

Aktuelles aus der Forschung

Zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker im ambulanten und stationären Rahmen

Rüdiger Nübling

Im Folgenden werden drei Beiträge – einer aus der ambulanten Versorgung und zwei aus der stationären medizinischen Rehabilitation – vorgestellt, die alle mehr oder weniger eng der (psychotherapeutischen) Versorgungsforschung zugerechnet werden können. Sie sind somit sowohl für niedergelassene oder in Institutionen ambulant tätige Psychotherapeuten als auch für Kolleginnen und Kollegen, die in Rehabilitationseinrichtungen (vor allem mit primär somatischem Schwerpunkt) arbeiten, interessant.

Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). *Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Deutsches Ärzteblatt*, 110 (47), 799-808.

Hintergrund: Seit Jahren steigen aufgrund psychischer Störungen Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung, aber auch die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Angesichts langer Wartezeiten vor allem im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erscheint der Ausbau sektoren- und disziplinenübergreifender Versorgung und der Implementierung neuer Versorgungsstrukturen und neuer Vergütungssysteme notwendig. Das komplexe bundesdeutsche Versorgungssystem wird in Studien zur Versorgungssituation häufig nicht abgebildet, meist umfassen sie nur einzelne Bereiche wie z. B. die ambulante Versorgung. Der Artikel von Gae-

bel et al. stellt die Inanspruchnahme von ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2007 dar. Exemplarisch wird für schwere depressive Erkrankungen analysiert, welche Fachdisziplinen und Versorgungssektoren im Verlauf der Versorgung (im Sinne von Versorgungspfaden) in Anspruch genommen wurden.

Methodik: Es wurden erstmalig Daten von drei Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund über einen dreijährigen Beobachtungszeitraum in einem Datensatz mit knapp 3,3 Mio. Versicherten mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen zusammengeführt. Im Rahmen des Projektes erfolgte eine überwiegend deskriptive Sekundärdatenanalyse. Die beteiligten Ersatzkassen überprüften zunächst die Daten von insgesamt ca. 10 Mio. Versicherten hinsichtlich der Kodierung einer psychischen Störung der ICD-

10-Gruppen F0.x-F5.x im o. g. Zeitraum und stellten die vollständig anonymisierten Datensätze der Versicherten, die dieses Auswahlkriterium erfüllten, für die Analysen zur Verfügung.

Ergebnisse: 3,275 Mio. Versicherte (entsprechend 33%) der beteiligten Ersatzkassen erfüllten das Diagnose-Kriterium einer psychischen Störung, davon wiesen 50,4% im Quer- oder im Längsschnitt mehrere Diagnosen auf. Für nahezu alle Versicherten mit einer F-Diagnose wurde zusätzlich mindestens eine somatische Diagnose kodiert. Fast drei Viertel der ambulant behandelten Versicherten wurden ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für somatische Medizin, also fachfremd versorgt. Auch im stationären Bereich wurde ein relativ hoher Anteil (27-64%) an Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose durch Fachabteilungen für somatische Medizin versorgt. Einzig in der stationär-rehabilitativen Ver-

sorgung entfiel der Großteil der Behandlungsfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose auf psychosomatische Fachabteilungen (67%).

Am Beispiel der Diagnose einer schweren Depression (ICD-10-Ziffern F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) wurden die Versorgungsverläufe der Versicherten nachvollzogen. Insgesamt 110.462 Versicherte erhielten diese Diagnose im Beobachtungszeitraum, dies entspricht ca. 1% der Gesamtstichprobe. Bei 25% hiervon ($n=26.412$) wur-

de die Diagnose bereits im 1. Quartal 2005 gestellt; diese Gruppe bildete die Index-Population für Versorgungsverlaufsanalysen. Die initiale Versorgung zu Beginn des Beobachtungszeitraums erfolgte auch hier in etwa drei Vierteln der Fälle ambulant bei einem Arzt für Allgemeinmedizin oder einem Facharzt einer Fachrichtung für somatische Medizin. Dabei lag die Wahrscheinlichkeit, nicht mehr in einen anderen Versorgungsbereich oder zu einer anderen Fachdisziplin zu wechseln, bei 53%, die zu einem Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie zu wechseln hingegen nur bei 36%. Lediglich 2,5% dieser an einer schweren Depression erkrankten Versicherten begannen die Behandlung ambulant bei einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und nur 0,7% bei einem Psychologischen Psychotherapeuten.

Insgesamt fanden sich in den Routinedaten 89 unterschiedliche Versorgungsverläufe, die fünf häufigsten umfassen dabei ca. 78% aller Verläufe (vgl. Tabelle):

Tabelle: Versorgungsverläufe bzw. -pfade bei der Diagnose „schwere Depression“; $n_{\text{ges}}=26.412$.

Rang	Versorgungsverlauf/-pfad	Anteil in %
1.	Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin (ohne weiteren Arztwechsel)	39,2
2.	Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin ð Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	20,7
3.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ð Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin	10,1
4.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (ohne weiteren Arztwechsel)	6,2
5.	Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin ⇔ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ⇔ Psychiatrische Fachabteilung	2,3

Kritische Bewertung: Es wurden Versichertendaten von ca. 10 Mio. GKV-Versicherten untersucht, dies entspricht ca. einem Siebtel aller gesetzlich Versicherten in Deutschland. Demzufolge kann eine hohe Repräsentativität und Generalisierbarkeit für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen vorausgesetzt werden, das heißt, die Daten sind deutlich „belastbar“. Die Studie ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie mit Routinedaten der Leistungsträger vernünftige und aussagekräftige Versorgungsforschung geleistet werden kann. Die Analyse der Versichertendaten bestätigt die Ergebnisse diverser epidemiologischer Studien (z. B. des aktuellen Bundesgesundheits-surveys DGE, Jacobi et al., 2014), wonach die Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 30% liegt. Hinsichtlich der Versorgung psychisch erkrankter Menschen kann allerdings von einer mehr oder weniger eklatanten Fehlversorgung ge-

sprochen werden. Ca. 75% der Versicherten werden hausärztlich oder somatisch fachärztlich, also in der Regel fachfremd, behandelt, und die meisten bleiben auch bei dem Arzt der Erstversorgung. Weder in der Erstversorgung noch in den Behandlungsverläufen bzw. Behandlungspfaden spielt die Fachpsychotherapie eine größere Rolle. Nur ca. 4% der Versicherten mit einer psychischen Erkrankung und nur ca. 2,5% der Versicherten mit einer schweren Depression finden den Weg direkt zu einem Psychotherapeuten. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass heute viele Allgemein- und auch somatische Fachärzte in der psychosomatischen Grundversorgung ausgebildet sind, erscheinen die hier ermittelten Versorgungswege für psychisch kranke Menschen einer nicht geringen Fehlallokation der Mittel zu entsprechen. Nur ein verschwindend kleiner Teil der Versicherten, bei denen eine psychische Erkrankung festgestellt wurde, er-

hält eine fachpsychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten. Einzig im Versorgungszweig der medizinischen Rehabilitation scheint die indikative Zuweisung einigermaßen zu funktionieren: Dort landen immerhin 2/3 der psychisch erkrankten Patienten in einer fachlich dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtung mit psychosomatischem oder psychotherapeutischem Schwerpunkt. Bezieht man die nach wie vor gültige Vorlaufzeit von fünf bis sieben Jahren, die ein psychisch Kranker benötigt, um in eine adäquate psychotherapeutische Behandlung zu gelangen, sowie die in der Psychotherapieforschung ermittelten Effektstärken psychotherapeutischer Behandlungen mit ein, so kann – werden entsprechende Kosten-Nutzen-Analysen zugrunde gelegt – gut auch von einem erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden ausgegangen werden (s. u.).

Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom in psychosomatischen und somatischen Rehabilitationseinrichtungen – eine Studie über die Zugangswege und Unterschiede in den Patientenmerkmalen

Ullrich, A., Glattacker, M., Sibold, M., Egle, U. T., Ehlebracht-König, I., Geiges, W., Köllner, V., Kruse, M. & Jäckel, W. H. (2013).

Fibromyalgiesyndrom-Patientinnen in psychosomatischen und somatischen Rehabilitationseinrichtungen – eine explorative

Studie zu Zugangswegen und Unterschieden in Patientenmerkmalen. *Rehabilitation* 52, 307-313.

Hintergrund und Fragestellung: Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) ist gekennzeichnet durch chronische, an unterschiedlichen Stellen lokalisierte Schmerzen, Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten, kognitive Einschränkungen und psychische Auffälligkeiten. Die Prävalenz liegt bei Erwachsenen bei ca. 2%, ca. 80% der Erkrankten sind Frauen. Das FMS führt zum einen bei den Patienten zu gravierenden Einschränkungen, zum anderen zu erheblichen Gesundheitskosten sowie zu häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentung. FMS-Patienten werden im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowohl in somatischen als auch psychosomatischen Rehakliniken behandelt. Diese Studie von Ullrich et al. untersucht die unterschiedlichen Zugangswege sowie die Patientenmerkmale bei Patienten, die in somatischen oder psychosomatischen Rehakliniken behandelt wurden. Sie gehen folgenden beiden Fragestellungen nach: 1. Welche strukturellen, äußeren Bedingungen (zum Beispiel Antragstellung behandelnder Arzt) können die Zuweisung zu einer somatischen bzw. psychosomatischen Rehabilitation erklären? 2. Inwieweit unterscheiden sich FMS-Rehabilitanden in diesen beiden Indikationsformen bezüglich krankheitsbezogener, psychosozialer und soziodemografischer Merkmale voneinander?

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte zwischen Januar 2010 und April 2011 zum Aufnahmezeitpunkt an einer Stichprobe von n=420 weiblichen Patienten, die in sechs Kliniken (drei somatische, n=223, und drei psychosomatische, n=197) behandelt wurden. Den Patientinnen wurde eine umfangreiche Fragebogen-Batterie vorgelegt, neben einem speziell konstruierten Fragebogen für die Abbildung der Zugangswege wurden eine Reihe gängiger Assessment-Verfahren einbezogen, u. a. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Gießener Beschwerdebogen (GEB-23), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Indikatoren des Reha-Status

(IRES), Patientenfragebogen zur Erfassung der Rehabilitations-Motivation (PAREMO).

Ergebnisse: Während sich keine Unterschiede in der ausgeprägten psychischen Belastung der beiden Patientengruppen zum Beispiel hinsichtlich Angst und Depression (HADS) zeigten, waren die Zugangswege zur Rehabilitation deutlich unterschiedlich: Jenen Patientinnen, die einer psychosomatischen Rehaklinik zugewiesen wurden, wurde davor deutlich häufiger ein Rehabilitationsantrag abgelehnt; zudem war sowohl die Zeit zwischen der Antragstellung und Bewilligung als auch zwischen Antragstellung und Beginn der Rehabilitationsmaßnahme deutlich länger als bei der Patientengruppe, die somatischen Kliniken zugewiesen wurden. Die Empfehlung für eine Rehabilitationsmaßnahme kam dabei bei den Psychosomatik-Patientinnen am häufigsten von der Krankenkasse oder von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie bzw. Psychotherapie/psychosomatischen Medizin, für die Somatik-Patientinnen am häufigsten von einem Facharzt für Orthopädie, Innere Medizin, Rheumatologie. Als Indikatoren für die Zuordnung zur Indikationsgruppe wurden aus der Vielzahl der erhobenen Parameter insgesamt sechs Variablen identifiziert, die ca. 32% der Gesamtvarianz der Indikationsgruppe aufklären können. Die psychosomatischen Patientinnen hatten dabei eine höhere Erwartung, in der Rehabilitation psychologische Unterstützung zu erhalten, und häufiger Vorerfahrungen mit ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen. Die somatischen Patientinnen wiesen eine höhere Ausprägung in der PAREMO-Skala „Soziale Unterstützung und sekundärer Krankheitsgewinn“ auf und erwarteten eher einen Austausch mit anderen FMS-Patientinnen sowie eine Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigten sich hinsichtlich des Wissensstandes der Patientinnen über die Alternativen im Rehabilitationssystem. Allerdings ist ein überraschend hoher Anteil

(ca. 50%) der FMS-Rehabilitandinnen nicht darüber informiert, dass sie entweder somatisch oder psychosomatisch behandelt werden können.

Kritische Bewertung: Die Zuweisung der an FMS erkrankten Patientinnen zur Rehabilitation scheint deutlich unterschiedlich zu erfolgen. Patienten kommen schneller in eine somatische Rehaklinik als in eine psychosomatische Klinik, in Erstere über Orthopäden und in Letztere über Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatische Medizin. Für die Indikation für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation gilt offensichtlich auch hier, dass diese Behandlungsmöglichkeit am Ende einer längeren Behandlungskette zu stehen scheint. Möglicherweise ist, wie auch die Autoren diskutieren, die Zuweisung abhängig vom unterschiedlichen Krankheitsverständnis der Patienten (somatisch versus psychosoziales Verständnis) sowie von den damit zusammenhängenden unterschiedlichen subjektiven Erwartungen. Hier und auch bezüglich des Wissensstandes über die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten sollte oder könnte im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme mehr Wissen über Alternativen vermittelt werden, ggf. auch bei den überweisenden Ärzten. Nicht untersucht wurde, in welchem Zusammenhang die eine oder andere Zuweisung mit dem Rehabilitationserfolg steht, dies kann nur in einer prospektiv angelegten Verlaufsstudie mit mehreren Messzeitpunkten erfolgen. Interessant wäre auch der Bezug zu den entsprechenden Rehabilitationskonzepten der hier betrachteten somatischen Rehakliniken sowie deren zugrunde liegenden Stellenplänen vor allem im Bereich der Psychologie – hier kann eine Schnittstelle zu den Arbeiten von Mittag und Reese (siehe im nächsten Abschnitt) hergestellt werden, und zwar derart, dass in den Kliniken somatischer Indikationsbereiche eine deutlich geringere Versorgungsintensität hinsichtlich psychologischer und/oder psychotherapeutischer Leistungen realisiert werden kann.

Psychologische und psychotherapeutische Kompetenz in der medizinischen Rehabilitation somatischer Indikationsbereiche

Hintergrund: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen sind seit vielen Jahren fester Bestandteil im Behandlungsspektrum der medizinischen Rehabilitation Deutschlands. Nicht zuletzt aufgrund der recht eindeutigen Studienlage zur psychischen Komorbidität bei chronisch somatischen Erkrankungen spielen sie eine zunehmend bedeutende Rolle, wengleich die gängige Rehabilitationspraxis dem sowohl konzeptionell als auch personell noch häufig hinterherhinkt. Ausgangspunkt für die hier besprochenen Arbeiten um Oskar Mittag und Christina Reese (Mittag, Reese, Gülich & Jäckel, 2012; Mittag & Reese, 2012; Reese et al., 2012a, 2012b, 2012c) waren die vorliegenden Reha-Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die psychologische und psychotherapeutische Leistungen zwar explizit einschließen, aber aus Sicht der Autoren nicht differenziert genug sind, um praktisches psychologisch-therapeutisches Handeln im Einzelfall leiten zu können. Darüber hinaus liegen trotz externem Qualitätssicherungsprogramm der DRV, in dem auch Strukturdaten der Kliniken dokumentiert sind, kaum aktuelle Vergleichsdaten zum Stellenumfang der Psychologischen Dienste/Abteilungen vor.

Methodik: Es wurde eine Befragung von Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt (Reese et al., 2012a; Mittag et al., 2012) und Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (Reese et al., 2012b) sowie für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Reese et al., 2012c) formuliert. Im Rahmen der Befragung wurden Psychologen aller Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (n=1461 Einrichtungen, ambulant und stationär, alle Indikationen) angeschrieben. Insgesamt beteiligten sich n=623 Psychologen. Neben dem beruflichen Selbstverständnis und der Arbeitszufriedenheit wurden v. a. auch Strukturmerkmale der Psychologie in der Rehabilitation erfasst. Die Praxisempfeh-

lungen wurden auf der Grundlage eines mehrstufigen Prozesses mit Rehabilitationsexperten entwickelt.

Ergebnisse: Aus der Befragung ergaben sich zum einen konkrete Hinweise darauf, welche Ressourcen gestärkt werden sollten, um die Arbeitszufriedenheit der Psychologen in der medizinischen Rehabilitation zu fördern, z. B. die Schaffung besserer Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten für Psychologen in rehabilitativen Einrichtungen. Zum anderen zeigte sich, wie heterogen die personelle Ausstattung der Kliniken zu sein scheint. Das Verhältnis von Psychologen zu Patienten variiert dabei in der orthopädischen Rehabilitation zwischen 0,12:100 bis 3,57:100 (Mittelwert $M=0,98:100$), in der kardiologischen Rehabilitation zwischen 0,19:100 bis 3,59:100 (Mittelwert $M=1,05:100$). Darüber hinaus verfügte nur knapp die Hälfte (48%) der Psychologen über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut.

Die aus den Befragungsergebnissen sowie auf der Grundlage des expertenbasierten Prozesses entwickelten Empfehlungen für psychologische Interventionen entsprechen einem zweistufigen Vorgehen. Zunächst sollen für eine gezielte Zuweisung zu den entsprechenden Angeboten diagnostische Screeningverfahren zur Erfassung psychologisch relevanter Problemlagen (z. B. Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten PHQ-9; Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) bei allen Rehabilitanden eingesetzt werden. Bei positivem Screeningergebnis wird eine vertiefende psychologische Diagnostik vorgeschlagen, die unter Approbationsvorbehalt fällt. In ihr soll eine vertiefende Exploration mit ergänzender Testdiagnostik (z. B. Beck-Depressions-Inventar BDI) stattfinden. Bei erneut positivem Ergebnis werden u. a. folgende Maßnahmen vorgeschlagen: Einleitung einer für die Störung geeigneten, evidenzbasierten psychologischen Behandlung, Thematisierung in Teambesprechung/Visite, Psychoedukation/Beratung, Psychotherapeutisches Ein-

zelgespräch (Approbationsvorbehalt), Motivierung für eine weiterführende Psychotherapie, evtl. Vorbereitung einer weiterführenden Behandlung, wiederholte Kontrolle der depressiven Symptomatik. Darüber hinaus sollen vom gesamten Reha-Team psychologische Techniken wie z. B. „Motivierende Gesprächsführung“ erlernt und angewandt werden können.

Kommentar: Mit den Praxisempfehlungen liegen erstmals evidenzbasierte, breit durch Rehabilitationsexperten konsentrierte Orientierungshilfen für psychologische Diagnostik und psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen in der somatischen Rehabilitation vor. Es ist als ein großes Verdienst der Autoren (und der in den Prozess der Entwicklung der Praxisempfehlungen mit einbezogenen Experten) anzusehen, dass hiermit das fachspezifische Wissen aus Psychologie und Psychotherapie deutlich stärker und systematischer als bislang in die somatischen Indikationsbereiche der „medizinischen“ Rehabilitation Eingang finden kann. Durch die zweistufige Diagnostik können Patienten mit vorliegender psychischer Komorbidität gezielt erfasst und entsprechenden Behandlungsangeboten zugewiesen werden. Allerdings stehen diese Praxisempfehlungen erstmal nur auf dem Papier, wie viele andere Konzepte und Ansätze. Entscheidend wird auch hier sein, inwieweit sowohl die Kliniken als Leistungserbringer als auch die Leistungsträger die konkrete Umsetzung vorantreiben werden. Angesichts der bestehenden strukturellen Voraussetzungen in den Kliniken dürfte das noch ein weiter Weg werden. Nach den Strukturanforderungen der DRV für die stationäre Rehabilitation (DRV, 2010) wird für die somatischen Indikationsgebiete ein Psychologenschlüssel von 1,25 auf 100 Rehabilitanden als Standard vorgegeben (Ausnahme Neurologische Rehabilitation, Phase D: 4,0 auf 100). Die o. g. Untergrenze, die sich aus der Befragung ergab (Mittag et al., 2012), entspricht einem Schlüssel von einem Psychologen für ca. 500 bis ca. 800 Patienten (!!!). Obwohl solche Zahlen die Ausnahme darstellen, dürfen

sie getrost als skandalös gewertet werden. Selbst die Mittelwerte der Psychologenstellen liegen noch unter den Vorgaben der DRV, zumal nur etwa die Hälfte über eine Approbation als Psychologischer Psy-

chotherapeut verfügt. Für die Umsetzung der von den Autoren entwickelten und vorgestellten Praxisempfehlungen sind eher die empirisch ermittelten Obergrenzen von 3,5 Psychologen zu 100 Patienten

(d. h. ca. 1:30) nötig, zumal der Anteil psychisch komorbider Patienten je nach Indikationsbereich zwischen 30% und zum Teil deutlich über 50% liegt.

Diskussion

Die Studie von Gaebel et al. (2013) aus der ambulanten Versorgung zeigt – wiederholt und im Einklang mit den einschlägigen epidemiologischen Studien (z. B. Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2010) –, dass in der Bevölkerung ein hoher Anteil von ca. 30% psychisch Erkrankter vorliegt bzw. angenommen werden muss. Wie sich an einer sehr großen und aller Wahrscheinlichkeit nach hoch repräsentativen Stichprobe darstellt, sind die Wege der Versorgung psychisch Kranker sehr geprägt von der Allgemeinmedizin und somatischen Fachdisziplinen, erst mit Abstand von psychiatrischer und/oder psychosomatischer und zuallerletzt von psychotherapeutischer Fachkompetenz. Es muss, was in dieser Studie nicht untersucht wurde, darüber hinaus angenommen werden, dass der Behandlung durch fachfremde Ärzte eine vorwiegend psychopharmakologische Ausrichtung zugrunde liegt. Nach wie vor werden Psychopharmaka überwiegend von Allgemeinmedizinern sowie von nicht-psychiatrischen bzw. -psychosomatischen Fachärzten, also von fachfremden Ärzten verschrieben (vgl. z. B. Fritze, 2011). Die Ausgaben für Psychopharmaka übersteigen dabei deutlich die Kosten für ambulante Psychotherapie (2010: 2,6 vs. 1,5 Mrd. €; vgl. BPTK, 2013). Demgegenüber werden nach wie vor lange Wartezeiten (z. B. BPTK-Wartezeiten-Studie, BPTK, 2011) und zu geringe Zulassungsraten (Kassenarztsitze, v. a. für Psychologische Psychotherapeuten) beklagt. Nicht nur unter Berücksichtigung der erheblichen, auch gesundheitsökonomischen Bedeutung von Psychotherapie (vgl. z. B. Wittmann & Steffanowski, 2011) müsste angesichts dieser Datenlage eine Umstrukturierung bzw. Umleitung der Behandlungswege für psychisch kranke Menschen anvisiert werden. Das Verhältnis zwischen Pharmako- und Psychotherapie bzw. zwischen allgemeinmedizinischer/somatischer und psycho-

therapeutischer Behandlung müsste mindestens ausgeglichen, besser in die genau umgekehrte Richtung weisen. Hierfür sind solche Versorgungsdaten von hohem Wert – die hierfür notwendigen gesundheitspolitischen Entscheidungen stehen allerdings auf einem anderen Blatt.

Ähnliches kann auch für die beiden hier besprochenen Arbeiten aus dem Bereich der stationären Rehabilitation angemerkt werden. Durch die großen Forschungsinitiativen der vergangenen zwei Jahrzehnte, v. a. der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, heute DRV) finanzierte Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, gilt die Medizinische Rehabilitation als gut erforscht, ihre Effektivität und Effizienz als gut belegt. Als Beispiele hierfür sind die Meta-Analyse psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie, Steffanowski et al., 2007) oder die PROGNOSE-Studie (Steiner et al., 2009) zu nennen. Trotz dieser Nutzenbelege besteht Weiterentwicklungsbedarf, v. a. bezüglich Konzepten, die der hohen psychischen Komorbidität bei Patienten in den somatischen Rehakliniken gerecht werden können. Dringend erforderlich ist eine konzeptionelle Neuorientierung in Richtung einer spürbaren Verringerung der in der somatischen Rehabilitation nach wie vor vorherrschenden Medizinentriertheit bzw. Medizinlastigkeit (vgl. Nübling, 2011). Die Praxisempfehlungen von Mittag und Reese stellen einen wichtigen Schritt in diese Richtung dar, Klinik- und Leistungsträger stehen nun in der Pflicht, günstige Rahmenbedingungen für die Umsetzung in die Versorgungspraxis zu schaffen, was u. a. einer deutlichen Stärkung psychologischer, psychotherapeutischer und auch pädagogischer Kompetenzen entspricht, wie z. B. auch von der Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stär-

kung der Selbsthilfe“ im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg (Seiter et al., 2012) gefordert wurde. Dies müsste sowohl mit angepassten Stellenplänen für Psychologen bzw. approbierten Psychotherapeuten als auch mit entsprechenden Besetzungen der Leitungspositionen (sowohl in Kliniken als auch bei den Trägern) einhergehen.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013). *10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPTK-Standpunkt*. Berlin: BPTK.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2011). *BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie*. Berlin: BPTK.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen. DRV Bund*. Verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208182/publicationFile/11642/2010_Broschüre_Strukturanforderungen.pdf [17.12.2013].
- Fritze, J. (2011). *Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2011. Psychopharmakotherapie, 18, 245-256*.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77-87*.
- Mittag, O. & Reese, C. (2012). *Die Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Methoden und Ergebnisse. Die Rehabilitation* [Online first 11.12.2012]. DOI: 10.1055/s-0032-1323 648.

- Mittag, O., Reese, C., Gülich, M. & Jäckel, W. H. (2012). Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Vergleich zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 74 (12), 778-783.
- Nübling, R. (2011). Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Zur kritischen Auseinandersetzung mit der Rehabilitationsforschung. *Spektrum, Fachzeitschrift der DRV Baden-Württemberg*, 1/2011, 38-41.
- Reese, C. & Mittag, O. (2013). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen* [Online first 06.03.2013]. DOI: 10.1055/s-0033-1333738.
- Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Deck, R., Ehlebracht-König, I., Faller, H., Fleig, L., Geigges, W., Glombiewski, J., Grande, G., Hautzinger, M., Höder, J., Jäckel, W. H., Kortenhaus, H., Lüking, M., Mai, B., Niebling, W., Pflingsten, M., Pomp, S., Rink, M., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringer, U. (2012b). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen*. Verfügbar unter: www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html [30.10.2013].
- Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Boll-Klatt, A., Cordes, C., Deck, R., Dräger-Recktenwald, R., Faller, H., Fleig, L., Guggel, S., Geigges, W., Grande, G., Hautzinger, M., Herrmann-Lingen, C., Langosch, W., Mai, B., Niebling, W., Pomp, S., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringer, U. (2012c). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung*. Verfügbar unter: www.uniklinikfreiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html [30.10.2013].
- Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2012a). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51 (03), 142-150.
- Seiter, H., Kissling, F., Bauer, K., Biechele, U., Boller, G., Breuninger, R., Daake, L., Di Pasquale, V., Forcher, R., Grom, E., Gross, M., Hartl, V., Hartschuh, U., Heise, C., Hellstern, H., Hoffmann, U., Kalkbrenner, K.-M., Nübling, R., Paulsen, M., Pfeil, S., Probst, J., Reuss-Borst, M., Schmöller, A., Seltenreich, R., Silber, D., Steinkemper, R., Votteler, M., Wagner, R., von Wartenberg, M., Winkler, F., Wirth, K. & Würfel, A. M. (2012). *AG Standortfaktor Gesundheit – Bericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“*. *Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Verfügbar unter: www.lpk-bw.de/fachportal/fp_vn/pdf/pg_reha_selbsthilfe_abschlussbericht_2012.pdf [30.01.2014].
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Steiner, M., Zwingmann, C., Riedel, W., Schüssler, R. & Zweers, U. (2009). *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel: Prognos AG.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EurNeuropsychopharmacol.*, 21, 655-679.
- Wittmann, W. W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell, Heft 3/2011*, 6-12.



Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist darüber hinaus Mitgesellschafter der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) Karlsruhe. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de