

Klinische Psychologen und Psychotherapeuten in der med. Rehabilitation - Aufgaben und Stellenbedarf in den somatischen Kliniken

Position des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

Neue wissenschaftliche und konzeptuelle Entwicklungen in der Rehabilitation

Einleitung: Seit Beginn der 70er Jahre ist die Rehabilitationspsychologie ein wesentlicher Faktor im therapeutischen Angebot von Rehabilitationskliniken. Entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Rehabilitation sind auch die Aufgaben für Psychologen¹ stetig gewachsen. Nicht Schritt gehalten mit dieser Entwicklung hat jedoch die adäquate Berücksichtigung der Psychologie in den Stellenplänen. Hier wird noch immer eine viel zu geringe Kapazität festgeschrieben, was die berufliche Tätigkeit von Psychologen in den Kliniken deutlich unterschätzt und einschränkt. Schon in den Empfehlungen der Reha-Kommission Anfang der 90er Jahre wurden eine Fülle psychologischer Aufgaben in der Rehabilitation beschrieben, die dann aber in einem Missverhältnis zum definierten Stellenschlüssel für Psychologen in den Kliniken standen (ein oder zwei Mitarbeiter für 150 bis 200 Patienten). Hieraus wird deutlich, dass zwar die Inhalte der psychologischen Interventionen schon damals als wesentlich eingestuft wurden, jedoch deren umfangreiche Bedeutung für die Erreichung der angestrebten Rehabilitationsziele noch nicht hinreichend erkannt worden war.

Zwischenzeitlich haben sich die Anforderungen an die Rehabilitation stark verändert. Dies zeigt sich z.B. beim Leitthema des 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums 2004, das mit dem Titel „Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation“ explizit auf den Stellenwert psychologischer Aufgaben und Anforderungen in der Rehabilitation hinweist. Denn die Entwicklung und Förderung dieser Kompetenzen bei den Rehabilitanden ist Gegenstand der Wissenschaft Psychologie, die hierfür entsprechende Interventionsmethoden erarbeitet hat.

War der biopsychosoziale Ansatz in der Rehabilitation zunächst noch eher ein Zukunftsparadigma, ist er heute im Begriff, mehr und mehr zu ihrer tatsächlichen Basis zu werden.

1. Das biopsychosoziale Modell – die konzeptuelle Grundlage der modernen Rehabilitation – beschreibt bekanntlich sowohl die funktionalen Zusammenhänge der Krankheitsentstehung als auch ihrer Folgen und Bewältigungsmöglichkeiten. Die Psychologie hat insbesondere in ihren verhaltenstherapeutischen Forschungen hierzu einschlägige Erkenntnisse erarbeitet und daraus eine Vielzahl konkreter Interventionsmethoden entwickelt (z.B. Psychoedukation, Curricula, Trainingsstrategien, Therapieverfahren), die den Patienten in die Lage versetzen, sein Gesundheits- und Bewältigungsverhalten aktiv zu verändern. Erst dadurch kann er den modernen Rehabilitationszielen gerecht werden. Psychologisch fundierte Methoden sind von daher in der medizinischen Rehabilitation zunehmend gefordert bzw. werden auch in den fortschrittlichen somatischen Kliniken zunehmend eingesetzt. Befriedigende Resultate lassen sich aber nur dann erwarten, wenn diese Interventionsmethoden in fachlich angemessener Stundenzahl durchgeführt werden können.² Dies ist in der Praxis jedoch oft nicht der Fall. Ein zu geringes Stellenkontingent führt hier dazu, dass wichtige Therapieziele nur zum Teil oder gar nicht erreicht werden können.

2. Neue Erkenntnisse über das Ausmaß psychischer Komorbidität bei organisch erkrankten Patientinnen und Patienten in der medizinischen somatischen Rehabilitation weisen auf einen weiteren wesentlich höheren psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionsbedarf hin. Was sich schon seit längerer Zeit in Dokumentationen und Diskussionen der in der Klinikpraxis tätigen Kolleginnen und Kollegen – auch anhand konkreter Zahlen belegbar – an thera-

¹ Zur Vereinfachung des Sprachductus wurde auf eine differenzierende Benennung der Geschlechter verzichtet.

² Vor einigen Jahren hat hierzu Karl W. Höfler beispielhaft entsprechende Kalkulationen durchgeführt (Höfler, 2001).

peutischem Bedarf abzeichnete³, wird nun durch aktuelle klinikübergreifende wissenschaftliche Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen eindrucksvoll bestätigt.⁴ Die bisherigen Basiskonzeptionen der Rehabilitation und die auf ihnen basierenden maßgeblichen Orientierungsstellenpläne berücksichtigen diesen Sachverhalt bislang nicht.

3. Im klassischen Bereich psychologischer Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation, bei den Interventionen zum Aufbau und zur Förderung von Gesundheitsverhalten und Bewältigungskompetenzen im Umgang mit einer Erkrankung und ihren Folgen, wurden in der jüngeren Vergangenheit wichtige Fortschritte erzielt:

◇ Das allgemeine indikationsübergreifende Gesundheitsbildungsprogramm ist vor einigen Jahren vom VDR überarbeitet worden⁵. Das neue Konzept ist inhaltlich erweitert (ressourcenorientiert, Einbeziehung des Salutogenese-Modells) und stellt höhere Ansprüche an die Didaktik. Es stellt eine deutliche Verbesserung in diesem Bereich dar, aber auch Mehrarbeit für die Psychologen.

◇ Zusätzlich zur allgemeinen Gesundheitsbildung wurden in der Rentenversicherung neue anspruchsvolle indikationsspezifische Patientenschulungen entwickelt: psychoedukative Verfahren, Curricula und Trainingseinheiten, die einen zusätzlichen zeitlichen Bedarf für Psychologen mit sich bringen⁶.

◇ Darüber hinaus gewinnen indikationsspezifische Schulungen, die von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften entwickelt wurden, zunehmend an Bedeutung und werden von einzelnen Kostenträgern aufgrund nachgewiesener Erfolge eingefordert.⁷

Insgesamt sehen wir auf dem Gebiet der Gesundheitsschulungen und dem Aufbau von Bewältigungskompetenzen ein Verbesserungspotenzial dahingehend, dass nicht etwa nur Vorträge oder kurze Informations-Seminarstunden angeboten werden, sondern Trainingsmöglichkeiten, die auf verhaltenstherapeutischer Grundlage auch Verhaltensänderungen für den Alltag der Patienten ermöglichen, so dass ein nachhaltiger Erfolg der Rehabilitation in diesem Bereich gewährleistet wird. So kann beispielsweise nur ein Schmerzbewältigungstraining mit entsprechender Stundenzahl, nicht aber ein bloßer Vortrag oder ein theoretisches Seminar zur Schmerzverarbeitung eine tatsächliche Änderung des Bewältigungsverhaltens bei chronischem Schmerz erwarten lassen.

4. Neue Aufgabenfelder der Rehabilitationspsychologie ergeben sich zusätzlich in der Diagnostik. Zwischenzeitlich wurden valide und ökonomische psychologische Screeninginstrumente entwickelt, die es erlauben, den tatsächlichen Bedarf an psychologischer Betreuung bzw. psychotherapeutischer Maßnahmen objektiver abzuschätzen, als dies bisher im klassischen Zuweisungsverfahren aufgrund von Anamneseerhebung oder Arztbeurteilung der Fall war.

Viele Leitlinien, die im Sinne der evidenzbasierten Medizin in den letzten Jahren im Expertenconsens entwickelt worden sind, fordern daher auch ein valides Screeningverfahren.

In der sozialmedizinischen Beurteilung gewinnen psychologische Parameter an Bedeutung, so dass auch hier psychologische Stellungnahmen erforderlich werden.

³ Schon in den 90er Jahren wurde auf der Basis von Klinikstatistiken auf das Ausmaß psychischer Störungen in der somatischen Rehabilitation und das damit zusammenhängende Versorgungsdefizit hingewiesen (zuletzt z.B. in Casper et al. 1999).

⁴ Aktuelle Studien sind v.a. aus der Arbeitsgruppe um Härter & Bengel (Universität Freiburg) veröffentlicht worden. Härter et al. (2004) gehen davon aus, dass (je nach Hauptdiagnose) 16,4% bis 25,0% der Patienten in der medizinischen Rehabilitation eine psychische Störung haben und schreiben weiter: „Es ist damit zu rechnen, dass jeder vierte bis sechste Rehabilitand eine behandlungsbedürftige komorbide psychische Störung aufweist.“

⁵ Das Gesundheitsbildungskonzept des VDR aus dem Jahr 2000: „Aktiv Gesundheit fördern“ ist das Nachfolgeprogramm der sog. „grünen Reihe“ von 1984: „Gesundheit selber machen“.

⁶ Indikationsbezogene Curricula – Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) aus dem Jahr 2003.

⁷ Als Beispiel seien hier die Schulungsprogramme des Arbeitskreises Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie genannt.

5. Es ergeben sich darüber hinaus noch weitere Aufgaben für Psychologen in Reha-Kliniken: Indem der biopsychosoziale Ansatz die Interdisziplinarität erfordert, wird hierzu auch eine entsprechende Personalentwicklung gebraucht. Zwar ist schon seit langem von Teamarbeit in der Rehabilitation die Rede, in der Praxis zeigen sich jedoch bei deren Umsetzung in den Kliniken aus verschiedenen Gründen⁸ große Unterschiede. Von daher wird hier ein erheblicher Bedarf an kontinuierlicher psychosozialer Fortbildung für das gesamte Reha-Team erkennbar. In wissenschaftlichen Projekten wurden hierzu in den letzten Jahren praxisorientierte Seminar-einheiten erprobt und evaluiert, in denen spezielle psychosoziale Fähigkeiten für Mitarbeiter aller Abteilungen zur Umsetzung der Patientenorientierung in der Rehabilitation trainiert werden und die den anderen Berufsgruppen im Reha-Team durch Psychologen zu vermitteln sind⁹.

Psychosoziale Kompetenzen von Führungskräften und Mitarbeitern sind für ein modernes Klinikmanagement von großer Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Einführung innovativer Maßnahmen und deren Akzeptanz sowie für die Mitarbeiterzufriedenheit.

Die Weiterentwicklung der Teamfähigkeit und Teamarbeit z.B. durch Angebote in der interdisziplinären Fortbildung oder durch andere geeignete Maßnahmen ist insbesondere eine Aufgabe für Psychologen, da diese von ihrer Ausbildung her die entsprechenden Basiskompetenzen hierfür mitbringen.

6. Psychologen werden aufgrund ihrer methodischen Kenntnisse und Erfahrungen in der Gruppenleitung zunehmend im Qualitätsmanagement und in der Qualitätssicherung der Reha-bilitationskliniken eingesetzt. Dies kann vor Ort z.B. dadurch geschehen, dass Psychologen einen Qualitätszirkel leiten oder Klinikprojekte zu bestimmten konkret definierten Fragestellungen durchführen oder moderieren. Die Mitarbeit in der Qualitätssicherung ist im Konzept der medizinischen Rehabilitation explizit vorgesehen.

7. In der Evaluation von Therapien oder Projekten ist die Qualifikation von Psychologen für die Kliniken nutzbringend und wird immer wieder in Anspruch genommen, auch wenn hier mit externen Institutionen zusammen gearbeitet wird. In solchen Fällen ist der Zeitaufwand für Psychologen bei der Stellenkalkulation entsprechend zu berücksichtigen.

Fazit: Will man den im Grundsatz von allen Beteiligten gewollten Anspruch der Rehabilitation, auf der Basis eines biopsychosozialen Modells zu arbeiten, konsequent umsetzen – mit modernen Methoden und patientenorientiert mit dem Ziel des Selbstmanagements der Rehabilitanden – und will man dabei neuen Erkenntnissen gerecht werden und auch längerfristig effektiv sein, dann ist das mit einem deutlich höheren Arbeitsaufwand im psychologischen Bereich verbunden.

Aktuelle strukturelle und gesundheitspolitische Entwicklungen

Bei unserer Forderung nach einer Erweiterung und Differenzierung des Stellenkontingents für Psychologen sehen wir durchaus den immer stärker gewordenen finanziellen und politischen Druck im gesamten Gesundheitswesen. Enger begrenzte Zeitressourcen, aber auch die Veränderungen im Ausmaß der Erkrankungen und die erschwerten beruflichen Wiedereingliederungs-chancen für Rehabilitanden sind Rahmenbedingungen, die bei der Konzeptentwicklung und praktischen Durchführung der Rehabilitation angemessen zu berücksichtigen sind.

Eine größere Standardisierung und Mengensteigerung therapeutischer Maßnahmen bei be-grenzter Zeit und Leistungskapazität ist zu beobachten, und dabei gleichzeitig auch eine weiter gehende Spezialisierung der Einrichtungen.

⁸ motivationale Faktoren, tradierte Führungskonzepte, Orientierung an akutmedizinischen Organisationsformen o.ä.

⁹ Die Arbeitsgruppe von F.A. Muthny und A. Mariolaku am Institut für Medizin, Psychologie der Universität Münster hat in den letzten Jahren den Bedarf an psychosozialer Fortbildung in der Rehabilitation und die Inanspruchnahme entsprechender von ihr entwickelter Angebote näher untersucht.

1. Dem Prinzip der Effizienz muss Rechnung getragen werden. Das macht die hier skizzierte Thematik eher noch dringlicher, denn dies erfordert eine klare Prioritätensetzung bei den Interventionen.

Es sind nämlich gerade die Interventionen gefordert, die bei begrenzten Ressourcen ein Maximum an Verbesserungen im gesundheitlichen Status der Patienten erwarten lassen.

Eine stärkere Berücksichtigung psychologischer und psychotherapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation – und damit ein besserer Stellenschlüssel – wird genau diesem Gebot der größeren Effektivität und Effizienz gerecht. Denn die von der Rehabilitationspsychologie und insbesondere der Verhaltenstherapie bereit gestellten Methoden sind der Weg zum Ziel der Rehabilitation nach Erhöhung der „Selbstkompetenz“ im Umgang mit der Krankheit und den Krankheitsfolgen. Sie bieten damit erst die Chance größerer Nachhaltigkeit und gewährleisten Verbesserungen hinsichtlich eines umfassenderen und längerfristigen Rehabilitationserfolgs. Denn die Erfolgskriterien der Rehabilitation sind nicht nur die medizinischen Parameter, sondern vor allem auch ein besseres Gesundheits- und Bewältigungsverhalten der Rehabilitanden.

2. Im SGB IX sind als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowohl die Leistungen der Klinischen Psychologie (§ 26 Abs. 2) als auch die Psychotherapie (§ 26 Abs. 5) explizit genannt.

3. Ein wichtiger Anlass für die Revision der Stellenplanung für Psychologen und Psychotherapeuten in den Rehabilitationskliniken ergibt sich auch als Konsequenz des Psychotherapeutengesetzes – und der Notwendigkeit, Aufgaben und Stellenwert von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und ihr Verhältnis zu den „klassischen“ Klinischen Psychologen (Diplompsychologen) festzulegen, da nur die Psychotherapeuten berechtigt sind, eigenständige Heilbehandlungen bei Störungen mit Krankheitswert durchzuführen. Da psychische Erkrankungen auch in der somatischen Rehabilitation häufiger auftreten als bisher bekannt, ist die Relevanz des Psychotherapeutengesetzes für die Patientenversorgung in den Rehabilitationskliniken gestiegen.

4. Entsprechende Tätigkeitsbeschreibungen für die Aufgaben und die Qualifikation der klinisch-psychologisch spezialisierten Diplompsychologen, der approbierten Psychotherapeuten sowie auch für – in Zukunft zu erwartende – Absolventen weiterer psychologischer Hochschulabschlüsse (Dipl.-Rehabilitationspsychologen (FH), Bachelor- und Master-Studiengänge) sind daher differenziert zu definieren.

Insgesamt gilt: Es muss zur Gewährleistung von Effizienz ein Qualitätsstandard psychologischer und psychotherapeutischer Leistungen und Therapiezeiten in der Rehabilitation garantiert werden, der der Bedeutung der Psychologie zur Erreichung der Rehabilitations-Ziele – und damit des Reha-Erfolgs – angemessen entspricht.

Berufs- und gesundheitspolitische Zielsetzungen für die nahe Zukunft

Aus den hier dargestellten Entwicklungen und Zusammenhängen ergibt sich zwingend ein erheblicher Mehr-Bedarf für Psychologenstellen, da die Psychologen in den hier skizzierten Bereichen die fachlich benötigten Kompetenzen mitbringen.

Für den Bereich der Erkrankungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, sind darüber hinaus Psychologische Psychotherapeuten zu fordern.

Auf der Basis des hier dargestellten Begründungszusammenhangs ergeben sich folgende Grundsätze:

Grundsätze zur psychologischen Versorgung in der medizinisch-somatischen Rehabilitation

Die folgenden Grundsätze haben das Ziel, eine angemessene und effiziente Versorgung der Rehabilitationspatienten sicher zu stellen und die Inhalte der rehabilitationspsychologischen Arbeit auf den aktuellen Stand der Forschung und Konzeptentwicklung zu bringen.

1. In der medizinisch-somatischen Rehabilitation müssen die aktuellen Stellenkapazitäten der Klinischen Psychologie und Psychotherapie aufgrund neuer Anforderungen vergrößert werden: Die konsequente Verwirklichung des biopsychosozialen Ansatzes, das größere Ausmaß psychisch Erkrankter, neue Schulungsprogramme, eine bessere Diagnostik, die Einführung von Screeningverfahren, sowie neue Aufgaben in der Team-Fortbildung, Qualitätssicherung und Evaluation erfordern mehr psychologisches Fachpersonal.
2. In Anbetracht der Anforderungen im psychotherapeutischen Bereich und je nach Umfang der Schulungs- und Trainingsangebote für die Rehabilitanden ist in der somatischen Rehabilitationsklinik ein Stellenschlüssel von 1:45 bis 1:60 (Psychologe/in zu Patientenanzahl) als angemessen anzusehen.
3. An jeder Rehabilitationsklinik sollte mindestens eine Stelle mit einem Psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden. Übergangsweise kann diese Tätigkeit auch von einem Psychologen ausgeübt werden, der eine Ermächtigung zur Ausübung von Psychotherapie als Heilkunde besitzt.
4. Aufgrund der umfangreichen Aus- und Weiterbildung und der daraus resultierenden spezifischen Qualifikation sind die Psychologischen Psychotherapeuten (analog ihrem Status in der Niederlassung) zu eigenständiger Fachaufsicht befähigt und in der Klinikhierarchie einem Facharzt gleichzustellen. Sie leiten die entsprechenden Fachabteilungen.
5. Muster-Tätigkeitsbeschreibungen für Klinische Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten in der Rehabilitationsklinik, in denen die einzelnen beruflichen Aufgaben näher beschrieben werden, sind zu erarbeiten.
6. In der inhaltlichen Arbeit ist verhaltensmedizinisches Denken und Handeln bei allen Mitgliedern des Reha-Teams gefordert. Verhaltenstherapeutische Methoden und Verfahren müssen dabei so zum Einsatz kommen, dass die medizinischen und psychologischen Rehabilitationsziele effizient erreicht werden.
7. Ein besseres Verständnis der Bedeutung der psychologischen Therapieverfahren im Ensemble aller Anwendungen und Rehabilitationsziele ist bei den Trägern und Kliniken dringend erforderlich. Entsprechende Informationen und Diskussionen sind hierzu notwendig, und darauf aufbauend die angemessene Weiterentwicklung der konkreten Therapiepläne vor Ort.

Der Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation empfiehlt die möglichst rasche Umsetzung dieser Grundsätze und bietet hierzu seine praktische Unterstützung an.

AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation

Dipl.-Psych. Siegfried Casper
Lahntalklinik der LVA Rheinprovinz
Emser Str. 37
56377 Nassau / Lahn
e-mail: sigicasper@gmx.de

Literatur

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (1993). Chronische Polyarthritits – ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. Oppenheim: Verlag Patients's Care Mainz (2. Auflage 2000)

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (1998): Morbus Bechterew und andere Spondylarthropathien – ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. Oppenheim: Verlag Patients's Care Mainz

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (1998): Fibromyalgie – ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. Oppenheim: Verlag Patients's Care Mainz

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (2003). Indikationsbezogene Curricula – Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: BfA-Eigenverlag

Casper, S., Kuhn, J., Kühn, W. & Merguet, P. (1999). Psychische Störungen bei internistischen und orthopädischen Patienten – Komorbidität und ihre Bedeutung für die Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 31 (1), S.101-118

Härter, M., Baumeister, H., Hahn, D. & Bengel, J. (2004). Psychische Störungen bei Rehabilitanden mit chronischen körperlichen Erkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.). Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften, Band 52, S.306-307

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2002). Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Die Rehabilitation, 41, S.367-374.

Höffler, K.W. (2001). Ein Modell zur Kalkulation des Personalbedarfs psychologischer Dienste in Reha-Kliniken mit somatischem Schwerpunkt. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP), Anpassungsstörungen und Veränderungspotenziale. Beiträge zur 19. Jahrestagung 2000 in Bad Eilsen, S.291-302. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Mariolakou, A. & Muthny, F.A. (2003). Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Inanspruchnahme entsprechender Angebote von Reha-Fachkräften. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.). Rehabilitation im Gesundheitssystem. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2003 in Bad Kreuznach. DRV-Schriften, Band 40, S.258-260.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2000). Aktiv Gesundheit fördern. Stuttgart: Schattauer

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1984). Gesundheit selber machen. Frankfurt/Main: Eigenverlag

Hinweis

Es gibt eine Vielzahl veröffentlichter Trainingsprogramme zu Bewältigungskompetenzen und Gesundheitsverhalten, die nicht rehabilitations-spezifisch sind, aber in bestimmten Anteilen oder Modifikationen an Kliniken im Rahmen individueller Konzepte eingesetzt werden. Insofern sind die obigen Literaturangaben exemplarisch zu verstehen.