

Kapitel 19: Rehabilitation

Jürgen Bengel & Almut Helmes

In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), Klinische Psychologie – Psychotherapie. Huber, Bern, 3. Aufl. 2004

1. Grundlagen der Rehabilitation

- 1.1 Ziele und Grundsätze der Rehabilitation
- 1.2 Behinderung und chronische Krankheit
- 1.3 Das Krankheitsfolgenmodell (ICF)

2. Psychosoziale Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung

- 2.1 Belastungen und Bewältigungsprozesse
- 2.2 Belastungsfolgen und Anpassungsstörungen
- 2.3 Krankheitskonzept und Behandlungsmotivation
- 2.4 Einstellungen gegenüber chronisch Kranken und Behinderten

3. Das System der Rehabilitation

- 3.1 Formen der Rehabilitation
- 3.2 Durchführung der Rehabilitation
- 3.3 Interdisziplinarität und Reha-Team

4. Psychologische Rehabilitation

- 4.1 Diagnostik und Indikationsstellung
- 4.2 Psychologische Beratung und Psychotherapie
- 4.3 Gesundheitsförderung
- 4.4 Patientenschulung

5. Rehabilitationsforschung

Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen erfahren besondere körperliche und psychische Belastungen sowie berufliche und soziale Anforderungen. Die gesundheitliche Versorgung muss diesen spezifischen Problemen Rechnung tragen. Nach einer Einführung in die Ziele der Rehabilitation und einer Darstellung des Krankheitsfolgenmodells werden psychologische Aspekte chronischer Krankheit und Behinderung behandelt. Es schließt sich eine Darstellung des Angebotssystems der rehabilitativen Maßnahmen an. Der Beitrag konzentriert sich beispielhaft auf die rehabilitationspsychologischen Aufgaben bei chronisch körperlich Kranken in der medizinischen Rehabilitation. Die heilpädagogische bzw. sonderpädagogische Psychologie, die vor allem psychologische Aspekte bei Körper- und Sinnesbehinderungen, geistigen Behinderungen und Verhaltensstörungen zum Gegenstand hat, wird hier nicht behandelt. Die berufliche und die schulisch-pädagogische Rehabilitation können hier ebenso wenig wie die neurologische Rehabilitation und die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ausführlich erörtert werden. Das Kapitel endet mit Hinweisen zu den Aufgaben und den Besonderheiten der Rehabilitationsforschung.

1. Grundlagen der Rehabilitation

Das Krankheitsspektrum und damit die Anforderungen an die medizinische Versorgung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert. Chronische Erkrankungen nehmen in Europa und Nordamerika einen wachsenden Anteil am Gesamtspektrum der Erkrankungen ein. Hier sind vor allem Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie psychische Krankheiten zu nennen. Als wesentliche Einflussfaktoren für die Zunahme chronischer Erkrankungen werden die veränderte Alterszusammensetzung der Bevölkerung mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen, die Veränderungen der Arbeitsbedingungen und die Fortschritte in der medizinischen Versorgung diskutiert. Die genannten Erkrankungen sind für einen erheblichen Anteil der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Frühberentungen verantwortlich. Unabhängig von der steigenden Lebenserwartung bringen chronische Krankheiten, aber auch Verletzungen durch Unfälle sowie angeborene Behinderungen schwerwiegende Folgen und besondere Belastungen für die Betroffenen mit sich. Sie können die Fähigkeit zur Selbstversorgung beeinträchtigen und damit zur Pflegebedürftigkeit führen. Sie gefährden die schulische, berufliche, soziale und gesellschaftliche Integration und bedürfen einer spezifischen Versorgung [Bengel, 2000 #29].

1.1 Ziele und Grundsätze der Rehabilitation

Das Ziel einer Rehabilitation (lateinisch re: zurück-, wieder-; habilis: passend, tauglich) ist es, Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen dazu zu verhelfen, die Erkrankung und ihre Folgen zu bewältigen, sowie dadurch möglichst weitgehend und selbständig am gewohnten Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilnehmen zu können. Für den Fall, dass eine vollständige Rehabilitation nicht zu erreichen ist, besteht das vorrangige Ziel darin, die Einschränkungen in den genannten Lebensbereichen zu reduzieren. Einen weiteren wichtigen Bestandteil der Rehabilitation stellen die primäre sowie sekundäre Prävention dar. Sie dienen der Vorbeugung einer drohenden Einschränkung bzw. der Vermeidung der Verschlimmerung einer bestehenden gesundheitlichen Schädigung. Die Prävention, sowohl primär als auch sekundär, ist also ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation. Die soziale Integration wird dabei nicht nur als das Bemühen des chronisch kranken oder behinderten Menschen um Anpassung an die Gesellschaft (Akkommodation), sondern auch als Gestaltung der Umwelt und der Umfeldbedingungen mit dem Ziel einer Erleichterung des Lebens des behinderten Menschen (Assimilation) verstanden [Witte, 1988 #15]. Die Rehabilitation wendet sich daher nicht nur an die von chronischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen, sondern bezieht auch die Umgebung (z.B. Arbeitsplatz, Ausbildungsstätte, Kommune) der Rehabilitanden mit ein. Ebenso will und muss sie auf die Gesellschaft einwirken, um die soziale Reintegration zu erleichtern.

Die Ziele der Rehabilitation sind in Deutschland im Sozialgesetzbuch (SGB I und SGB IX) verankert: „Menschen, die körperlich, geistig, oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern; 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern; 3. ihnen eine ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern; 4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern, sowie 5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken“ (§10). Dem modernen Rehabilitationsbegriff liegt das Krankheitsfolgenmodell (ICF, s. Abschnitt 1.3) zugrunde, das wiederum auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit aufbaut.

1.2 Behinderung und chronische Krankheit

Die Bezeichnungen „Behinderung“ und „chronische Krankheit“ werden teilweise synonym gebraucht, teilweise wird auch Behinderung als Oberbegriff für chronische Krankheiten verwendet. Der Begriff der Behinderung bzw. der Behinderten wird erst seit den 50er Jahren verwendet [Seidler, 1988 #79]. Zuerst waren damit nur Menschen mit Körperbehinderungen, dann auch mit geistigen Behinderungen gemeint. Heute wird (v. a. in der Sonderpädagogik) häufig zwischen folgenden Behinderungsarten unterschieden (s.a. [Borchert, 2000 #23][Hensle, 2000 #31]):

- Körperliche Behinderung (z.B. Querschnittslähmung)
- Geistige Behinderung (z.B. Down-Syndrom)
- Sinnesbehinderung (z.B. Blindheit)
- Lernbehinderung (z.B. Legasthenie)
- Soziale bzw. kommunikative Behinderung (z.B. Verhaltensstörung, Sprachbehinderung)

In den 80er Jahren erfolgte eine Ausweitung des Begriffs der Behinderung auf seelische Beeinträchtigungen, Lernbehinderungen, Suchtkrankheiten und Persönlichkeitsstörungen. In die verschiedenen Begriffsbestimmungen von Behinderung fließen unterschiedliche kulturelle und sozialrechtliche Aspekte sowie Aussagen über den Grad der Behinderung mit ein [Zier, 2002 #90]. In der klassischen Definition von Bintig wird Behinderung beschrieben als Situation eines Individuums mit „... einer relativ schweren, lange dauernden, jedoch grundsätzlich rehabilitationsfähigen körperlichen, sinnesbezogenen, geistigen oder psychischen Schädigung, die - subjektiv oder objektiv - zu Lebenserschwernissen führt und die abweichendes Verhalten zur Folge haben kann“ [Bintig, 1980 #80] S.71).

hier bitte Kasten 1 einfügen

Das Fallbeispiel in Kasten 1 beschreibt einen Patienten mit einer Querschnittslähmung aufgrund eines Verkehrsunfalls. Behinderung bezeichnet hier Einschränkungen, die durch angeborene oder erworbene (z.B. durch einen Unfall) gesundheitliche Schädigungen hervorgerufen wurden und die Ausübung der im entsprechenden Lebensalter üblichen körperlichen und psychischen Leistungen (z.B. Bewegung, Sprache, kognitive Fähigkeiten) reduzieren.

hier bitte Kasten 2 einfügen

Erkrankungen der Atemwege wie das Asthma bronchiale werden zu der Gruppe der chronischen Erkrankungen gezählt (siehe Kasten 2). Charakteristisch für chronische Erkrankungen sind langfristige, häufig progrediente Verläufe, in denen keine Kausaltherapie mehr möglich ist. Weitere Beispiele für Erkrankungen, die einen chronischen Verlauf nehmen können sind Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. koronare Herzerkrankung), Tumorerkrankungen (z.B. Mamma-Karzinom) und orthopädische und rheumatische Erkrankungen (z.B. chronischer Rückenschmerz, rheumatoide Arthritis) als chronische Erkrankungen bezeichnet. Auch psychische, neurologische und Autoimmunerkrankungen werden zu den chronischen Störungen gerechnet. In der Regel wird von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen, bei der sowohl genetische Dispositionen als auch Lebensgewohnheiten eine wichtige Rolle spielen. Fast immer sind diese Patienten auf lange Zeit vom medizinischen Versorgungssystem abhängig. Da die Beschwerden und die Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag das Leben der Betroffenen stark prägen, können die Konsequenzen einer chronischen Erkrankung auch als Behinderung bezeichnet werden (siehe Kasten 3).

hier bitte Kasten 3 einfügen

1.3 Das Krankheitsfolgenmodell (ICF)

Ein Klassifikationsmodell für chronische Krankheit und Behinderung wurde 1980 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter der Bezeichnung „Internationale Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ (ICIDH; International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) vorgelegt [World Health Organization, 1980 #57]. Die ICIDH war ausschließlich störungsbezogen und betroffenenzentriert formuliert. Das zugrunde liegende Krankheitsfolgenmodell (Gesundheitsproblem → Schädigung → Beeinträchtigung der Aktivität → Beeinträchtigung der Teilhabe), auch als bio-medizinisches Modell bezeichnet, wurde wegen der eindimensionalen Ursache-Wirkungsverknüpfung verworfen. Heute wird die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health) [World Health Organization, 2001 #28] verwendet. Das bio-psycho-soziale Interdependenzmodell (Krankheitsfolgenmodell) bildet die theoretische Grundlage der ICF und betont die langfristigen Folgen von chronischer Krankheit und Behinderung im psychologischen und sozialen Kontext [Gerdes, 2000 #18][Schuntermann, 2003 #89].

Im System der ICF ist der Mittelpunkt die sog. funktionale Gesundheit des Menschen. Diese setzt sich aus drei Dimensionen zusammen, (1) Körperfunktionen und –strukturen (body structure), (2) Aktivität (activity) und (3) Teilhabe (participation). Die drei Komponenten stehen miteinander, mit dem vorangegangenen Gesundheitsproblem und mit den individuellen Kontextfaktoren in Beziehung, so dass Interaktionen und Wechselwirkungen in allen Richtungen möglich sind [World Health Organization, 2001 #28].

hier bitte Abbildung 1 einfügen

Neben den drei Dimensionen der ICF wurden Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (sog. Kontextfaktoren) eingeführt, die den Lebenshintergrund einer Person abbilden (siehe Abb. 1). Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle und soziale Umgebung. Sie können als Barrierefaktoren, wie zum Beispiel Vorurteile gegenüber Behinderungen oder Hindernisse bei der Nutzung öffentlicher Einrichtungen für Rollstuhlfahrer oder als Förderfaktoren, wie zum Beispiel die Einrichtung von Rollstuhlrampen oder die soziale Unterstützung durch Angehörige, in Erscheinung treten. Personenbezogene Faktoren sind z.B. Alter, Geschlecht, Lebensstil, Persönlichkeitsmerkmale oder Bewältigungsstrategien. Es bestehen vielfältige Wechselwirkungen in diesem System: sowohl innerhalb der Kontextfaktoren und Dimensionen, als auch zwischen den Kontextfaktoren und Dimensionen. Veränderungen auf einem Faktor können zu weiteren Veränderungen desselben oder eines anderen Faktors führen. Eine vergleichbare Schädigung kann bei zwei Personen sehr unterschiedliche Auswirkungen auf den Dimensionen Aktivität und Partizipation haben, was auch als „Relativität der Behinderung“ bezeichnet wird. Das Ausmaß der Erkrankung oder der Schädigung ist dabei nicht notwendigerweise ein Indikator für den Schweregrad der Behinderung. Das Ausmaß der Behinderung bezieht sich hauptsächlich auf das subjektive Erleben der gesundheitlichen Integrität, der persönlichen Aktivität und der Partizipation in der Gesellschaft. Die Einschränkungen werden also als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren betrachtet.

Die biopsychosoziale Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Bereiche der funktionalen Gesundheit. Jede Einschränkung auf einer der drei Dimensionen der funktionalen Gesundheit gilt im System der ICF als Behinderung [World Health Organization, 2001 #28]. Damit ist der Behinderungsbegriff der ICF wesentlich breiter gefasst als der Behinderungsbegriff im deutschen Sozialgesetzbuch (s. Abschnitt 1.2). Die nach ICF definierte Behinde-

rung entsteht durch die Wechselwirkung zwischen Barrierefaktoren und einem Gesundheitsproblem und muss durch die Bereitstellung geeigneter Förderfaktoren reduziert oder kompensiert werden. Die Ursache der Behinderung und ihrer Folgen liegt nicht mehr allein in der Person und deren Funktionseinschränkungen, wie dies im biomedizinischen Modell unterstellt wird. Stattdessen wird die Bedeutung der gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen betont [Schuntermann, 2003 #89]. Verbleibende begriffliche Unschärfen und zum Teil wenig gebräuchliche Formulierungen sind auf den notwendigen Konsens der WHO-Mitgliedsstaaten und die Übersetzung der Termini zurückzuführen (z.B. Körperstruktur).

Hier bitte Kasten 4 einfügen

Die Teilhabe des Jungen aus Kasten 4 ist in den Lebensbereichen Kommunikation und soziale Interaktion eingeschränkt. Bei Frau N. besteht eine Schädigung der Körperfunktion bzw. -struktur (reduzierte Lungenfunktion, chronische Kopfschmerzen, Rückenschmerzen), die Möglichkeiten zur Aktivität sind verringert (reduzierte Arbeitsfähigkeit, erschwerte Bewegung wie z.B. Treppensteigen) und ihre Partizipationsmöglichkeiten sind beeinträchtigt (Arbeitsplatzwahl und Freizeitverhalten, sozialer Rückzug). Bei Herrn B. ist die Mobilität eingeschränkt, er ist abhängig vom Rollstuhl und einer rollstuhlgerechten Umgebung. Ferner leidet er unter psychischen Symptomen und einer sozialen Isolierung. Im Krankheitsfall, insbesondere bei Erkrankungen mit langfristigen und irreversiblen Folgen sind in der Regel (wenn auch nicht immer) alle drei Dimensionen betroffen: Der (primären) Schädigung folgen die (sekundären) Aktivitätsbegrenzungen und die (tertiären) Einschränkungen in der Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben.

2. Psychosoziale Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung

Das Krankheitsfolgenmodell betont die Auswirkungen auf den Ebenen der Aktivitäten und der Partizipation. Aus psychologischer Perspektive ist dabei dem Bewältigungsprozess zentrale Bedeutung beizumessen [Gerdes, 2000 #18]. Ein Unfall, eine Verletzung, eine Diagnosestellung bzw. eine Diagnosemitteilung aber auch der Beginn einer Erkrankung wird als komplexer Stressor aufgefasst, der mit den personalen, sozialen und professionellen Ressourcen verarbeitet wird (s. Kap. 17).

2.1 Belastungen und Bewältigungsprozesse

Die Belastungen im Rahmen einer chronischen Erkrankung können als Stressoren verstanden werden, die komplexe Reaktionen bei den Betroffenen auslösen (s. Kasten 5).

Hier bitte Kasten 5 einfügen

Die Belastungen setzen eine komplexe Wechselwirkung zwischen dem Individuum, seinen personalen und sozialen Ressourcen in Gang und führen zu einer Auseinandersetzung mit der Krankheit oder Schädigung (Krankheitsverarbeitung oder –bewältigung, Coping). Die Verarbeitungsprozesse können sich im zeitlichen Verlauf verändern, so dass das Coping insgesamt als ein prozessuales Geschehen aufzufassen ist.

Die Stressoren werden unterschiedlich belastend erlebt, je nach Art der Schädigung, Schweregrad, Intensität, Dauer, Antizipationszeit, Lebensbedrohung und Kontrollierbarkeit (s.o.). Die Krankheitsverarbeitung wird ferner durch individuelle Merkmale der Person beeinflusst (z.B. soziodemographische Merkmale, Persönlichkeitsstruktur, Krankheits- oder Gesundheitstheorie, Vorerfahrungen mit Krankheit). Auch das psychosoziale Umfeld (z.B. Familie und Partnerschaft, berufliche Situation, soziales Umfeld, Freizeitaktivitäten) und das institutionelle bzw. professionelle Umfeld (z.B. Ausmaß und Art der erlebten Unterstützung, Stationsklima, Selbsthilfegruppen) spielen eine entscheidende Rolle in der Krankheitsverarbeitung.

Die Wahrnehmung sowie die Bewertungen der belastenden Ereignisse (als Verlust, Bedrohung oder Herausforderung) und die Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten bilden die beiden zentralen kognitiven Einflussgrößen (transaktionales Stress-Modell [Lazarus, 1984 #43]). Klinisch bedeutsam ist vor allem die Unterscheidung zwischen aktiven und passiven sowie zwischen problemorientierten und emotionsorientierten Copingstilen. Einige Studien geben Hinweise darauf, dass das aktive problembezogene Coping zu einer besseren Krankheitsverarbeitung führt. Allerdings können in Abhängigkeit vom zeitlichen Verlauf auch Ablenkung und Verleugnung zur psychischen Entlastung beitragen. Die häufig zur Evaluation verwendeten Größen sind Befindlichkeit (u. a. Ängstlichkeit, Depressivität) und subjektive Gesundheit bzw. Lebensqualität, in einigen Studien auch die Mortalität (s. Kap. 17).

2.2 Belastungsfolgen und Anpassungsstörungen

In vielen Fällen können Rehabilitanden ihre individuelle Art der Krankheitsverarbeitung finden, in einigen Fällen gelingt dies jedoch ungenügend und es stellen sich längerfristige, nega-

tive Belastungsfolgen ein. Sie beeinflussen nicht nur den Prozess der Anpassung an die Krankheit, sondern haben auch wesentliche Bedeutung für den Zugang zur Rehabilitation, den Krankheitsverlauf, die Compliance sowie den Erfolg der Rehabilitation (s. Kasten 6) [Beutel, 1988 #42].

Hier bitte Kasten 6 einfügen

Bei einem signifikanten Anteil der Betroffenen äußern sich die Belastungsfolgen als zeitlich begrenzte klinisch bedeutsame Störung (Belastungsstörung, Anpassungsstörung) oder als zeitlich überdauernde affektive oder Angststörung. Substanzmissbrauch und somatoforme Störungen sind ebenfalls häufige komorbide Störungen (somatopsychische Komorbidität). Bei chronischen körperlichen Erkrankungen (orthopädische Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Tumorerkrankungen, Atemwegserkrankungen) liegt die psychische Komorbidität zwischen 15-40%; jüngere Rehabilitanden und Frauen sind vermehrt betroffen [Härter, 2002 #119][Härter, 2002 #118]. Die Varianzbreite dieser Angabe ergibt sich aus den unterschiedlichen Diagnosegruppen, Stichproben bzw. dem Untersuchungskontext, den Störungskriterien und Messzeiträumen, die in den Studien verwendet wurden. Die Prävalenzraten psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland sind im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant erhöht [Baumeister, 2004 #86]. Je nach Indikationsbereich sind differentialdiagnostisch affektive Störungen, Angststörungen und Belastungsstörungen vom chronischen Erschöpfungssyndrom (CFS), funktionellen Störungen bzw. somatoformen Störungen abzugrenzen. Die komorbiden psychischen Störungen steigern über bisher nicht hinreichend geklärte pathophysiologische Wechselwirkungen die somatische Morbidität und die Mortalität, nehmen einen ungünstigen Einfluss auf die Compliance und auf die Lebensqualität (höhere Chronifizierung) und führen zu einer erhöhten Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen.

Bei der in der Rehabilitation häufig gestellten Diagnose der Anpassungsstörung (ICD F 43.X; DSM 309.X) bildet die körperliche Erkrankung das ätiologische Agens, denn die psychische Störung wäre ohne die vorausgehende Belastung durch die körperliche Erkrankung nicht entstanden. Die Symptome der Anpassungsstörung sind z.B. depressive Stimmung, Angst und das Gefühl, nicht zurechtzukommen, vorausplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können (s. Kasten 7). Die Störung beginnt in der Regel innerhalb eines Monats und dauert meist maximal sechs Monate [Saß, 2003 #34][Frommberger, 2004 #116]. Die Abgren-

zung zu affektiven Störungen und Angststörungen gelingt häufig nur ungenügend. Das Label einer Anpassungsstörung ist von vielen Patienten leichter anzunehmen als das einer Depression.

Hier bitte Kasten 7 einfügen

2.3 Krankheitskonzept und Behandlungsmotivation

Gerade Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen weisen häufig ein somatisch orientiertes Krankheitskonzept und eine passive, an medikamentöser Therapie orientierte Behandlungserwartung auf. Daher sind viele Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen nur schwer zur Teilnahme und Mitarbeit an psychologischen Maßnahmen zu motivieren.

Hier bitte Kasten 8 einfügen

Der Erfolg einer Rehabilitation hängt neben dem Krankheitsbild, dem Behandlungsangebot und der Indikationsstellung vom Krankheitskonzept, dem Informationsstand und der Behandlungs- oder Rehabilitations-Motivation ab (siehe Kasten 8). Die Reha-Motivation ist ein mehrdimensionales Konstrukt und umfasst Leidensdruck, Hoffnung auf ein gutes Behandlungsergebnis, Informationsstand, Ausmaß an Eigeninitiative, Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit, Bereitschaft zur Änderung des Lebensstils und Gesundheits- und Krankheitskonzept [Hafen, 2000 #8]. Die Motivation, sich einer Rehabilitationsmaßnahme zu unterziehen und die Bereitschaft sein Verhalten zu verändern, ist dabei kein statisches, sondern ein veränderliches Merkmal. Dies wird im Transtheoretischen Modell für verschiedene gesundheitliche Risikoverhaltensweisen und Problembereiche aufgegriffen [Prochaska, 1992 #7] (s. Kap. X). Demnach sollte das Stadium der Veränderungsbereitschaft der Patienten diagnostiziert und die Interventionen dem jeweiligen Stadium angepasst werden. In der Rehabilitation bedeutet dies, dass z.B. die Schulung im Gebrauch von Körperersatzstücken bei Beinamputierten nur dann sinnvoll ist, wenn der Patient sich bereits in der „Aktionsphase“ befindet. Während der „Vorbereitungsphase“ würde die Maßnahme ins Leere laufen. Allerdings sind kaum validierte Assessmentinstrumente und stadienspezifische Interventionen verfügbar [Maurischat, 2002 #74].

2.4 Einstellungen gegenüber chronisch kranken und behinderten Menschen

Sowohl die Krankheitsverarbeitung als auch das Krankheitskonzept von Patienten ist abhängig von sozialen Einflüssen. Der Umgang des sozialen Umfeldes aber auch der Gesellschaft mit der chronischen Erkrankung oder Behinderung spielen hier eine wichtige Rolle. Chronische Krankheiten und Behinderungen können als Stigma interpretiert werden. Der Zuschreibung von negativen Attributen folgt meist ein abgrenzendes und ablehnendes Verhalten [Cloerkes, 2001 #2]. Laienhafte und irrationale Annahmen über die Verursachung und Verbreitung einer Erkrankung können Stigmatisierungen und Vorurteilsbildungen begünstigen. So können z.B. Ansteckungsängste im Kontakt mit HIV-infizierten Menschen Ablehnungsreaktionen verursachen. Die Annahme, dass eine Störung durch eigenes Verschulden zustande kam, kann ebenfalls zur Stigmatisierung führen oder sie verstärken (z. B. Drogenabhängigkeit). Die Ablehnung bezieht sich häufig nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf die Angehörigen und das engere soziale Umfeld. Auch „unsichtbare“ Erkrankungen wie Krebs können zu Reaktionen der Unsicherheit und damit einhergehender Ablehnung des sozialen Umfelds, aber auch zum sozialen Rückzug der betroffenen Familie selbst führen.

Die Wahrscheinlichkeit einer Stigmatisierung von chronisch kranken und behinderten Menschen hängt von der Art, dem Schweregrad und der Auffälligkeit der Krankheit bzw. der Einschränkung ab. Sichtbare ästhetische Beeinträchtigungen (z.B. Entstellung im Gesicht) und funktionale Einschränkungen von kommunikativen Fähigkeiten (z.B. Sprachstörungen) sind dabei von besonderer Bedeutung. Es gibt jedoch auch Bemühungen, die Integration von chronisch Kranken und Behinderten in die Gesellschaft zu verbessern. Beispiele dafür sind z.B. behindertengerechte Straßenbahnen, die auch Rollstuhlfahrern zugänglich sind, oder integrative Konzepte in Kindergärten und Schulen, wo kranke/behinderte und gesunde Kinder gemeinsam unterrichtet werden. Das Ziel ist dabei, dass ein Miteinander von behinderten und nicht-behinderten Kindern als „normal“ erlebt wird. Gemäß der so genannten „Kontakthypothese“ wird der direkte Kontakt mit behinderten Menschen als die wichtigste Determinante für die Qualität der Einstellungen Nichtbehinderter gegenüber Behinderten angesehen [Cloerkes, 2001 #2]. Angebote von Selbsthilfegruppen und Vereinen haben die Kontaktaufnahme der Betroffenen untereinander zum Ziel. Hier erhalten die Betroffenen wichtige Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der sozialen Identität (Zugehörigkeit zu einer Gruppe) und Informationen von ebenfalls Betroffenen.

3. Das System der Rehabilitation

Das System der Rehabilitation unterscheidet sich in den einzelnen europäischen Ländern in Abhängigkeit von der Gesetzgebung und den Versorgungsstrukturen erheblich [Hohmann,

1998 #61]. Das deutsche Rehabilitationssystem basiert auf der Bismarck'schen Gesetzgebung von 1891. Schon während dieser Zeit gab es die drei Säulen Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung. Hinzugefügt wurden 1927 die Arbeitslosenversicherung und 1995 die Pflegeversicherung. Diese fünf Säulen des deutschen Versicherungssystems sind unabhängig voneinander organisiert. Sie finanzieren sich aus den Beiträgen der Mitglieder, wobei die eine Hälfte vom Arbeitgeber, die andere Hälfte vom Arbeitnehmer getragen wird. Alle Angestellten bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze sind gesetzlich verpflichtet diese Versicherungen zu unterhalten, über der Einkommensgrenze ist die Mitgliedschaft freiwillig. Für Sozialhilfeempfänger übernimmt das Land die Zahlungen für die Kranken- und Rentenversicherung. Bis auf die Pflegeversicherung können alle Versicherungszweige Träger für Rehabilitationsmaßnahmen sein. Im Allgemeinen zahlt die Rentenversicherung, wenn der Rehabilitand Arbeitnehmer und die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, die Unfallversicherung, wenn der Rehabilitand bei der Arbeit oder auf dem Weg zur Arbeit verletzt wurde und die Krankenversicherung in allen anderen Fällen [Grigoleit, 1998 #128][Zier, 2002 #90].

Das heutige Rehabilitationssystem ist stark geprägt durch seine historischen Wurzeln in den Kurkliniken, die ursprünglich in schwach besiedelten und landschaftlich reizvollen Regionen im Rahmen der Tuberkulosebehandlung entstanden sind. Diese Kliniken wurden nach und nach zu Rehabilitationskliniken mit dem Ziel, gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitern und Angestellten zu ermöglichen, ihre Arbeitstätigkeit bis zu ihrem normalen Rentenalter aufrecht zu erhalten. Mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz wurde 1974 die rechtliche Grundlage geschaffen, dass auch Nicht-Erwerbstätige (z.B. Hausfrauen, Rentner, Kinder und Jugendliche) Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen finden. Die in Europa üblichen Rehabilitationsmaßnahmen nach schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) machen in Deutschland nur ca. 25% aller Rehabilitationsmaßnahmen aus (sog. Anschlussheilbehandlung). Der größere Teil entfällt auf die „normalen“ stationären Rehabilitationsleistungen. Zielgruppen sind hier Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen [Gerdes, in press #59].

3.1 Formen der Rehabilitation

Rehabilitation umfasst medizinische, schulisch-pädagogische, berufliche, soziale und psychologische Formen und Leistungen [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1994 #16][Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2000 #129]. Die beiden letztgenannten Schwerpunkte beschreiben dabei übergreifende Angebote und Maßnahmen, die sowohl in die

medizinische als auch in die schulische bzw. berufliche Rehabilitation integriert sind (siehe Kasten 9).

Hier bitte Kasten 9 einfügen

3.2 Durchführung der Rehabilitation

Eine Rehabilitation (hier ist primär die medizinische Rehabilitation gemeint) kann stationär, teilstationär, ambulant und/oder als Nachsorge erfolgen (siehe Kasten 10). Sowohl Rehabilitationsdauer als auch Angebotsschwerpunkte unterscheiden sich je nach Erkrankung bzw. Funktionsstörung, sowie Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen. Eine Besonderheit gibt es im Bereich der Prävention: Hier werden Rehabilitationsmaßnahmen auch dann durchgeführt, wenn (noch) keine spezifische Krankheitsdiagnose vorliegt und die Maßnahme der Krankheitsvorsorge dient (z.B. bei Mutter(Vater)-Kind-Kuren) [Herwig, in press #134]. Ebenso wie in den meisten anderen Bereichen der Medizin spielen auch in der Rehabilitation Gender-Unterschiede kaum eine Rolle. Die meisten Interventionen sind auf männliches Klientel ausgerichtet. Dies zeigt sich besonders deutlich bei der Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Ausnahme stellt die Tumor-Rehabilitation dar; hier wurden viele Programme spezifisch für Frauen mit Brustkrebs entwickelt.

Hier bitte Kasten 10 einfügen

3.3 Interdisziplinarität und Reha-Team

Chronische Erkrankungen und Behinderungen erfordern in der Regel eine Versorgung, die verschiedene therapeutische Ansätze kombiniert [Delbrück, 1998 #5][Gerdes, 2000 #18]. Somatische, funktionelle, psychologische, berufliche und soziale Maßnahmen müssen verknüpft und in einen individuellen Rehabilitationsplan integriert werden. Daher ist die Rehabilitation in Diagnostik und Therapie multi- oder interdisziplinär ausgerichtet: Medizinisch-therapeutische, pflegerisch-versorgende, technisch-handwerkliche (z.B. Orthopädiemechaniker), psychosoziale und pädagogische Berufsgruppen arbeiten zusammen. Teamgröße und Teamzusammensetzung variieren in Abhängigkeit von der zu behandelnden Patientengruppe und vom Behandlungskonzept bzw. der Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung.

In der Rehabilitationspraxis lassen sich mehrere Kooperationsformen bzw. Teammodelle unterscheiden [Wöhrl, 1988 #45]. Bei der zuarbeitenden oder konsultativen Kooperation (multi-

disziplinäres Teammodell) werden die Leistungen durch eine übergeordnete Disziplin festgelegt bzw. koordiniert. Der Rehabilitationsmediziner erstellt beispielsweise einen Rehabilitationsplan für einen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und depressiven Symptomen. Neben der medikamentösen Schmerztherapie sieht der Plan eine krankengymnastische Übungsbehandlung durch den Physiotherapeuten und eine psychologische Diagnostik und ggf. Therapie einer komorbiden affektiven Störung durch den Psychologen vor. In der medizinischen Rehabilitation koordiniert in der Regel der Arzt die Behandlung. In der Suchtbehandlung, die in Deutschland zu den Rehabilitationsmaßnahmen zählt, ist dies häufig auch ein Psychologe.

Bei der teamorientierten oder partizipativen Kooperation (interdisziplinäres Teammodell) erfolgt regelmäßig eine einzelfallbezogene Abstimmung der zu erbringenden Leistungen. So wird z.B. nach der operativen Entfernung eines Mamma-Karzinoms und der von Metastasen betroffenen Lymphknoten in der stationären Rehabilitation für die Patientin ein Rehabilitationsplan unter Beteiligung des Arztes, des Psychologen und des Physiotherapeuten erstellt. Dieses Modell zeichnet sich insbesondere durch die Gleichberechtigung der beteiligten Berufsgruppen aus [Winter, 1997 #47]. Die verschiedenen Berufsgruppen erarbeiten gemeinsam Maßnahmen für die Probleme der Patienten auf der körperlichen, funktionalen und psychosozialen Ebene.

Da die Inter- und Multidisziplinarität ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Rehabilitation darstellt, muss die Fähigkeit zur Kooperation zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen bereits in der Ausbildung eingeübt werden. Deshalb sind für Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen Teamsupervision, Teambberatung, Teamentwicklung und Qualifizierungsangebote wie beispielsweise interdisziplinäre Fortbildungen wesentlich [Wöhr, 1988 #45].

4. Psychologische Rehabilitation

Die psychosoziale Rehabilitation ist integraler Bestandteil jeder umfassenden Rehabilitation [Delbrück, 1998 #5][Bengel, 2000 #29][Borchert, 2000 #23]. Sie wird häufig als Querschnittsaufgabe betrachtet, da viele Fachdisziplinen innerhalb der Rehabilitation psychosoziale und psychologische Interventionen durchführen. Im Folgenden wird auf die primär psychologischen Maßnahmen und nicht auf das Tätigkeitsfeld der Sozialarbeiter, Berufsberater, Pädagogen und Sozialpädagogen eingegangen. Daher wird von psychologischer Rehabilitation oder rehabilitationspsychologischen Maßnahmen gesprochen. Art und Umfang der psycholo-

gischen Interventionen in der Rehabilitation orientieren sich an den Problemlagen und Bedürfnissen und der Motivation der Rehabilitanden, den Befunden der psychologischen Diagnostik, den Vorgaben der Leistungsträger, dem institutionellen Rahmen (u. a. Behandlungskonzept, Zeitdauer, Personalschlüssel) und dem individuellen Reha-Plan. Die psychologische Tätigkeit erfordert je nach Indikation eine spezielle Weiterbildung (z.B. Psychoonkologie, Psychokardiologie, Schmerztherapie) [Ehlert, 2003 #54][Worringen, 2003 #32].

4.1 Diagnostik und Indikationsstellung

Die psychologische Diagnostik in der Rehabilitation basiert auf Beobachtung, Exploration und Interview sowie auf standardisierten Fragebogen und Tests und orientiert sich an den besonderen Problemlagen der Rehabilitanden (s. Abschnitt 2, Kasten 11). Die verwendeten Assessmentinstrumente stammen insbesondere aus der Klinischen Psychologie, der Neuropsychologie und der Arbeits- und Organisationspsychologie, einige wurden speziell für die Rehabilitation entwickelt [Biefang, 1999 #9].

Hier bitte Kasten 11 einfügen

Besondere diagnostische Anlässe stellen u. a. sozialmedizinische Begutachtung im Rahmen von Rentenbegehren dar. Für die einzelnen Bereiche sind unterschiedlich viele Instrumente mit unterschiedlich entwickelter Spezifität für die Zielgruppe der Rehabilitanden verfügbar. Man unterscheidet generische, indikationsspezifische und problemspezifische Instrumente [Biefang, 1999 #9]. Erwähnt werden nachfolgend exemplarisch nur einige Verfahren, die besonders häufig in der Rehabilitation eingesetzt werden.

Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit wird häufig der IRES-Fragebogen (Indikatoren des Reha-Status) eingesetzt [Gerdes, 1995 #62]. Als generisches Instrument der Selbstbeschreibung erfasst er für chronisch körperlich Kranke drei relevante Dimensionen mit insgesamt sechs Skalen [Bührlen, 2003 #130], Kurzversion bei [Wirtz, im Druck #75]. Ein weiteres, häufig verwendetes Verfahren ist der SF 36 [Bullinger, 1998 #63]; er wurde als Instrument zur Messung der subjektiv eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt. Die Lebensqualität wird auch mit indikationsspezifischen Instrumenten (z.B. in der Onkologie) erfasst. Die Copingstile werden häufig mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) [Muthny, 1989 #68] oder den Trierer Skalen zur Krankheitsverarbeitung (TSK) [Klauer, 1993 #69] erhoben. Im Bereich der Ressourcen und Schutzfaktoren liegen nur

wenige Instrumente vor; für den Bereich „soziale Unterstützung“ wird häufig der F-SozU eingesetzt [Fydrich, im Druck #70].

Bei den psychischen Symptomen muss zwischen (temporären) psychischen Belastungen und manifesten psychischen Störungen unterschieden werden. Letztere werden wie üblich anhand der Diagnoseklassifikationssysteme ICD (International Classification of Diseases) oder DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kodiert (s. Kap. 4, 5). Als Screeninginstrumente finden die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [Hermann, 1995 #71], der General Health Questionnaire (GHQ) [Goldberg, 1979 #76] und die Symptom Check List (SCL) [Franke, 2002 #72] Verwendung.

Insbesondere bei Tests und Fragebogenverfahren stellt sich die Frage, ob sie bei Behinderten und chronisch Kranken ohne eine Veränderung bzw. Anpassung der Testsituation und der zeitlichen Vorgaben (Fairness und Durchführungsobjektivität) eingesetzt werden können. Zudem stehen häufig nur Normen für gesunde Populationen und spezielle klinische Vergleichsgruppen, nicht jedoch für Gruppen von Rehabilitanden zur Verfügung.

Die psychologische Diagnostik erfolgt zu Beginn der Rehabilitation, wo sie hauptsächlich zur Indikationsstellung benötigt wird; sie muss durch eine Verlaufsdagnostik und Erfolgsmessung komplettiert werden. Insbesondere die Behandlungsmotivation kann sich im Verlauf der Rehabilitation verändern, aber auch psychische Belastungen wie z.B. partnerschaftliche Probleme werden häufig erst im Verlauf der Rehabilitation erkannt bzw. vom Rehabilitanden benannt. Die Diagnostik am Ende der Rehabilitation ermöglicht es, den Erfolg der Interventionen kontrollieren, evaluieren und dokumentieren zu können. Anhand dieser Evaluation sollte ggf. eine Zuweisung zu Nachsorgemaßnahmen erfolgen.

Die Indikation zu psychologischen Maßnahmen orientiert sich am jeweiligen Ausmaß der psychosozialen Belastung, der individuellen familiären und beruflichen Lebenssituation, der Phase der Krankheitsbewältigung (s. Abschnitt 5) sowie der Motivation und Behandlungsbereitschaft der Rehabilitanden. Wenn bei chronisch Kranken eine komorbide, manifeste psychische Störung diagnostiziert wird, ist grundsätzlich eine Indikation für eine psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Intervention gegeben. Im Rahmen einer Rehabilitation werden aber auch psychische Problemlagen behandelt, die nicht den Kriterien einer manifesten psychischen Störung entsprechen, so z.B. Selbstwertproblematik, Partnerschaftsprob-

leme und Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld. Begrenzend wirken in der Rehabilitation jedoch der Personalschlüssel und die Zeitdauer der Rehabilitation; im Rahmen einer vierwöchigen medizinischen Rehabilitation ist z.B. die psychotherapeutische Behandlung einer komorbiden Depression meist nicht in vollem Umfang möglich.

4.2 Psychologische Beratung und Psychotherapie

Die psychologische Beratung ist bei allen Problemen im Rahmen der Anpassung an die Krankheit oder Behinderung indiziert [Schüssler, 1998 #10][Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2000 #129]. Typische Anlässe für eine psychologische Beratung sind Probleme in der Krankheitsbewältigung, in der Partnerschaft, der Familie und im sozialen Umfeld sowie Fragen zu beruflichen Zukunft. Weitere Anlässe sind psychische Krisen im Verlauf der Rehabilitation, Selbstwertprobleme, geringe Reha-Motivation und geringe Compliance, hinderliche Krankheitskonzepte, Lebensstiländerung und bestehende Ängste vor therapeutischen Maßnahmen. Eine psychologische Beratung kann sowohl auf Initiative der Patienten, auf der Basis eines Eingangsscreenings als auch auf Anregung von anderen Mitbehandlern initiiert werden. Sie kann sich auf eine Sitzung beschränken aber auch mehrere Stunden umfassen. Die Intensität hängt neben der Problemlage auch entscheidend von der Motivation und Behandlungserwartung der Rehabilitanden und der institutionellen Rahmenbedingungen (Zeitbudget der Psychologen, andere Therapiemaßnahmen) ab. Häufig werden auch Partner oder Angehörige in die Beratung mit einbezogen. In der Regel werden Einzelinterventionen, Paarberatung und Gruppeninterventionen angeboten. Obwohl Elemente aus verschiedenen Therapieverfahren in der psychologischen Beratung von chronisch Kranken und Behinderten zur Bewältigung und Anpassung an spezifische Beeinträchtigungen eingesetzt werden und eine Schulensorientierung nur eine geringe Rolle spielt, haben die (verhaltensmedizinischen und rehabilitationspsychologischen) Interventionen überwiegend eine kognitiv-verhaltenstherapeutischen Basis [Ehlert, 2003 #54][Flor, 1999 #125][Baum, 2001 #127][Strauß, 2002 #132][Zielke, 1994 #133][Ulman, 2003 #131].

Bei komorbiden psychischen Störungen ist die Indikation zu einer psychotherapeutischen und ggf. psychopharmakologischen Behandlung gegeben. In der Regel sind jedoch im Zeitrahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme länger dauernde Psychotherapien nicht möglich. Daher ist eine weitere wichtige Aufgabe im stationären Setting der Aufbau der Motivation zu einer ambulanten, längerfristigen Psychotherapie. In der stationären Rehabilitation können mit drei bis sechs Sitzungen bei Patienten mit Angststörungen und depressiven Störungen

erste Effekte bewirkt werden [Perski, 1999 #53]. Eine Unterstützung bei der Suche nach wohnortnahen Psychotherapeuten schon während des Rehabilitationsaufenthaltes erleichtert es den Patienten, eine Psychotherapie zu beginnen.

Probleme oder Besonderheiten bei der psychologischen Beratung und Psychotherapie von primär somatisch kranken Patienten liegen in der manchmal begrenzten Änderungsmotivation, dem somatisch orientierten Krankheitskonzept und einer somatischen Behandlungserwartung der Patienten. Manche Patienten sehen ihre Erkrankung als ein rein körperliches Problem und erwarten, dass ihnen durch Medikamente geholfen wird; sie häufig kaum zu Lebensstiländerungen bereit. Weiterhin können die Einschränkungen durch die chronische Erkrankung den Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen erschweren (z.B. Einschränkungen in der Kommunikation, starke Schmerzen). Auch der Vorrang von medizinisch-somatischen Therapien während des Reha-Aufenthaltes beschränkt die psychologischen Möglichkeiten.

4.3 Gesundheitsförderung

Das Konzept der Gesundheitsförderung, wie es in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation [World Health Organization, 1986 #91] als umfassende Programmatik formuliert wurde, hat auch die Gesundheitsförderung in der Rehabilitation beeinflusst. Der Anlass einer Rehabilitationsmaßnahme soll auch dazu genutzt werden, die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu steigern und Patienten zu befähigen, Gesundheit selbst wieder herzustellen [Bengel, 2003 #56]. Die Gesundheitsförderung setzt nicht nur an der Veränderung individueller Verhaltensweisen an, sondern sieht das Ziel auch in der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt. Gesundheit wird nicht mehr als Zustand, sondern als ein Prozess verstanden, der sich im Zusammenspiel eines aktiv handelnden, selbstbestimmten Menschen und seiner sozialen Umwelt entwickelt. Diese Sichtweise korrespondiert mit dem Gesundheitsverständnis einer salutogenetischen Perspektive, die die Frage stellt, warum einige Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund bleiben, während andere krank werden. Nach diesem Konzept gilt es die gesunderhaltenden Faktoren zu stärken [Antonovsky, 1987 #21][Bengel, 1998 #22][Bartsch, 1997 #113].

Die Gesundheitsförderung in der Rehabilitation geht von einem ganzheitlichen und positiven Gesundheitskonzept aus, das sowohl körperliches als auch seelisches Wohlbefinden umfasst. Sie dient nicht nur der sekundären und tertiären, sondern auch der primären Prävention: Neben der Verhinderung progredienter Krankheitsverläufe und der Reduktion von Rückfällen ist

die Vermeidung von neu hinzukommenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine ebenso wichtige Zielsetzung. Weiterhin richtet sich Gesundheitsförderung an alle Rehabilitanden und nicht ausschließlich an Rehabilitanden mit bestimmten gesundheitlichen Risikofaktoren.

Das vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) initiierte, indikationsübergreifende Gesundheitsförderungsprogramm in Gruppen „Aktiv Gesundheit fördern“ [Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2000 #13] besteht aus mehreren Modulen (Schutzfaktoren und soziale Unterstützung, Essen und Trinken, Bewegung und körperliches Training, Stress und Stressbewältigung sowie Alltagsdrogen). Hilfe zur Selbsthilfe stellt das zentrale Prinzip des Programms dar. Auch von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) liegt ein indikationsübergreifendes Gesundheitsbildungsprogramm vor [Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2003 #96] (s. Abschnitt 4.4).

4.4 Patientenschulung

Patientenschulungen sind Teil einer umfassenden Therapie und Rehabilitation aber auch Teil der Gesundheitsförderung. Wenn überwiegend psychologische Themen behandelt werden, wird auch der Begriff „Psychoedukation“ verwendet [Angenendt, 2004 #36]. Sie sind meist krankheitsspezifisch ausgerichtet und sollen über die Erkrankung und ihre Behandlung informieren sowie Anleitung zum Umgang mit krankheitsbedingten Problemen geben [Jungnitsch, 1997 #103][Mittag, 1997 #105][Petermann, 1997 #12] (s. Kasten 12).

Hier bitte Kasten 12 einfügen

Inhaltlich umfassen die Programme Elemente wie das Einüben von Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation oder Imaginationsübungen) und Seminare und Gruppen zur Raucherentwöhnung, Ernährung und Gewicht, Schlafhygiene, Stressbewältigung, sozialer Unterstützung, sozialen Problemlösefähigkeiten und gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeitserwartung.

Für unterschiedliche Indikationsgruppen wurden krankheitsspezifische Programme zur Patientenschulung entwickelt: Diabetes mellitus (z.B. [Haisch, 1995 #98], Asthma bronchiale (z.B. [Kleinhans, 1995 #100]), rheumatische Erkrankungen (z.B. [Jungnitsch, 1997 #103]); kardiologische Erkrankungen (z.B. [Mittag, 1997 #105]). Für die krankheitsspezifischen Elemente bildet der der jeweilige Forschungsstand zu psychologischen Faktoren bei der Entste-

hung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung von Erkrankungen die Grundlage. Beispiele für krankheitsspezifische Module sind:

- Chronischer Schmerz: Aufmerksamkeitslenkung, Vermeidung von Passivität und Schonung
- Neurodermitis: Unterbrechung des Juck-Kratzzirkels
- Asthma bronchiale: Wahrnehmung von Symptomauslösern und Stressmanagement.

Manche dieser Programme wurden speziell für die stationäre medizinische Rehabilitation entwickelt, manche wurden in anderen Versorgungssektoren entwickelt. Bei der Übertragung und Implementierung dieser Konzepte müssen die institutionellen, personellen, zeitlichen und organisatorische Rahmenbedingungen beachtet werden.

Bei den Interventionen wird auf die kognitive, motivationale, affektive und die Handlungsebene eingegangen. In den Schulungen werden verschiedene Fertigkeiten eingeübt (z.B. Blutzuckerkontrolle) und Alltagssituationen simuliert (z.B. Rollenspiel zur sozialen Kontaktaufnahme). Die methodische Basis der Interventionen bildet die Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer. Die Interventionen werden meist im indikationshomogenen Gruppensetting durchgeführt und je nach Thematik und Personalschlüssel sowohl von den medizinischen Berufsgruppen als auch von Mitarbeitern aus dem psychosozialen Team angeboten.

5. Rehabilitationsforschung

Zur Erreichung der Ziele der Rehabilitation werden in der Regel die Interventionen verschiedener Fachdisziplinen kombiniert und in einen Rehabilitationsplan integriert. Die Interventionen basieren auf den Erkenntnissen und Befunden der einzelnen medizinischen Disziplinen (z.B. Onkologie, Kardiologie, Neurologie) und der einzelnen sozialwissenschaftlichen Disziplinen (z.B. Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit). Die psychologische Rehabilitation wiederum verwendet Konzepte und Befunde aus der Rehabilitationspsychologie, Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychosomatik. Es wird davon ausgegangen, dass die einzelnen medizinischen, physiotherapeutischen oder psychologischen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Indikation und ihrer Wirksamkeit untersucht sind und ihre Kombination einen Mehrwert für den Rehabilitanden erbringt bzw. die Rehabilitation nur durch ihre Verknüpfung erfolgreich ist.

Die wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis ist gemeinsames Ziel einer multi- und interdisziplinär ausgerichteten Rehabilitationsforschung, die jedoch erst am Anfang ihrer Entwicklung steht [Bengel, 2000 #29]. Themenschwerpunkte sind die Wirksamkeit von reha-

bilitativen Maßnahmen und Programmen , Entstehungszusammenhänge, Verlauf und Prognose von chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen und ihren Folgen, rehabilitationsdiagnostische Verfahren sowie die Weiterentwicklung der Verfahren. Rehabilitation erfolgt in definierten Versorgungsstrukturen, die Sozialleistungsträger formulieren ihr wissenschaftliches Erkenntnisinteresse – Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit („return to work“) – und fordern ferner Qualitätssicherung und Kosteneffizienz der Maßnahmen. Daher untersucht die (rehabilitationsbezogene) Gesundheitssystemforschung und Versorgungsforschung den Reha-Bedarf und die Erreichbarkeit von rehabilitativen Maßnahmen, und nimmt eine ökonomische Evaluation der rehabilitativen Versorgung vor.

Die Rehabilitationsforschung definiert sich nicht über eine spezifische Forschungsmethodik, sondern bezieht die verfügbaren medizinischen, sozialwissenschaftlichen und ökonomischen Ansätze auf die jeweilige Fragestellung [Bengel, 2000 #29]. Das seit 1998 gemeinsam von der Rentenversicherung und dem Bundesforschungsministerium finanzierte rehabilitationswissenschaftliche Verbundforschungsprogramm hat in Deutschland die Rahmenbedingungen für Rehabilitationsforschung deutlich verbessert. Seit Anfang der neunziger Jahre stellen die Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland die Qualität der medizinischen Rehabilitation durch wissenschaftlich fundierte und extern gesteuerte Programme sicher. Das verpflichtende Qualitätssicherungsprogramm in der Rehabilitation umfasst Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zentrale Instrumente sind dabei die Strukturhebung, das Peer-Review-Verfahren und die Patientenbefragung [Kawski, 2004 #122].

Hinsichtlich der Wirksamkeit steht die Rehabilitationsforschung vor den gleichen Fragen und Problemen wie die Therapieerfolgswissenschaft insgesamt [Faller, 2000 #106]. Die Auswahl und Operationalisierung der Erfolgskriterien und die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien sind jedoch in der Rehabilitationsforschung in besonderer Weise zu thematisieren. Die differenzierten und komplexen Rehabilitationsziele erfordern die Berücksichtigung multipler und mehrdimensionaler Erfolgskriterien (vgl. [Schuntermann, 1987 #123][Bullinger, 1997 #115] (siehe Kasten 13):

Hier bitte Kasten 13 einfügen

Da der Erfolg einer rehabilitativen Maßnahme an multiplen Erfolgskriterien aus unterschiedlichen Datenquellen (z.B. Fragebögen, medizinische Diagnostik, Krankheits- und Fehltag)

bemessen wird und mögliche Moderatorvariablen (z. B. Schweregrad, Alter, Geschlecht) zur Erfolgsmessung ebenfalls herangezogen werden, sind Studien mit mehr als 25 Erfolgsparametern nicht unüblich. Je nach Diagnose und Rehabilitationsziel kann der Erfolg kurzfristig (am Ende der Rehabilitationsmaßnahme: z.B. verbessertes Wohlbefinden, verbesserte Mobilität, Reduktion des Zigarettenkonsums), mittelfristig (innerhalb eines Jahres: z.B. Rückkehr zur Arbeit, Rückfallfreiheit bei Alkoholabusus) oder erst langfristig (nach mehreren Jahren: z.B. Rezidivfreiheit, Arbeitsfähigkeit, dauerhafte soziale Integration) erhoben werden. Die Erfolgsmessung steht vor der Frage, wie die relevanten Ziele im Design berücksichtigt werden können und auf Basis welcher Indikatoren entschieden werden soll, ob die Ziele einer Reha-Maßnahme erreicht wurden. Dabei kann die umfassende Bewertung eines Rehabilitationsprogramms nur dann angemessen erfolgen, wenn die verschiedenen Interessengruppen (Patienten, Personal, Träger, Institution, Experten) sich über die Behandlungsziele und deren Wertigkeit einig sind.

Interventionsstudien mit einer Kontrollgruppe und randomisierter Zuweisung der Patienten zu den Behandlungsarmen stellen auch in der Rehabilitationsforschung den Goldstandard dar. Häufig ist dieser Standard aber in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nicht realisierbar. Neben ethischen Bedenken wegen der Vorenthaltung von vermeintlich positiven Effekten einer Intervention stehen diesem Vorgehen vor allem die Probleme bei der Einhaltung experimenteller Studienbedingungen in der Rehabilitation gegenüber [Faller, 2000 #106]. Eine neue, die bisherige Rehabilitationsbehandlung ergänzende Intervention wird in der Regel über einen Vergleich einer Gruppe mit Standardrehabilitation und einer Gruppe mit Standardrehabilitation plus neue Intervention evaluiert. Dabei sind auch bei randomisierter Zuweisung Probleme durch Abbruch, zu niedrige Fallzahlen bei hoher Zahl von Parametern (Power) und durch den schwierigen Nachweis von geringen Effekten zu erwarten. Quasi-experimentelle oder naturalistische Designs können im Sinne kumulativer Evidenz als Ergänzung oder Alternative in Betracht gezogen werden. Bei diesen Designs muss aufgrund der fehlenden Randomisierung mit unterschiedlichen Ausgangswerten zwischen den Untersuchungsgruppen gerechnet werden, welche allerdings durch kovarianzanalytische Auswertungsstrategien berücksichtigt werden können. Eine besondere Schwierigkeit stellt auch die Übertragbarkeit einer als wirksam nachgewiesenen Intervention auf eine anders zusammengesetzte Zielgruppe (z.B. Alter, Krankheitsverlauf) und einen anderen Versorgungskontext (z.B. ambulante oder stationäre Rehabilitation, Zeitdauer) dar.

In den letzten Jahren wurden für unterschiedliche Indikationsbereiche Studien zur Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. In der Grundtendenz zeigen sie positive Effekte, die zumindest kurz- bis mittelfristig anhalten [Haaf, 2001 #108][Gerdes, 2000 #117]. Eine gewisse Einbuße bei den erreichten Verbesserungen im Jahr nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme ist häufig. Daher sind für alle Evaluations- und Ergebnisstudien Halbjahres- und Einjahreskatamnesen zu fordern. Befunde zur generellen Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sowie zur Kosteneffizienz liegen nicht vor. Bei der Vielzahl von relevanten Erfolgskriterien kann die Frage nach dem Erfolg auch nicht pauschal beantwortet werden. Es ist zu fordern, dass die einzelnen Programmbestandteile der Rehabilitation evaluiert werden und den Anforderungen einer evidenzbasierten Medizin genügen. Ein wichtiges Element der psychologischen Rehabilitation, die Patientenschulung, wird derzeit intensiv untersucht. Je nach Indikationsgebiet zeigen sich in Meta-Analysen und Cochrane-Reviews positive Effekte (Asthma: [Gibson, 2004 #109], koronare Herzerkrankung: [Dusseldorf, 1999 #110]), aber auch kritische Ergebnisse (chronischer Rückenschmerz: [Maier-Riehle, 1996 #111]). Zur Umsetzung und Evaluation von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation liegen allgemeine Empfehlungen vor [Reusch, 2003 #112]. Die derzeit laufende Entwicklung von Leitlinien für die medizinische Rehabilitation wird den unterschiedlichen Evidenzgrad der einzelnen Elemente und Maßnahmen deutlich machen [Korsukéwitz, 2003 #121].

Das deutsche Rehabilitationssystem hat auf die Kritik am zu hohen Institutionalierungsgrad – Überbetonung von stationären Leistungen, geringe Flexibilität der Leistungsangebote und geringe Verzahnung zwischen den verschiedenen rehabilitativen Versorgungsformen - mit einer Intensivierung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung und mit verpflichtenden Maßnahmen zum Qualitätsmanagement reagiert. Die Reduktion der Schnittstellenproblematik (z. B. Übergang von Akutmedizin zu Rehabilitation), die differenzielle Indikation zu den Versorgungsangeboten (z. B. ambulante und stationäre Rehabilitation) und die Vernetzung der Versorgungssegmente sind zentrale Aufgaben der nächsten Jahre. Beim Ausbau der ambulanten und wohnortnahen Rehabilitation muss darauf geachtet werden, dass der Anspruch einer ganzheitlichen und umfassenden Versorgung durch eine qualitativ hochwertige psychosoziale Versorgung eingelöst wird. Es ist zu erwarten, dass die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien Verbesserungen in der Versorgung, aber auch in der Zuweisung zu den Behandlungseinrichtungen erbringen wird.

Weiterführende Literatur:

- Baum, A., Revenson, T.A. & Singer, J.E. (eds.) (2001). *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.) (2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2001). *Wegweiser - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. Frankfurt: BAR.
- Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Schein, L.A., Bernard H.S., Spitz, H. I. & Muskin, P.R. (eds.) (2003). *Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques*. New York: Brunner-Routledge.

Autor/in:

Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel, Dipl.-Psych.
Dr. phil. Almut Helmes, Dipl.-Psych.

Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg
Engelbergerstraße 41, D-79085 Freiburg
Telefon ++49 – 761 – 203-3046, Fax: - 3040

bengel@psychologie.uni-freiburg.de / helmes@psychologie.uni-freiburg.de

14. Juni 2004

Literatur