

Interview

„Endlich eine abholende Präventions- und Reha-Strategie umsetzen“

Ein Gespräch mit Direktor Hubert Seiter, DRV Baden-Württemberg, zur BPtK-Angestelltenbefragung sowie zur Rolle von Psychologie und Psychotherapie in der Medizinischen Rehabilitation

Dietrich Munz & Dieter Schmucker

In Zusammenarbeit mit den Landespsychotherapeutenkammern führte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) eine umfassende Befragung unter den angestellten Kolleginnen und Kollegen¹ durch. Die Ergebnisse der Studie sind auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html dargestellt.

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen wächst, diese sind mittlerweile die Hauptursache für Frühberentung. Auch in der somatischen Rehabilitation leiden viele Patienten unter komorbiden psychischen Krankheiten und bedürfen psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung. Die Träger der medizinischen Rehabilitation, in besonderer Weise die Deutsche Rentenversicherung, haben diese Entwicklung und Bedarfe frühzeitig erkannt und das Angebot medizinischer Rehabilitation weiter entwickelt.

Mehr als 15% der angestellten Psychotherapeuten arbeiten in allen Bereichen der Rehabilitation. Oft beklagt und durch die Studie bestätigt, hat die psychotherapeutische Approbation und Qualifikation häufig keine Relevanz im Arbeitsvertrag und für die Vergütung, obwohl Psychotherapeuten bspw. in behandlungsrelevante Entscheidungen einbezogen sind oder diese selbstständig treffen. Die Ergebnisse der BPtK-Studie waren für uns Anlass für einige Fragen an den Ersten Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter.

Dietrich Munz (DM): Herr Direktor Seiter, die Psychotherapeutenkammern befragten ihre angestellten Mitglieder zu verschiedenen Aspekten ihres Anstellungsverhältnisses in den verschiedenen Arbeitsbereichen, u. a. auch der Rehabilitation und Suchtbehandlung. Dies möchten wir als Anlass nehmen, um mit Ihnen über die Situation der angestellten Psychotherapeuten in der Rehabilitation zu sprechen.

Doch zunächst einige allgemeine Fragen zur medizinischen Rehabilitation: In letzter Zeit erfährt der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Arbeitsanforderungen zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Der Anteil psychischer Erkrankungen in der

Arbeitswelt, in der Rehabilitation und auch bei Frühberentungen steigt stetig an. Welche Konzepte hat die DRV Baden-Württemberg zur Etablierung einer „gesünderen“ Arbeitswelt beziehungsweise welche Möglichkeiten hat die medizinische Rehabilitation, auf diese Entwicklung zu reagieren?

Direktor Hubert Seiter: Die medizinische Rehabilitation muss sich besser und zielgenauer abstimmen. Verbesserungsbedürftig ist zum einen die Schnittstelle zur Akutbehandlung. Eine Art Anschlussrehabilitation, wie sie bei anderen Indikationen seit Jahrzehnten sehr erfolgreich praktiziert wird, wäre ein wichtiger Schritt. Während der medizinischen Rehabilitation müssen medizinisch-berufliche Orientierungsgespräche zur Regel werden. Ob bzw.

wie qualifiziert dies erfolgt, muss maßgeblich sein für den Preis und die Belegung der Einrichtung. Notwendige berufliche Rehabilitationsmaßnahmen müssen schon während bzw. unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet und durchgeführt werden. Für das Benchmarking der Reha- und Kostenträger muss die Schnittstelle, das heißt eine sehr kurze Zeitspanne zwischen der medizinischen und einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, zu einem wesentlichen Mess- und Vergleichskriterium werden. Und vor allem: Wir müssen die öffentliche Diskussion um ein Präventionsgesetz nutzen, um – endlich – eine „abho-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

lende Präventions- und Reha-Strategie“ umzusetzen.

DM: Können Sie diesen Gedanken etwas genauer ausführen ...

Unser Leistungsrecht ist traditionell so gestaltet, dass das Verfahren grundsätzlich erst in Gang kommt, wenn ein Antrag gestellt wird. Das ist wichtig, denn so bringt sich die oder der Betroffene selbst aktiv sowohl bei der Einleitung als auch später in der Maßnahme ein. Sie/er signalisiert: Ich will etwas für meine Gesundheit bzw. für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit tun! Nicht nur bei psychischen Belastungen stellen wir allerdings zunehmend fest, dass Betroffene und das betriebliche Umfeld oft viel zu spät an wie auch immer geartete Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen denken. Um dem entgegenzuwirken und beispielsweise bei psychischen Auffälligkeiten nicht erst nach sieben und mehr Jahren mit Maßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit aktiv werden zu können, ist die Rentenversicherung dabei, einen Firmenservice aufzubauen. Wir gehen in die Betriebe und stellen den Arbeitgebern und deren Personalchefs vor, welche Möglichkeiten wir haben, um die Erwerbsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern.

DM: Wie lässt sich diese Konsequente, fast schon revolutionäre Realisierung des Grundsatzes „Prävention vor Reha vor Rente“ mit einem gedeckelten Reha-Budget verwirklichen?

Nur mithilfe des Gesetzgebers. Die demografische Herausforderung darf nicht nur in Sonntagsreden beschrieben und der damit einhergehende Fachkräftemangel beklagt werden. Es muss uns möglich sein, in die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit rechtzeitig und bedarfsgerecht zu investieren. Mit unflexiblen Budgetobergrenzen ist das nicht angemessen machbar. Im Klartext: Wir können derzeit mit medizinischen und beruflichen Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nur gut 2% unserer Versicherten erreichen. Damit lässt sich der vom Gesetzgeber gewollte spätere Einstieg in die

Rente nicht realisieren. Um nicht missverstanden zu werden: Ob derartige Investitionen sich lohnen, darf – nein muss – selbstverständlich von den Vertretern der Beitragszahler, den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in der Selbstverwaltung, kritisch hinterfragt werden.

Dieter Schmucker (DS): Viele chronische Erkrankungen erfordern langfristig eine Verhaltensänderung (Bewegung, Ernährung, Stress) von den Patienten. In der psychosomatischen und Suchtrehabilitation existieren etablierte und erfolgreiche Konzepte zur Lebensstiländerung der Patienten. Inwieweit könnten



solche Konzepte eine Rolle spielen für die Weiterentwicklung der Rehabilitation als Ganzes?

Derartige Programme sind schon jetzt Inhalt jeder qualifizierten Reha-Maßnahme. Sie haben recht, die psychosomatische, vor allem aber die Sucht-Reha hat diesbezüglich richtungsweisende Akzente gesetzt. Zum einen, weil dort Lebensstiländerungen für den nachhaltigen Erfolg einer Maßnahme ausschlaggebend sind. Aber auch, weil dort schon immer der psychologische und psychotherapeutische Input in das Reha-Geschehen eine herausragende Rolle spielt und nicht zuletzt, weil die – meine – Erfahrung lehrt, dass diese Berufsgruppe es besonders gut versteht, sich konzeptionell einzubringen.

DS: Ein relativ hoher Anteil der Patienten in den somatischen

Indikationen leidet neben der körperlichen Erkrankung auch an einer komorbiden psychischen Störung. Im Bericht der unter Ihrer Leitung arbeitenden Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“² der AG Standortfaktor Gesundheit des Sozialministeriums Baden-Württemberg wird ausgeführt, dass die somatische Rehabilitation „nach wie vor zu medizinlastig“ sei. Wie könnte eine Entwicklung in Richtung einer mehr ICF³-orientierten ganzheitlichen Ausrichtung der Rehabilitation angestoßen werden?

Wie gesagt, Ihre Berufsgruppe ist gut geschult und hat die Erfahrung, die „Weiterentwicklung der Reha“ – der somatischen und der psychosomatischen – konzeptionell maßgeblich zu beeinflussen. Wenn es gelingt, die notwendige und ganzheitliche ICF-Orientierung teamorientiert nicht nur anzustoßen, sondern gemeinsam zu ent-

² www.lpk-bw.de/fachportal/fp_vn/pdf/pg_reha_selbsthilfe_abschlussbericht_2012.pdf

³ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); die von der WHO 2001 herausgegebene Internationale „Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/ beschreibt den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die soziale Beeinträchtigung sowie die relevanten Umweltfaktoren von Menschen. Somit ergänzen sich das bio-medizinische Modell der ICD-10 und das bio-psycho-soziale Modell der ICF: Während die ICD Krankheiten klassifiziert, klassifiziert die ICF Informationen über die Folgen der Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen sowie Umweltfaktoren. Beide zusammen liefern somit ein umfassendes Bild von der Gesundheit.

Leistungen der Rehabilitation und zur Teilhabe behinderter Menschen können gemäß dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich beeinträchtigt, gefährdet oder bereits gemindert ist. Eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person. Ein Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der ICF eng verbunden. Danach ist eine alleinige bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) für die Begründung von Rehabilitationsleistungen nicht ausreichend, sondern eine Berücksichtigung und Darstellung der krankheitsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen ist erforderlich.

wickeln, wäre dies der beste Weg, um – wie Sie sagen – eine unangemessene „Medizinzentriertheit“ zu vermeiden. Derartige kollektive Prozesse müssen wir Reha- und Kostenträger nicht nur einfordern, wir müssen gelungene Gemeinschaftswerke auch wahrnehmen und honorieren.

DM: Nach Angaben des Statistischen Bundesamts waren 2013 mehr Psychologen und Psychotherapeuten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beschäftigt als Ärzte und Fachärzte. Welchen Stellenwert haben die Psychologen und Psychotherapeuten aus Ihrer Sicht in der medizinischen Rehabilitation?

Wie gesagt, einen hohen! Nicht nur bei der konzeptionellen Weiterentwicklung, auch bei der individuellen Klärung psychischer Probleme mit erforderlichen therapeutischen Interventionen. Diesen hohen Stellenwert reduziere ich im Übrigen keinesfalls nur auf psychosomatische oder Suchtkliniken.

DM: In der stationären Psychiatrie macht sich der Ärztemangel bereits deutlich bemerkbar. Arztstellen werden deshalb immer häufiger auch mit Psychotherapeuten besetzt. Wie ist das in der medizinischen Rehabilitation und Suchttherapie?

Gebraucht werden qualifizierte Ärzte und Psychologen/Psychotherapeuten. Jede Berufsgruppe weiß um ihre fachlichen wie rechtlichen Grenzen. Im Vordergrund muss allerdings das gemeinsame Interesse stehen, die anvertrauten Patienten bzw. Rehabilitanden optimal zu behandeln. Das erfordert durchaus auch pragmatische Entscheidungen, die der gemeinsamen Sache, dem gemeinsamen Auftrag dienen und ggf. auch ein übertriebenes Standesdenken in seine Schranken weist. Um konkret zu werden: Es war und ist Unsinn, einer zwar kleinen, aber erfolgreichen Suchteinrichtung fachärztliche Vorgaben zu machen, die rechnerisch korrekt – und zwar bis zu zwei Stellen hinter dem Komma –, aber unbezahlbar



sind. Was spricht also dagegen, z. B. die fachliche Leitung einer derartigen Einrichtung einem gut qualifizierten und langjährig erfahrenem Psychologen zu übertragen, der selbstverständlich weiß bzw. regeln muss, wie er sich – wenn notwendig – fachärztlicher Kompetenz bedienen kann? Meine Mitarbeiter sind gehalten, solche und ähnlich Konstellationen verlässlich abzustimmen.

DS: Ein Fünftel der Psychotherapeuten, die in der somatischen Rehabilitation tätig sind, hat in der Angestelltenbefragung angegeben, Leitungs- und Führungsaufgaben zu übernehmen, aber formal keine Leitungsfunktion zu haben. Woran liegt das und können Sie sich vorstellen, dass sich in Zukunft hieran etwas ändern könnte?

Wer Leitungs- und Führungsaufgaben aufgrund seiner Qualifikation übertragen bekommt, hat eine Leitungsfunktion inne. Dies ist mit dem federführenden Kostenträger abzustimmen. Dabei ist – wie bereits gesagt – ggf. verbindlich zu fixieren, dass dies selbstverständlich nicht zulasten der notwendigerweise vorzuhaltenden ärztlichen Fachkompetenz gehen kann. Um auch hier sehr deutlich zu werden, überzeichne ich bewusst: Es kann für den Bestand einer Klinik und für den einzelnen Rehabilitanden gefährlicher sein, einen nur eingeschränkt deutsch-sprechenden, teuren Facharzt im Rentenalter der Form halber in die Leitungsfunktion einer „sprechenden“ Reha-Klinik einzubeziehen, statt die Leitungsfunktion

einem ausgesprochen verlässlichen Psychologen zu übertragen, wenn in einem verbindlichen Kooperationsvertrag festgeschrieben ist, dass jederzeit höchste ärztliche Fachkompetenz von einer benachbarten Akutklinik zur Verfügung gestellt wird.

DM: Ein bisschen besser sieht es im Bereich der psychosomatischen und der Suchtrehabilitation aus. Aber auch dort kritisieren die Psychotherapeuten fehlende Chancen zur Übernahme von Leitungsfunktionen. Was könnte die DRV tun, um hier etwas zu ändern?

Das bereits Gesagte gilt für Suchteinrichtungen erst recht! Meine Mitarbeiter wissen das und finden in der Regel auch wechselseitig akzeptable Lösungen.

DM: Nach wie vor werden Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation als Diplom-Psychologen bezeichnet, auch über zehn Jahre nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Hier



besteht Nachholbedarf. Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass sich der „Psychotherapeut“ als Berufsbezeichnung in den Arbeitsverträgen noch nicht durchgesetzt hat?

Soweit ich weiß, ist klar umschrieben, wer „Psychotherapeut“ ist und deshalb auch entsprechend benannt werden muss. Wenn hier noch Klärungsbedarf besteht, muss dies mit den Betreibern

betroffener Kliniken abgestimmt und falls nötig auch bei Struktur- oder Visitationsgesprächen mit den Kostenträgern thematisiert werden.

DS: In den neuen Strukturanforderungen der DRV an die Reha-Einrichtungen aus dem letzten Jahr wird zwar formal zwischen Psychologen und Psychotherapeuten unterschieden, dennoch gibt es für Psychotherapeuten keine festgelegten Stellenpläne – auch nicht in der Psychosomatik und Suchtrehabilitation. Wäre es zur Qualitätssicherung nicht sinnvoll, hier konkrete Stellenpläne vorzugeben?

Wie Sie aus meinen Ausführungen entnehmen können, bin ich kein Freund von übertriebenem Formalismus. Das gilt beispielsweise auch für das regelhafte Abverlangen von „konkreten Stellenplänen“ der Reha-Einrichtungen durch den Reha- bzw. Kostenträger. Selbstverständlich muss allerdings der federführende Reha-Träger wissen bzw. es muss mit ihm vereinbart werden, welche Kompetenzen oder Stellen zur vereinbarten Leistungserbringung in der Klinik bzw. auch kooperativ mit anderen Einrichtungen vorgehalten werden. Dafür sind die Strukturanforderungen der DRV eine gute Grundlage.

DM: In Bezug auf die Vergütung geben die Kollegen – vor allem aus dem Suchtbereich und dem somatischen Bereich – an, dass ihre Approbation keinen Einfluss auf ihre Vergütung habe. Woran liegt das?

Angemessene Vergütungen orientieren sich an Tarifvereinbarungen oder ergeben sich aus Individualverträgen. Als Reha- und Kostenträger sehen wir uns diesbezüglich daher nicht unmittelbar gefordert. Ganz grundsätzlich sind wir

allerdings als Rentenversicherungsträger selbstverständlich daran interessiert, dass hochwertige Arbeit an bzw. mit unseren Rehabilitanden von qualifizierten Fachleuten erbracht wird. Eine

angemessene Bezahlung ist hierfür sicher ein Indiz.

DM: Herr Direktor Seiter, wir bedanken uns herzlich für das Gespräch.



Hubert Seiter

DRV-Baden-Württemberg
Adalbert-Stifter-Str. 105
70437 Stuttgart
Hubert.Seiter@drv-bw.de

Erster Direktor und Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg, Geschäftsbereiche Strategie und Kommunikation, Sozialmedizinischer Dienst/Reha-Management, Controlling, Organisation und Bau.



Dr. Dietrich Munz

Sonnenbergklinik Stuttgart
Christian-Belser-Str. 79
70597 Stuttgart
dietrichmunz@t-online.de

Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, arbeitet in der Sonnenbergklinik in Stuttgart, Arbeitsschwerpunkte: Essstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen; Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Mitglied im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals.



Dieter Schmucker

Städtische Rehakliniken Bad Waldsee
Maximilianstraße 13
88339 Bad Waldsee
d.schmucker@waldsee-therme.de

Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe der Städtischen Rehakliniken Bad Waldsee (Orthopädie, Gynäkologie, Onkologie). Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie, Behandlung chronischer Schmerzen, Verhaltensmedizin; Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.