

Perspektiven der Psychotherapie in der Rehabilitation

Vortrag
Ringvorlesung Rehabilitation
Universität Freiburg, WS 2007/2008
06.11.2007

Dr. Dietrich Munz



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

munz@lpk-bw.de / www.lpk-bw.de

Überblick

- **Historische Entwicklung der ambulanten und stationären Psychotherapie**
- **Kammeraufgaben**
- **Stellung der Psychologischen Psychotherapeuten**
- **Aufgaben, Ziele der Reha, Theoriemodell, ICF**
- **Psychische Komorbidität primär körperlicher Erkrankungen, Prävalenz psychischer Erkrankungen**
- **Diagnostik psychischer Erkrankungen/Komorbidität**
- **Indikation zu psychologischen/ psychotherapeutischen Interventionen**
- **Konsequenzen/Forderungen aus Sicht der Kammer**

Historische Entwicklung Psychotherapie

„Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein eben solches Recht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. ... dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um ... (ihre Patienten) durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltlich sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet ...“

Sigmund Freud, 1918

Historische Entwicklung Psychotherapie II

- 1941 Diplom Psychologie
- 1967 Aufnahme analytische PT in die PT-Vereinbarungen und – Richtlinien
- 1971 Delegationsverfahren „ärztlich geleiteter“ Psychotherapie
- 1975 Psychiatrie-Enquete
- 1976 Erweiterung PT-Richtlinien auf chronisch neurotische Erkrankungen
- 1980 VT seitens Ersatzkassen im Delegationsverf.
- 1983 BVG: Psychotherapie = Heilkunde, TK-Modell
- 1987 VT drittes Richtlinienverfahren
- 1991 Forschungsgutachten zum PTG
- 1993 PT-Gesetzentwurf
- Juni 1998 PTG-Veröffentlichung im BGesBlatt

Psychotherapeutengesetz § 1 (3)

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (...) Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Generelle Kammeraufgaben

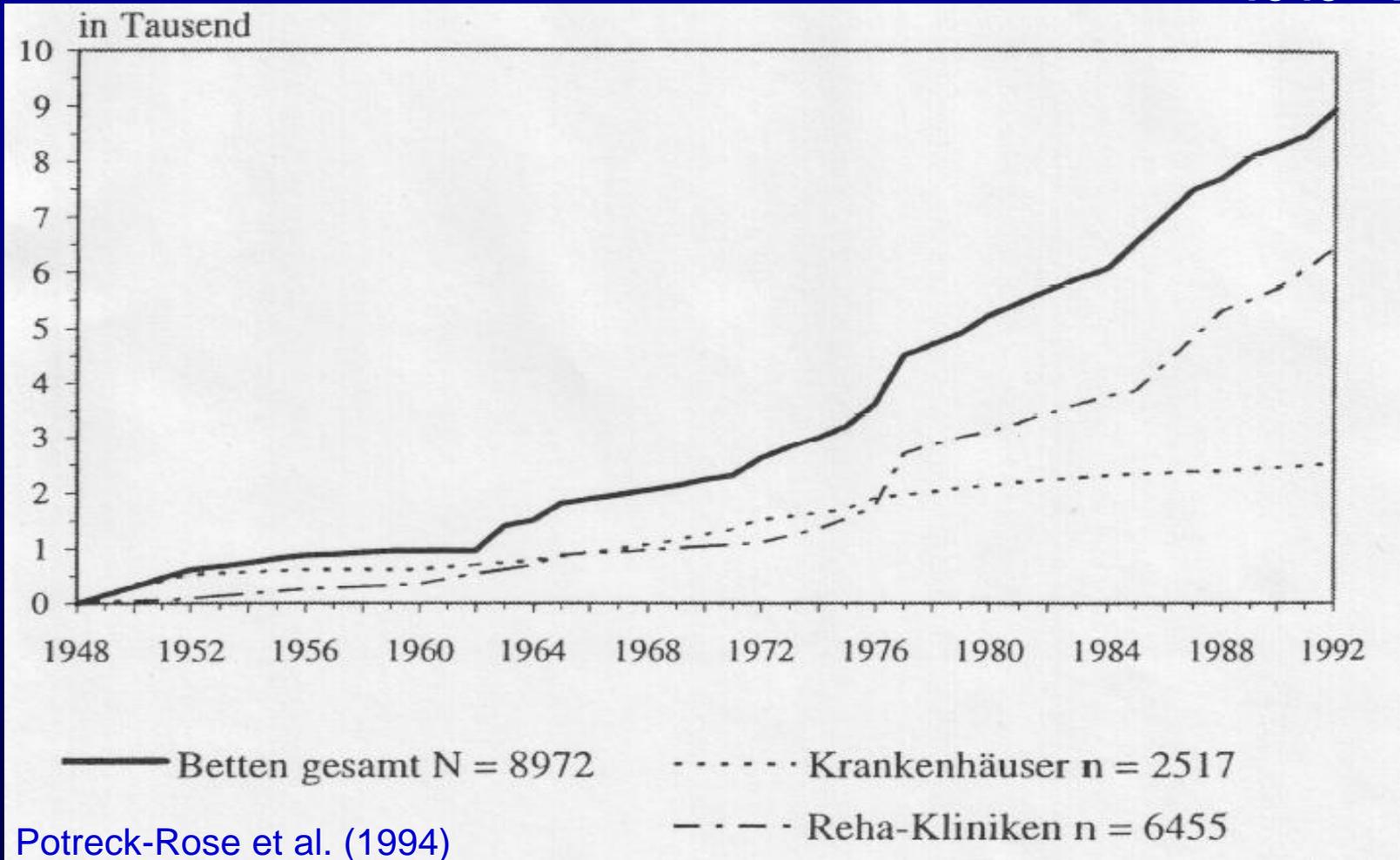
- **Wahrnehmung beruflicher Belange**
- **Überwachung der Berufspflichten**
- **Förderung der Aus- und Fortbildung**
- **Weiterbildungsregelung**
- **Qualitätssicherung**
- **Information und Beratung von Patienten**
- **Beratung und Unterstützung öffentlicher Stellen**
- **Mitwirkung an Prävention und Gesundheitsförderung**

Historische Entwicklung: Stationäre psychotherapeutische/ psychosomatische Versorgung

- **1927: Ernst Simmel gründet „Psychoanalytische Klinik“ in Berlin**
- **1929: V. von Weizsäcker und L. Krehl gründen erste stationäre Einrichtung für psychosomatische Erkrankungen in Heidelberg**
- **1939-45: Unterbrechung weiterer Entwicklungen im Nationalsozialismus**
- **nach 1945: zunächst nicht-universitäre Einrichtungen (z.B. LKH Tiefenbrunn, Wiegmann Klinik Berlin)**
- **Ab ca. 1960: Etablierung der Psychosomatik und Psychotherapie an den medizinischen Fakultäten**

Bettenkapazität Psychosomatik Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken

1948 - 1992



Psychologie/Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

- „Psychosomatische“ Reha seit Mitte der 1960er Jahre, zunächst nur psychoanalytisch, z.B. Gengenbach, Schömberg (ausgehend von „Umkircher Schule“, Uexküll, Enke etc.)
- Ab 1980er Jahre verhaltenstherapeutische Kliniken (z.B. Bad Dürkheim, Windach, Prien)
- Wichtige Säule in der Reha sowie im Gesundheitswesen, jährlich über 100.000 Behandlungen, gut evaluiert, Kosten-Nutzen-Relation von ca. 1:4 (Zielke, 2007, vgl. auch Metaanalyse des Forschungsverbundes RFV, Steffanowski et al., 2007)

Stellenschlüssel Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik

Bettenzahl je Arzt bzw. Psychologe

Potreck-Rose et al. (1994)	Krankenhaus	Reha-Klinik	Reha tiefenpsych.	Reha Verhaltenstherap.
Ärzte	5,7	10,4	10,0	11,7
Psychologen	17,7	34,3	43,5	10,2

VDR (2000), Schulz et al. (in press)			Reha tiefenpsych.	Reha Verhaltenstherap.
Ärzte			11,6	15,6
Psychologen			45,5	17,9

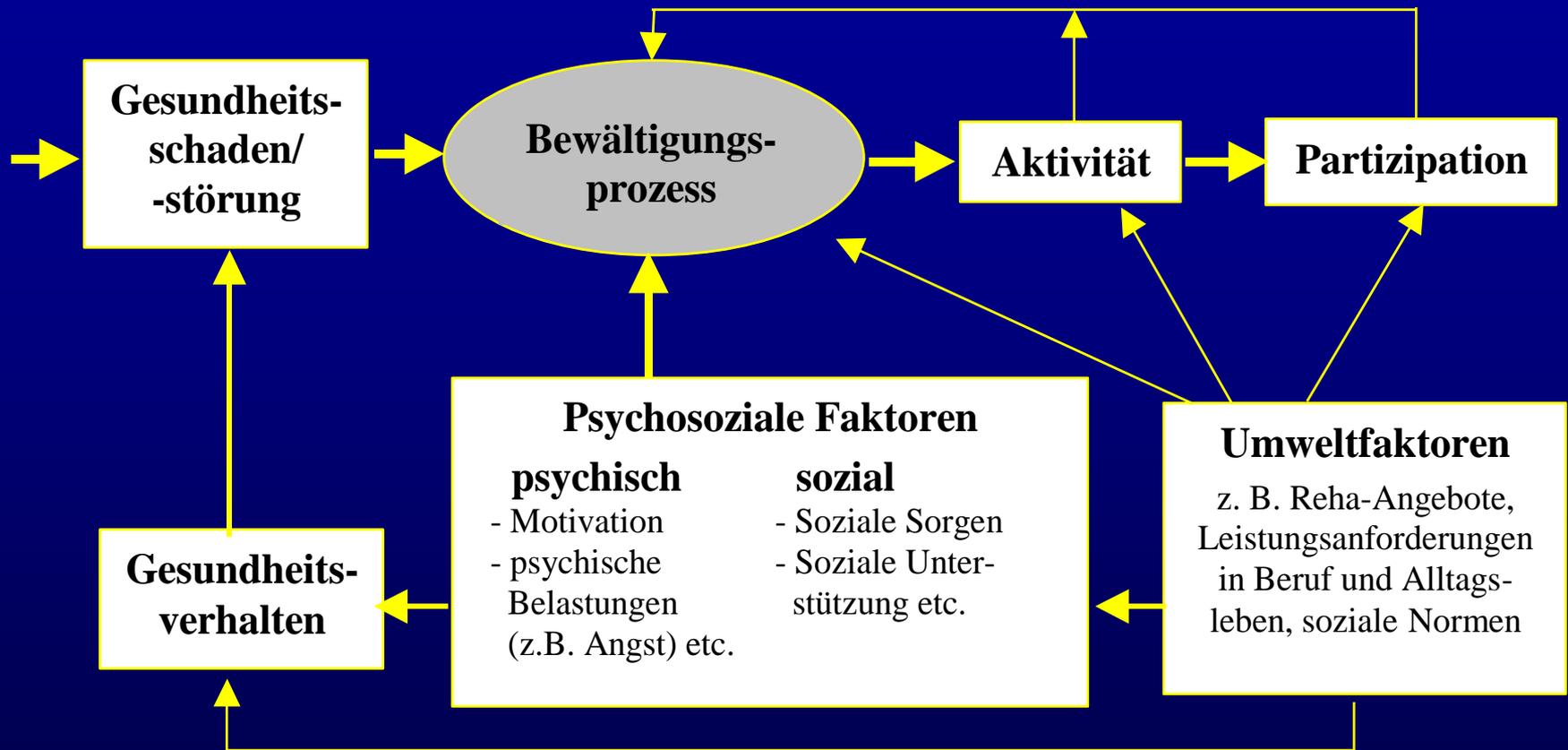
Berufsrechtliche Stellung von Psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der Krankenhäuser

- **in gesetzlichen Regelungen nicht näher definiert**
- **Versuch der LPK, auf die Gesetzgebung zur Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes BW Einfluss zu nehmen**
- **Ziel: Beruf der PP als eine den Ärzten gleichzustellende Berufsgruppe mit eigenständiger Erbringung von Heilkunde gesetzlich verankern**
- **Ablehnung im Anhörungsverfahren mit der Begründung, dass dann Regelungen für alle 20 im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen geschaffen werden müssten**
- **Argumentation skandalös, da die im PTG geregelte Stellung als Heilberuf abgewertet wird**

KTL 2007: Qualifikation Psychologischer Psychotherapeuten

- **Ziel der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL):** Abbildung, Bewertung und Sicherung der Prozessqualität der medizinischen Rehabilitation
- **Festlegung von Mindestanforderungen der therapeutischen Leistungserbringung**
- **KTL 2007 (5. Auflage) → Anpassung an das Psychotherapeutengesetz**
- **Kapitel G „Psychotherapie“:** Psychotherapeutische Leistungen des Kapitels unterliegen Psychotherapeutengesetz
- **→ Leistungen dürfen nur von entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten ausgeführt werden**

Theoriemodell der Rehabilitation ↔ Bio-psycho-soziales Modell



Gerdes & Weis (2000), Gerdes, Bengel & Jäckel (2000)

Diagnostik psychischer Störungen - Indikation zu Psychotherapie

- **Kritik von Gerdes/Jäckel (1995) zur Diagnostik psychischer Problemlagen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation**
- **zentrale Schwachstelle: zahlreiche Patienten mit auffälligen psychischen Belastungen werden von Rehabilitationsmedizinern als „unauffällig“ oder „leicht“ eingeschätzt**
- **Folge: gravierende psychische Belastungen werden von den Behandlern häufig übersehen/unzureichend wahrgenommen und**
 - **→ werden nicht im Therapieplan berücksichtigt**
 - **→ Indikation zu psychotherapeutischen Interventionen**

Prävalenz psychischer Störungen in Prozent

	Bev	MSE	HT	KHK	KV	Asthma
NIMH ECA (6 Monate)	18	25	22	35		
NIMH ECA (Lebenszeit)	33	50	34	50		
Härter et al (12 Wochen)		47			64	
Härter et al (Lebenszeit)		34			55	
Härter et al. (Komorbidität)		63			53	
Baumeister et al. (Lebenszeit)						37

Bev: Bevölkerung, MSE: Musculoskelettale Erkrankungen; HT: Hypertonie
KHK: Koronare Herzerkrankungen; KV: Kardiovaskuläre Erkrankungen (in der Reha)

Konsequenzen aus der Prävalenzforschung

- **Identifikation psychischer Störungen über effiziente Screeningverfahren**
- **Festlegung auf Cut-off-Untergrenze → Erfassung möglichst vieler komorbid erkrankter Patienten**
- **Vertiefende differentialdiagnostische Untersuchung identifizierter Patienten durch psychologische Mitarbeiter oder speziell geschulte Ärzte**
- **Erfassung von Behandlungsmotivation und Inanspruchnahmebereitschaft der Patienten**
- **Bei Diagnose einer komorbiden psychischen Störung → Indikationsentscheidung für PT**

Härter et al. (2002), Härter & Bengel (2001)

Konsequenzen aus der Prävalenzforschung II

Wichtige Gesichtspunkte für Indikationsentscheidung:

- **Beginn der psychotherapeutischen Behandlung**
- **psychopharmakologische Intervention, konsiliarische psychiatrische Mitbehandlung bei schweren depressiven Störungen**
- **Motivation zu poststationärer psychotherapeutischer Behandlung bei Angststörungen oder anhaltenden depressiven Verstimmungen**
- **Mitteilung der erhobenen psychischen Störungen und der begonnenen beziehungsweise eingeleiteten Maßnahmen im Entlassbericht und entsprechende Behandlungsempfehlungen**

Härter et al. (2002), Härter & Bengel (2001)

Konsequenzen aus der Prävalenzforschung III

Forderung von Härter et al.:

**primär somatisch orientierte Einrichtungen
müssen den umfassenden Ansatz der
Rehabilitation ernst nehmen und neben der
somatischen Erkrankung die psychischen und
sozialen Bedingungsfaktoren gleichberechtigt
berücksichtigen**

Indikation zu psychologischen/ psychotherapeutischen Leistungen in „somatischen“ Reha-Kliniken

- **Psychische Beeinträchtigungen ziehen sehr verschieden zielgerichtete Reha-Leistungen nach sich**
- **Bestehende klinisch-psychologische Behandlungsangebote sind für 2/3 der Patienten zugänglich**
- **40% der Patienten mit einer manifesten psychischen Beeinträchtigung bekommen keine spezifische psychologische/psychotherapeutische Behandlung**
- **Ebenso 50% der Patienten, die sich subjektiv beeinträchtigt fühlen**
- **Ca. 20-50% der beeinträchtigten Patienten sind für ein solches Behandlungsangebot motiviert**

Korsukéwitz (2002), Irle (2002), Nübling et al. (2004)

Gedankenexperiment

- **In orthopädischer Reha-Klinik wird festgestellt, dass 20-30% der Patienten internistische Beschwerden oder Erkrankungen haben**
- **Mindestvoraussetzung: funktionierender internistischer Liaisondienst**
- **wahrscheinliche Forderung: Einstellung eines Facharztes für Innere Medizin**
- **Gründe: Qualität der Diagnostik, Behandlungsqualität, auch: rechtliche Absicherung der Klinik**
- **Was passiert mit Patienten „somatischer“ Indikationsbereiche mit psychischer Komorbidität??**

Liaisondienst Akutversorgung

- **1/3 der Anfragen erfolgen während Bereitschafts-/Wochenenddienste (Gaus, 2001)**
- **→ sind Psychotherapeuten nur erforderlich, wenn psychische Auffälligkeit der Patienten störend ist?**
- **Europ. Verbundstudie: 0,6/1,2% Inanspruchnahme bei psychosomatischen/psychiatrischen Erkrankungen (Herzog & Stein, 2002)**
- **Inanspruchnahme : geschätzter Bedarf = 1:10 bis 1:20**
- **Hohe Selektion: Pat. mit „lärmender“ Symptomatik werden häufiger überwiesen als z.B. Pat. mit Depression/Angst**
- **→ massive Entwertung/Bagatellisierung psychischer Erkrankungen !?**

Zu schaffende Grundvoraussetzungen aus Sicht der LPK Baden-Württemberg

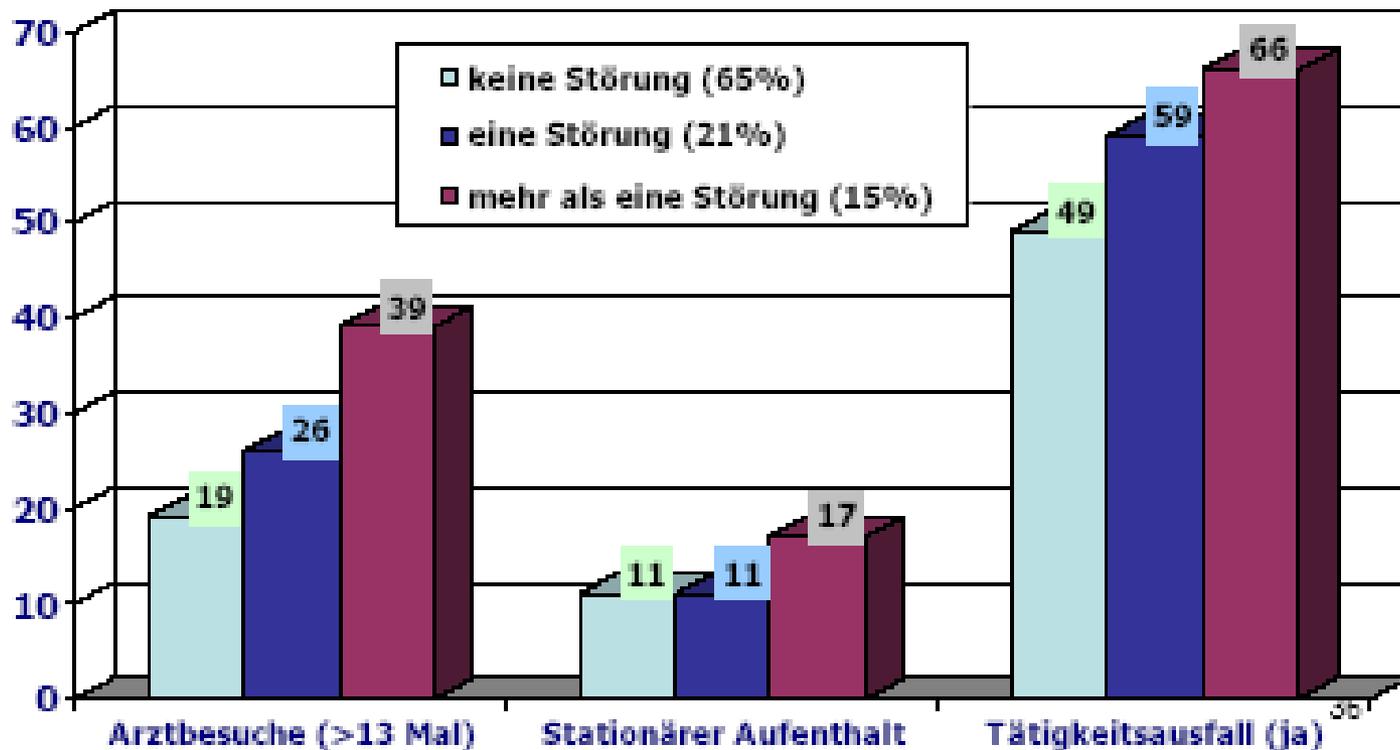
Aufgrund der hohen Prävalenz-/Komorbiditätsraten in den „somatischen“ Indikationsbereichen der Medizinischen Rehabilitation sind zu

- ⇒ Diagnostik**
- ⇒ Indikationsstellung**
- ⇒ Behandlung**

unbedingt psychotherapeutische Fachkräfte (d.h. ärztliche und/oder psychologische Psychotherapeuten) einzubeziehen.

Die Argumentation, dass die Kosten hierfür zu hoch seien, wird angesichts der Effekte durch viele Studien widerlegt.

Psychische Störungen und ambulante/stationäre Inanspruchnahme sowie Arbeitsunfähigkeit



Vogel (2007)

Konsequenzen I (aus Sicht der LPK Baden-Württemberg)

- **Forderung: Psychotherapie als fester Bestandteil der Rehabilitation „somatischer“ Erkrankungen**
- **Ausbau psychologischer Aufgaben, u.a. bzgl.:**
 - ⇒ **Interventionen zur Förderung von Gesundheit und Bewältigungskompetenz**
 - ⇒ **spezifische Patientenschulungen/-training**
 - ⇒ **Identifikation psychisch belasteter/kranker Patienten (Screening)**
 - ⇒ **Psychologische Einschätzung zur Verbesserung der sozialmedizinischen Betreuung**
 - ⇒ **Psychosoziale Fortbildung des Reha-Teams**
 - ⇒ **Nutzung forschungsmethodischer Kenntnisse für Evaluation und Qualitätssicherung/-management**

Konsequenzen II

(aus Sicht der LPK Baden-Württemberg)

- **Forderung: in jeder Klinik mindestens eine Stelle für einen Psychologischen Psychotherapeuten (sofern nicht mindestens ein Arzt über eine anerkannte psychotherapeutische Ausbildung verfügt)**
- **Dieser muss – analog zum Status in der niedergelassenen Praxis – zu eigener Fachaufsicht befähigt und**
- **in der Klinikhierarchie einem Facharzt gleichgestellt werden**
- **Leitung der Fachabteilung klinische und/oder Rehabilitationspsychologie**

Konsequenzen III - Ausbildung

Konsekutiv

Master

→ vollzeit (3 Jahre)
PP-Ausbildung
(Approbation)

→ Praxis
→ Weiterbildung
Somato-/Reha-
Psychologie

Parallel

Master

→ berufsbegleitend (5J.) → Praxis
PP-Ausbildung
(Approbation)

→ Weiterbildung
Somato-/Reha-Psychologie

Zusammenfassung und Ausblick

- **Verbesserungen durch das Psychotherapeutengesetz für niedergelassene PTs**
- **Weitgehend ungelöst: berufliche Stellung der PPS in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, z.B. der medizinischen Rehabilitation**
- **Differenzierung zw. klinischen Psychologen und PPs
→ Etablierung einer beruflichen Hierarchie**
- **Aktuelle Bestandsaufnahme der Psychotherapie in der Reha bgl. Umsetzung KTL/Stellenpläne**
- **Weitere Forschung zur Wirkung und zum Nutzen von Psychotherapie in unterschiedlichen Bereichen der Rehabilitation**

Perspektiven der Psychotherapie in der Rehabilitation

Vortrag
Ringvorlesung Rehabilitation
Universität Freiburg, WS 2007/2008
06.11.2007

Dr. Dietrich Munz



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

munz@lpk-bw.de / www.lpk-bw.de