diagnose in ihrer Organisationseinheit oder Abteilung; N = 7.

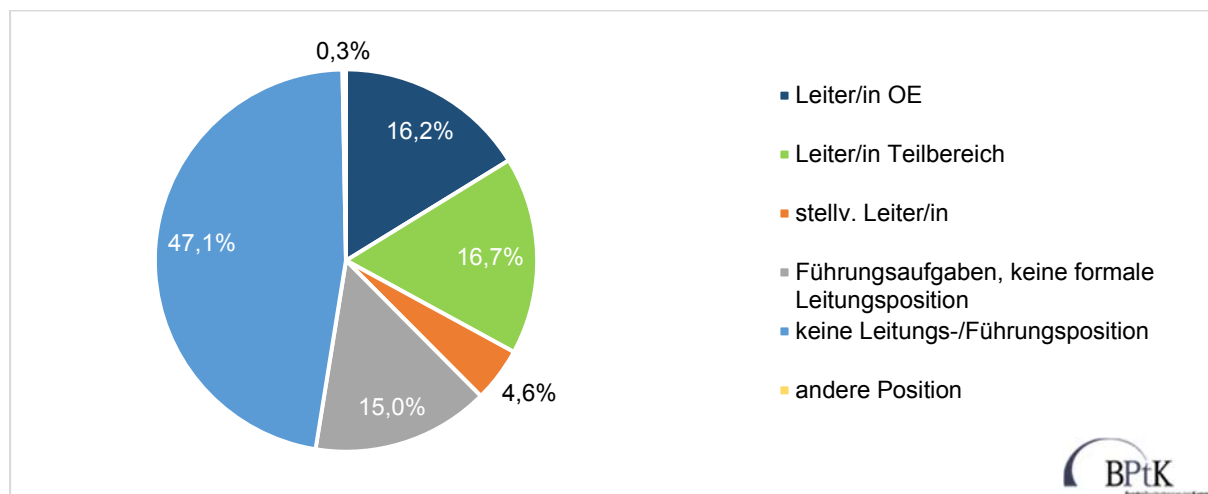
Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Führungs- und Leitungsaufgaben der Psychotherapeuten

- Etwa die Hälfte der befragten Psychotherapeuten in Rehabilitationseinrichtungen nimmt – formal oder informell¹² – Führungs- und Leitungsaufgaben wahr (Abbildung 12).

¹²Gefragt wurde danach, ob Führungsaufgaben übernommen werden, obwohl formal keine Leitungsfunktion festgeschrieben ist.

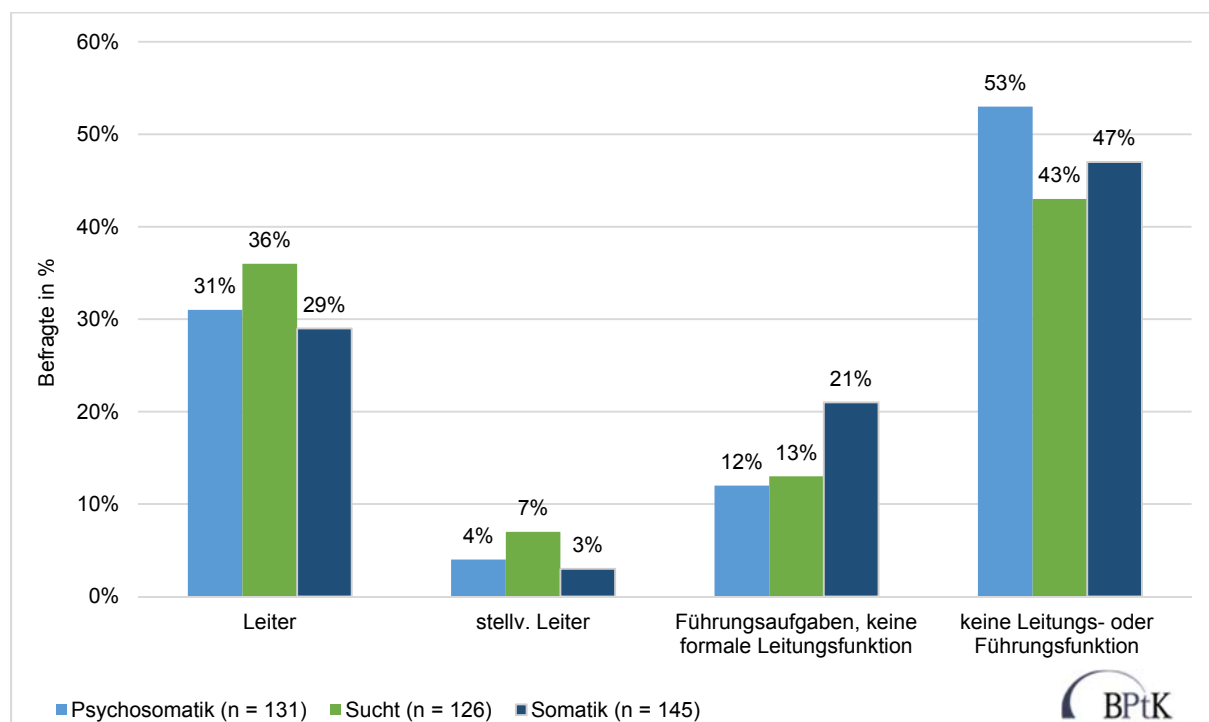
Abbildung 12: Persönliche Position der Befragten in ihrer Einrichtung/Fachabteilung insgesamt (N = 597)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

- Psychotherapeuten haben im Bereich der Suchtrehabilitation etwas häufiger Leitungsfunktionen und -aufgaben als in der Psychosomatik oder Somatik.
- Der Anteil der Psychotherapeuten, der Leitungs- und Führungsaufgaben übernimmt, aber keine formale Leitungsfunktion hat, ist in der somatischen Rehabilitation am höchsten (Abbildung 13).
- Die Unterschiede hängen auch mit den unterschiedlichen Funktionen und Leitungsaufgaben von Psychotherapeuten in den verschiedenen Bereichen zusammen (siehe auch 4, 5, 6, 7).

Abbildung 13: Persönliche Position der befragten Psychotherapeuten nach Rehabilitationsfachbereichen

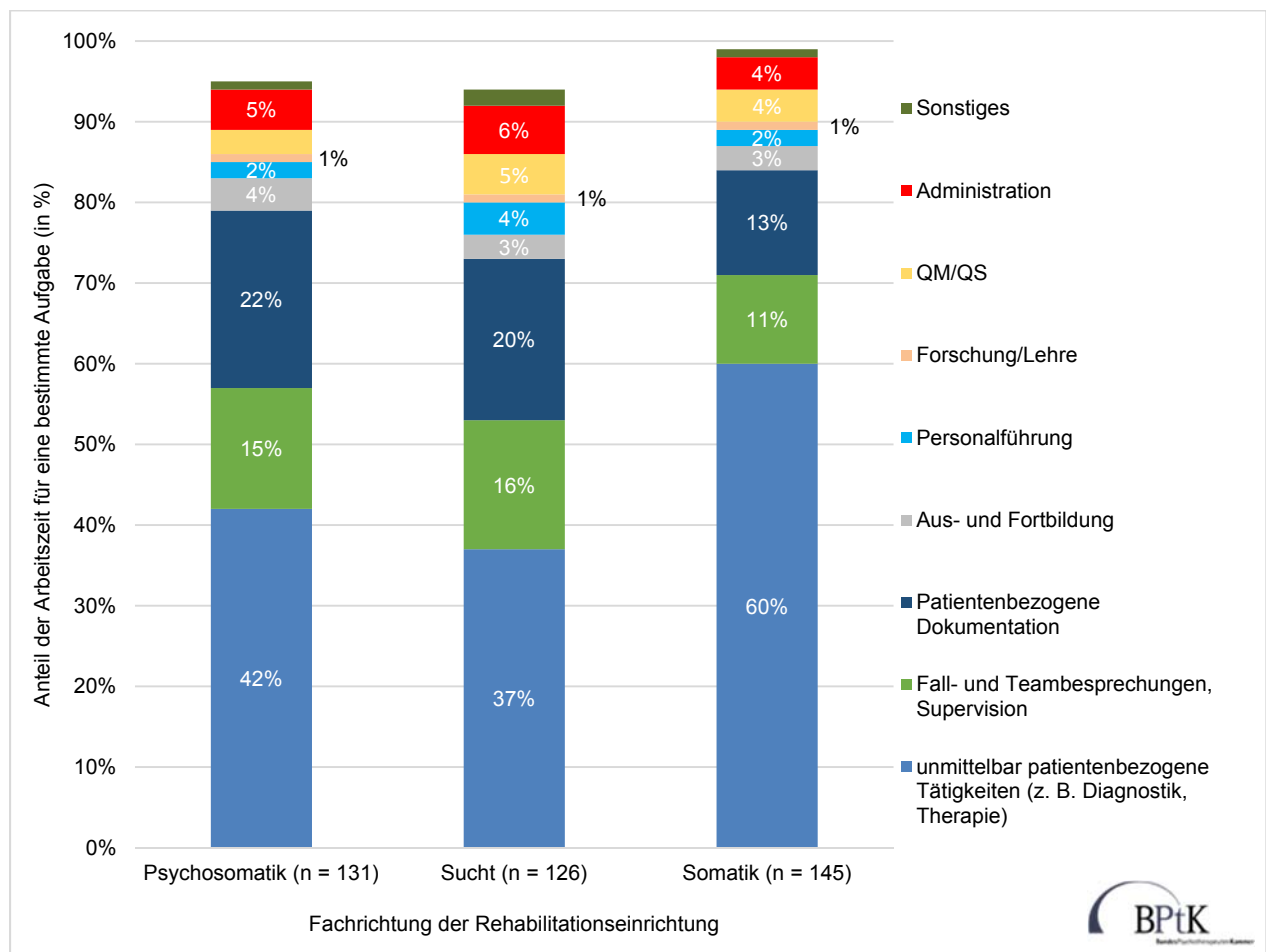


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Versorgungsleistungen der Psychotherapeuten

- Der Anteil der Arbeitszeit der befragten Psychotherapeuten, der auf die unmittelbare Behandlung der Rehabilitanden entfällt, ist in den Fachbereichen unterschiedlich (Abbildung 14). Während in Rehabilitationseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Psychosomatik 42 Prozent der Arbeitszeit auf die Behandlung entfällt, sind es in somatischen Rehabilitationseinrichtungen 60 Prozent der Arbeitszeit. Der unterschiedliche Umfang kommt durch den unterschiedlichen Aufwand für Fall- und Teambesprechungen sowie Supervision beziehungsweise Dokumentation zustande (zum Vergleich 6, 7). Dieser ist in der Psychosomatik und im Suchtbereich mit 37 Prozent beziehungsweise 36 Prozent der Arbeitszeit höher als in der Somatik (24 Prozent).

Abbildung 14: Anteilige Verteilung der Arbeitszeit (in %) der befragten Psychotherapeuten nach Aufgaben¹³



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

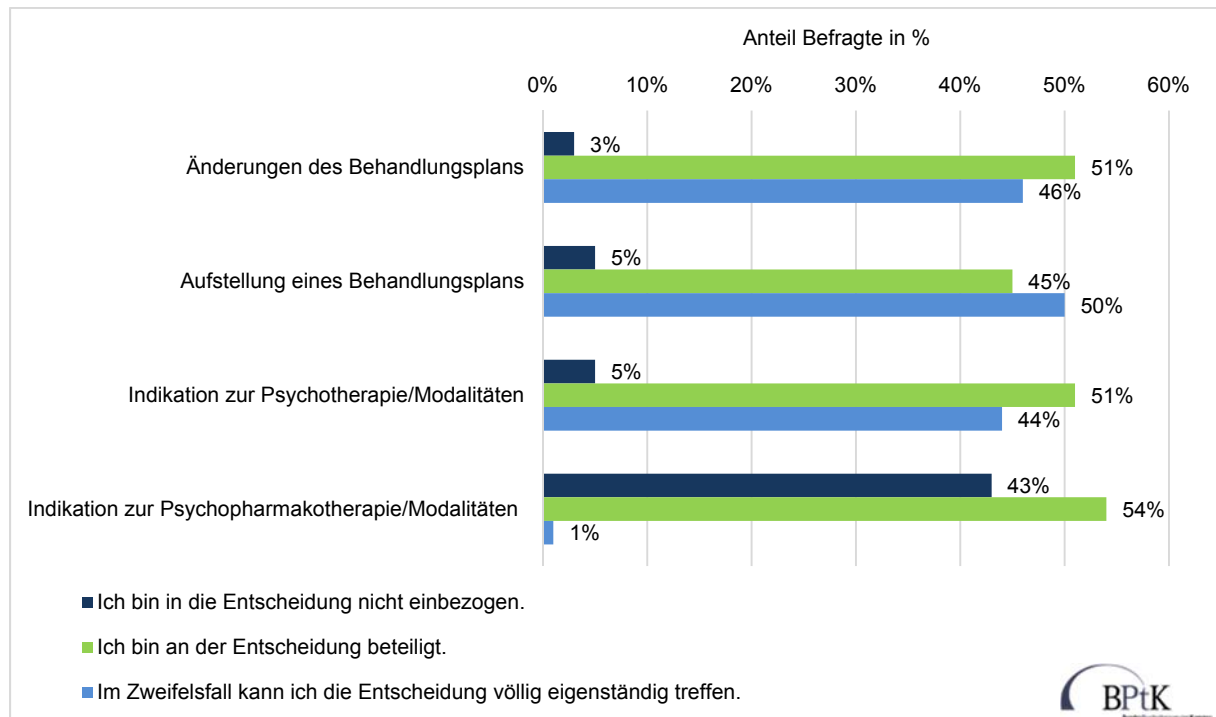
Psychotherapeuten tragen Behandlungsverantwortung

- Psychotherapeuten in Rehabilitationseinrichtungen sind in der überwiegenden Mehrheit in alle behandlungsrelevanten Entscheidungen – zumindest – einbezogen (Abbildung 15). Ungefähr die Hälfte der befragten Psychotherapeuten trifft behandlungsrelevante Entscheidungen vollkommen eigenständig. Sogar in Bezug auf Beginn, Änderung oder Fortsetzung einer Psychopharmakotherapie geben über 50 Prozent der Befragten an, wesentlich an der Entscheidung beteiligt zu sein. Allerdings geben knapp 40 Prozent der Befragten aus Rehabilitationseinrichtungen an, den Entlassungsbrief nicht mit zu unterschreiben, obwohl 90 Prozent der Befragten

¹³Die Befragten waren gebeten worden, für jede Aufgabe anzugeben, wie viel Prozent ihrer Arbeitszeit sie ungefähr hierfür aufwenden.

angeben, diesen (eigenständig) zu erstellen. In den bisherigen Formularen der Deutschen Rentenversicherung „Ärztlicher Entlassungsbericht“ sind lediglich Unterschriften des leitenden Arztes, des Oberarztes und des Stationsarztes vorgesehen.

Abbildung 15: Entscheidungskompetenzen der befragten Psychotherapeuten bei der Behandlung (N = 597)

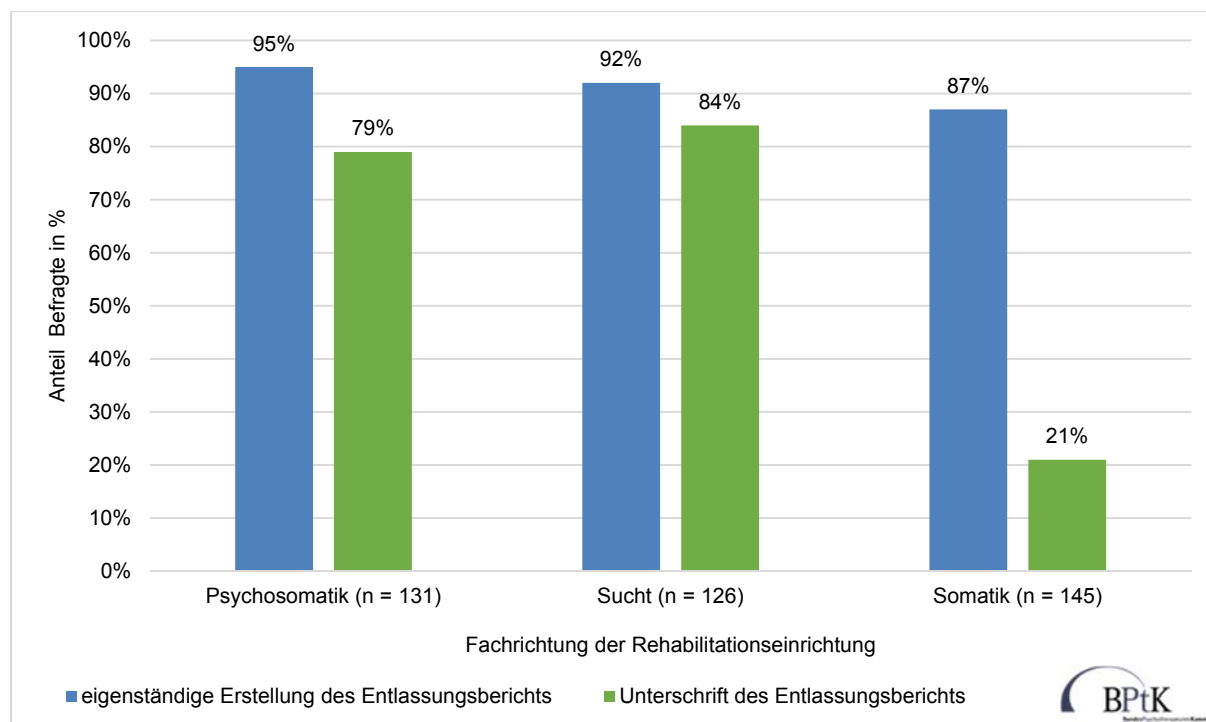


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

- Dabei gibt es in Bezug auf die Entscheidungskompetenzen teilweise Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachrichtungen der Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Befragten arbeiten.
- Der größte Unterschied besteht in Bezug auf die Entlassungsberichte (Abbildung 16): Während in Psychosomatik und Sucht die überwiegende Mehrheit der Befragten den Entlassungsbericht erstellt und mit unterschreibt, geben das wesentlich weniger der Befragten aus der somatischen Rehabilitation an. Hier unterschreibt nur jeder fünfte der Befragten den Entlassungsbericht mit. Ein Grund hierfür ist der unterschiedliche Stellenwert, der der „Psychotherapie“ beziehungsweise den Psychotherapeuten im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans bei psychischen versus somatischen Erkrankungen zukommt. Während in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation Psychotherapeuten den Gesamtbehandlungsplan

(mit)verantworten, sind sie in der somatischen Rehabilitation in der Regel „nur“ für den psychologischen Bericht verantwortlich (siehe auch 6, 7).

Abbildung 16: Erstellung und Unterschrift des Entlassungsberichts durch befragte Psychotherapeuten

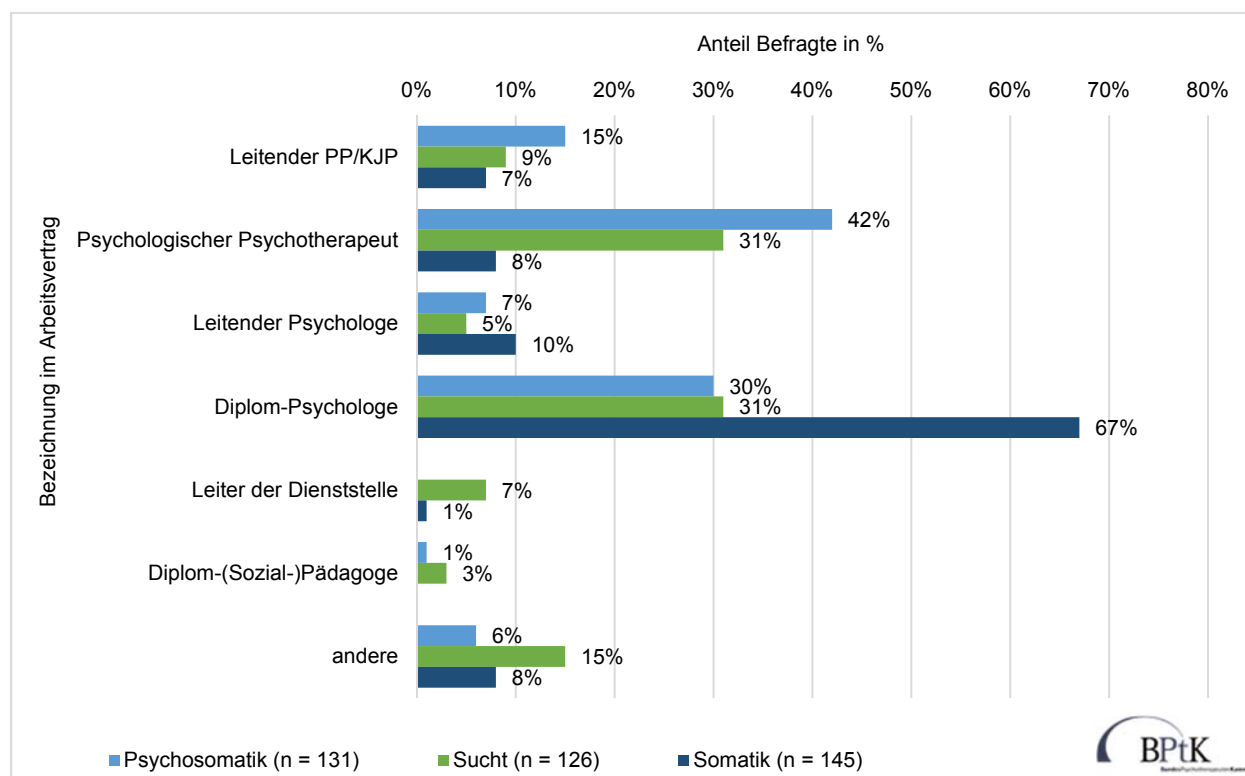


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Qualifikation wird in den Arbeitsverträgen und formalen Positionen nicht berücksichtigt

- Die Behandlungsverantwortung und Aufgaben, die Psychotherapeuten in Rehabilitationseinrichtungen übernehmen, spiegeln sich nicht in ihrer Berufsbezeichnung in den Arbeitsverträgen wider. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Fachrichtungen der Rehabilitationseinrichtungen (Abbildung 17).
- Am häufigsten taucht die Berufsbezeichnung „Diplom-Psychologe“ noch in Arbeitsverträgen der Psychotherapeuten auf, die in Rehabilitationseinrichtungen mit den Schwerpunkten „Sucht“ und „Somatik“ arbeiten. Hier besteht ein klarer Zusammenhang mit dem höheren Anteil an Psychotherapeuten in diesen Bereichen, die ihre Approbation nach Übergangsrecht erworben haben und deren Arbeitsverträge vermutlich nicht entsprechend angepasst wurden.

Abbildung 17: Bezeichnung der befragten Psychotherapeuten im Arbeitsvertrag

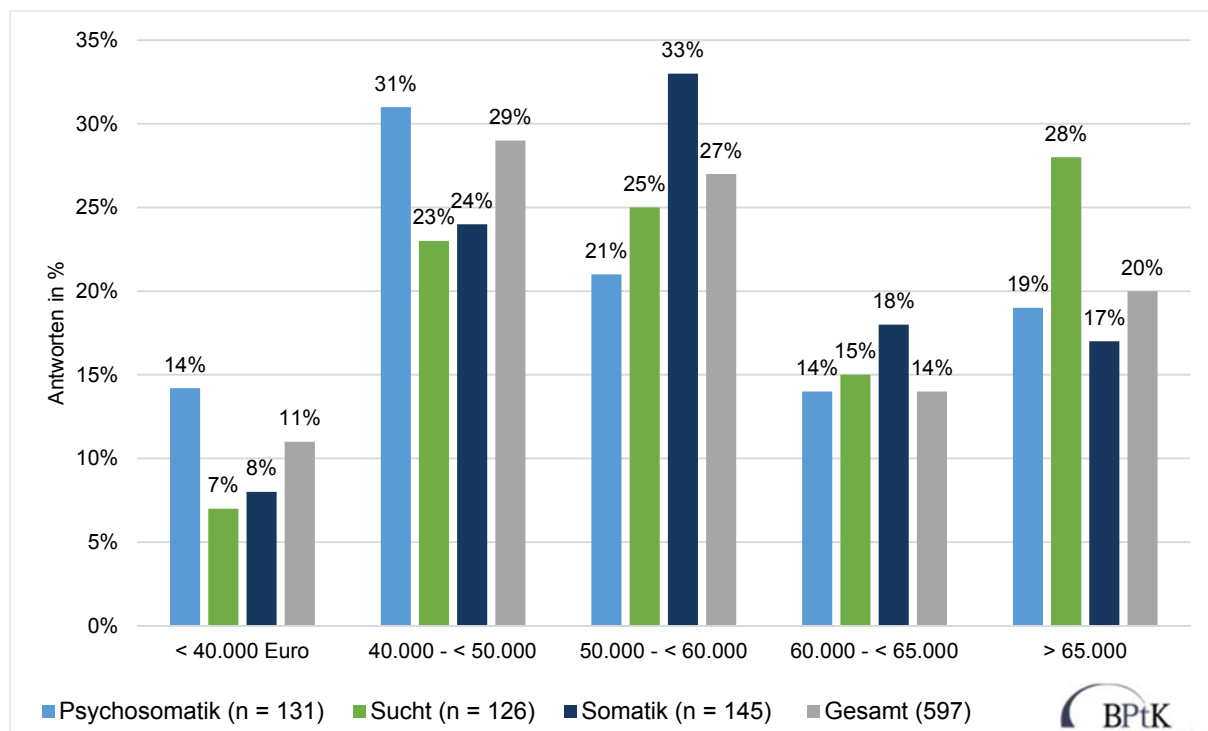


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Einkommen entspricht nicht den Aufgaben und Funktionen

- Das Einkommen von in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen angestellten Psychotherapeuten ist fast immer geringer als das Einkommen von angestellten Fachärzten, deren jährliches Bruttoeinkommen mindestens rund 62.000 Euro und mehr beträgt. Dabei hat die Approbation mehrheitlich keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung der Psychotherapeuten (Abbildungen 18 und 19).
- In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden die Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten genauso vergütet wie die Leistungen von psychotherapeutisch tätigen Ärzten. In der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen haben Psychotherapeuten und Fachärzte jedoch unterschiedliche Tarifverträge. Mit diesen verglichen (zum Beispiel Tarifvertrag der Rehabilitationskliniken der Helios-Kliniken GmbH mit dem Marburger Bund, TV-Ärzte/VKA), erhält insgesamt nur etwas mehr als ein Fünftel der Befragten ein ihrer Qualifikation und ihren Aufgaben entsprechendes Gehalt.

Abbildung 18: Bruttoeinkommen der befragten Psychotherapeuten (Vollzeittätigkeit)



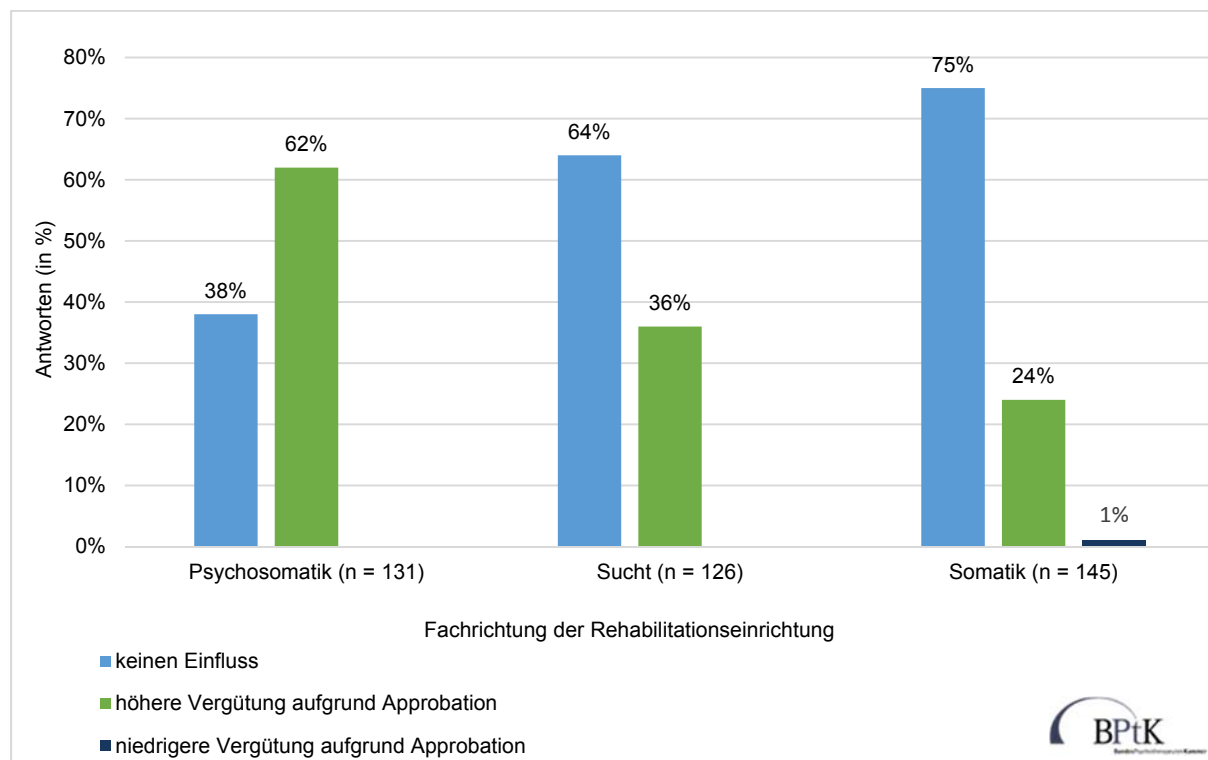
Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

- Zwischen den verschiedenen Fachrichtungen der Rehabilitationskliniken gibt es deutliche Unterschiede beim Einkommen: Psychotherapeuten, die in Sucht-Rehabilitationseinrichtungen arbeiten, geben im Vergleich das höchste Bruttoeinkommen an.
- Obwohl das Einkommen in der Sucht durchschnittlich höher ist als in der Psychosomatik, hat die Approbation dort einen geringeren Einfluss auf die Vergütung. Bei der unterschiedlichen Vergütungshöhe zeigen sich auch Alterseffekte zwischen den Fachrichtungen. Das Durchschnittsalter der Befragten ist in den Suchteinrichtungen und in den somatischen Einrichtungen höher als in der Psychosomatik (Sucht, Somatik: 50 Jahre versus Psychosomatik: 44 Jahre). Damit verbunden sind in der Regel eine längere Betriebszugehörigkeit und damit auch ein höheres Entgelt.
- Zudem ist der Anteil der Approbierten nach Übergangsrecht in den Suchteinrichtungen deutlich höher (Sucht: 61 Prozent, Psychosomatik: 36 Prozent). Befragte mit einer Approbation nach Übergangsrecht verdienen häufiger mehr als 65.000 Euro als Befragte, die ihre Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) erworben haben. Während in der Gruppe der Übergangsapprobierten etwas über 28 Prozent der Befragten mehr als 65.000 Euro im Jahr verdienen, ist es in der

Gruppe der nach § 2 PsychThG Approbierten nur ein Anteil von etwas über sieben Prozent der Befragten. Hier spiegeln sich auch Alterseffekte wider sowie die Auswirkungen der Umstellung der Vergütung nach Bundesangestelltentarif (BAT) auf die Vergütung nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD).

- Den geringsten Einfluss auf die Vergütung hat die Approbation nach Angaben der Befragten in der somatischen Rehabilitation, den größten in der Psychosomatik. Der Stellenwert von Psychotherapie als Behandlungsmittel ist in der Psychosomatik am größten. Nach den Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2010 (8) war das Merkmal „Approbation als Psychologischer Psychotherapeut“ in der Psychosomatik (und der Sucht) strukturelevant, das heißt, die Erfüllung dieses Merkmals wurde von der Rentenversicherung von den Einrichtungen erwartet. Im Bereich der somatischen Rehabilitation war die Approbation kein strukturelevantes Merkmal, hier wurde lediglich die personelle Ausstattung der Einrichtungen mit Diplom-Psychologen vorausgesetzt. In den aktuellen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität in Rehabilitationseinrichtungen (9, veröffentlicht im Juli 2014) hat die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut in keinem Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation mehr Strukturelevanz, Psychologische Psychotherapeuten werden durchgängig mit Diplom- beziehungsweise Master-Psychologen zusammengefasst.

Abbildung 19: Einfluss der Approbation auf die Vergütung bei den befragten Psychotherapeuten

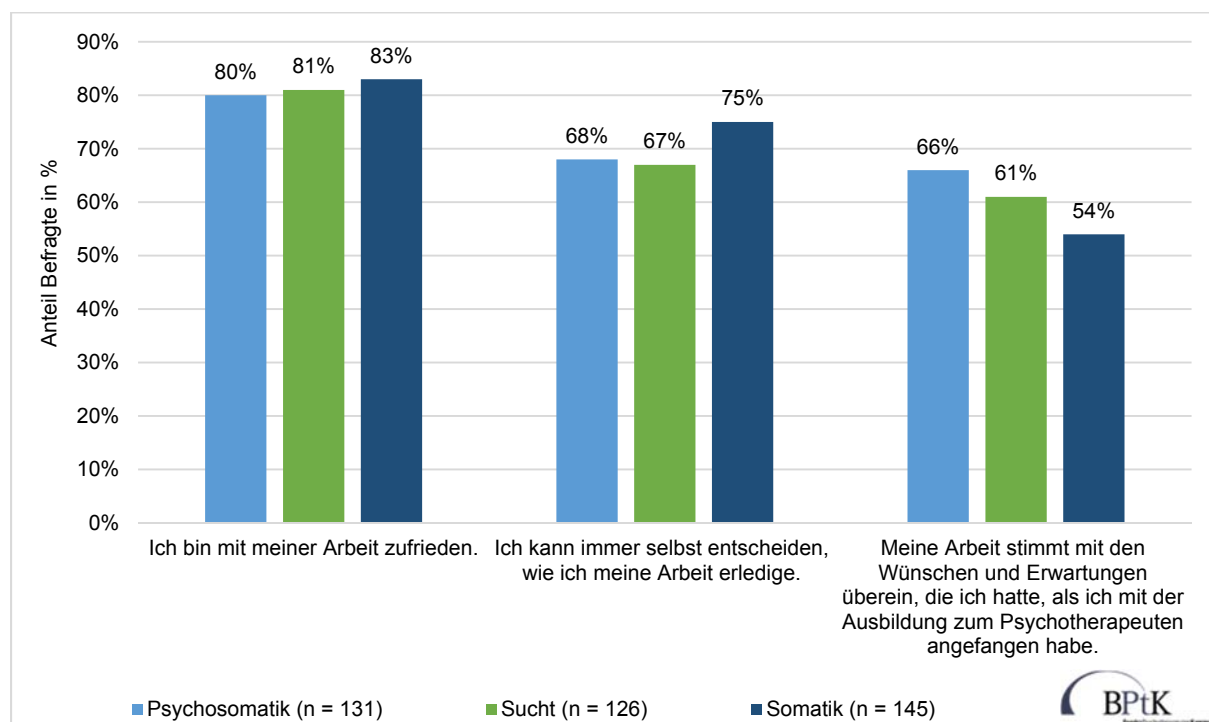


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Psychotherapeuten sind mit ihrer Arbeit zufrieden

- Die Mehrheit (über 80 Prozent) der befragten Psychotherapeuten ist mit ihrer Arbeit zufrieden. Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachabteilungen ergeben sich in Hinblick auf die Aspekte, inwieweit selbst entschieden werden kann, wie die Arbeit erledigt wird, und inwieweit die Arbeit mit den Wünschen und Erwartungen zu Beginn der Psychotherapeutenausbildung übereinstimmen (Abbildung 20). Während in der Somatik mehr Befragte als in den anderen Fachbereichen zustimmen, immer Entscheidungsspielräume zu haben, stimmt nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten aus der Somatik zu, die Arbeit entspreche ihren Vorstellungen zu Beginn der Psychotherapeutenausbildung.

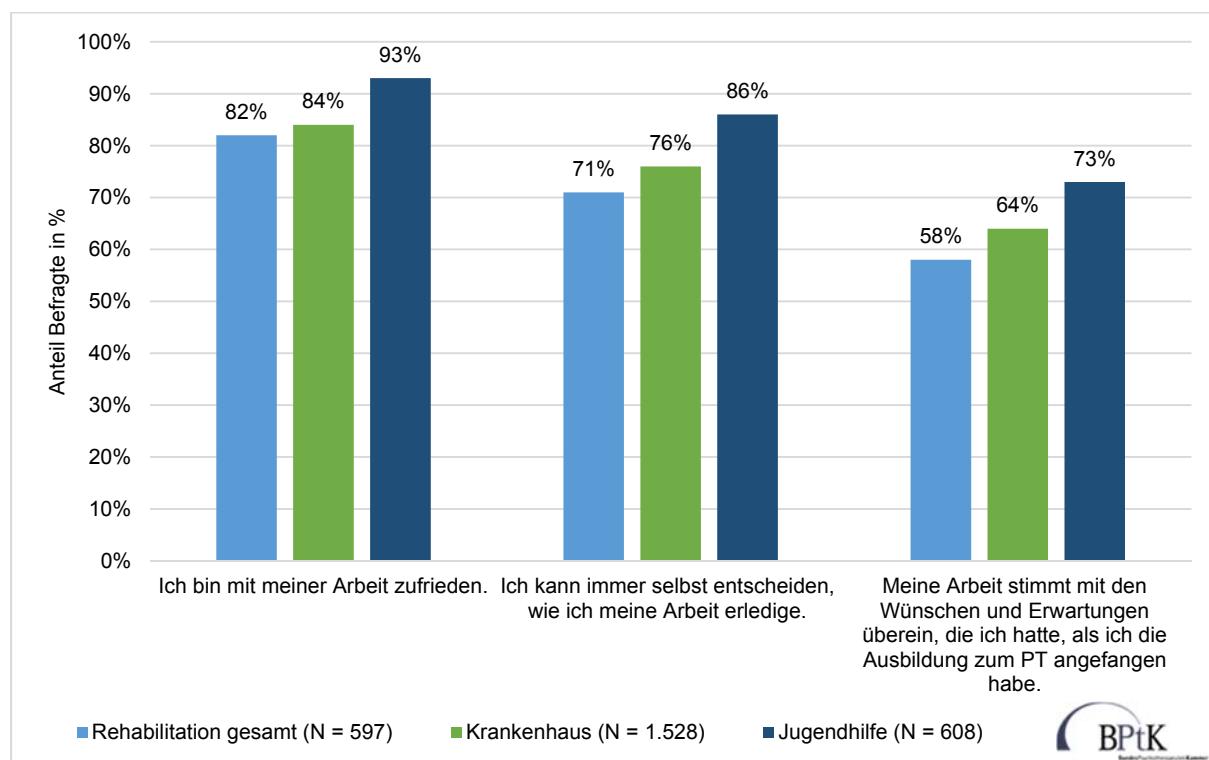
Abbildung 20: Arbeitszufriedenheit der befragten Psychotherapeuten in der Rehabilitation (Zustimmung in % zu verschiedenen Aussagen)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

- Im Vergleich mit anderen Angestelltengruppen (Krankenhaus und Jugendhilfe), die ebenfalls befragt wurden, ergeben sich zwischen den Befragten aus Rehabilitationseinrichtungen und den Befragten aus den beiden anderen Bereichen nur geringe Unterschiede in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit (Abbildung 21).

Abbildung 21: Vergleich Arbeitszufriedenheit – Psychotherapeuten in Rehabilitation, Krankenhaus und Jugendhilfe (Zustimmung zu verschiedenen Aussagen in %)

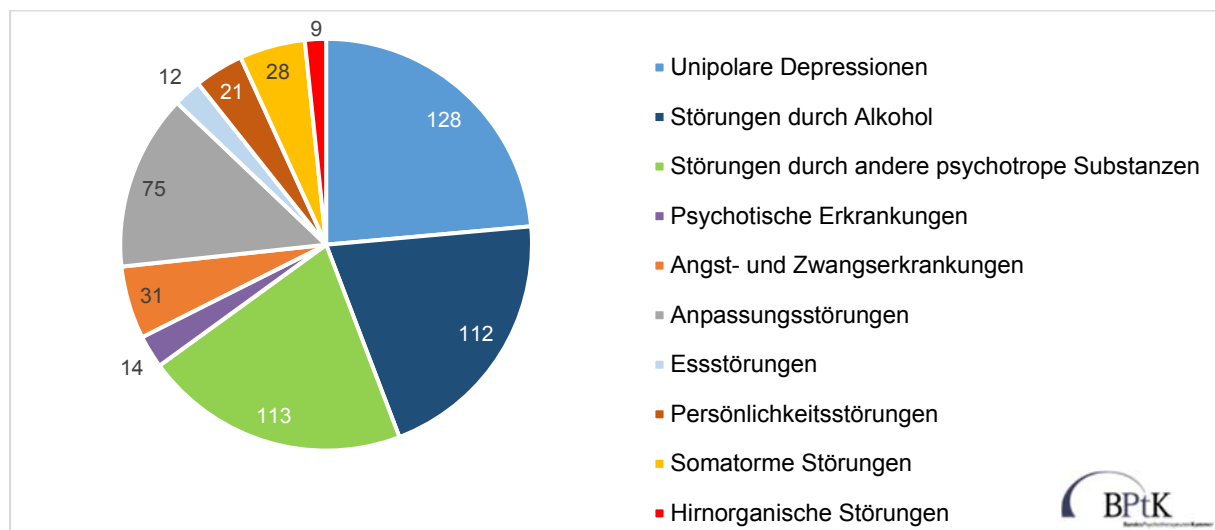


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Teil III – Qualität der psychotherapeutischen Versorgung in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen

- Die befragten Psychotherapeuten, die in Rehabilitationseinrichtungen zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten, wurden gebeten, die Diagnosen der Rehabilitanden anzugeben, die von ihnen behandelt werden, und vertiefte Fragen zu den beiden von ihnen am häufigsten behandelten Krankheitsbildern zu beantworten¹⁴.
- Die Diagnosegruppen, zu denen die meisten Befragten vertiefte Angaben gemacht haben, sind Störungen durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen und unipolare Depressionen (Abbildung 22).
- Im Weiteren werden die Ergebnisse zu unipolaren Depressionen und – aufgrund der besonderen Relevanz im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation – zu somatoformen Störungen ausführlicher dargestellt.
- Die Ergebnisse zur Versorgung von Rehabilitanden mit Suchterkrankungen werden aufgrund der hohen Bedeutung der Suchtbehandlung in der medizinischen Rehabilitation gesondert dargestellt und veröffentlicht werden.

Abbildung 22: Diagnosen in der Rehabilitation – Anzahl* der Befragten pro Diagnosegruppe



*Die Befragten wurden gebeten, zu den in ihrer Organisationseinheit am stärksten und zweitstärksten vertretenen Diagnosegruppe vertiefte Fragen zur Behandlung zu beantworten.

Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

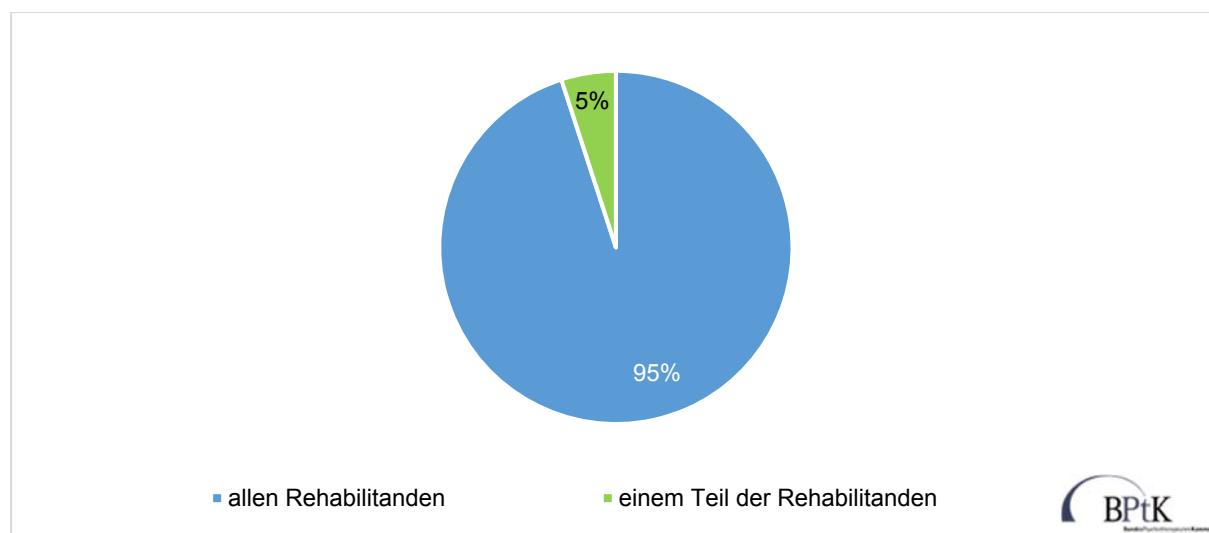
¹⁴Aus diesen Angaben kann nicht auf die Häufigkeit einzelner Diagnosen in der psychosomatischen Rehabilitation geschlossen werden.

Psychotherapeutische Versorgung in der Rehabilitation – Diagnose: Unipolare Depression

- Nach den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ (10) ist Psychotherapie bei schweren depressiven Erkrankungen oder chronischen Depressionen in Kombination mit einer Pharmakotherapie die wirksamste Therapie. Bei mittelgradigen depressiven Episoden soll entweder eine psychotherapeutische oder eine medikamentöse Behandlung erfolgen. Entscheidend ist hier die Patientenpräferenz.
- Die Leitlinienempfehlungen spiegeln sich auch in den Rehabilitationstherapiestandards „Depressive Störungen“ der Deutschen Rentenversicherung wider (11). Danach sollen mindestens 90 Prozent der Rehabilitanden mit einer depressiven Störung Psychotherapie erhalten. Der Umfang der psychotherapeutischen Behandlung soll mindestens 210 Minuten pro Woche, aufgeteilt in mindestens drei Einheiten, betragen. Das entspricht in etwa zweimal 90 Minuten Gruppenpsychotherapie und einmal 30 Minuten Einzeltherapie pro Woche.

Fast alle Rehabilitanden erhalten Psychotherapie

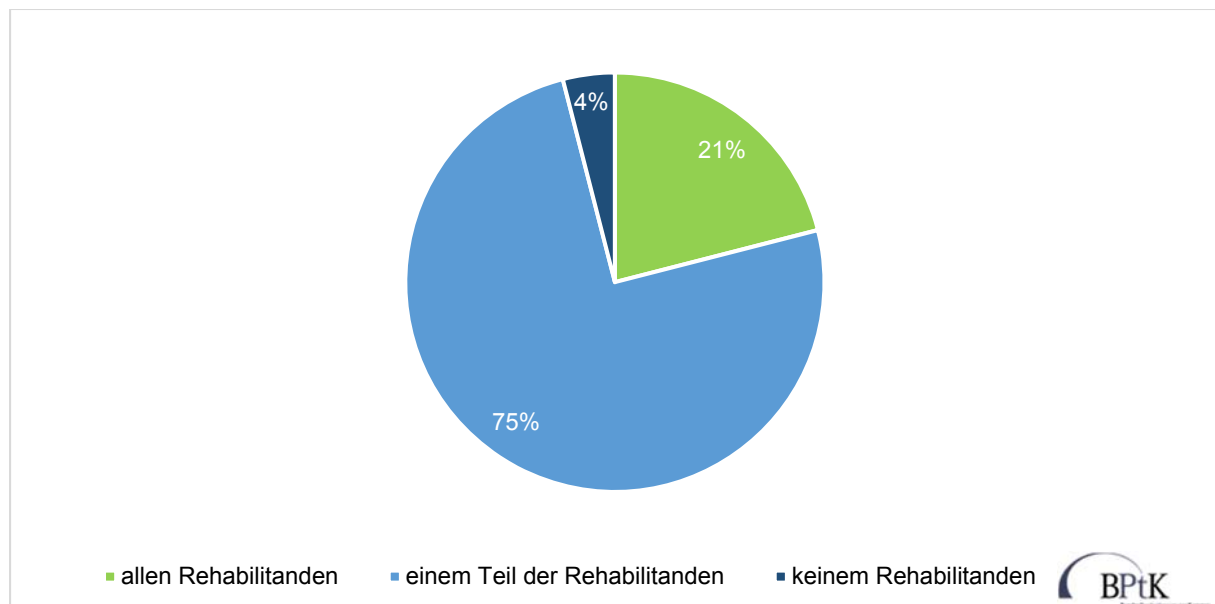
Abbildung 23: Psychotherapie bei Unipolarer Depression – Anteil der Rehabilitationseinrichtungen, in denen allen Rehabilitanden mit der Diagnose „Unipolare Depression“ Psychotherapie angeboten wird (N = 128)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

- In nahezu allen Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, wird allen Rehabilitanden mit einer Unipolaren Depression Psychotherapie angeboten (Abbildung 23).
- In drei Viertel der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, wird einem Teil der Rehabilitanden mit einer Unipolaren Depression auch Psychopharmakotherapie angeboten, in 21 Prozent der Einrichtungen wird allen Rehabilitanden Psychopharmakotherapie angeboten (Abbildung 24). Rechnet man die Angaben auf die angegebene Anzahl der Rehabilitanden mit einer Unipolaren Depression hoch, dann ergibt sich, dass insgesamt 65 Prozent der Rehabilitanden in den Rehabilitationseinrichtungen der befragten Psychotherapeuten eine medikamentöse Mitbehandlung angeboten wird.
- Die Ergebnisse zeigen eine weitgehend leitliniengerechte Behandlung von Rehabilitanden mit einer Unipolaren Depression in Rehabilitationseinrichtungen, das heißt, nahezu alle Rehabilitanden erhalten Psychotherapie und über der Hälfte wird auch eine medikamentöse Behandlung angeboten.

Abbildung 24: Psychopharmaka bei Unipolarer Depression – Anteil der Rehabilitationseinrichtungen, in denen allen Rehabilitanden mit der Diagnose „Unipolare Depression“ Psychopharmakotherapie angeboten wird (N = 128)

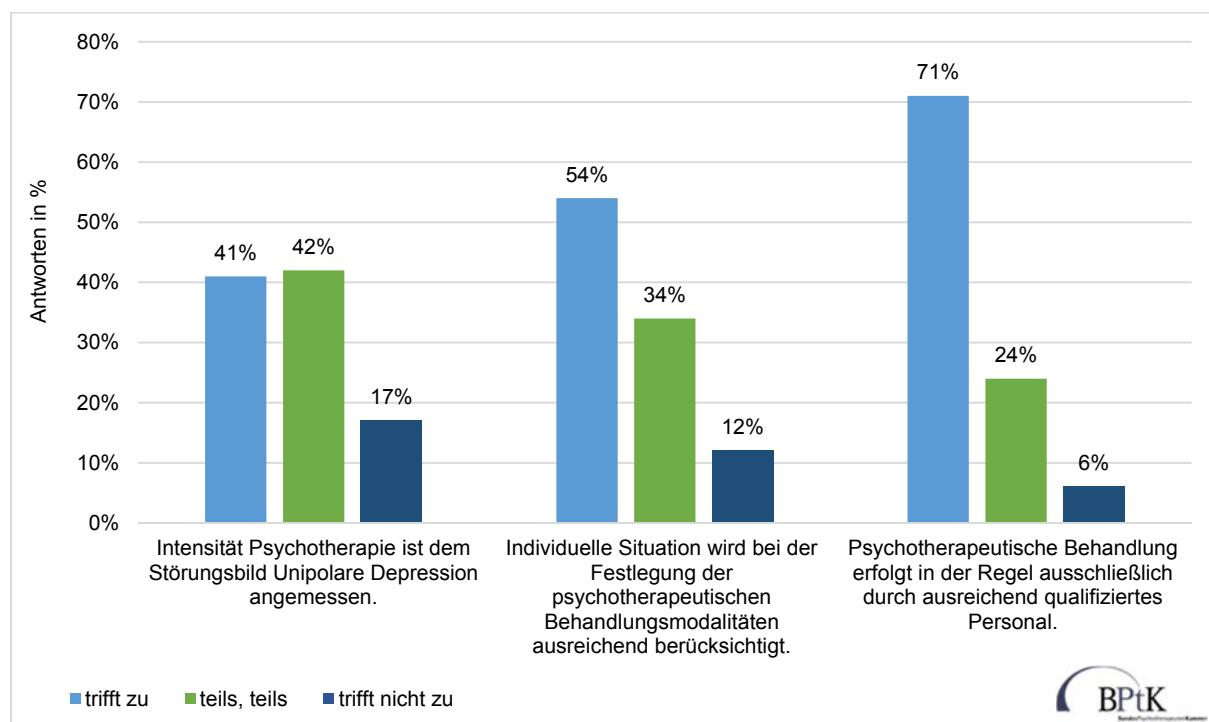


Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Intensität der Psychotherapie nicht immer ausreichend

- Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung von Rehabilitanden mit Unipolarer Depression wird von den Befragten kritisch beurteilt. Nur 40 Prozent der Befragten stimmen der Aussage „Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung ist dem Störungsbild Unipolare Depression angemessen.“ zu (Abbildung 25).
- Fast alle Rehabilitanden erhalten nach Angaben der Befragten eine (85 Prozent) oder zwei (13 Prozent) Stunden Einzelpsychotherapie pro Woche. Zudem werden in über 85 Prozent der Rehabilitationseinrichtungen mindestens drei Zeitstunden Gruppenpsychotherapie pro Woche angeboten. Damit erfüllen die Einrichtungen mehrheitlich den Rehabilitationstherapiestandard „Depressive Störungen“ der Deutschen Rentenversicherung.
- Wenn die Befragten die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung kritisieren, könnte vermutet werden, dass damit eher die Dauer der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gemeint ist. Diese ist in den letzten Jahren gesunken. Im Bereich der psychischen Erkrankungen lag sie 2012 bei durchschnittlich fünf Wochen (1).
- Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Anpassung der psychotherapeutischen Behandlungsmodalitäten an die individuelle Situation der Rehabilitanden. 46 Prozent der Befragten finden, dass dies nur teilweise bis gar nicht möglich ist. Auch die Frage nach der Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung durch ausreichend qualifiziertes Personal wird zurückhaltend beurteilt. Immerhin fast ein Drittel der Befragten stimmt dieser Aussage nur teilweise zu (Abbildung 25).

Abbildung 25: Qualität der psychotherapeutischen Versorgung bei Unipolarer Depression (N = 128)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

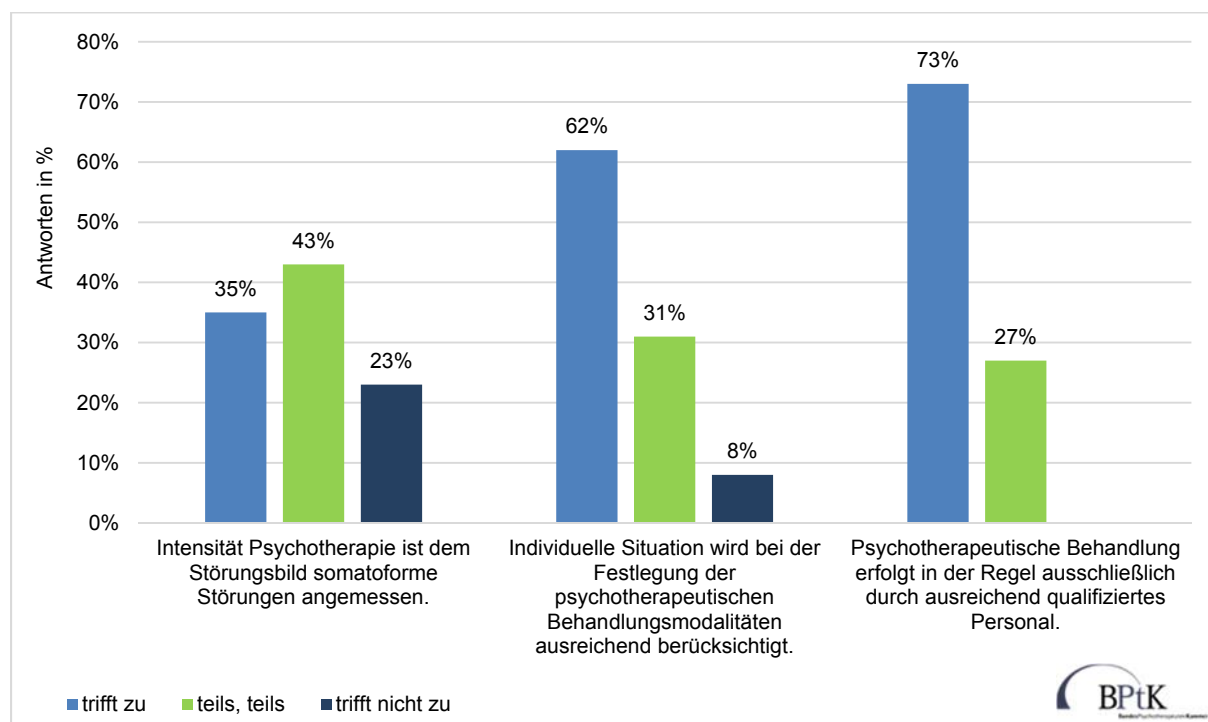
Psychotherapeutische Versorgung in der Rehabilitation – Diagnose: Somatoforme Störung

- Somatoforme Störungen, das heißt körperliche Beschwerden, für die es keine hinreichenden organischen Erklärungen gibt, zählen zu den häufigsten Anlässen für einen Arztbesuch in den westlichen Industrienationen. Mindestens 20 Prozent aller Arztbesuche gehen auf diese Beschwerden zurück. Neben direkten Behandlungskosten verursachen Personen mit somatoformen Störungen zu einem hohen Anteil indirekte Gesundheitskosten, die durch Arbeitsunfähigkeit und Frührenten entstehen. Somatoforme Störungen sind deshalb auch eine relevante Erkrankung in der medizinischen Rehabilitation (12).
- Die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (13) gibt vor allem Empfehlungen zur Versorgung und zu Behandlungsprinzipien in der primärärztlichen Versorgung. Wenn trotz angemessener Behandlung keine Besserung der Beschwerden eintritt, empfiehlt die Leitlinie eine psychotherapeutische Mitbehandlung. Sollte diese nach sechs

Monaten keine Entlastung für den Patienten bringen oder eine massive Beeinträchtigung, zum Beispiel Arbeitsunfähigkeit, vorliegen, wird eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik empfohlen.

- N = 26 Psychotherapeuten haben zur psychotherapeutischen Versorgung von Rehabilitanden mit somatoformen Erkrankungen vertiefte Aussagen gemacht.
- Diese Psychotherapeuten arbeiten alle in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen.
- Aufgrund der sehr kleinen „Fallzahl“ lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern.
- In den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen (85 Prozent), in denen die Befragten arbeiten, wird allen Rehabilitanden mit somatoformen Störungen Psychotherapie angeboten, nur in vier Prozent der Einrichtungen keinem Rehabilitanden.
- Fast alle Rehabilitanden in den Einrichtungen der Befragten erhalten ein bis zwei Stunden Einzelpsychotherapie pro Woche (93 Prozent). Ebenso erhalten 85 Prozent der Rehabilitanden mit einer somatoformen Störung mindestens drei Stunden Gruppenpsychotherapie pro Woche.
- Die psychotherapeutische Versorgung von Rehabilitanden mit somatoformen Störungen wird von den Befragten insgesamt kritisch beurteilt. Die Intensität der Psychotherapie wird nur von einem Drittel der Befragten als angemessen bezeichnet, auch die individuelle Situation wird nach Ansicht von über der Hälfte der Befragten bei der Behandlungsplanung nicht ausreichend berücksichtigt (Abbildung 26).

Abbildung 26: Qualität der psychotherapeutischen Versorgung bei somatoformen Störungen (N = 26)



Quelle: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Fazit

- Hinsichtlich des wöchentlichen Umfangs und der Leitlinienorientierung kann die psychotherapeutische Versorgung in der psychosomatischen Rehabilitation als gut gelten. Nach den Ergebnissen der Angestelltenbefragung erhalten Rehabilitanden mit Depressionen und somatoformen Störungen mindestens 2 x 90 Minuten Gruppenpsychotherapie und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch pro Woche, hinzu können unter anderem psychoedukative Gruppen, Entspannungs- und Bewegungstherapie kommen.
- Umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, tragen zur Qualität der medizinischen Rehabilitation bei. Insbesondere auch die Reha-Therapiestandards mit ihren indikationsbezogenen Vorgaben zum Mindestumfang der Behandlung sichern zum einen Qualität, können aber auf der anderen Seite die Anpassung des Therapieplans an die individuellen Bedarfe der Rehabilitanden erschweren. Weitere Qualitätsprobleme können sich dann ergeben, wenn das zur Erfüllung der Therapiestandards erforderliche therapeutische Personal nicht vorgehalten wird.

Teil IV: Handlungsbedarf

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen wächst. Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für Frühberentung. Rund 75.000 Versicherte bezogen 2012 erstmals eine Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen. Dabei haben seit 2001 vor allem Depressionen (plus 96 Prozent), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (plus 74 Prozent) sowie Suchterkrankungen (plus 49 Prozent) als Grund zugenommen. Psychische Erkrankungen sind im Vergleich mit anderen Erkrankungen seit mehr als zehn Jahren die wichtigste Ursache für gesundheitsbedingte Frührenten mit großem Abstand vor körperlichen Erkrankungen. Fast jede Zweite neue Frührente ist inzwischen psychisch verursacht (42 Prozent)¹⁵.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, in besonderer Weise die Deutsche Rentenversicherung, haben diese Entwicklungen und Bedarfe frühzeitig erkannt und mit Innovationen in der Versorgung und mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfolgreich zur Weiterentwicklung des Angebots medizinischer Rehabilitation beigetragen. Gleichwohl besteht Handlungsbedarf, wie er sich unter anderem aus den Ergebnissen der Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ableiten lässt.

Psychische Erkrankungen sind die drittgrößte Indikationsgruppe (16 Prozent¹⁶) in der medizinischen Rehabilitation. Sie verursachen dort rund ein Viertel der Gesamtausgaben.

Adäquate Rahmenbedingungen für Psychotherapeuten

Psychotherapie ist ein wesentliches Behandlungsmittel in der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. Adäquate Rahmenbedingungen für die in der medizinischen Rehabilitation tätigen Psychotherapeuten sind daher eine Voraussetzung für ein qualitätsgesichertes Angebot.

¹⁵BPTK Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, 2013.

¹⁶ohne Suchterkrankungen, Quelle: Reha-Bericht 2013 der DRV.

- **Leitungsfunktionen für Psychotherapeuten**

Um das Arbeitsfeld „medizinische Rehabilitation“ auch langfristig für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten attraktiv zu machen, müssen Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation entsprechend ihrer Qualifikation und ihren Aufgaben sowohl in der Organisationsstruktur als auch in ihren Arbeitsverträgen verankert werden. Auch die Stellenausschreibungen müssen demgemäß formuliert werden.

Um die Qualität der medizinischen Rehabilitation zu sichern, muss die Leitung einer Einrichtung über einen Fachkundenachweis verfügen, der dem Facharztstandard entspricht. Psychotherapeuten erfüllen diese Voraussetzung. Eine Einschränkung des leitungsberechtigten Personenkreises kann nicht mit der Berufsgruppenzugehörigkeit begründet werden, sondern allein mit der fachlich-medizinischen Kompetenz.

⇒ *Leitungsfunktionen für Psychotherapeuten sollten deshalb in den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität in den Rehabilitationseinrichtungen ausdrücklich vorgesehen werden¹⁷.*

- **Eingruppierung und Vergütung auf Facharzniveau**

Psychotherapeuten sollten entsprechend ihres Kompetenzprofils auf Facharzniveau eingruppiert werden. Dafür sollte bei den laufenden Verhandlungen zur Eingruppierung der Psychotherapeuten im Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes die Approbation ausdrücklich berücksichtigt werden. Die tarifliche Eingruppierung von Psychotherapeuten gemäß ihres Hochschulabschlusses (Diplom beziehungsweise Master) ist nicht sachgerecht.

⇒ *Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen entsprechend ihrer Qualifikation auf Facharzniveau mindestens gemäß dem Tarifvertrag für Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen, der bereits mit einigen Trägern von Rehabilitationseinrichtungen geschlossen wurde, oder in Anlehnung an den Tarifvertrag für Ärzte im öffentlichen Dienst vergütet werden.*

¹⁷Eine verantwortliche ärztliche Mitwirkung für die somatische Diagnostik und Behandlung ist in diesen Fällen zusätzlich sicherzustellen.

- **Stärkung der Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation**

Psychotherapeuten sind auch in der somatischen Rehabilitation tätig. Rehabilitanden mit chronischen körperlichen Erkrankungen leiden häufig unter komorbiden psychischen Krankheiten. In der somatischen Rehabilitation sind zwischen 16 und 25 Prozent der Rehabilitanden auch psychisch krank. Komorbide psychische Erkrankungen begründen in der Regel einen eigenen Behandlungsbedarf, sie wirken sich darüber hinaus auch ungünstig auf die Compliance sowie die Lebensqualität und auf den Krankheitsverlauf von Rehabilitanden insbesondere bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, Tumorerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen aus.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, auch in der somatischen Rehabilitation psychische Belastungen und Erkrankungen systematisch zu diagnostizieren und entsprechende psychotherapeutische Behandlungen und psychosoziale Maßnahmen vorzuhalten. Die Deutsche Rentenversicherung strebt die Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans (14) in der somatischen Rehabilitation an. Danach sollen nach auffälligem Eingangsscreening eine vertiefte psychodiagnostische Untersuchung sowie Indikationsstellung erfolgen. Inwieweit bereits eine psychotherapeutische Behandlung in der somatischen Rehabilitation angeboten werden kann, hängt dann von individuellen Faktoren der Einrichtung und des Rehabilitanden ab.

Die vorgesehenen Leistungen in der somatischen Rehabilitation erfordern die Kompetenzen eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten. Bereits jetzt ist jedoch ein Mangel an Psychotherapeuten in diesen Einrichtungen absehbar, der durch das altersbedingte Ausscheiden eines Großteils dieser Personengruppe entstehen könnte.

⇒ *Die somatische Rehabilitation sollte als attraktives Arbeitsfeld für Psychotherapeuten gestaltet werden. Leitungsfunktionen und ihre Verankerung in den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität – entsprechend der psychotherapeutischen Aufgaben in der somatischen Rehabilitation – sowie eine angemessene Vergütung zählen dazu.*

Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Der zentrale Auftrag der medizinischen Rehabilitation ist es, die Erwerbsfähigkeit zu sichern oder wiederherzustellen. Um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig zu sichern, werden auf einer breiten Basis Weiterentwicklungen der medizinischen Rehabilitation diskutiert. Diese betreffen unter anderem innovative Rehabilitationskonzepte, eine stärkere ambulante/tagesklinische Ausrichtung, einen besseren Zugang sowie die Verzahnung mit beruflicher Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung schlägt in ihrem Positionspapier (2) verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation vor, die auch die Zustimmung der BPtK finden.

- **Ausbau der ambulanten Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen**

In der ambulanten Rehabilitation machen Maßnahmen zur Behandlung bei psychischen Erkrankungen bisher nur einen geringen Anteil aus. Grund für die ambulante Rehabilitationsmaßnahme sind in 62 Prozent der Fälle Erkrankungen des Muskel-/ Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen nur in vier Prozent der Fälle (15). Eine ambulante Rehabilitation kann bei psychischen Erkrankungen sinnvoll sein. Die Nähe zum Wohnort kann die Übertragung des in der Therapie Gelernten in den Alltag unterstützen. Aber auch ein vorübergehender Abstand vom häuslichen Umfeld kann indiziert sein.

⇒ *Bei der Weiterentwicklung der Konzepte für die ambulante medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen und der Kriterien für eine ambulante Indikation sollte auf die Fachkompetenz der Psychotherapeuten zurückgegriffen werden.*

- **Stärkung der ambulanten Rehabilitationsnachsorge**

Rehabilitanden sollen die Behandlungserfolge durch die Nachsorge besser in den Alltag übertragen, stabilisieren und fortentwickeln können. Die Deutsche Rentenversicherung ist dabei, einheitliche Rahmenbedingungen für die Rehabilitationsnachsorge zu entwickeln und das Angebot insgesamt auszubauen. Die BPtK arbeitet in diesem Kontext gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung daran, den Zugang für die

Rehabilitanden zu erleichtern und die Tätigkeit für Psychotherapeuten in der Rehabilitationsnachsorge attraktiver zu machen.

- **Bessere Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation**

Um die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen besser zu sichern oder wiederherzustellen, ist eine Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation, aber auch eine bessere Verzahnung mit der medizinischen Rehabilitation notwendig. Um eine bessere Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu erreichen, bemüht sich die Deutsche Rentenversicherung schon länger um eine stärkere berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Über die Arbeitstherapie und Belastungserprobung als gesetzlich benannte Maßnahmen hinaus wird eine Integration weiterer berufsbezogener Bausteine in Diagnostik und Therapie in den Rehabilitationseinrichtungen gefördert.

⇒ *Bei der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sollte psychotherapeutisches Fachwissen genutzt werden. Zum Beispiel, wenn es um die Entwicklung von Interventionsbausteinen zur gezielten Bearbeitung beruflicher Problemlagen während der medizinischen Rehabilitation geht.*

- **Einbeziehung psychotherapeutischer Expertise**

Neben der Deutschen Rentenversicherung nimmt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bei der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der Rehabilitation und der besseren Kooperation der beteiligten Akteure im Versorgungssystem eine zentrale Rolle ein. Im Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR von 2013 bis 2015 wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass es gilt, die Expertise von Ärzten (zum Beispiel durch den Sachverständigenrat der Ärzteschaft) zu nutzen, um die Rehabilitation weiterzuentwickeln. Da Psychotherapeuten häufig die Behandler von psychisch kranken Menschen und auch bei der medizinischen Rehabilitation dieser Patientengruppe maßgeblich beteiligt sind, sollte in den Gremien der BAR neben der ärztlichen auch mehr psychotherapeutische Expertise Eingang finden.

⇒ *Zusätzlich zur Bundesärztekammer sollte auch der Bundespsychotherapeutenkammer die Möglichkeit gegeben werden, Vorschläge für die Besetzung der Sachverständigenräte der BAR zu unterbreiten.*

Schnittstelle zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Rehabilitationsmaßnahmen finden bei Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig zu spät oder gar nicht statt. Ein Drittel der Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen ist vor der Rehabilitationsmaßnahme länger als ein halbes Jahr arbeitsunfähig gewesen. Rund die Hälfte der Frührentner wegen psychischer Erkrankungen erhält in den fünf Jahren vor der ersten Rentenzahlung keine Rehabilitationsmaßnahme¹⁸. Daher wird nach Wegen gesucht, den Zugang zur medizinischen Rehabilitation anders zu gestalten. Ein Ansatz ist es auch hier, die Kompetenz der Psychotherapeuten stärker zu nutzen.

- **Verordnung von Rehabilitation durch Psychotherapeuten**

Psychotherapeuten sind in vielen Fällen die Behandler psychisch kranker Menschen. Sie können daher einschätzen, wann und welche Rehabilitationsmaßnahme für ihre Patienten sinnvoll ist. Wegen der Befugniseinschränkungen in § 73 SGB V dürfen sie aber keine Rehabilitationsmaßnahmen verordnen.

⇒ *Die Befugniseinschränkungen in § 73 SGB V sollten aufgehoben werden, um rechtzeitig und niedrigschwellig den Rehabilitationsbedarf feststellen zu können.*

- **Psychotherapeutischer Befundbericht**

Im Rahmen der Antragstellung auf medizinische Rehabilitation durch den Rehabilitanden ist bisher nur ein Ärztlicher Befundbericht vorgesehen. Psychotherapeuten als häufige Behandler von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten gleichberechtigt mit den Ärzten einen Befundbericht zur Ergänzung des Rehabilitationsantrags verfassen können.

¹⁸BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, 2013.

⇒ *In den Formularen der Deutschen Rentenversicherung zum Antrag auf medizinische Rehabilitation ist ein Psychotherapeutischer Befundbericht zu ergänzen.*

Verlässliche ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung

Über 80 Prozent der Rehabilitanden in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation werden im Anschluss an die stationäre Maßnahme eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen. Aufgrund der langen Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz gelingt die nahtlose ambulante Weiterversorgung häufig nicht. Durchschnittlich warten psychisch kranke Menschen drei Monate auf ein Erstgespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten; in der Sonderregion Ruhrgebiet sogar mehr als vier Monate (17 Wochen). Die letzte Reform der Bedarfsplanung hat zwar zu zusätzlichen Praxissitzen in ländlichen Regionen geführt, in diesen Gebieten war die Zulassungsdichte bisher aber auch äußerst niedrig. In allen anderen Regionen hat sich durch die Reform der Bedarfsplanung dagegen keinerlei Verbesserung ergeben. In diesen Regionen leben aber 74 Prozent der Einwohner der Bundesrepublik Deutschland. Ein ausreichendes ambulantes Versorgungsangebot ist die Voraussetzung für eine nahtlose psychotherapeutische Weiterbehandlung im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme.

⇒ *Um in den Großstädten des Ruhrgebiets und den städtischen Kreisen des Ostens flächendeckend eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung zu schaffen, muss die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf angepasst werden. Deshalb fordert die Bundespsychotherapeutenkammer im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes eine weitere Reform der Bedarfsplanung.*

Methoden

Stichprobe

Die Daten, auf der die dargestellten Ergebnisse beruhen, stammen aus einer Befragung der angestellten Psychotherapeuten, die die BPTK im Frühjahr 2013 zusammen mit dem IGES Institut durchgeführt hat.

Über die Landespsychotherapeutenkammern wurden alle Psychotherapeuten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen (circa 15.000), angeschrieben und darum gebeten, an der Online-Befragung teilzunehmen.

Die Gesamtzahl aller abgeschlossenen Fragebögen belief sich auf 4.229. Ausgewertet werden konnten die Daten von 3.874 Fragebögen. 355 Fragebögen mussten von der Auswertung, zum Beispiel aufgrund von Inkonsistenzen (N = 14) oder aufgrund von Berentung der Befragten (N = 122), ausgeschlossen werden.

Den vertieften Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation haben insgesamt 597 Psychotherapeuten beantwortet. Diese Daten sind die Grundlage für die Auswertungen und Ergebnisse im zweiten Teil dieser BPTK-Studie. Von den Befragten, die in Einrichtungen mit mehreren Schwerpunkten tätig sind, wurde nicht angegeben, in welchem Schwerpunkt sie vorrangig tätig sind. Um eine Unterscheidung zwischen den großen Schwerpunkten Psychosomatik, Sucht und Somatik in der medizinischen Rehabilitation vornehmen zu können, wurden für die folgenden Ergebnisse die Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als einem Behandlungsschwerpunkt aus der Stichprobe herausgenommen. Im Weiteren wurden die Angaben der Befragten getrennt nach den Behandlungsschwerpunkten „nur Psychosomatik“, „nur Sucht“ und „irgendeine somatische Indikation“ ausgewertet. Aus allen drei Schwerpunkten haben etwa gleich viele Psychotherapeuten geantwortet (Psychosomatik N = 131, Sucht N = 126, Somatik N = 145).

Aussagen zur Versorgungsqualität bei einzelnen psychischen Erkrankungen haben 370¹⁹ der 597 Befragten getroffen. Diese werden im dritten Teil der BPtK-Studie dargestellt.

Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut und mit Beratung durch Gremien der BPtK sowie den Einbezug weiterer Experten entwickelt. Im Vorfeld wurden zwei konzeptionelle Workshops durchgeführt und eine gesonderte Arbeitsgruppe eingerichtet, an denen neben Mitarbeitern der BPtK und des IGES Instituts auch Vertreter des Länderrats sowie Vertreter der Ausschüsse „Psychotherapie in Institutionen“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ teilnahmen.

Die Formulierungen der einzelnen Fragebogenmodule wurden in mehreren Feedbackschleifen zwischen dem IGES Institut und einem Review-Board der BPtK abgestimmt und in der finalen Version auf der Online-Befragungsplattform des IGES Instituts implementiert. Vor Beginn der Feldphase wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen, an welchem sich insgesamt elf angestellte Psychotherapeuten aus unterschiedlichen beruflichen Tätigkeitsfeldern beteiligten. Ziele der Vorabbefragung waren insbesondere die Prüfung der Funktionalität der Online-Version des Fragebogens, die Ermittlung der Gesamtbearbeitungsdauer sowie die Identifikation möglicher Optimierungspotenziale hinsichtlich der Verständlichkeit und Eindeutigkeit der einzelnen Fragen. Die Rückmeldungen der Teilnehmer wurden mithilfe eines teilstandardisierten Kurzfragebogens erfasst.

¹⁹Neben den Befragten, die eindeutig der Psychosomatik zugeordnet werden konnten, wurden hier auch die Angaben von Befragten eingeschlossen, deren Einrichtung mehrere Schwerpunkte, unter anderem einen psychosomatischen Schwerpunkt, haben.

Literatur

- (1) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg., Reha-Bericht 2013 – Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik (http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/rehabbericht_2013.pdf?blob=publicationFile&v=5).
- (2) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg., Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung (http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf).
- (3) Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., Nübling, R. (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Huber Verlag: Bern.
- (4) Bengel, J., Gall, H., Grande, G., Küch, D., Mittag, O., Schmucker, D., Spijkers, W., Arling, V., Jahed, J., Lutze, B. & Morfeld, M. (2013). Aus-, Fort- und Weiterbildung „Psychologie in der Rehabilitation“. Die Rehabilitation, 53, 124-130.
- (5) Worringen, U. & Küch, D. (2010). Psychologische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation der DRV-Bund. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- (6) 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(3), S. 142-150.
- (7) Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2011). Befragung der Psychologischen Dienste zu Strukturen und Praxis in den stationären Rehabilitationseinrichtungen. Ergebnisbericht. Die Rehabilitation. Online-Publikation: Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1280821> [18.01.2012].
- (8) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg. Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, 2010.
- (9) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg. Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, 2014 (http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.pdf?blob=publicationFile&v=9).

- (10) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf, 2009.
- (11) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg. Reha-Therapiestandards Depressive Störungen – Leitlinie für die medizinische Rehabilitation (http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=rts_depression.pdf).
- (12) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg. Rehabilitation, 2013, Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 199.
- (13) Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Hrsg. S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“, AWMF-Leitlinie, 2012.
- (14) Deutsche Rentenversicherung (DRV), Hrsg. Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation (http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=broschuere_psych_komorb.pdf).
- (15) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Hrsg. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014 (http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung01.pdf).