Psychotherapeutische Weiterbildung in der medizinischen Rehabilitation

Ulrike Worringen

Zusammenfassung: Psychotherapie wird in der medizinischen Rehabilitation in allen Indikationen durchgeführt. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bezuschusst Reha-Einrichtungen, die psychotherapeutische Weiterbildung anbieten, ab dem 1. Januar 2026. Der Zuschuss für Weiterbildungsbefugte bemisst sich an der Anzahl der Weiterzubildenden. Darüber hinaus bietet die Reform des Psychotherapeutengesetzes die Chance, psychotherapeutische Konzepte in der medizinischen Rehabilitation fachlich weiterzuentwickeln. Die treibende Kraft ist dabei die*der psychotherapeutische Weiterbildungsbefugte. Reha-Einrichtungen profitieren zudem vom Austausch mit den Studierenden und Weiterzubildenden. Die enge Kooperation mit den Universitäten im Rahmen der Ausbildungspraktika eröffnet die Möglichkeit, psychotherapeutische Konzepte auch wissenschaftlich weiterzuentwickeln. Das Angebot der Weiterbildung sichert den Reha-Einrichtungen zudem die unabdingbare personelle Ressource, die psychotherapeutischen Fachkräfte.

Mehr als jede*r zehnte angestellte Psychotherapeut*in (12 % von rund 12.400) war vor zwölf Jahren in einer Rehabilitationseinrichtung tätig (*BPtK, 2014*[1]). Sehr viele Psychotherapeut*innen in Ausbildung haben die medizinische Rehabilitation in den letzten 25 Jahren im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit kennengelernt. Und dennoch ist die medizinische Rehabilitation im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen ein nur wenig bekanntes Arbeits- und Versorgungsfeld. Der vorliegende Beitrag stellt Rahmenbedingungen und Daten der psychotherapeutischen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vor und diskutiert dieses Versorgungsfeld im Hinblick auf die Folgen der Reform des Psychotherapeutengesetzes. Der Beitrag verfolgt das Ziel, die medizinische Rehabilitation als Ort der psychotherapeutischen Weiterbildung in den unterschiedlichen Reha-Indikationen unter Psychotherapeut*innen bekannt zu machen.

Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation kann als Teilhabeleistung von verschiedenen Sozialversicherungsträgern erbracht werden. Trägerübergreifende Regelungen finden sich im SGB IX. Die DRV, als größter Rehabilitationsträger mit rund einer Million Rehabilitationsleistungen pro Jahr (DRV, 2024a), finanziert Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach SGB VI, um die berufliche Teilhabe ihrer Versicherten zu sichern. In der medizinischen Rehabilitation der DRV steht die Rückkehr zur Arbeit bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit im Fokus aller Bemühungen.

Dem Konzept der medizinischen Rehabilitation liegt bei allen Sozialversicherungsträgern die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health; *WHO, 2001*) zugrunde (vgl. Abb. 1). Psychotherapie ist in allen Indikationen der medizinischen Rehabilitation Teil einer multiprofessionellen Intervention. In allen Indikationen werden die Wechselwirkungen von krankheitsbezogenen Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen mit Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren im Hinblick auf die Teilhabefähigkeit berücksichtigt. Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren können Ressourcen, aber auch Bar-

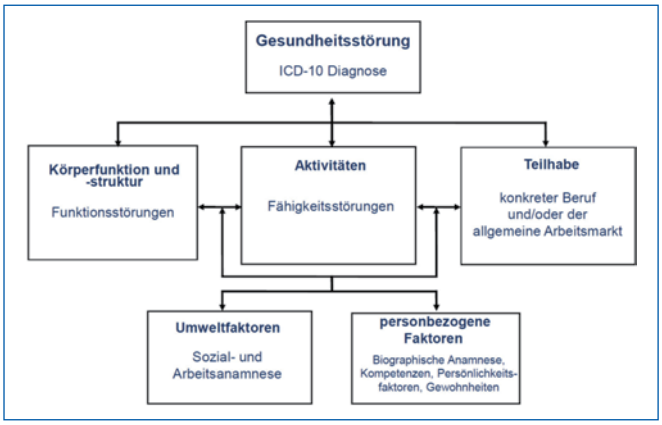

Abbildung 1: Komponenten der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit ihren Wechselwirkungen (WHO, 2001) am Beispiel der beruflichen Teilhabe nach SGB VI, Quelle: DRV, 2022

1 Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie die bibliografischen Angaben im vollständigen Literaturverzeichnis auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Abkürzungen	Erläuterung
DRV – Deutsche Rentenversicherung	Leistungs- und Kostenträger für medizinische Rehabilitation nach SGB VI (bei Gefährdung der Erwerbstätigkeit)
KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen	Umfasst eine Auflistung aller therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation der DRV mit Qualitätsmerkmalen (Berufsgruppe, Indikation, Therapieziel, Mindestdauer, Frequenz, Anzahl Rehabilitand*innen), die therapeutischen Leistungen sind in verschiedenen Leistungsgruppen zusammengefasst (vgl. Kapitel F und G in dieser Tabelle), die KTL dient der Dokumentation der therapeutischen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht und wird abteilungsbezogen im Rahmen der Qualitätssicherung der DRV ausgewertet, die abteilungsbezogenen Daten werden mit den Daten aller Abteilungen dergleichen Indikation verglichen; der Mittelwert aller Abteilungen einer Indikation wird in den Abbildungen 2; 3–6 angegeben
Kapitel F der KTL	Umfasst psychologische, neuropsychologische und künstlerische Therapien (auch in der somatischen Rehabilitation); in die Auswertung in diesem Beitrag sind alle Leistungen des Kapitels F eingegangen
Kapitel G der KTL	Umfasst alle psychotherapeutischen und suchttherapeutischen Therapien in der psychosomatischen Rehabilitation und der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, in die Auswertung in diesem Beitrag sind alle Leistungen des Kapitels G eingegangen
Phase D Neurologie	Neurologische Rehabilitation ist in sechs Phasen unterteilt, je nach Hilfebedarf der Rehabilitand*in kommt für sie eine bestimmte Rehabilitationsphase infrage. Im Verlauf der Rehabilitation kann es bei zunehmender Selbstständigkeit zu einem Wechsel in die nächste Phase kommen. Phase D entspricht der Anschlussrehabilitation der DRV, eine Rückkehr zur Arbeit wird in Phase D bei Erwerbstätigen als Reha-Ziel betrachtet
VOR – verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation	Ist ein vierwöchiges bezugstherapeutisches Rehabilitationsprogramm in der somatischen Rehabilitation für Rehabilitand*innen mit psychischer Komorbidität

Tabelle 1: Erläuterung der Abkürzungen in den folgenden Abbildungen

rieren für die Teilhabe darstellen (DRV, 2022). Psychische Kontextfaktoren, aber auch psychische Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen modifizieren den Teilhabeprozess. Tabelle 1 erläutert in Kurzfassung die in den folgenden Abbildungen verwendeten Abkürzungen zur psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation.

Die psychotherapeutische Versorgungsrate in der medizinischen Rehabilitation der DRV lag im Jahr 2023 im Durchschnitt zwischen 80 % und 100 % (vgl. Abb. 2, Anteil von Rehabilitand*innen mit mindestens einer psychologischen/psychotherapeutischen Leistung im Indikationsvergleich).

In der regelhaft fünfwöchigen psychosomatischen Rehabilitation mit durchschnittlich 19,3 Therapiestunden pro Woche fielen 37,3 % der Therapieleistungen auf psychologische (Kapitel F) und psychotherapeutische (Kapitel G, vgl. Tab. 2) Leistungen der *Klassifikation therapeutischer Leistungen* (KTL) (*DRV, 2015*).

In der Rehabilitation von Alkoholabhängigkeit, die im Durchschnitt 12 Wochen dauert, wurden bei durchschnittlich wöchentlich 21,3 Therapiestunden 37,6 % aller therapeutischen Leistungen aus dem Bereich der Psychologie und Psychotherapie (Kapitel F und G der KTL 2015, inklusive Leistungen der Suchttherapie) erbracht. In der regelhaft dreiwöchigen orthopädischen Rehabilitation mit durchschnittlich 20 Therapiestunden pro Woche fielen 11,5 % der Therapiezeit auf psychologische und psychotherapeutische Leistungen aus Kapitel F und G. Leistungen der verhaltensmedizinisch-orientierten Rehabilitation (*Worringen, 2019*), die einen deutlich höheren Anteil an psychologischen und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenleistungen vorhalten (*DRV, 2017*), stellten im Jahr 2023 mit 10.560 Maßnahmen lediglich 3 % aller orthopädischen Reha-Leistungen. In der neurologischen Rehabilitation wurden im Mittel 96 % der Rehabilitand*innen psychologisch versorgt, 9 % psychotherapeutisch. Die durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer in der Phase D der neurologischen Rehabilitation betrug 30 Tage. Von den wöchentlich erbrachten 17,6 Therapiestunden fielen 23,9 % in den Bereich der Psychologie/Psychotherapie. In der psychosomatischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurden wöchentlich im Schnitt 24,5 Therapiestunden

Indikation	Therapiestunden	Psych. Stunden	Psych. Anteil an Gesamtdauer	Durchschnitt Behandlungstage
Psychosomatik Erwachsene	19,3	7,2	37,3 %	37
Psychosomatik Kinder/Jugendliche	24,5	2,7	11 %**	30
Abhängigkeit	21,3	8*	37,6 %*	90
Orthopädie	20	2,3	11,5 %	23
Neurologie (Phase D)	17,6	4,2	23,9 %	30

*Tabelle 2: Anteil von psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen an durchschnittlicher Gesamttherapiedauer pro Woche, KTL-Daten 2023, * inklusive Suchttherapie; ** inklusive psychotherapeutische Angehörigengespräche*

erbracht, davon fielen jedoch lediglich 11 % in das Gebiet der Psychologie und Psychotherapie.

Qualitätssicherung psychotherapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation der DRV

Die Regional- und die Bundesträger der DRV stellen gemeinsame Qualitätsanforderungen, die sich u. a. auf das Einrichtungskonzept, den Personalschlüssel und die therapeutischen Leistungen beziehen. Die Anforderungen finden ihren Niederschlag in verschiedenen Qualitätssicherungsinstrumenten der DRV (vgl. Abb. 3).

Die *Strukturanforderungen* (DRV, 2023a) geben indikationsspezifische Mindestanforderungen an die Anzahl an Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen vor (vgl. Tab. 3). In den Strukturanforderungen werden Berufsgruppen zu Funktionsgruppen zusammengefasst. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie Master-Psycholog*innen bilden in den meisten Indikationen eine gemeinsame Funktionsgruppe. In der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen befinden sich Sucht- und Psychotherapeut*innen in einer Funktionsgruppe. Berufsgruppen innerhalb einer Funktionsgruppe sind austauschbar, zu berücksichtigen sind dabei aber fachliche Notwendigkeiten und Rechtsvorgaben (z. B. Approbationsvorbehalt).

Im *Reha-Entlassungsbericht* (*DRV, 2025*) wird mit der KTL (*DRV, 2015*) die individuelle Therapie für die Rehabilitand*innen dokumentiert. Für jede therapeutische Leistung ist eine Ziffer in der KTL hinterlegt. Im Reha-Entlassungsbericht werden Art und Umfang der therapeutischen Leistungen festgehalten. Diese Dokumentation umfasst nur die therapeutischen Leistungen, keine Teambesprechungen, diagnostischen Maßnahmen oder Visiten. Die KTL-Daten werden im Rahmen der Qualitätssicherung abteilungsbezogen ausgewertet. Es wird immer der Mittelwert der dokumentierten Leistungen für eine Abteilung bzw. für eine Indikation berechnet.

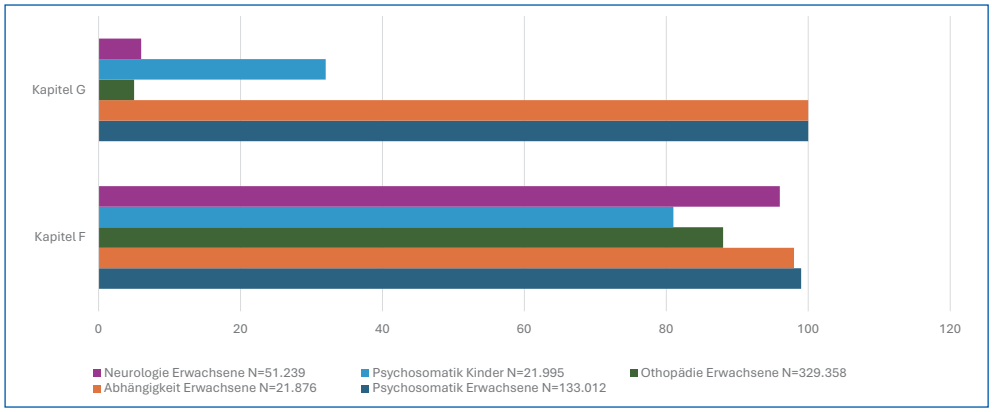

*Abbildung 2: Anteil von Rehabilitand*innen mit psychologischen/kunsttherapeutischen (Kapitel F) und psychotherapeutischen (Kapitel G) Leistungen der KTL (DRV, 2015); KTL Daten 2023; Vergleich Psychosomatik (Erwachsene und Kinder), Abhängigkeit (Alkohol), Orthopädie (inklusive VOR), Neurologie*

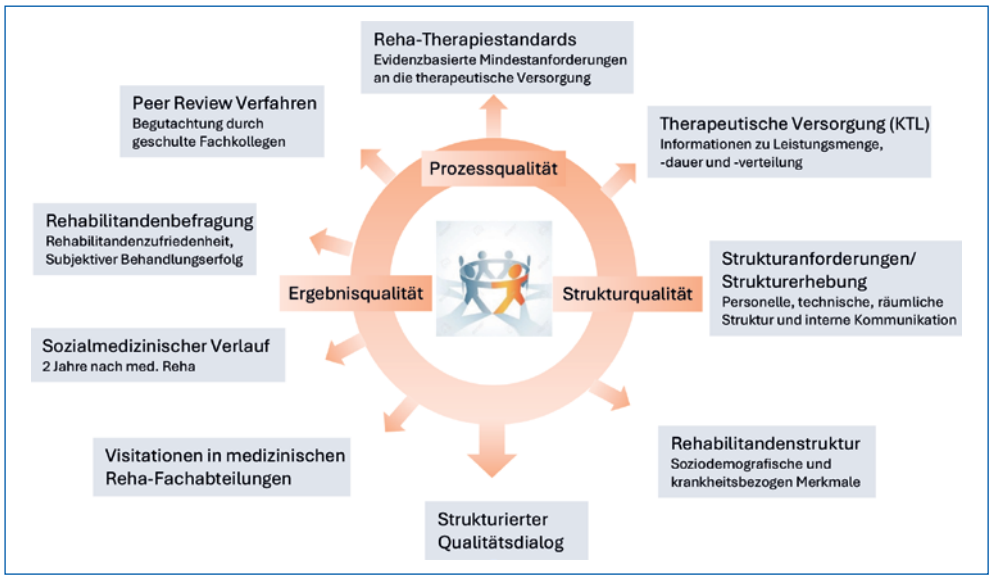

Abbildung 3: Qualitätssicherungsprogramm der DRV

Reha-Therapiestandards (RTS) geben Mindestanforderungen für die Ausgestaltung der Behandlungsbausteine für definierte Rehabilitand*innengruppen vor, sogenannte *Evidenzbasierte Therapiemodule* (ETM). Gemeinsam mit den Rehabilitand*innen wird bei Aufnahme entschieden, welche einzelnen therapeutischen Leistungen aus den ETM oder auch ergänzend zu den ETM verordnet werden.

Die Qualitätssicherungsinstrumente werden regelmäßig aktualisiert. Die Aktualisierung der KTL wurde im Jahre 2025 abgeschlossen. Im Bereich der Psychotherapie (Kapitel G) wurde bei der Überarbeitung der Verfahrensbezug nach Psychotherapierichtlinie aufgehoben. Alle verwendeten Psychotherapieverfahren müssen aber nach wie vor wissenschaftlich anerkannt sein. Psychotherapeutische Leistungen können ab dem 1. Januar 2027 nun auch fachgebietsübergreifend erbracht werden, also auch in den somatischen Indikationen. Die bisherige Beschränkung auf die Fachgebiete Psychosomatik und Abhängigkeit ist aufgehoben worden.

Indikation	Psychotherapie	Psychologie	gesamt
Abhängigkeitserkrankungen – illegale Drogen – Alkohol / Medikamente	4,75 PPT / M; 0,25 B		5
Psychosomatik	2,5	1,5 M; 0,5 B	4,5
Psychosomatik Kinder	2	1,75 M; 0,25 B	4
Neurologie Phase D	1	2 M*; 1 B	4
Somatik Erwachsene	0,5	1 M; 0,25 B	1,75
Somatik Kinder	2,25 PPT/M; 0,25 B		2,5

*Tabelle 3: Personelle Mindestanforderungen für den Bereich Psychologie und Psychotherapie auf 100 stationäre Rehabilitand*innen; PPT = Psychologische Psychotherapie, M = Master, B = Bachelor, können durch höher qualifizierte Mitarbeitende ersetzt werden; * inklusive Neuropsychologie (DRV, 2023a)*

Die RTS wurden ebenfalls in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten in den letzten drei Jahren überarbeitet. Neue Forschungsergebnisse wurden berücksichtigt und es wurden Mindestleistungen für alle Diagnosegruppen bestimmt bzw. ein indikationsübergreifender Reha-Therapiestandard entwickelt. Für die Indikation Psychosomatik und Abhängigkeit wird es jeweils einen eigenen diagnoseübergreifenden Reha-Therapiestandard geben. Vorab gab es in der psychosomatischen Rehabilitation nur den RTS Depression (*DRV, 2016a*), in der Entwöhnung den RTS Alkoholabhängigkeit (*DRV, 2016b*). Für einzelne ETM wurde der Umfang der psychotherapeutischen Mindestumfänge erhöht, zum Beispiel die Mindestdauer der psychotherapeutischen Einzelintervention in der psychosomatischen Rehabilitation (50 statt 30 Minuten pro Woche). Die Mindestanzahl an Rehabilitand*innen, die im indikationsübergreifenden RTS eine psychologische oder psychotherapeutische Leistung erhalten soll, orientiert sich an den aktuellen Versorgungsdaten.

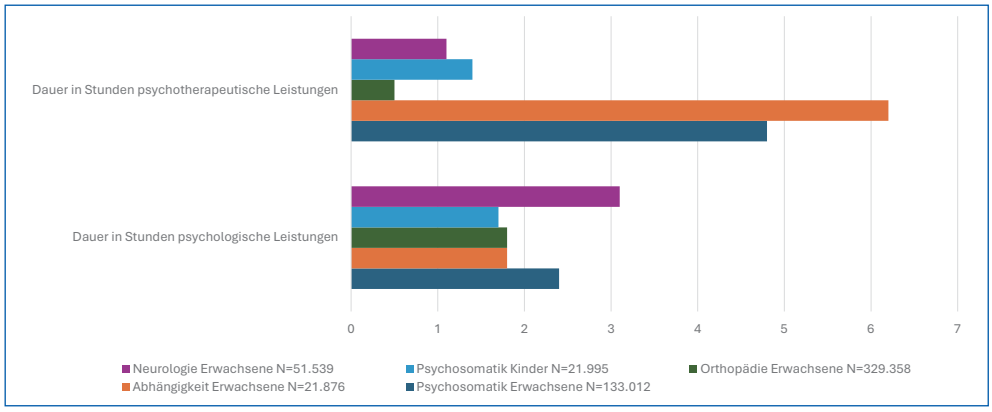

*Abbildung 4: Durchschnittliche Dauer der psychologischen (Kapitel F) und psychotherapeutischen (Kapitel G) Leistungen pro Rehabilitand*in/Woche in Stunden; KTL-Daten 2023; Vergleich Psychosomatik (Erwachsene/Kinder), Abhängigkeit (Alkohol, inklusive Suchttherapie), Orthopädie (inklusive VOR), Neurologie*

Indikationsspezifische psychotherapeutische Konzepte in der medizinischen Rehabilitation

Art und Anteil der psychotherapeutischen Leistungen differieren zwischen den Indikationen der medizinischen Rehabilitation (vgl. Abb. 4, 5 und 6).

Künstlerische Therapien, neuropsychologische Therapie, Entspannungstraining und psychologische Einzel- und Gruppenberatung wurden im Jahr 2023 in allen fünf beispielhaft ausgewählten Indikationsgruppen angeboten (vgl. Abb. 5). In der neurologischen Rehabilitation nahmen neuropsychologische Leistungen mit 2,8 Leistungen pro Woche einen besonders hohen Stellenwert ein.

Psychotherapeutische Leistungen wurden ebenfalls in allen fünf Indikationen verschlüsselt. Allerdings ist die Anzahl der psychotherapeutisch versorgten Rehabilitand*innen in den Indikationen Neurologie und Orthopädie sehr gering (vgl. Abb. 6).

Bis auf psychotherapeutische Einzelsitzungen ist die Verschlüsselung von psychotherapeutischen Leistungen für die somatischen Indikationen bislang in der KTL nicht vorgesehen. Ihre Verschlüsselung führte zu einer Fehlermeldung im Rahmen der Qualitätssicherung der DRV. Dies ändert sich erst mit der Einführung der aktualisierten KTL ab dem 1. Januar 2027. In der neurologischen Rehabilitation wurden psychotherapeutische Leistungen bislang für 1–2 % der Rehabilitand*innen, in der orthopädischen Rehabilitation für 1 % der Rehabilitand*innen verschlüsselt. Diese Kodierung wird besonderen psychotherapeutischen Einrichtungskonzepten geschuldet sein, zum Beispiel der Verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) (*Worringen, 2019*).

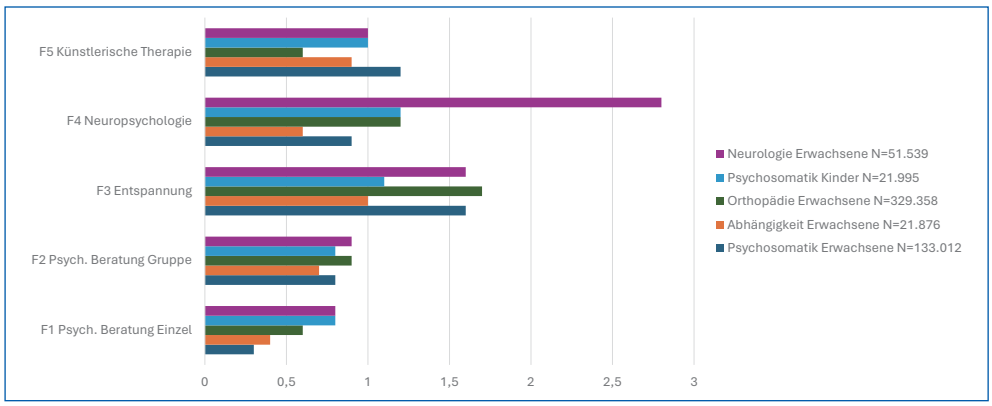

*Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl der psychologischen Leistungen pro Rehabilitand*in und Woche in Kapitel F; KTL-Daten 2023; Vergleich Psychosomatik (Erwachsene; Kinder), Abhängigkeit (Alkohol), Orthopädie (inklusive VOR); Neurologie*

Gering war im Jahr 2023 auch die psychotherapeutische Versorgungsrate in der psychosomatischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Sie lag in den einzelnen Leistungsgruppen zwischen 2 % und 12 %. Am häufigsten nahmen Kinder und Jugendliche in der psychosomatischen Rehabilitation an einer verhaltenstherapeutischen Gruppe (12 %) und an verhaltenstherapeutischen Einzelgesprächen (9 %) teil. Bei 18 % der Kinder und Jugendlichen fand ergänzend noch wöchentlich ein 30-minütiges psychotherapeutisches Angehörigengespräch statt. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen wurde in der psychosomatischen Rehabilitation nicht psychotherapeutisch, sondern psychologisch versorgt (29 % mit psychologischer Einzelberatung, 44 % mit psychologischer Gruppenberatung, 49 % mit Entspannungstraining, 27 % mit künstlerischen Therapien).

Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologisch orientierte Gruppenleistungen dominierten hingegen in der psychosomatischen Rehabilitation von Erwachsenen und in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen mit 1,7 bis 2,4 Sitzungen/Woche das Versorgungsgeschehen. In der psychosomatischen Rehabilitation nahmen im Jahr 2023 85 % aller erwachsenen Rehabilitand*innen an verhaltenstherapeutischen Gruppen und 44 % an tiefenpsychologisch fundierten Gruppen teil. Verhaltenstherapeutische Einzelgespräche erhielten in der psychosomatischen Rehabilitation 72 % der erwachsenen Rehabilitand*innen, 43 % wurden mit tiefenpsychologisch fundierten Einzelgesprächen versorgt. Fast alle erwachsenen Rehabilitand*innen (96 %) nahmen in der psychosomatischen Rehabilitation am Entspannungstraining teil. Knapp ein Viertel der erwachsenen Rehabilitand*innen (24 %) in der psychosomatischen Rehabilitation bekam neuropsychologische Leistungen.

Psychotherapeutischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

In den Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen sind Psychologische Psychotherapeut*innen als Bezugstherapeut*innen häufig fallführend und schreiben auch den Großteil des Reha-Entlassungsberichts. Die sozialmedizinische Kompetenz wurde bislang nicht im Psychologiestudium und auch nur selten in der psychotherapeutischen Ausbildung erworben.

Seit 2021 gibt es analog zu der ärztlichen sozialmedizinischen Weiterbildung auch eine sozialmedizinische Weiterbildung für (Psychologische) Psychotherapeut*innen. Damit können nun beide Berufsgruppen die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin" erwerben. Zudem bietet die DRV seit 2013 sozialmedizinische Fortbildungen für alle Berufsgruppen an (*Worringen et al., 2016*).[2]

Durch die sozialmedizinische Begutachtung im Reha-Prozess bekommen die Psychotherapeut*innen in der medizinischen Rehabilitation nicht nur einen Behandlungs-, sondern auch einen Begutachtungsauftrag. Diese Doppelfunktion erfordert Transparenz und eine entsprechende Aufklärung der Rehabilitand*innen. Eine gute Abstimmung zu sozialmedizinischen Aufgaben der Psychotherapeut*innen im Reha-Team hilft bei der Rollenklärung (*Worringen, 2025*).

In den somatischen Indikationen nehmen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen bei Bedarf Stellung zur Arbeitsfähigkeit, indem sie die psychischen Funktionen, Fähigkeiten sowie personbezogene Kontextfaktoren befunden und bewerten. In der neurologischen Rehabilitation sind die neuropsychologischen Befunde häufig ein wichtiger Bestandteil der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung. Sie geben detailliert Auskunft über kognitive Fähigkeiten und über Möglichkeiten ihrer Verbesserung. In der Rehabilitation von Jugendlichen ab 14 Jahren wird eine sozialmedizinische Stellungnahme zur schulischen Teilhabe im Reha-Entlassungsbericht erwartet (*DRV, 2025*).

Psychotherapeutische Reha-Nachsorge

Die DRV finanziert auch psychotherapeutische Reha-Nachsorge. Für die psychosomatische Rehabilitation und für Rehabilitand*innen mit psychischer Komorbidität in somatischen Reha-Indikationen gibt es das Konzept der sogenannten PsyRENA®. Es ist ein in Präsenz oder digital zu erbringendes Gruppenkonzept mit 25 Einheiten, das im ersten Jahr nach Abschluss der Rehabilitation in Anspruch genommen werden kann. Im Einzelfall ist die Durchführung auch im Einzelsetting

2 www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Fort-Weiterbildung-Aerzte/fortbildung_sozialmedizin.html

möglich (12 Sitzungen). Eine Zulassung als PsyRENA®-Nachsorgetherapeut*in ist über die Regionalträger der DRV möglich. Im Jahr 2023 wurden von Psychotherapeut*innen 20.149 PsyRENA®-Leistungen in Präsenz und 1.604 PsyRENA®-Leistungen digital erbracht (DRV, 2024a). Das PsyRENA®-Rahmenkonzept wurde 2025 aktualisiert. Auf Wunsch vieler Nachsorgetherapeut*innen wird zum 1. Januar 2026 die Vorgabe zum Abbruch der Maßnahme nach sechswöchiger Unterbrechung gestrichen. Das Nachsorgeangebot ist nach wie vor nicht flächendeckend im Bundesgebiet verteilt. Weitere digitale Nachsorgeangebote, z. B. die App DE-RENA/DE-RENA 2.0, wurden für Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen zugelassen und können im Einzelfall eine Alternative zur wohnortnahen PsyRENA® darstellen.[3]

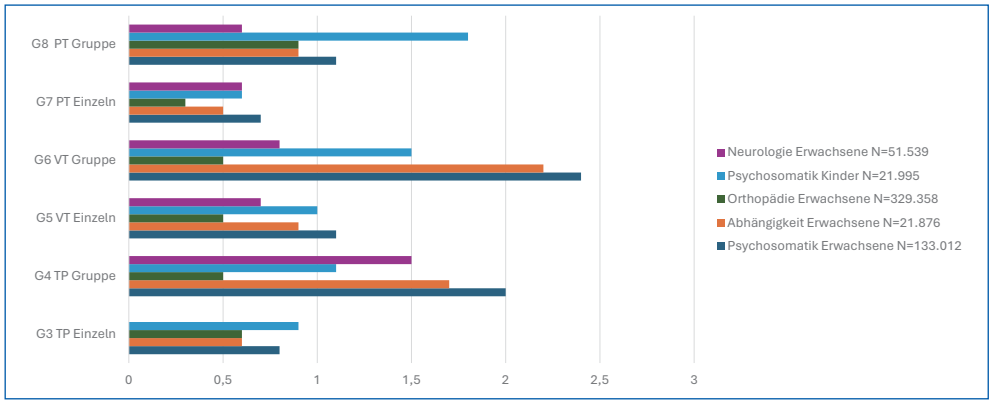

*Abbildung 6: Durchschnittliche Anzahl der psychotherapeutischen Leistungen pro Rehabilitand*in und Woche in Kapitel G; KTL-Daten 2023; Vergleich Psychosomatik (Erwachsene; Kinder), Abhängigkeit (Alkohol), Orthopädie (inklusive VOR); Neurologie*

Die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen umfasst 20 Einheiten Gruppen- oder Einzeltherapie und zwei Angehörigengespräche. Sie wird ambulant in speziellen psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sowie in Reha-Einrichtungen durchgeführt.

Kinder, Jugendliche und ihre Angehörigen mit einer Nachsorgeempfehlung aus der Reha-Einrichtung können bei jeder*jedem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut*in psychotherapeutische Leistungen zur Reha-Nachsorge abrechnen (DRV, 2019). Die Nachsorge kann im Einzelsetting oder in der Gruppe erbracht werden.[4]

Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung in der medizinischen Rehabilitation

Viele Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) haben in der Vergangenheit ihre praktische Tätigkeit in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation absolviert. Diese Möglichkeit endet mit der Übergangsregelung im Gesetz zur Reform des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 2032. Reha-Einrichtungen können stattdessen aber den stationären und den institutionellen Teil der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung anbieten (Worringen et al., 2023; *Lindenmeyer, 2023*). Einige Reha-Einrichtungen wurden bereits für die neue psychotherapeutische Weiterbildung von den Landespsychotherapeutenkammern zugelassen.

Die DRV berücksichtigt die psychotherapeutische Weiterbildung ab dem 1. Januar 2026 in ihrem neuen Vergütungssystem.[5] Der Zuschuss zur psychotherapeutischen Weiterbildung kann von Reha-Einrichtungen, die als psychotherapeutische Weiterbildungsstätte zugelassen sind, als einrichtungsspezifische Komponente verhandelt werden. Die Beschäftigung von

Durch die sozialmedizinische Begutachtung im Reha-Prozess bekommen Psychotherapeut*innen in der medizinischen Rehabilitation nicht nur einen Behandlungs-, sondern auch einen Begutachtungsauftrag.

Psychologischen Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen als Weiterbildungsbefugte, die in der Nachfolge der ärztlichen Weiterbildungsbefugten die psychotherapeutische Weiterbildung verantworten, ist für die Reha-Einrichtungen in der Regel mit Mehrkosten verbunden. Der auszuhandelnde Zuschuss wird sich an der Anzahl der Weiterzubildenden und an den damit einhergehenden anteiligen Kosten für die*den psychologischen Weiterbildungsbefugten bemessen. Kosten, die durch die Umwandlung von PiA-Stellen in sozialversicherungspflichtige Psychotherapeut*innenstellen entstehen, sind dagegen Kosten, die nicht als Ausgaben für die psychotherapeutische Weiterbildung geltend gemacht werden können. Diese Kosten entstehen allen Reha-Einrichtungen, die bislang PiA in der psychotherapeutischen Versorgung eingesetzt haben,

3 www.reha-nachsorge-drv.de
4 www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/ki_ju_nachsorge/ki_ju_nachsorge.html
5 www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/verguetungssystem/verguetungssystem-2026.html

unabhängig davon, ob sie nun psychotherapeutische Weiterbildungsstätte werden oder nicht.

Die psychotherapeutische Weiterbildung sichert den Reha-Einrichtungen Fachkräfte. Dies ist besonders wichtig für Reha-Einrichtungen, die in strukturschwachen Regionen liegen und große Schwierigkeiten haben, Fachpersonal zu gewinnen. Im Bereich der Psychologie und Psychotherapie ist aber grundsätzlich in den kommenden Jahren kein Fachkräftemangel zu erwarten, da die Zahl der Psychologiestudierenden deutlich gestiegen ist. Im Wintersemester 2023/2024 waren rund 113.000 Männer und Frauen für ein Studium der Psychologie eingeschrieben. Das waren 3 % mehr als im Vorjahr und fast doppelt so viele wie zehn Jahre zuvor. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind in Deutschland derzeit rund 183.000 Personen erwerbstätig, die ein Psychologiestudium erfolgreich absolviert haben. Das waren über die Hälfte mehr als 2013.[6] Rund 52.000 Psycholog*innen (und Sozialpädagog*innen) sind approbiert. Noch nie standen perspektivisch so viele psychologische und psychotherapeutische Fachkräfte dem Arbeitsmarkt in Deutschland zur Verfügung. Um auch langfristig die Versorgung zu sichern, bedarf es aber dringend des raschen Ausbaus und der Finanzierung der Weiterbildungsmöglichkeit für junge Kolleg*innen, die ihre Approbation nach der neuen Ausbildungsordnung erlangt haben.

Diskussion

Die Reform des Psychotherapeutengesetzes eröffnet dem Versorgungssektor der medizinischen Rehabilitation gute Entwicklungschancen: Die Studienabsolvent*innen kommen mit wesentlich mehr klinischer und therapeutischer Erfahrung in die Arbeitswelt als die vorangegangenen Psychologiestudierenden. Als approbierte Psychotherapeut*innen können sie eigenverantwortlich psychotherapeutisch tätig werden. Ihr berufsrechtlicher Status entspricht dem Status der Assistenzärzt*innen. Sie unterstehen in ihrer Tätigkeit der Fachaufsicht einer*eines psychotherapeutisch erfahrenen Kolleg*in mit entsprechender Fachkunde. Dies kann ein*e Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ein*e Psychologische*r Psychotherapeut*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in sein. Entsprechend ihrer Fachqualifikation werden die neuen approbierten Studienabsolvent*innen auch im Soll-Stellenplan der DRV als Psychotherapeut*innen geführt. Psychologische Psychotherapeut*innen mit Fachkunde sind entsprechend ihrer Fachqualifikation und ihrem sozialrechtlichen Status auf der Funktionsebene von Fachärzt*innen einzusetzen. Die Reha-Einrichtung braucht nach § 15 Abs. 2 SGB VI nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Welche Art der Behandlung stattfindet und welche Aufgaben dabei der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeut*innen übertragen werden können, muss im Einzelfall geprüft werden. Fachliche und rechtliche Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden. Die Rahmenbedingungen von Diensten durch Psychologische Psychotherapeut*innen in der psychosomatischen oder psychiatrischen Versorgung werden bereits diskutiert (*BPtK, 2024*).

Die Reform des Psychotherapeutengesetzes eröffnet dem Versorgungssektor der medizinischen Rehabilitation gute Entwicklungschancen: Die Studienabsolvent*innen kommen mit wesentlich mehr klinischer und therapeutischer Erfahrung in die Arbeitswelt als die vorangegangenen Psychologiestudierenden.

Ein weiteres Entwicklungsfeld ist die sozialmedizinische Begutachtung. Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen haben durch ihre stark methodisch geprägte, wissenschaftliche Ausbildung sehr gute Voraussetzungen, um als Sachverständige bestellt zu werden (*Dohrenbusch, 2025*). Ihre diesbezügliche Kompetenz im Bereich der Neuropsychologie und Beschwerdenvalidierung ist unumstritten (*Merten, 2023*). Kontrovers wird ihre Eignung als Sachverständige im Bereich der psychischen Störungen diskutiert, auch im Kontext der Teilhabe (*BAR, 2023*). Begründet wird der ärztliche Vorbehalt mit Fragen der Pharmakologie und körperlichen Untersuchung. Es wäre aber versorgungspolitisch und fachlich bedauerlich, wenn nicht auch im Bereich der sozialmedizinischen Begutachtung für diese Fragen Lösungen analog zum Konsiliarverfahren im Richtlinienpsychotherapieverfahren (§ 32 der Psychotherapie-Richtlinie) gefunden würden (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024*).

Bei der Anerkennung von Reha-Einrichtungen als Weiterbildungsstätte durch die Landespsychotherapeutenkammern gibt es unterschiedliche Ansichten zur Eignung von Reha-Einrichtungen zur Entwöhnung für die vollumfängliche stationäre Weiterbildung. Begründet wird dieser Vorbehalt mit dem eingeschränkten Diagnosespektrum. Unberücksichtigt bleibt dabei die große Herausforderung der Mitbehandlung psychischer Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen. Die psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung dieser Komorbiditäten und ihrer Wechselwirkung mit der Abhängigkeitserkrankung bedürfen nicht selten einer ausgesprochen hohen psychotherapeutischen Kompetenz. Die psychischen Begleiterkrankungen entsprechen in ihrem Spektrum den Diagnosen in der

6 www.statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Akademikerinnen/Akademikerinnen-Nav.html

psychosomatischen Rehabilitation. Darüber hinaus sind suchtmittelinduzierte hirnorganische Veränderungen differenzialdiagnostisch und therapeutisch zu berücksichtigen, auch systemische Fragen stellen sich in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen viel stärker als in der psychosomatischen Rehabilitation (*Vogelsang, 2023*, *Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2019*).

Die hohe Anzahl an Psychologiestudierenden ist sicherlich zurückzuführen auf die hohe Attraktivität von psychotherapeutischer Tätigkeit. Die Zahl der Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die bislang viele psychosomatische Reha-Abteilungen leiten, sinkt dagegen (*BÄK, 2024*). Es ist also abzuwarten, wie sich Leitungsfunktionen in psychosomatischen Reha-Einrichtungen und Reha-Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen in den nächsten Jahren werden besetzen lassen. Der Bedarf an psychosomatischen Reha-Leistungen wird nicht abnehmen (*DRV, 2023b*). Um die rehabilitative Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu sichern, sollte die Möglichkeit der geteilten Leitungsverantwortung, zum Beispiel durch eine*n internistische*n Fachärzt*in und eine*n Fachpsychotherapeut*in, geprüft werden.

Die psychotherapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation sollen wissenschaftlich fundiert sein. Eine leitlinienorientierte Psychotherapie (*Rief et al., 2024*) braucht Psychotherapieforschung. Hier kann durch eine engere Zusammenarbeit mit den Universitäten auch verstärkt Versorgungsforschung zum Thema teilhabeorientierte Rehabilitation stattfinden. Wenn Fachpsychotherapeut*innen als Weiterbildungsbefugte auch mehr fachliche Verantwortung in den Reha-Einrichtungen übernehmen, sollten ihre wissenschaftlichen Kompetenzen durch die stark forschungsmethodisch geprägte Ausbildung genutzt werden, um eine psychotherapeutische Forschungskultur in Reha-Einrichtungen zu fördern. Forschung dient auch der Weiterentwicklung von Konzepten und Versorgung. Dies betrifft auch die Frage der Digitalisierung von Reha-Leistungen (*DRV, 2024b*). Die DRV fördert Forschung, um innovative, auch digitale Versorgungsansätze zu erproben.[7] Dies umfasst auch neue Konzepte der Nachsorge.[8] Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen können auch in diesem Feld ihre fachliche Expertise einbringen.

Die medizinische Rehabilitation ist ein Arbeitsfeld für Psychotherapeut*innen, das aufgrund seiner sozialmedizinischen Perspektive eine Herausforderung darstellt. Neben der rein therapeutischen Arbeit erfordert die sozialmedizinische Perspektive auch gute Kenntnisse des Sozialversicherungssystems (*Linden & Schymainski, 2025*). Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erfolgt allerdings im interprofessionellen Team, sodass der Austausch mit den anderen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert einnimmt (*Worringen, 2025*). Angesichts der zunehmend hohen Zahlen an Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen sind sozialrechtliche und sozialmedizinische Kenntnisse auch für Kolleg*innen in anderen Versorgungsbereichen von zunehmender Bedeutung. Kenntnisse der medizinischen Rehabilitation können dazu führen, dass auch niedergelassene Psychotherapeut*innen frühzeitig einen Reha-Bedarf erkennen und ihren Patient*innen eine entsprechende Maßnahme empfehlen. Die Erwerbsminderungsrente führt in der Regel bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht zu einer verbesserten Lebensqualität. Erwerbsarbeit ist ein bedeutsamer Bestandteil sozialer Teilhabe.

Die Erwerbsminderungsrente führt in der Regel bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht zu einer verbesserten Lebensqualität – Erwerbsarbeit ist ein bedeutsamer Bestandteil sozialer Teilhabe.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2019). Eckpunkte für Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2022). Sozialmedizinische Grundlagen für das Reha-Team. Modul 1 des Curriculums Sozialmedizin im Reha-Team. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2023a). Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2024a). Reha-Bericht 2024: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV.

Worringen, U. Lindenmeyer, J., Vogel, H., Kobelt-Pönicke, A., Küch, D. & Muschalla, B. (2023). Reform der Psychotherapieaus- und -weiterbildung – welche Bedeutung hat sie für die medizinische Rehabilitation? Rehabilitation, 62, 249–254.

Dr. Ulrike Worringen

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
dr.ulrike.worringen@drv-bund.de

Dr. phil. Ulrike Worringen, Dipl.-Psych., ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2003 bei der Deutschen Rentenversicherung, Abteilung Prävention und Rehabilitation, als Leitende Psychotherapeutin tätig.

7 www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Reha-Wissenschaften/reha-wissenschaften_node.html
8 www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/reha-nachsorge_node.html

Psychotherapeutische Weiterbildung in der medizinischen Rehabilitation

Ulrike Worringen

Literatur

BÄK (Bundesärztekammer). (2024). Ärztestatistik. Verfügbar unter: www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2024 [19.10.2025.]

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation). (2023). Gemeinsame Empfehlung Begutachtung. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2023/reha-info-062023/tipps-tools/gemeinsame-empfehlung-begutachtung.html [19.10.2025.]

BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2014). Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation. Verfügbar unter: www.bptk.de/neuigkeiten/psychotherapeuten-in-der-medizinischen-rehabilitation/ [19.10.2025.]

BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2024). Dienste in Psychiatrie und Psychosomatik. Praxisinfo. Verfügbar unter: www.bptk.de/praxis-infos/praxis-info-dienste/ [19.10.2025.]

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2015). Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2016 a). Reha-Therapiestandards Depression. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2016 b). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2017). Anforderungsprofil verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2019). Eckpunkte für Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund). (Hrsg.). (2022). Sozialmedizinische Grundlagen für das Reha-Team. Modul 1 des Curriculums Sozialmedizin im Reha-Team. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund). (Hrsg.). (2023 a). Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2023 b). Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV. Verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/Strategie_Rehabilitation_Praevention_DRV_2023.html [19.10.2025.]

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2024 a). Reha-Bericht 2024: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2024 b). Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha). Berlin: DRV. Verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/modellprojekt-digiflexreha.html [19.10.2025.]

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.). (2025). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Berlin: DRV.

Dohrenbusch, R. (Hrsg.). (2025). Psychologische Begutachtung. Rechtliche Grundlagen – Leitlinien – Empfehlungen. Berlin: Springer.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-3464/PT-RL_2024-03-21_iK-2024-06-19.pdf [19.10.2025.]

Linden, M. & Schymainski, D. (2025). Sozialmedizinische Therapie bei psychischen Erkrankungen. Ein Leitfaden für die Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart: Kohlhammer.

Lindenmeyer, J. (2023). Die Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung und ihre Auswirkung auf medizinische Rehakliniken für Sucht und Psychosomatik. Sucht Aktuell. Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V., 8–13.

Merten., T. (Hrsg.). (2023). Beschwerdenvalidierung in der Begutachtung, Klinik und Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

Rief, W., Hautzinger, M., Lincoln, T., Margraf, J. & Tuschen-Caffier, B. (Hrsg.). (2024). Leitlinienorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Vogelgesang, M. (2023). Psychische Komorbidität bei Suchterkrankungen – Entstehung und Therapie eines komplexen Bedingungsgefüges. PiD – Psychotherapie im Dialog, 24, 48–51.

Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.). (2019). Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen (2. erweiterte und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

WHO (World Health Organisation). (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Verfügbar unter: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health [17.10.2025]

Worringen, U. (Hrsg.). (2019). Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation (PSMR). 32, 1, 105.

Worringen, U. (2025). Begutachtung psychischer Funktionen und Fähigkeiten in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In Dohrenbusch, R. (Hrsg.), Psychologische Begutachtung: Rechtliche Grundlagen. Leitlinien und Empfehlungen für die Praxis. Berlin: Springer.

Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M. & Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team “für die Rehabilitationspraxis. Die Rehabilitation, 55, 238–247.

Worringen, U. Lindenmeyer, J., Vogel, H., Kobelt-Pönicke, A., Küch, D. & Muschalla, B. (2023). Reform der Psychotherapieaus- und -weiterbildung – welche Bedeutung hat sie für die medizinische Rehabilitation? Rehabilitation, 62, 249–254.