

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Psychische Erkrankungen, wie rezidivierende affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder auch psychotische Erkrankungen, gehen häufig mit anhaltenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben einher. Daher spielt bei ihrer psychotherapeutischen Behandlung die Teilhabeorientierung eine bedeutsame Rolle. In der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten hat die Teilhabeorientierung jedoch häufig nur einen geringen Stellenwert. Bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung sollten teilhabe- und rehabilitationsorientierte Inhalte stärker berücksichtigt werden. Diese lassen sich verfahrensübergreifend im biopsychosozialen Krankheitsverständnis im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) abbilden. Kenntnisse über die medizinische und berufliche Rehabilitation und weitere medizinische und psychosoziale Hilfsangebote im deutschen Sozialversicherungssystem sind notwendig, um eine teilhabeorientierte Psychotherapie bei chronisch kranken Patienten durchzuführen zu können. Bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung sollten teilhabe- und rehabilitationsorientierte Inhalte stärker berücksichtigt werden.



Beate Muschalla



Jürgen Bengel



Matthias Morfeld



Ulrike Worringer



Uwe Koch

(Präsident der DGRW)

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften DGRW

Beate Muschalla^{1,4}, Jürgen Bengel², Matthias Morfeld³, Ulrike Worringen⁴

¹ Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin

² Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg

³ System der Rehabilitation, Hochschule Magdeburg-Stendal

⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund

Korrespondenzadresse:

Dr. Beate Muschalla

Psychologische Psychotherapeutin VT

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Freie Universität Berlin

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Beate.muschalla@fu-berlin.de

Hintergrund

Vor dem Hintergrund langjähriger Debatten um eine Reformierungsnotwendigkeit der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten wurden von der Bundespsychotherapeutenkammer im Mai 2014 Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf beschrieben. Im November 2014 hat der Deutsche Psychotherapeutentag für das Direktstudium votiert. Derzeit bereitet das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzesentwurf für ein Direktstudium Psychotherapie mit Approbation und anschließender Weiterbildung vor. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat hierzu das Transitions-Projekt initiiert (BPtK, 2015). In diesem Projekt sollen in eng abgestimmtem Austausch innerhalb der Profession die Inhalte, Strukturen und Umsetzung der zukünftigen Aus- und Weiterbildung für die Psychotherapie präzisiert werden. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (DGPT) haben bereits einen Vorschlag für eine Struktur des Direktstudiums Psychotherapie erarbeitet (DGPs/DGPT, 2014). Aktuell werden Vorschläge für die zukünftigen Ausbildungsziele und die Approbationsordnung erarbeitet.

Tätigkeitsfelder für Psychotherapeuten sind vielfältig, jedoch wurde in den bisherigen Ordnungen und in der Ausbildungspraxis der Aspekt der Rehabilitation, d.h. die Perspektive auf psychische Erkrankungen als Lebensspanne-Erkrankungen mit möglichen überdauernden Beeinträchtigungen, eher nachrangig betrachtet. Letztendlich geht es aber in der Versorgung psychischer Erkrankungen, ambulant wie stationär, vielfach um die Behandlung von Krankheitsverläufen (Wittchen & Fehm, 2003; Wittchen et al., 2003). Es ist dabei oft nicht vorrangig das Ziel Krankheiten vollständig zu beseitigen, sondern vielmehr die (Wieder-)Herstellung der Teilhabefähigkeit im Alltagsleben, auch wenn Symptome bestehen bleiben oder wiederkehren. Diesem Ziel gerecht zu werden erfordert nicht nur ein breites störungs- und interventionsbezogenes Wissen und Fertigkeiten, sondern auch Kenntnisse über die Strukturen des Gesundheitssystems, sozialmedizinische Kenntnisse, Wissen über kontextbezogene Behandlungsmöglichkeiten der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung, und eine therapeutische Grundhaltung für eine teilhabeorientierte Behandlung.

Neben der ambulanten Versorgung und der Tätigkeit in psychiatrischen und psychosomatischen Akutversorgung stellt die medizinische Rehabilitation ein wichtiges Arbeitsfeld für psychologische Psychotherapeuten dar. Ca. 16.400 Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten arbeiten aktuell in ambulanter vertragspsychotherapeutischer Versorgung, ca. 6000 arbeiteten 2013 im Angestelltenverhältnis in psychiatrischen oder psychosomatischen Akutkrankenhäusern, ca. 5000 Psychotherapeuten und Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen (42% Psychosomatik, 31% Sucht, BPtK, 2014a,b). Der Anteil der Rehabilitationsleistungen wegen psychischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren signifikant gestiegen. Aktuell sind psychische Erkrankungen neben Muskel-Skelett-Erkrankungen der häufigste Anlass für eine medizinische Rehabilitationsleistung (BPtK, 2014b).

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) stellen wir nach Sichtung

- des Lernzielkatalogs Medizin 2015 (GMA, 2015),
- der Zertifizierungsordnung „Fachpsychologe für Rehabilitation (BDP, 2015),

- des Expertenpapiers zu Handlungsfeldern bei psychischen Erkrankungen (DRV, 2015),
 - der Synopse der Antworten zum Fragenkatalog Reform des Psychotherapeutengesetzes (BPtK, 2015)
 - des Entwurfs zur Struktur des Direktstudiums Psychotherapie der Kommission Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs (2014)
 - dem Curriculum Sozialmedizin im Reha-Team der DRV Bund (DRV, 2015 im Druck)
- rehabilitationsrelevante Inhalte für das Direktstudium Psychotherapie zusammen, die aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften im zukünftigen Psychotherapiedirektstudium berücksichtigt werden sollten.

Wir orientieren uns in der Zusammenstellung dieser rehabilitationsrelevanten Ausbildungsinhalte am Lernzielkatalog Medizin (GMA, 2015; Mau et al., 2004; siehe auch Bengel et al., 2014). Im Folgenden werden zentrale Konzepte und Inhalte der rehabilitations- bzw. teilhabeorientierten Behandlung bei psychischen Erkrankungen beschrieben. Diese stellen gleichzeitig auch wichtige Lernziele im Rahmen des Psychotherapiedirektstudiums dar. Rehabilitation sollte von (zukünftigen) Psychotherapeuten nicht (nur) im strukturellen Sinne als ein Versorgungsbereich im Gesundheitswesen verstanden werden (klassisch „die Rehaklinik“), sondern im Sinne einer teilhabeorientierten Behandlung bei psychischen Erkrankungen interpretiert werden können.

Grundsätze der Rehabilitationsperspektive und zentrale Lernbereiche im Direktstudium Psychotherapie

Krankheitsfolgenorientierung und der funktionale Gesundheitsbegriff

Ein grundlegendes, in der Ausbildung unverzichtbares Konzept zum Verständnis und zur Beschreibung des Teilhabe- und Rehabilitationsgedankens ist das biopsychosoziale Krankheitsfolgenmodell der *Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung* ICF (WHO, 2001; Bengel et al., 2012). In der ICF werden Gesundheitsprobleme als mehrdimensionale biopsychosoziale Phänomene verstanden. Ein Gesundheitsproblem wird im Sinne der ICF nicht nur über die Krankheitssymptomatik beschrieben, sondern es geht um die aus der Symptomatik folgenden Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe in bestimmten Alltagskontexten (z.B. die krankheitsbedingte Beeinträchtigung, die Rolle der Mutter, Bürokollegin, oder Vereinsvorsitzende angemessen auszufüllen).

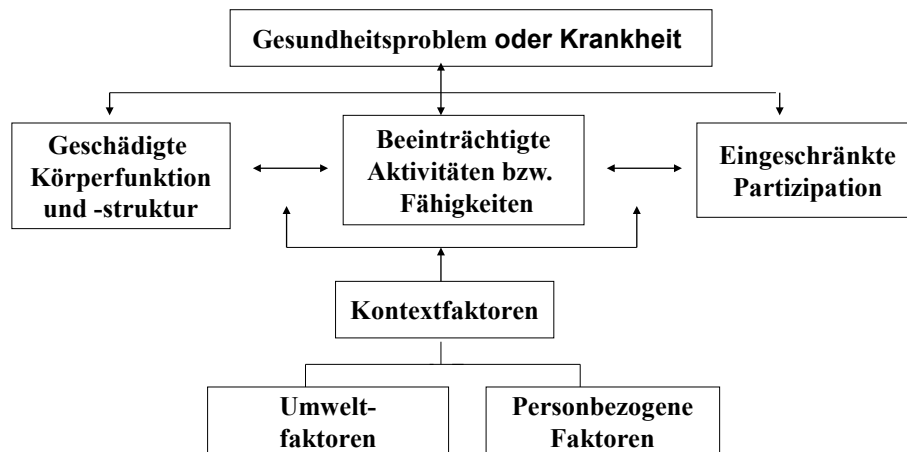


Abbildung 1. Biopsychosoziales Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF (zitiert nach Bengel et al., 2012; Linden et al., 2015)

Obwohl der Gedanke eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses nicht neu ist (Meyer, 1917), so hat sich doch erst mit der Einführung der ICF ein verändertes Verständnis von Gesundheit etabliert, in dem Gesundheit als funktionale Gesundheit verstanden wird. Gesundheit bedeutet nach diesem Verständnis, dass jemand im Leben etwas tun kann (z.B. einkaufen gehen, zur Arbeit gehen), am (sozialen) Leben teilhaben kann, trotz einer Erkrankung und Symptomatik (z.B. übermäßige Sorgen im Rahmen einer generalisierten Angsterkrankung). Auch hat sich mit der ICF ein verändertes Verständnis des Behinderungsbegriffes etabliert, weg von der Idee der Behinderung als Personfaktor, hin zum Verständnis von Behinderung als kontextbedingte Beeinträchtigung. Mit dem Bild des Rollstuhlfahrers vor einer Treppe oder vor einer Rampe: jemand ist nicht behindert, sondern wird behindert. Im Beispiel eines Patienten mit einer sozialen Phobie mag dies bedeuten, dass dieser Mensch mit eingeschränkter Kontaktfähigkeit als Verkäufer arbeitsunfähig ist, in der Buchhaltung jedoch gut leistungsfähig sein kann.

Psychische Erkrankungen als Lebensspanne–Beeinträchtigungen

Rehabilitation bedeutet Behandlung chronischer Erkrankungen und Behinderungen über die Lebensspanne mit dem Ziel der Förderung der sozialen Teilhabe und Inklusion (SGB IX, BMAS, 2012). Erkrankungen die (trotz Behandlungen) über sechs Monate oder länger persistieren und zu überdauernden Beeinträchtigungen im alltäglichen Lebensvollzug führen, werden fachlich (Muschalla & Linden, 2011a und b) wie sozialrechtlich (§ 2 SGB IX) als Behinderungen verstanden. Psychische Erkrankungen können zu längerfristigen Beeinträchtigung in zentralen Lebensbereichen führen (z.B. ausbleibende Beförderung aufgrund der Unfähigkeit einen Vortrag zu halten bei sozialer Phobie). Diese Beeinträchtigungen sind oft schwerwiegender als die Symptomatik (z.B. dysfunktionale

Kognitionen und Vermeidungsverhalten) an sich. Somit ist eine soziale Phobie eine bzgl. der Querschnittssymptomatik vergleichsweise harmlose Erkrankung, die jedoch mit überdauerndem Charakter zu schwerwiegenden Problemen im Lebensvollzug führen und biografische Entwicklungsmöglichkeiten einengen kann. Soziale Phobien, affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörungen, hirnorganische Erkrankungen sind häufig chronische Erkrankungen die eine Teilhabe- und Lebensspanne-orientierte Diagnostik und Behandlung benötigen.

Behandlung psychischer Erkrankungen unter der Fähigkeits- und Teilhabeperspektive

Nach der ICF können Behandlungen auf verschiedene Ebenen abzielen: auf eine Reduktion von Krankheitssymptomatik (z.B. Angstmanagement, Exposition), eine Förderung von Bewältigungsfähigkeiten (z.B. soziales Kompetenztraining), und/oder eine Veränderung von Kontextfaktoren (z.B. Arbeitsplatzanpassung). Insbesondere bei Langzeiterkrankungsverläufen hat die Behandlung zum großen Teil das Ziel der Förderung von Fähigkeiten und kontextbezogen der Teilhabe. Zu den Kernkompetenzen eines Psychotherapeuten muss es daher gehören, dieser Teilhabeorientierung in der Behandlung gerecht zu werden. Überdauernde Krankheitsverläufe findet man häufig in der stationären medizinischen Rehabilitation, jedoch auch in der Primärbehandlung (Linden et al., 2012). Daher sollten Psychotherapeuten sich mit den Behandlungsmöglichkeiten nicht nur von Krankheitsepisoden, sondern auch mit Behandlung im Hinblick auf Krankheitsverläufe auskennen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in einer Rehabilitationseinrichtung arbeiten oder in der ambulanten Versorgung.

Fähigkeits- und Teilhabeorientierung in der Psychotherapie

Bei psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen bei psychischen Erkrankungen und auch bei psychischer Begleitsymptomatik bei somatischen Erkrankungen geht es darum, allgemeine Bewältigungsfähigkeiten aufzubauen, zu Lebensstiländerungen zu motivieren, und die soziale Teilhabe zu fördern. Psychotherapie ist im Kern eine fähigkeits- und bewältigungsorientierte Behandlungsform. Soziale Kompetenz, Problem- und Zeitmanagement, Selbstberuhigungs- und Selbstmanagement sowie Emotionsregulation dienen der Bewältigung. Der Teilhabegedanke stärkt die Perspektive der Krankheitsfolgenbewältigung in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Es geht nicht primär darum, dass Krankheitssymptome reduziert werden, vielmehr ist es Ziel - im Sinne des Kompensations-Gedankens (SOC Selektive Optimierung und Kompensation, Baltes & Baltes, 1989)-, vorhandene Fähigkeiten zu trainieren und zu erhalten (z.B. Organisationstalent), um überdauernde Defizite in anderen Bereichen (z.B. Sprechen vor Publikum) auszugleichen.

Diese Teilhabe- und Kontextorientierung in der psychotherapeutischen Behandlung ist kein fundamental neuer Gedanke: soziale Umwelt, Bezugspersonen und Konfliktpartner in der Familie, bei der Arbeit und das ambulante oder stationäre Behandlungsteam sind schon immer Gegenstand von psychotherapeutischen Behandlungen, z.B. mit dem Ziel der Unterstützung durch Angehörige bzgl. der Behandlungs-Compliance oder Rückmeldungen über Problemverhalten.

Behandlungskoordination

Eng verknüpft mit der Teilhabeperspektive ist auch der Gedanke der Behandlungskoordination. Patienten sind im Verlauf ihres Lebens bei unterschiedlichen Ärzten und ggf. in zeitlich befristeten Psychotherapien, ergotherapeutischen Behandlungen oder berufsbezogenen Trainings eingebunden. Der gute fachliche Austausch im multiprofessionellen Team zur Behandlungskoordination spielt nicht nur in der Teamarbeit in einer Rehabilitationsklinik eine wichtige Rolle, sondern auch in der niedergelassenen Psychotherapiepraxis, wenn es darum geht, mit Mitbehandlern oder Institutionen (z.B. Hausarzt oder Krankenkasse, Rentenversicherung) Weichenstellungen für den weiteren Behandlungsweg vorzunehmen. Hier geht es z.B. um Fragen, ob und wann im Verlauf eine medizinische oder eine berufliche Rehabilitationsleistung durchgeführt werden sollte, und auch, wie und welche Nachsorgemaßnahmen nach einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung genutzt werden können (Bengel, 2015).

Berufs- und Arbeitsorientierung

Ein weiterer wichtiger inhaltlicher Bereich der teilhabeorientierten Behandlung ist die Berufs- und Arbeitsorientierung. Auch wenn Psychologische Psychotherapeuten bislang keine Arbeits(un)fähigkeitsbescheinigung ausstellen, so gehört es im Sinne der Teilhabeförderung doch auch zentral zu ihren Aufgaben, sich um den Lebensbereich „Arbeit“ bei ihren Patienten zu kümmern. Dies bedeutet auch die Kenntnis sozialmedizinischer Aspekte wie die Diagnostik und die Beschreibung von Arbeits(un)fähigkeit im Sinne eines psychologischen Fähigkeitsbefunds (Linden et al., 2015; DRV, 2015). Kenntnisse über arbeitspsychologische Grundlagenkonzepte im Sinne von Arbeitsanforderungsanalysen und Verständnis des Person-Environment-Fit (Person-Job-Passung, Kulik et al., 1987; „leidensgerechte“ Arbeitsplätze) sind eine wichtige Voraussetzung um Maßnahmen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Hillert et al., 2009) zu verstehen und anzuwenden. Auch Kenntnisse spezieller Erkrankungszustände mit Bezug zum Lebensbereich Arbeit, wie bspw. die arbeitsplatzbezogenen Ängste und deren Behandlungsmöglichkeiten (Muschalla & Linden, 2013), sind von zentraler Bedeutung. Arbeitsbezogene Problemstellungen sind nicht nur bei Patienten mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, sondern kommen auch in der somatischen Rehabilitationsmedizin vor. Berufliche Wiedereingliederungsprozesse (Bengel, 2015) rechtzeitig (Nash-Wright, 2011) und in guter Kooperation mit dem Betrieb anzustoßen und zu managen ist ebenfalls eine wichtige Behandlungsmaßnahme, die ambulant wie stationär durch Psychotherapeuten unterstützt werden kann. Für potentielle Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist in der Ausbildung zu reflektieren, dass der Psychotherapeut hier ggf. in einer Doppelfunktion als sozialmedizinischer Gutachter und Therapeut in einer Person mit Patienten tätig sein wird.

Psychische Komorbidität und psychosoziale Interventionen bei somatischen Erkrankungen

Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen richtig diagnostizieren und zielführende Behandlungen einleiten zu können ist eine weitere wichtige Kompetenz für Psychotherapeuten (DRV, 2012, 2014). Hierbei muss insbesondere eine sorgfältige klinische Differentialdiagnostik erlernt werden, um die verschiedenen Phänomene (psychische Begleitsymptomatik im Rahmen einer somatischen Erkrankung, Medikamentennebenwirkungen, iatrogen oder erkrankungsbedingt verursachte psychische

Irritation („Mein Therapeut meinte, der Stress sei zu groß gewesen“, „Darf ich mich denn nach Herzinfarkt noch bewegen?“), echte psychische Erkrankung) unterscheiden zu können. Nicht jeder depressiv anmutende oder geklagte Zustand eines Patienten nach Herzinfarkt ist gleichzusetzen mit einer depressiven Erkrankung.

Bei psychisch gesunden Patienten mit somatischen Erkrankungen sind verhaltensmedizinische Inhalte im Sinne von Krankheitsbewältigungs-Coaching von Bedeutung. Hierbei geht es vor allem um Behandlungs- und Medikamenten-Compliance, Wissensvermittlung und Aufbau von Krankheitsmanagementfähigkeiten im Rahmen von Patientenschulungen sowie den Aufbau von normalgesundem Verhalten hinsichtlich Ernährung und Bewegung im Alltag (DRV, 2012).

Reha- und teilhaberelevante Aspekte im Direktstudium Psychotherapie

In Tabelle 1 sind die zentralen reha-relevanten Inhalte für eine Psychotherapiedirektausbildung in Stichworten zusammengefasst. Dabei werden auch Inhalte genannt, die zum Teil bereits in den aktuellen Psychologiestudiengängen gelehrt werden. Hier wurden sie dennoch mitaufgeführt um die Reha-Relevanz dieser Aspekte zu verdeutlichen.

Tabelle 1. Rehabilitationsrelevante Ausbildungsinhalte entsprechend den im Strukturentwurf Direktstudium vorgeschlagenen Lehrbereichen (DGPs/DGPT, 2014)

Lehrbereiche	Bachelorstudium	Masterstudium (Abschluss: Approbation)	Weiterbildung (Abschluss: Fachkunde)
1. Menschliches Erleben und Verhalten und dessen Entwicklung	Demografischer Wandel, Entwicklungspsychologie: Life-Span-Development, Modell der selektiven Optimierung und Kompensation, Arbeitspsychologische Grundlagen: Berufsbiographie, Person-Environment-Fit, Arbeitsplatzanforderungen	Reha-relevante Fallbeispiele	Nutzung und Vertiefung der Grundlagenkenntnisse im Rahmen von Fallbeispielen aus der Rehabilitation
2. Methoden wissenschaftlicher Forschung		Reha-relevante und versorgungsbezogene Fragestellungen	Leitliniengerechte Behandlung, verschiedene Formen der Qualitätssicherung und Evaluation klinischer Interventionen
3. Störungslehre: Psychische Erkrankung und psychische Faktoren körperlicher Erkrankungen	Psychopathologischer Befund und Anamnese, Fähigkeits- und teilhabebezogene Diagnostik	Psychische Erkrankungen unter der Perspektive der Krankheitsverläufe, Vertiefung von reha-relevanten Störungsbildern aus anderen medizinischen Bereichen (z.B. Neurologie, Kardiologie,	Anwendung und Vertiefung im Rahmen von Fallanalysen, Diagnostik, Verlaufsanalysen, u.a. in der medizinischen Rehabilitation (z.B. Depressive Episode im Akutkrankenhaus, rezidivierende depressive Erkrankung in der

		Orthopädie)	Rehaklinik)
4. Diagnostik und Begutachtung	Diagnostik psychischer Funktionen und Strukturen, biopsychosoziales Gesundheitsverständnis, Modell der ICF, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit nach SGB und in der Praxis	Gutachten (verschiedene Rechtsgebiete), medizinische Differentialdiagnostik, Anwendung des Modell der ICF	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Konsiliaraufträge (z.B. als Psychotherapeut in einer somatischen Rehabilitationsklinik), ICF-orientierte Diagnostik und Begutachtung in der Anwendung
5. Psychotherapeutische Methoden und Verfahren der Behandlung, Prävention und Rehabilitation	Psychologische Interventionen, die in verschiedenen Settings durchgeführt werden können: Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung, Patientenschulung, Partner- und Angehörigenberatung	Teilhabeorientierung in der Behandlung verschiedener Erkrankungsbilder, fähigkeitsorientierte Psychotherapie	Indikationsstellung, Auswahl und Anwendung von psychosozialen und psychotherapeutischen Methoden in unterschiedlichen Settings, therapeutisches Milieu (z.B. Rehaklinik) und Nebenwirkungen von Psychotherapie und Psychoedukation
6. Institutionelle, gesetzliche und ethische Rahmenbedingungen	Grundlagen des Sozialsystems, medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Inklusion, menschenrechtliche Grundlagen	Psychosoziale Versorgung, häufige sozialrechtliche Fragestellungen (Arbeits- und Erwerbs-/Leistungsfähigkeit), rechtliche Rahmenbedingungen, SGB VI, IX, XII Zugang zu Reha-Maßnahmen nach SGB IX (z.B. Antragsverfahren für medizinische und berufliche Rehabilitation)	Teil der praktischen Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation, reha-bezogene Falldokumentationen die Lebenszeitperspektive der Behandlung und Verlaufsdagnostik erkennen lassen, Nachsorge nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen
7. Reflexion / Selbsterfahrung	Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen (unabhängig vom Behandlungssetting)	Reflexion der kontextbezogenen Rolle des Psychotherapeuten (z.B. Rehabilitationsklinik, ambulante Versorgung)	Rollenkonflikt Therapeut oder Gutachter in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Auf Basis langjähriger Erfahrungen sowohl in den universitären Psychologiestudiengängen wie auch in den Psychotherapieausbildungsinstituten und den Einrichtungen der praktischen Tätigkeit erscheint es als realistischer Anspruch, dass im grundständigen Bachelorstudium zunächst verfahrens- und settingsübergreifend generelle Aspekte vermittelt werden. Dies sind bspw. die Grundlagen der klinischen Diagnostik (Prävalenz und Diagnostik psychischer Erkrankungen, Komorbiditäten, Verlaufstypen, Fähigkeitsbeeinträchtigungen) und die Breite der psychosozialen, -edukativen und -therapeutischen Interventionen.

Im Masterstudium sollte verstärkt der Teilhabegedanke in der Diagnostik und Behandlung eingeübt werden, und dies anhand unterschiedlicher Störungsbilder und unterschiedlicher Stationen im Krankheitsverlauf reflektiert werden. Hier kann bspw. eine Depressionsbehandlung unter der Verlaufsperspektive erlernt werden: Behandlung einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie mit dem Ziel der Symptomreduktion, Behandlung einer Depression unter der Perspektive des Krankheitsverlaufs und mit dem Ziel der Teilhabeförderung im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation und kontextorientierte Mitbehandlung einer Depression im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in Kooperation mit einem Betriebsarzt.

Settingspezifische Besonderheiten in den verschiedenen Versorgungsbereichen entsprechend des gegliederten Sozialsystems (z.B. Rolle als Behandler in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie versus Rolle als Gutachter und Behandler in einer Rehabilitationsbehandlung) sollten Inhalte in der praktischen Weiterbildung zur Fachkunde sein. Ein Mindestanteil an nachgewiesenen Behandlungsstunden mit chronisch psychisch kranken Menschen sollte zur Voraussetzung für die Erlangung der verfahrens- bzw. fachspezifischen Fachkunde gemacht werden.

Literatur

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85-105.

BDP (2015). *Zertifizierungsordnung Fachpsychologe für Rehabilitation*. Berlin: BDP Berufsverband Deutscher Psychologen.

Bengel, J. (2015). Reha-Nachsorge und Wiedereingliederung (Editorial). *Die Rehabilitation*, 54, 1.

Bengel, J., Töns, N. & Schliehe, F. (2012). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: B. Strauß & E. Brähler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Medizinische Psychologie (Band I, Grundlagen, S. 47-72)*. Göttingen: Hogrefe.

Bengel, J. Gall, H., Grande, G., Küch, D., Mittag, O., Schmucker, D., Spijkers, W., Arling, V. Jeannette, J., Lutze, B. & Morfeld, M. (2013). Aus-, Fort- und Weiterbildung „Psychologie in der Rehabilitation“. *Die Rehabilitation*, 53, 124-130.

BMAS (2012). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

BPtK (2014a). *BPtK-Studie Versorgung zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen*. Berlin: BPtK Bundespsychotherapeutenkammer.

BPtK (2014b). *BPtK-Studie Versorgung psychisch kranker Menschen in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: BPtK Bundespsychotherapeutenkammer.

BPtK (2015). *Reform des Psychotherapeutengesetzes. Details einer Approbationsordnung, Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung und weitere Aspekte*
Schriftliche Befragung zur Unterstützung der Arbeit des Projektes Transition. Synopse der Antworten. Berlin: BPtK Bundespsychotherapeutenkammer.

DGPs/DGPT (2014). *Struktur Direktstudium Psychotherapie, erstellt von der Kommission Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der psychodynamischen Hochschullehrerinnen und –lehrer sowie unter Hinzuziehung weiterer Experten Arbeitspapier Version 2 (7.10.2014)*. DGPs, DGPT, 7.10.2014.

DRV (2012). *Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO)*. Berlin: DRV Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV (2014). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung*. Berlin: DRV Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV (2015). *Psychische Störungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Expertenpapier zu Handlungsfeldern der Deutschen Rentenversicherung. Stand 5.8.2015*. Berlin: DRV Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV (2015). *Curriculum Sozialmedizin im Reha-Team*. Berlin: DRV Deutsche Rentenversicherung Bund.

GMA (2015). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)*. Kiel: Medizinischer Fakultätentag 4.6.2015, GMA Gesellschaft für medizinische Ausbildung.

Härter, M., Baumeister, H., & Bengel, J. (Hrsg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlicher Krankheit*. Berlin: Springer.

Hillert, A., Müller-Farnow, W., & Radoschewski, F.M. (Hrsg.) (2009). *Medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Kulik, C.T., Oldham, G.R., & Hackman, J.R. (1987). Work Design as an Approach to Person-Environment-Fit. *Journal of Vocational Behavior*, 31, 278–296.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M. (2015). *Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP*. Göttingen: Hogrefe.

Mau, W., Gülich, M., Gutenbrunner, C., Lampe, B., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., & Smolenski, U.C. (2004). Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. *Die Rehabilitation*, 43, 337-347.

Meyer, A. (1917). Progress in teaching psychiatry. *Journal of American Medical Association*, LXIX (11), 861-863.

Muschalla, B. & Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Der Nervenarzt*, 82, 917-931.

Muschalla, B. & Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 2: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. *Der Nervenarzt*, 82, 1187-1200.

Nash-Wright, J. (2011). Dealing with anxiety disorders in the workplace: importance of early intervention when anxiety leads to absence from work. *Professional Case Management, 16*, 55-59.

WHO World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.

Wittchen, H.U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl., 2003 (417)*, 4-18.

Wittchen, H.U., Mhlig, S., Pezawas, L. (2003). Natural course and burden of bipolar disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 6*, 145-154.

Autoren

Dr. Beate Muschalla, Psychologische Psychotherapeutin Verhaltenstherapie, arbeitet als Wissenschaftlerin an der Freien Universität Berlin und als Leitende Psychologin der Abteilung Rehabilitation bei der DRV Bund, zuvor langjährige Tätigkeit in der psychosomatischen Rehabilitation. Seit 2004 beschäftigt sie sich in Praxis und Forschung mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen und mit Sozialmedizin.

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Psychologischer Psychotherapeut. Er ist Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg. Die Arbeitsschwerpunkte sind Psychologie in der Rehabilitation, psychologische Diagnostik, Psychotraumatologie und Versorgungsforschung; er leitet die Ambulanz für Somatopsychologie und das Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie.

Prof. Dr. Matthias Morfeld ist Inhaber der Professur "System der Rehabilitation" am Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal und forscht zu Fragen der Weiterentwicklung der Rehabilitation. Er ist Mitglied im Vorstand der DGRW.

Dr. Ulrike Worringen, Psychologische Psychotherapeutin. Sie ist leitende Psychologin der Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitglied der DGRW.