

Anekdotisches zur Reha- und AK-Entwicklung

DP PPT Helmut Brenner

Ich freue mich, hier über die Anfänge der Rehapsychologie und -Psychotherapie und über die Entwicklung des Arbeitskreises (AK) der Rehapsychologen berichten zu können. Dem AK Rehapsychologie ist es gelungen, die Urgesteine der Rehapsychologie zu (re-)aktivieren, damit sie sich zu 35 Jahren Rehapsychologie und zu 25 Jahren Tagungen des AK äußern. Die ehemaligen Pioniere sind zwar allmählich im Rentenalter angekommen, jedoch weiterhin außerordentlich aktiv, wie eh und je.

Das Triumvirat der ersten Stunde bildete sich 1971/72 aus Rainer Doubrawa, Knud Eike Buchmann und Helmut Brenner. Rainer Doubrawa ist heute u. a. Vorsitzender der Landesgruppe Hessen des BDP, Knud Eike Buchmann ist u. a. in der Notfallpsychologie engagiert und Helmut Brenner ist u. a. Organisator der Sylter Entspannungstherapiewochen (ETW), und das seit 25 Jahren.

Die genannten Bereiche haben zwar nur am Rande mit der inzwischen etablierten Rehapsychologie zu tun, sie zeigen aber m. E. den weiten Horizont der ersten Rehapsychologen sowie vieler, die ihnen nachfolgten. Sie sind nicht schmalspurig oder engstirnig an die vorgefundenen Aufgaben herangegangen.

Die außerordentliche Erfolgsstory der Rehapsychologen -es sollen inzwischen über 1000 sein- zeigt, dass wir damals mit unserer psychologischen Kompetenz, die wir in den vorgefundenen Bereichen anwendeten und manchmal in jugendlichem Leichtsinn in festgefügtten Apparaten zu verwirklichen suchten, auf dem richtigen Wege waren. Die Frische und Unbekümmertheit hatten wir während der berühmt-berüchtigten 68er-Bewegung eingeatmet. Wir erfuhren damals neben dem fachlichen Engagement in Lernpausen, wie Apparate und verkrustete Strukturen positiv veränderbar sind. So kamen wir voller Mut und Energie in die Rehakliniken - und fanden uns als Einzelkämpfer in einem teilweise verhärteten Apparat wieder, meine Wenigkeit als erster Psychologe in einer Erwachsenen-Rehaklinik. Kaum einer ließ sich von unseren Veränderungsideen anstecken. So sah also die Realität aus. Die Verwaltung der Kliniken blockierte räumliche und organisatorische Veränderungsideen; die Medizin verhielt sich abwartend, beobachtend bis lauernd und war bei Veränderungswünschen sehr zurückhaltend bis abwehrend, auch wenn es nur um Veränderungen von Organisationsabläufen ging.

Vorherrschend war ein Blockdenken, wobei der Begriff bereits an Blockade denken lässt. Zum Block Medizin gehörten interessanterweise alle, außer der Verwaltung, also auch der Bademeister und der Psychologe. Diese Konstellation hatte auch einen Vorteil, denn so ließ sich wenigstens punktuell ein Wir-Gefühl aufbauen, sofern die Verwaltung als Kontrahent galt.

Gedeihliche Zusammenarbeit verstanden die neuen Psychologen aber nicht als Gegeneinander, sondern als Füreinander und Miteinander für die uns Anvertrauten, nämlich für die Klienten.

Das Rüstzeug und die Ideen hatten wir aus dem Studium und prägenden Erfahrungen mitgebracht, es fehlte nur noch die Anpassung an die vorgefundenen Verhältnisse und danach die Anwendung in der Praxis. Hoffnungsvoll stimmte, dass der Begriff Anwendung im Kuralltag bereits Anwendung hieß und gängige Praxis war.

So reiste ich zum ersten Schritt der Anpassung zunächst mit großen Erwartungen zur Einarbeitung zur Mutter BfA nach Berlin, um mehr über die Rahmenbedingungen, den Erwartungshorizont und die Arbeitsmöglichkeiten zu erfahren. Wo landete ich? Nun, zunächst in Tempelhof des geteilten Berlin und dann in der Begutachtungsstelle für abgelehnte Rentenanträge im Widerspruchsverfahren. Es ging hier nicht um psychische Leiden, sondern um die Prüfung und Begutachtung sog. Rentenbegehren bei körperlichen Erkrankungen - unter dem Vorsitz eines Psychiaters.

Man war wohl der Ansicht, dieses Dezernat habe am ehesten mit Psychologie zu tun. So geriet ich in die Geburtsstunde des legendären Slogans „Reha vor Rente“, was für Berliner Verhältnisse revolutionär war. Nun, ich fand mich über Rentengutachten neben einem Klavier wieder. Letzteres stand im BfA-Büro und diente in der Mittagspause alternativen Etüden. Der Bürovorsteher konnte so den Rentenbegutachtungs-Überstress ohne große zeitliche Verzögerung mit muskulärem Anspannen und Entspannen wieder einregulieren. Gymnastikgeräte zu installieren sei ihm nicht gestattet worden, obwohl deren Betätigung sicher leiser sei. Kollegen behaupten, hier sei mein Schlüsselerlebnis für die Einführung der Progressiven Relaxation in die Reha: Überstressabbau mit einfachen Mitteln, die immer verfügbar sind, auch am Arbeitsplatz. Meine innovative Leistung bestand darin, das Klavier überflüssig zu machen und den Geräuschpegel zu minimieren. Geniale Lösungen sind halt immer einfacher Natur und entstehen nicht selten im Monotoniestress. Ich hatte nämlich den größten Teil des Tages Rentenakten durchzuarbeiten und meine Erkenntnisse mit dem Psychiater auszutauschen. Pausen nutzte ich für die Formulierung von Argumenten, um später im therapeutischen Alltag

nicht an Rentenbegutachtungen mitwirken zu müssen, z. B. die Wahrung der Vertrauensbasis dem Klienten gegenüber.

Ich schnupperte noch in verschiedene Abteilungen hinein, wurde jeweils berlinerisch nett begrüßt - in der Medizin freundlicher, als in der Verwaltung - was mir bereits irgendwie bekannt vorkam; und beim Wiedererkennen soll bekanntlich Freude aufkommen.

Zwischendurch besuchte ich mit dem Ltd. Arzt bei der Hauptverwaltung das Baudezernat, weil der Ltd. Arzt in der Klinik mir aufgetragen hatte, dort vorstellig zu werden, damit in der Klinik Räume für die Psychologie im Erdgeschoss umgewidmet werden können. Ich war nämlich so mutig oder naiv gewesen, meine Kliniktätigkeit in einem kleinen Kellerraum mit Innenhofblick zu beginnen, da in der gerade fertiggestellten Klinik kein Raum für einen Psychologen vorgesehen war. Das wichtige gute und vertrauensvolle Verhältnis zum Ltd. Arzt beinhaltete aber das Versprechen zum räumlichen Aufstieg. Nur hatten wir unsere Überlegungen ohne die Klinikverwaltung angestellt und hatten uns direkt an das zuständige Dezernat gewandt. Die Folge war eine rege Reisetätigkeit der Dezernenten und Unterdezernenten, da die Klinikverwaltung geschickt argumentierte, der Psychologe habe den Ltd. Arzt überredet, den Patienten Räume wegzunehmen.

Ein besonderer Glücksfall für die Weiterentwicklung der Rehapsychologie in den damaligen Kurkliniken war der Ltd. Arzt der Klinik Fritz-Ludwig Schmidt, genannt Fürst Ludwig in der damals neueröffneten Kurklinik für Herz-Kreislaufkrankungen mit dem Schwerpunkt der damals neu eingeführten Anschlussheilbehandlungen nach Herzinfarkt. Der Ltd. Arzt wollte mich und meine Arbeit in diesen neuen Bereich gleich zu Beginn einbauen und damit auch renommieren. Er unterstützte meine Veränderungsüberlegungen und meine Arbeit fast immer. Als Sprecher der Ltd. Ärzte hob er dort die hohe Bedeutung der Psychologie für eine moderne Reha hervor und lobte die erstaunlich kooperative Zusammenarbeit mit seinem Psychologen bei Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen immer wieder.

Er ermunterte mich früh, therapiebegleitende Effektivitätsstudien zu planen und durchzuführen. Er machte mir klar, dass ohne solche Studien die Psychologie in den Rehakliniken keine Zukunft habe. Wie überall wollten die Entscheidungsträger die Effektivität von Maßnahmen in Tabellen schwarz auf weiß nachlesen. Zur Unterstützung auch für diese Aufgabenstellung wurde eine Psychologisch-technische Assistentin (PsTA) eingestellt, die es damals lediglich bei den Arbeitsämtern gab und die folglich eingearbeitet werden musste. Sie wertete dann u. a. von mir entwickelte Gesundheitsstörungs- und Befindlichkeitsfragebögen aus, die den Effekten des Autogenen Trainings, der Progressiven Relaxation und des Nichtrauchertrainings

nachgingen. Zudem wurde ein psychologischer Belastungstest mit Hilfe des Wiener Determinationsgeräts (WDG) mit begleitenden kontinuierlichen Herzfrequenz-, Blutdruck- und EKG-Messungen entwickelt und implantiert. Diese Referenz an die Apparatedizin steigerte das Ansehen der Psychologie beachtlich.

Der Ltd. Arzt überredete mich, auch die Effektivität meiner Gruppenarbeit mit Herzinfarktpatienten zu untersuchen. Ich war skeptisch, weil ich kaum medizinisch bedeutsame Effekte erwartete; die erwarteten Befindlichkeitsveränderungen zählten zu den von Medizinern oft diskreditierten weichen Parametern. Die aufmunternde Antwort war, ich solle selbstverständlich auch den harten Parametern nachgehen, nämlich den Reinfarkt- und Todesraten. Mutig machte ich mich auch an dieses Werk; ich komme später zu den erstaunlichen Ergebnissen.

Bei allem fordernden und geforderten Einzelkämpfertum bestand immer der Wunsch nach Erfahrungsaustausch und nach Strategiegesprächen mit Fachkollegen. Ein erstes Arbeitstreffen fand mit den ersten Psychologinnen und Psychologen in Bad Steben statt. Ach, was waren wir eine kleine Gruppe, jung, unbekümmert und seelig bis in die späten Nachtstunden hinein. Als Versammlungsleiter wählten wir den Dienstältesten und akzeptierten nicht das Primat des neu eingestellten Ltd. Psychologen aus der Berliner Zentrale. Das stieß auf Unverständnis, sodass wir unsere nächsten Zusammenkünfte privat in Lohr am Main organisierten und den Würzburger Kreis gründeten. Der Würzburger Kreis bestand aus den ersten Kolleginnen und Kollegen aus den Rehakliniken mit dazugehörigen Partnern und Kindern. Die Arbeits- und Plenumtreffen waren sehr anregend und stärkend für den Klinikalltag. Hier wurden auch Skripte für Patienteninformationen diskutiert, die bei mir und anderen in Anleitungsbücher (z. B. Brenner, 2003, 2004) mündeten. Andere Kollegen verfassten Fachartikel (z. B. Doubrawa, 1986) oder Streicheleinheiten für die Seele (z. B. Buchmann, 2006) oder waren vor Ort so eingespannt, dass neben der Pflicht keine Kür mehr möglich war.

Der Würzburger Kreis lässt sich als Vorläufer des AK der Psychologen in Rehakliniken bezeichnen, da die Teilnehmer bereits damals die Mischung aus Erfahrungsaustausch, persönlichen Gesprächen und Fortbildung praktizierten, was dann in die Bad Wildunger Tagungen mündete. Wegen des größer werdenden Kreises gehörten die Partner und Kinder zwar nicht mehr dazu, aber die Klinikleitung der bald vertrauten Alten Mühle in Bad Wildungen, bestehend aus der Ärztin-Mutter und den Arzt-Sohn versuchten mit punktuellen Erfolgen einen Ersatz für die früher familiäre Atmosphäre zu schaffen. Mutter und Sohn richteten Gesellschaftsabende und Festessen für die Psychologen aus, denen sie vorsäßen und voraßen. Die Reaktionen der so Betreuten reichten von gerührt bis peinlich berührt; wie aber sagt der Fran-

zose: Chacun à son gout, jeder nach seinem Geschmack. Die familiäre Idylle endete, als die Mutter sich aus der Klinikleitung zurückzog und der Sohn ihren Platz natürlicherweise nicht ausfüllen konnte. In der Folge emanzipierte sich der AK von der Mutter der Tagungen sowie auch von der Mutter BfA und gewann den VDR als Vater, pardon als Partner.

Der AK suchte auch eine berufspolitische Plattform, die er in der Sektion Klinische Psychologie des Berufsverbandes BDP fand. Fortan war auch ein Vorstandsmitglied der Sektion in den Mitgliederversammlungen (MV) des AK präsent, was zur Folge hatte, dass aus den vorher eher informellen Zusammenkünften mehr formelle MVen mit Rechenschaftsberichten der AK-Leitungen und auf die Entlastungen folgenden Neuwahlen wurden. Inhaltlich waren z. B. die Arbeitsplatzbeschreibungen ein Verdienst des AK.

Eine kleine Auffälligkeit in der weiteren AK-Entwicklung ist die Umbenennung der AK-Leitung in ein gleichberechtigtes Leitungsteam. Da letzteres im BDP nicht vorgesehen ist, war Kreativität gefordert, die in die Einführung des Titels Sprecher/in des AK mündete. Der noch spürbare basisdemokratische Touch führte dazu, den AK nicht in „Fachgruppe“ umzubenennen, wie die Sektion Klinische es wünschte. Das entstandene Konstrukt: „Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation, Fachgruppe ...“ lässt ein wenig schmunzeln. Meinungsverschiedenheiten mit der Sektion sollen nicht anekdotisch oder sonst wie berichtet werden, was Parallelen zur großen Politik erahnen lässt. In die höhere Politiketage der Sektion sind Leitungsteammitglieder des AK bisher nicht vorgestoßen, obwohl das durchaus wünschenswert ist. Der große Reha-AK, dem fast 10% der BDP-Mitglieder angehören, hat lediglich ein Mitglied im erweiterten Gremium beim Sektionsvorstand, nämlich die AK-Leiterin Elisabeth Graff, und nur sporadisch einen Delegierten im Parlament des Berufsverbandes der Psychologen.

Besser funktioniert der Austausch mit benachbarten Fachgruppen, wie der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren. Bereits vor über 20 Jahren fand eine gemeinsame Tagung des AK mit der FG Entspannungsverfahren unter der Leitung von Rainer Doubrawa und Helmut Brenner statt; letzterer ist seit nunmehr 25 Jahren Leitungsmitglied der Psych. FG. Die Verbindung, der Gedanken- und Strategieaustausch zwischen AK und Psych. FG ist bis heute lebendig geblieben. Die Psych. FG ist neben dem Reha-AK die zweite große Gruppe im BDP, die mit ihren über 1000 Mitgliedern ebenfalls etwa 10% der BDP-Mitglieder stellt. Sie ist in den Institutionen des BDP wesentlich stärker vertreten als der AK. Die Psych. FG begeht mit ihrer Tagung auf Sylt Ende April 2007 auch ein Jubiläum, nämlich das 25jährige Bestehen der Psych. FG. Als Organisator dieser Tagung weiß ich, welcher große Arbeitsauf-

wand damit verbunden ist, nicht zuletzt wegen der Forderungen der Psychotherapeutenkammern (PTK); daher weiß ich die hervorragende Tagungsorganisation von Jürgen Theissing zu schätzen.

Mitglieder des AK und Leitungsteammitglieder waren immer wieder bei den Sylter Entspannungstherapiewochen (ETW) präsent, wie auch umgekehrt Mitglieder der Psych. FG bei den Tagungen des AK in Bad Wildungen, in Bad Eilsen und in Erkner als Teilnehmer oder Referenten dabei waren bzw. sind. Auch die Jahressbände des AK und der Zeitschriften der Psych. FG tragen zur wechselseitigen Information bei. Heiner Vogel hat sich bezüglich der Jahressbände des AK verdient gemacht; er war zwar nicht im Würzburger Kreis, aber er arbeitet in dieser schönen Stadt u. a. in der Rehaforschung.

Als neuerer Arbeitsbereich ist das Internet mit seinem Aufforderungscharakter und mit den eigenen arbeitsintensiven Webseiten hinzugekommen, die von Dieter Schmucker vorbildlich gestaltet und betreut werden.

Der Stärke des AK liegt in der hohen Informationskompetenz der Beteiligten, die sich im kollegialen Gedankenaustausch und in der fachlichen Fortbildung zeigt, die damals wie heute den AK auszeichnen. Bereits vor 20 Jahren ging es um Themen wie: Psychologische Gesundheitsbildung in der Heilmaßnahme, Klinische Psychologen in der Psychosomatik oder psychologische Betreuung von Bypassoperierten.

Ich selbst habe damals vorgetragen zum Thema: Psychologische Behandlungsmaßnahmen und ihre Erfolge in der kardiologischen Rehabilitation. Damit komme ich abschließend auf die angekündigten Ergebnisse der Überprüfung der Gruppenarbeitseffekte mit Herzinfarktpatienten zurück, die ich seit 1975 untersuchte und u. a. 1987 auf einer Jahrestagung des AK berichtete.

Als psychologisch relevante Rehabilitationsziele bei herzinfarktgefährdeten Personen stellten sich in der Gruppenarbeit mit Herzinfarktpatienten folgende Bereiche heraus, die typische Defizite oder Überreaktionen beinhalten:

Psychologisch relevante Rehabilitationsziele bei Herzinfarktpatienten:

1. Gesundheitsbezogene Eigeninitiative und Selbststeuerung
2. Stärken von Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen

3. Angleichen von Idealbild und Realbild
4. Erhöhen von Verhaltens- und Einstellungsflexibilität
5. Relativieren emotionaler und sozialer Belastungen
6. Verringern von Anspannungen und Stressverhalten
7. Fördern von Lebensfreude und Lebensqualität

Diesen Themenbereichen galt in der weiteren Arbeit mit Herzinfarktpatienten die besondere zielgerichtete Aufmerksamkeit.

In einer ersten Psychotherapiebegleitstudie (Brenner, 1981) wurden in verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppenarbeit die schrittweise Zielannäherung in der Herzinfarkt- Psychotherapiegruppe gefördert. Die Kontrollgruppe bestand aus Nichtteilnehmern an psychologischen Interventionen.

	Therapiegruppe	Kontrollgruppe
Stichprobe	N = 44	N = 39
Alter	50,4 Jahre	52,8 Jahre
Reinfarkte vor Reha	7 %	10 %
Zeitraum seit Herzinfarkt (HI)	2,9 Jahre	3,1 Jahre
Arbeitsunfähigkeit nach HI	5,8 Monate	6,3 Monate
Gleitende Arbeitswiederaufn. nach HI	18 %	0 %
Erhöhte Cholesterinwerte nach HI	48 %	45 %
Erhöhte Ch.-werte 3 Jahre später	9 %	16 %
L. Erregbarkeit b. Berufstätigen 2 J. n. HI	10 %	46 %
Leichte Erregbarkeit bei Rentnern 2 J. nach HI	33 %	40 %
Reinfarkte innerhalb von 3 J. nach HI	2 %	18 %

Abb. 1: Nachbefragungsergebnisse bei ehemaligen Herzinfarktpatienten

Die Untersuchungsergebnisse zeigen u. a. die in der Gruppenarbeit gelungenen Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Besonders der Bericht über die gelungene gesundheitsfördernde

Eigeninitiative sowie Verantwortungsübernahme und die deutliche Reduzierung der Häufigkeit von Reinfarkten unterstützte die Wertigkeit der Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte alle ermuntern, ihre Arbeit in begleitenden Studien auf ihre Effektivität hin zu untersuchen. Das macht einen geringen Aufwand im Verhältnis zur entstehenden Horizonterweiterung, Sicherheit und Zufriedenheit der Durchführenden.

Auf der gleichen Tagung folgten die neuesten Ergebnisse einer weiteren Studie bei Herzinfarktpatienten (Brenner, 1987), die so frisch waren, dass sie noch nicht im Druck vorlagen und ich sie als Poster hochhielt:

Teilnahme an psychotherapeutischen Gruppen	Todesfälle nach 3 Jahren		N
0 – 1 mal HI-Gruppe	8,8 %	(25 P.)	285
2 – 6 mal HI-Gruppe	12,5 %	(7 P.)	56
> 6 mal AT/PR-Gruppe	5,5 %	(12 P.)	222
> 6 mal HI-Gruppe	2,3 %	(1 P.)	43
	7,4 %	(45 P.)	606

Abb. 2: Beteiligung an der Gruppentherapie in der Rehaklinik und Todesfälle nach 3 Jahren

HI-Gruppe: Therapiegruppe für Herzinfarktpatienten

AT/PR: Gruppe für Autog. Training. bzw. Progr. Relaxation

Die berichteten Ergebnisse erstaunten. Der konsequente Ausgleich von Defiziten bzw. Überreaktionen in regelmäßig stattfindenden transferberücksichtigenden Gruppensitzungen führten neben der drastischen Reduktion der Reinfarkte auch zu massiven Reduzierungen der Todesfälle. Die Effekte der Gruppenarbeit forderten interne und externe Konsequenzen, hatten aber extern nicht den durchschlagenden Öffentlichkeitseffekt, wie er wünschenswert gewesen wäre. Bei den Internisten und Kardiologen schürten die Ergebnisse eher Bedenken bezüglich einer befürchteten Bedeutungseinbuße, was sich teilweise an an den Haaren herbeigezogenen Argumenten zeigte. Jedenfalls sind Herzinfarkte und Reinfarkte auch dank unserer gesundheitsfördernden Interventionen inzwischen so stark zurückgegangen, dass Herzkreislaufkliniken umgewidmet werden mussten. So erging es auch meiner Klinik, die sich inzwischen psychosomatisch betroffenen Klienten widmet. Aber das ist eine andere Geschichte.

Der AK hat Höhepunkte auf seinen Tagungen in Bad Wildungen, Bad Eilsen und Erkner gesetzt. Die AK-Mitglieder haben auch Tiefpunkte wie Klinikschließungen und Probleme am Arbeitsplatz erlebt, die wir nicht ausklammern oder schönreden wollen.

Heute gilt es, 25 Jahre AK-Tagungen und rund 35 Jahre AK-Bestehen zu feiern. Ich habe versucht, einen anekdotisch gefärbten schlaglichtartigen Überblick zu geben, der vor allem die Anfänge der Rehapsychologie und des AK näher bringen wollte, in denen die Weichen für die fulminante Entwicklung gestellt wurden. Unser kontinuierlicher Werdegang zeigt, dass wir weiter auf dem richtigen Wege sind. Das, was uns stark gemacht hat, sollen wir auch in schwieriger werdenden Zeiten im Auge behalten:

Mit Kompetenz und Elan weiter voran!

Literatur:

Brenner, H.: Herzinfarkt und Selbstverantwortung, Prävention 4, Nr. 1, (1981) 13 – 18

Brenner, H.: Psychologische Behandlungsmaßnahmen und ihre Erfolge in der kardiologischen Rehabilitation, Tagungsband des AK (1987) 62 – 70

Brenner, H.: Autogenes Training, Der Weg zur inneren Ruhe, 160 S., Pabst Science Publishers, Lengerich, 2004

Brenner, H.: Progressives Entspannungstraining, Handbuch zur Progressiven Relaxation, 160 S., Pabst Science Publishers, Lengerich, 2004

Brenner, H./ Trappe, M.: Herzgesundes Leben, Herzintakt statt Herzinfarkt, 170 S., Pabst Science Publishers, Lengerich, 2003

Buchmann, K. E./ Spring, A.: Flügelschlag der Seele, 72 S., Herder, Freiburg, 2006

Doubrawa, R., Psychologie im Rahmen der Rehabilitation und Prävention... In: Hockel/Feldhege (Hrg.), Hdb. der angew. Psychologie, Bd. 2, Vlg. Moderne Industrie, Landsberg, 1986, 1082 – 1098