

Prävention und Rehabilitation

Peter Kosarz und Michael Broda

Einleitung

Unter **Prävention** versteht man Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhinderung von psychischen oder physischen Störungen. Prävention setzt per definitionem ein, bevor Störungen auftreten. Sie zielt auf eine Verminderung der Inzidenz psychischer oder physischer Erkrankungen ab. Prävention vollzieht sich also sinnvoll im Vorfeld von Erkrankungen. Unter **Rehabilitation** sind Maßnahmen zu verstehen, die verhindern sollen, dass eine Krankheit oder Behinderung zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensbedingungen führt. Für den Fall, dass eine vollständige Rehabilitation nicht zu erreichen ist, sollen die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum reduziert werden. Das zentrale Ziel der Rehabilitation besteht also neben der Behandlung einer Störung vorrangig darin, Hilfen bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen zu leisten. Dies bedeutet u. a. die Verringerung der Einschränkungen und Beeinträchtigungen, die Stabilisierung des gegenwärtigen Zustandes, die Vermeidung von Fehlanpassung und den Erwerb von kompensatorischen Leistungen. Prävention und Rehabilitation sind Tätigkeitsfelder, aus denen Psychologische PsychotherapeutInnen nicht mehr wegzudenken sind. Die jeweiligen Aufgaben definieren sich durch die Gebietsspezifität. In der Prävention bieten Psychologische PsychotherapeutInnen beispielsweise Verfahren zur Stress- und Krankheitsbewältigung an, führen Nichtrauchertrainings und Programme zur Gewichtsreduktion durch und vermitteln Entspannungsverfahren. Im Bereich der Rehabilitation arbeiten Psychologische PsychotherapeutInnen häufig als BezugstherapeutInnen und sind damit verantwortlich für Diagnostik, die Erstellung eines Therapieplans, die Koordination der einzelnen Therapiebausteine und die Psychotherapie. Mit diesem Kapitel sollen die relevanten Grundlagen, Rahmenbedingungen und Inhalte für eine Tätigkeit in diesen Gebieten vermittelt werden.

Prävention

1. Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Gesundheitspolitische Hintergründe

Die Impulse der WHO

Im November 1986 fordert die WHO in der sogenannten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung den Einbezug aller Politikbereiche in die gesundheitspolitischen Planungen, um ein umfassendes körperliches und seelisches Wohlbefinden der Menschen zu stärken und dem einzelnen und seiner sozialen Gemeinschaft neue Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Insofern initiiert die WHO mit der Ottawa-Charta eine Weichenstellung, die Gesundheit in einen gesellschaftlichen und politischen Kontext stellt und sich somit stark von den Ansätzen der traditionellen Gesundheitsdefinitionen westlicher Industrienationen unterscheidet. Angemessene Wohnbedingungen, Bildungseinrichtungen, ausreichende und qualitativ wertvolle Ernährung, ein stabiles Ökosystem oder auch die Chancengleichheit werden als Voraussetzungen für die Herstellung von Gesundheit erachtet und weiten somit den Begriff der Gesundheitsförderung weit über das individuelle Gesundheitsverhalten hinaus aus. Diese Ausweitungen sowohl in den Zielen als auch in den Zuständigkeiten zur Herstellung von Gesundheit beinhalten aber auch gleichzeitig das Problem, dass keine bestehende übergeordnete Instanz für die Koordination der Umsetzung zuständig ist. **Die Herstellung von Gesundheit wird damit zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, die es abzustimmen, zu koordinieren, aufeinander zu beziehen und sinnvoll zu ergänzen heißt.** Ohne eine zentrale Koordination scheint diese Aufgabe kaum zu erfüllen. Dies wird als ein Grund gesehen, warum der Stellenwert der Prävention in der Bundesrepublik noch nicht so hoch ist, wie es inhaltlich angemessen wäre.

Abkehr vom krankheitsorientierten Risikofaktorenansatz

Ausgehend von der Entdeckung bakterieller Krankheitserreger in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und der Entwicklung wirksamer Medikamente zur deren Therapie entwickelte sich im westlichen Gesundheits-/ Krankheitsverständnis die Auffassung, dass sich Gesundheit durch die Ausschaltung von Noxen und die Verbesserung von Hygiene sowie bessere Ernährungsgewohnheiten herstellen ließe. Diese Auffassung hat dazu geführt, dass die Lebenserwartung im letzten Jahrhundert stark anstieg und große Volkskrankheiten wie beispielsweise Tuberkulose eingedämmt werden konnten. Analog dieser Noxen-orientierten Denkweise wurde vor allem auch im Herz-Kreislaufbereich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts intensiv nach Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen geforscht, die in der Mortalitätsstatistik einen Spitzenplatz einnehmen. Dabei wurde hauptsächlich über

korrelationsstatistische oder regressionsanalytische Methoden versucht, bestimmte (leicht operationalisierbare) Faktoren in einen kausalen Zusammenhang mit Erkrankung zu bringen. Dieses Denken hat sich so ausgebreitet, dass heute Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Blutfette im allgemein Wissen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer koronaren Herzkrankheit verbunden sind. Gesichert sind diese Zusammenhänge im Sinne einer kausalen Ursachenkette nicht – einzig und allein scheint es einen kausalen Zusammenhang zwischen Rauchen und Karzinomen zu geben. Im ausgehenden Jahrzehnt des letzten Jahrhunderts fing eine Umorientierung an, die auf der Erkenntnis beruhte, dass das Ausschalten von sogenannten Risikofaktoren allein noch keine hinreichende Voraussetzung zur Herstellung von Gesundheit ist.

Fortgeschrittenes Wissen um psychische Bewältigungsmöglichkeiten

Die Stress- und Copingforschung hat in den letzten 30 Jahren zusammen mit den Fortschritten in der Entwicklung von Behandlungstechniken auf dem Gebiet der Psychotherapie neue Erkenntnisse zur Stärkung von Belastungsbewältigung für Betroffene hervorgebracht.

Nachdem klar wurde, dass die gesundheitsschädigende Wirkung von Stress ohne die Zuhilfenahme subjektiver Bewertungsvorgänge in seinen Folgen für das Individuum nicht erklärbar ist, wurde in der Bewältigungsforschung untersucht, mit welchen Kompensationsmechanismen Individuen stressvoll erlebten Situationen begegnen können und wie solche Immunisierungsstrategien letztendlich auch anderen PatientInnen beigebracht werden können. Gesundheitsförderungsprogramme oder auch Stressimpfungsgruppen zielen auf die Erweiterung der Bewältigungsmöglichkeiten des einzelnen ab und verlagern das Augenmerk von der Veränderung des Stressors oder der Noxe hin zu im Individuum ablaufenden intra- und interpsychischen Prozessen.

Ausschöpfung individueller Handlungsspielräume und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Am Beispiel der Belastungsforschung am Arbeitsplatz wird deutlich, dass gesundheitsschädigender Stress einher geht mit eingeengten Entscheidungsspielräumen, geringer Verantwortung und mangelnder Transparenz der Arbeitsabläufe.

Arbeitszufriedenheit scheint dann zu steigen, wenn Entscheidungen delegiert werden, die Möglichkeit zur Verantwortungsübernahme hoch ist und die Transparenz ein Begreifen der Arbeitsaufgabe ermöglicht. Die Arbeitszufriedenheit ist der stärkste Indikator für Fehltage und Krankschreibungen. Diese aus der Arbeitswissenschaft stammenden Erkenntnisse haben Gültigkeit für eine Vielzahl von anderen Bereichen: eine

möglichst verantwortliche Teilhabe an gesellschaftlichem Leben scheint eine zentrale und fundamentale Voraussetzung zur Herstellung und zum Erhalt von Gesundheit zu sein (dies schlägt sich auch in der neuen Definition des ICF-International-Classification of Functioning nieder, s.u.).

Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention

Insgesamt ist in der Präventionswissenschaft eine Veränderung von einer Verhaltens- in Richtung zu einer Verhältnisprävention zu beobachten. Nicht mehr nur individuelle Verhaltensprobleme wie Risikoverhaltensweisen werden zum Ansatzpunkt präventiver Überlegungen sondern systemische Strukturen und Abläufe in Beruf und Gesellschaft rücken mehr ins Augenmerk präventiver Planungen. Förderlich für diese Entwicklungen war paradoxerweise sicherlich auch die Erkenntnis, dass die individuell bezogenen Präventionsansätze in vielen Bereichen nicht die Erfolge zeigten, die man sich erhoffte.

Insgesamt wird in Zukunft deutlich werden, dass eine Mischung von individueller Risikovermeidung und systembezogener struktureller Gesundheitsförderung den bislang gewonnenen Erkenntnissen am ehesten Rechnung trägt und dadurch die bislang noch weitgehend bestehende Polarität zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung aufgelöst werden kann.

Prävention und Gesundheitsförderung

In der Diskussion der letzten Jahre wird deutlich, dass ein Spannungsfeld zwischen dem Begriff der Prävention (hauptsächlich bezogen auf die Vermeidung von Schädigung) und dem der Gesundheitsförderung (hauptsächlich bezogen auf die Aktivierung von Ressourcen) besteht. Beide Begriffssysteme werden in der neueren Präventionsdiskussion jedoch als komplementär angesehen. **Statt der Konzeption von Prävention und**

Gesundheitsförderung als gegensätzliche Konzepte, die einander ausschließen, macht es Sinn, Belastungsminderungen und Stärkung von Ressourcen als einander ergänzende Ansätze zur Absenkung der Morbiditätsrate zu begreifen.

Zielsetzungen der Prävention und Gesundheitsförderung

Verminderung individueller Risikofaktoren

Über Jahrzehnte hinweg hat sich die Diskussion um die Umsetzung des Präventionsgedankens hauptsächlich mit der Frage beschäftigt, wie individuelle Risikofaktoren gesenkt werden können. Nichtrauchertrainings, Adipositasgruppen, Bewegungsprogramme oder auch die Reduktion cholesterinhaltiger Speisen wurden als

wichtige Beiträge zur Umsetzung des Präventionsgedankens in der Praxis konzipiert, gesundheitspolitisch propagiert und gefördert. Dabei hatten jedoch schon wiederholt Experten zu bedenken gegeben, dass eine Reduktion von Risikoverhalten zwar grundsätzlich begrüßenswert ist, an sich aber noch kein Garant für die Herstellung von Gesundheit sei.

Daneben wurde bemängelt, dass eine zu starke Individualisierung und Verantwortungszuschreibung auf den einzelnen die soziale Wirklichkeit, in der Risikoverhalten entsteht, unberücksichtigt lässt. Ohne diese Argumente unter zu bewerten, stellen Ansätze, die das individuelle Risiko vermindern, eine wichtige Säule der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Als Beispiele sei auf die zahnmedizinische Vorsorge (§ 21 SGB V) oder die AIDS-Aufklärung der BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) verwiesen. Ungeachtet dieser Erfolge bleibt jedoch auch die Erkenntnis, dass manche Präventionsprogramme kaum nachhaltige Erfolge zu verzeichnen im Stande sind. Nichtrauchertrainings in Kliniken, Programme zur Umstellung von Ernährungsgewohnheiten oder Abbau von Bewegungsmangel sind Beispiele, die auf die starken Diskrepanzen zwischen Einstellung und Verhalten oder auch auf die Wirksamkeit kurzfristiger negativer Verstärkung im Vergleich zur langfristigen Bestrafung hinweisen.

Verminderung gesellschaftlicher und sozialer Risikofaktoren

Prävention beinhaltet politisch neben der Eigenverantwortung oder Mitverantwortung des Einzelnen auch die gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Eine Vielzahl von beteiligten Institutionen ist verpflichtet, zu einer Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen beizutragen. Lärmbekämpfung, Hygienevorschriften, Arbeitssicherheit oder Verkehrsberuhigung sind wichtige gesellschaftliche Felder der Prävention und Gesundheitsförderung. Das gesellschaftliche Bewusstsein für diesen Aufgabenbereich scheint zu steigen, wichtige Fortschritte sind in der Verkehrspolitik, Arbeitssicherheit oder Lebensmittelsicherheit erzielt worden. **Die Vielzahl der beteiligten Akteure wie GKV (Gesetzliche Krankenversicherung), Unfallversicherung, öffentlicher Gesundheitsdienst oder Betriebsärzte erschwert dabei jedoch eine klare Aufgabenverteilung und Zuordnung. Eine Vernetzungsinstanz, die koordinieren und transparent machen könnte, fehlt, wie oben bereits erwähnt.**

Steigerung psychischer Protektivfaktoren

Die vor allem psychologische Forschung kennt eine Vielzahl von Modellen, die den individuellen Schutz von Gesundheit beschreiben. **Theorien zum Stress- und Bewältigungsverhalten, dispositionelle kognitive Stile und Attributionsmuster, Theorien**

zum sozialen Rückhalt, Erwartungs-Wert-Theorien des Gesundheitsverhaltens oder persönlichkeitspsychologische Modelle zu Invulnerabilität stellen dabei ein profundes Wissen über intrapsychische Schutzfaktoren und deren Bedeutung für mögliche psychische und physische Erkrankungsrisiken zur Verfügung. Auch wenn in der Psychologie, ähnlich wie in der Medizin, zeitweise Riskofaktorenmodelle zur Erklärung psychischer Erkrankung dominierten (Life-Events, fehlende soziale Unterstützung u.a.), betonen neuere Konzepte die Wechselwirkung zwischen internen und externen Stressoren und Ressourcen. Besondere Beachtung fand dabei in den letzten Jahren der salutogenetische Ansatz des Medizinsoziologen Antonovsky (1987, 1993), der mit den Überlegungen zum Kohärenzgefühl neue Impulse in die Diskussion um die Herstellung von Gesundheit brachte (s.a. Lutz et al. 1999).

Die Förderung gesunder Umwelten

Dies ist sicherlich die globalste Zielsetzung präventiver Ansätze und hat sowohl Information Einkommen, Bildung, Unterstützung durch soziale Netzwerke im Rahmen einer angemessenen Partizipationsmöglichkeit zum Inhalt, um sowohl Individuen als auch gesellschaftliche Gruppen in die Lage zu versetzen, gesundheitlich belastende Bedingungen zu verändern und selbst die Erkenntnisse über gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen zu vergrößern.

Ein zusammenfassendes Modell psychischer Störungen

Becker (1997) schlägt folgende Inzidenzformel zum Verhältnis schädigender und protektiver Faktoren bei der Entstehung von psychischer Erkrankung vor:

Die Inzidenz psychischer Störungen ist das Produkt aus *angeborener Vulnerabilität* und *äußeren Stressoren* geteilt durch das Produkt von *psychischer Kompetenz* und *förderlichen Umweltbedingungen*

Diese Formel verbindet innere und äußere Schädigungsfaktoren mit inneren und äußeren Protektivfaktoren und ist Ausdruck der Auffassung, dass die oben beschriebene Polarisierung in der Frage der Prävention oder der Gesundheitsförderung der Vergangenheit angehören muss.

Systematik von Prävention und Gesundheitsförderung

(siehe hierzu auch Perrez 1998)

Spezifische oder unspezifische Präventionsansätze

Prävention kann sich unspezifisch auf die Verbesserung der materiellen Situation, psychosozialer oder soziokultureller Rahmenbedingungen beziehen. Dies beinhaltet Faktoren wie die Steigerung von Zuwendung oder sozialer Unterstützung, die Bereitstellung eines ausreichenden Ernährungsangebotes oder von Entfaltungsmöglichkeiten für Kinder wie auch die in einer Gesellschaft definierten Werte und Wertvorstellungen. Spezifische Präventionsansätze beziehen sich auf bestimmte Risikoverhaltensgruppen wie zum Beispiel Maßnahmen zur Nikotin- und Alkoholaufklärung, Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen oder Informationen über das Entstehen von Depressionen.

Populations- versus zielgruppenorientierte Ansätze

in der AIDS Kampagne der BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) findet sich ein populationsorientierter Präventionsansatz wieder, jeder Bundesbürger wird über Plakate oder Fernsehspots aufgeklärt und diesem Präventionsangebot unterzogen. Zielgruppenorientierte Präventionsansätze finden wir bei Programmen wie Fixerstuben (zielgruppenorientierte Prävention zur Verhinderung von HIV) oder auch betrieblichen Programmen für Mitarbeiter mit offenkundigen Alkoholproblemen.

Personen oder systemorientierte Prävention

Personenorientierte Prävention zielt auf Veränderung individuellen Verhaltens ab. Dazu gehören die Steigerung der individuellen Gesundheitsvorsorge ebenso wie die Reduktion von Risikoverhaltensweisen. Die systemorientierte Prävention setzt sich die Veränderung von Systembedingungen zum Ziel. Verbesserungen von Kommunikationsmöglichkeiten oder Einführung von Beteiligungsmodellen am Arbeitsplatz werden hier ebenso konzipiert wie die Schaffung von Beratungsstellen oder die Bereitstellung von Maßnahmen zur Krisenintervention in der Gesellschaft.

Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung

Aufklärung und Information

Die Information über wissenschaftlich belegbare Auswirkungen oder Zusammenhänge, das Vermitteln neuer Erkenntnisse unter Berücksichtigung didaktischer Gesichtspunkte sind zentrale Präventionsmethoden. Broschüren in Wartezimmern, Beiträge in Gesundheitssendungen oder gezielte Pressekampagnen erreichen eine hohe Verbreitung und stellen Beiträge zu einer ersten Verhaltenbeeinflussung dar. Dass damit nicht alle Personen erreichbar sind kann kein Argument gegen die Bedeutung dieser Methodik sein.

Beratung

Lange Zeit galt Beratung als ein Stiefkind der Psychotherapie. Dabei wurde versäumt, die spezifischen Stärken des Beratungsansatzes herauszuarbeiten. Erst in jüngerer Zeit präzisieren sich die Überlegungen zur Bedeutung des Beratungsangebots auch im Rahmen einer Gesundheitsvorsorge (Nestmann im Druck) und korrigieren den Stellenwert dieser Ansätze. Ein kompetentes und flächendeckendes Beratungsangebot könnte zweifelsohne den Bedarf an kurativer Therapie deutlich senken.

Verhaltenstrainingsprogramme

Vor allem in Institutionen wie Volkshochschulen, Gesundheitszentren oder auch Kliniken werden Programme zur Modifikation gesundheitsbezogenen Verhaltens angeboten. Der Verband der Rentenversicherungsträger hat hierzu ein neues Gesundheitsförderungsprogramm erstellt (Schliehe et al. 2000), weit verbreitet sind neben Entspannungsgruppen auch Stressimpfungstrainings (Meichenbaum u. Cameron 1983) oder Trainings im Umgang mit störungsspezifischen Belastungen (s.a. Fiedler 1996). Interessant ist auch das Gesundheitsförderungsprogramm von Franke und Möller (1993), da es auf die Steigerung der eigenen persönlichen Ressourcen abzielt.

Evaluation von Präventionsprogrammen

Betrachtet man allein die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ so erstaunt nicht, dass eine Evaluation von Effekten im Feld der Gesundheitsförderung sehr schwierig ist. Methodisch bietet sich die parallel laufende Evaluation von Programmen an, die durch forschersiche Begleitung die Interventionen optimiert und korrigiert. Alternativ oder zusätzlich wird die Outcome-Evaluation durchgeführt, die entweder über eine Prä-Post-Analyse oder über rückblickende Einschätzung der Teilnehmer zu einer Bewertung der Maßnahme gelangt. Da es sich bei den Präventionsprogrammen in der Regel um komplexe Interventionen mit z.T. unspezifischen Effekten handelt, ist eine präzise Isolierung der einzelnen Effekte oft kaum möglich. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch, dass reine primäre Präventionsprogramme in den Effektstärken deutlich unter denen von Therapiestudien liegen. Dies mag an den o.g. Gründen liegen, könne aber auch ein Hinweis auf die Motivationslage der Betroffenen sein. Vielleicht ist der Leidendruck für Veränderungen einfach höher, wenn das Symptom erlebt wurde und nicht nur potentiell antizipiert werden kann.

Dennoch gehen Modellrechnungen davon aus, dass sich jeder in die Prävention investierte Betrag mit dem Faktor 8 amortisiert, wenn alle gesellschaftlichen Folgekosten in Rechnung gestellt würden.

2. Umsetzung in die klinische Praxis

Abgesehen von den oben skizzierten Präventionsprogrammen, die vor allem in der stationären Rehabilitation ihre Anwendung finden, stellt sich auch die Frage nach einer individuellen Umsetzung von Präventionsgedanken in die ambulante Einzeltherapie. Dabei kann in der Einzeltherapie insgesamt als Zielsetzung die Prävention von Neuauftreten oder Wiederauftreten psychischer Störung genannt werden.

Bei **Angststörungen** ist darauf zu achten, dass eine bewusste Konfrontation mit den angstbesetzten Situationen eine Generalisierung der Ängste verhindern kann. Außerdem muss der körperliche Trainingszustand, Nikotin- oder Koffeinkonsum in ihrer Rolle als begünstigende Faktoren für Erregungssteigerung geprüft werden und danach Ziel therapeutischer Veränderung sein, um die Auftretenswahrscheinlichkeit der Symptomatik abzusenken. Auch sind neu erlernte Kognitionen in der Lage, die „Angst vor der Angst“ zu mindern und Angstanfälle zu reduzieren.

Bei **depressiven Störungsbildern** wissen wir um die Bedeutung sozialer Rückhaltsysteme zur Vermeidung depressiver Phasen. Auch können Behandlernetzwerke eher sicherstellen, dass bei beginnenden depressiven Syndromen beispielsweise eine medikamentöse Hilfestellung ein weiteres Abgleiten in die Depression verhindern kann. Die Konzentration auf Außenreize, wie im Genusstraining konzipiert, ist eine weitere präventive Möglichkeit, die Auftretenswahrscheinlichkeit depressiver Einbrüche zu reduzieren.

Somatoforme Störungsbilder profitieren in der Regel von psychoedukativer Modellbildung, Stressreduktion und Entspannungsverfahren. Auch sie können, wie am Beispiel der Schmerzpatienten gezeigt werden kann, durch Genusstraining die Schmerz-Anspannungsspirale unterbrechen.

So könnten wir bei allen Störungsbildern der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ähnliche Beispiele für die präventive Wirkung einzelner Interventionen benennen. Wichtig erscheint uns folgendes:

Die Erklärung der Störung durch plausible psychosoziale Modellbildung

Die Beobachtung und Erfahrung des Betroffenen über Zusammenhänge zwischen Situation, Emotion und Gedanken

Die Steigerung der individuellen Problemlösekompetenz

Die Schaffung von Behandlernetzwerken und die Verbesserung der stationären/ambulanten Kooperation

Prävention und Gesundheitsförderung stellen zentrale Bestandteile eines jeden psychotherapeutischen Prozesses dar und können hierbei nicht isoliert betrachtet werden.

Rehabilitation

1. Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Historische Entwicklung der Rehabilitation

Der Gedanke der Rehabilitation ist weit in der Geschichte zurückzuverfolgen. Vielfältige Strömungen, kirchliche und private Initiativen und leider auch Kriege haben zur Entwicklung der Rehabilitation beigetragen. Eine gute Übersicht über die historische Entwicklung gibt Jochheim (1998). Frühe Ansätze wurzeln in der Gehörlosenrehabilitation. Bereits im 16. Jahrhundert gab es in Spanien erste Versuche, tauben Schülern Sprechen, Lesen und Schreiben beizubringen. Diese Ansätze fanden im 17. Jahrhundert in England und Frankreich eine Weiterentwicklung und Systematisierung durch die Schaffung der Zeichensprache für Taube. Als zweite historische Quelle der Rehabilitation Behinderter ist die Blindenpädagogik zu nennen, die ihren Ursprung im 18. Jahrhundert in Frankreich nahm. Zu nennen ist hier vor allem Louis Braille mit seinem System der Punktschrift, welches er 1829 vorstellte. Die sogenannte „Krüppelfürsorge“ ist als dritte Entwicklungslinie zu nennen. Ende des 18. Jahrhunderts wurde in der Schweiz das 1. orthopädische Institut gegründet, das neben der ärztlichen Versorgung prothetische Hilfsmittel, Erziehung und Unterricht für körperbehinderte Kinder anbot. Ende des letzten Jahrhunderts fand der Gedanke, Medizin und Erziehung zu verbinden, vor allem in Dänemark Verbreitung. Hier entstanden Einrichtungen, die zusätzlich zur medizinischen Versorgung auch die Möglichkeit einer Berufsausbildung anboten und mit diesem Ansatz Rehabilitation im modernen Sinn verwirklichten. In Bayern wurde 1833 die erste private Erziehungs-, Bildungs- und Unterrichtsanstalt für krüppelhafte Knaben gegründet, die bereits 1844 als Handwerkerschule für krüppelhafte Kinder verstaatlicht wurde. Der wachsende Bedarf an Kuren, der vor allem nach dem zweiten Weltkrieg aufkam, führte dazu, dass die Rentenversicherungsträger in verstärktem Umfang neue Reha-Kliniken in traditionellen Kurorten errichteten. Solche anfangs eher unspezifischen Kurangebote erfuhren vor allem in den letzten 20 Jahren eine zunehmende Differenzierung, so dass die klassische Kurklinik als Rehabilitationseinrichtung eher selten geworden ist und durch spezifische Angebote für spezifische Indikationen abgelöst wurde. Zu dieser Entwicklung gehört auch, dass heute zunehmend gefordert wird, dass Reha-Einrichtungen wohnortnah und nicht „auf der grünen Wiese“ platziert sein sollen, da hierdurch den Möglichkeiten der Einbeziehung von Alltagsbewältigung erheblich besser Rechnung getragen werden kann. In den letzten Jahren steht der weitgehend stationär durchgeführten medizinischen Rehabilitation die Forderung nach ambulanter Rehabilitation gegenüber, die naturgemäß wohnortnah durchgeführt werden muss.

Noch einmal zurück zur Geschichte: Nach dem zweiten Weltkrieg gingen vor allem von der WHO entscheidende Impulse für die Weiterentwicklung des Rehabilitationsgedankens aus. In der Präambel zu ihrer Verfassung definiert die WHO: *Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.* Auf der Grundlage dieser umfassenden Definition beschreibt die WHO Ziele und Maßnahmen der Rehabilitation wie folgt: *Ziel der Rehabilitation ist die soziale Integration behinderter Menschen durch unterschiedliche Maßnahmen. Diese beinhalten nicht nur Methoden des Trainings und der Anpassung an die individuellen Umgebungsverhältnisse, sondern schließen auch Eingriffsmöglichkeiten in die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen insgesamt zum Erreichen des Integrationsziels ein.* Diese fast revolutionäre Definition beinhaltet nicht nur, dass Behinderte umfassende Hilfen bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft erhalten, sondern auch, dass gesellschaftliche Bedingungen auf fördernde oder hemmende Integrationsfaktoren untersucht werden müssen. Der bedeutendste Beitrag der WHO liegt allerdings in der Entwicklung der ICIDH, der Internationalen Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps, die 1980 veröffentlicht wurde. Mit diesem Konzept ist es der WHO gelungen, das vielschichtige Problem der Behinderung transparent zu machen, den Rehabilitationsbegriff zu präzisieren und damit weltweit neue Lösungsansätze zu stimulieren. **Die ICIDH unterscheidet zwischen der Primärschädigung des gesundheitlichen Zustands (Impairment), den damit verbundenen Funktionseinbußen oder -störungen (Disabilities) und den daraus resultierenden Folgen für die Lebensgestaltung und -qualität des Individuums (Handicaps).**

Unter Impairment wird der Verlust oder eine Einschränkung seelischer, geistiger oder körperlicher Strukturen oder Funktionen verstanden (beispielsweise eine Psychose). Disabilities beziehen sich auf die Einschränkung oder einen Mangel in der Fähigkeit des Kranken, in Folge seiner Erkrankung eine körperliche, seelische oder geistige Aktivität in dem Umfang auszuüben, der ihm normalerweise ohne Erkrankung möglich wäre. Es handelt sich also um den Begriff der Einschränkung der Belastbarkeit (in unserem Fall beispielsweise eine reduzierte emotionale Belastbarkeit).

Unter Handicaps werden die als Folge eines Gesundheitsschadens oder einer Funktionsstörung entstandenen Benachteiligungen verstanden, also jene Folgen der Erkrankung, die sich auf die Alltags- und Lebensbewältigung nachteilig auswirken (z. B. berufliche Einschränkungen als Folge eines Residuums).

Auf der Basis dieses Konzepts präzisiert die WHO die Definition der Rehabilitation wie folgt: *Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen,*

die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihre unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern.

2001 wurde von der WHO die Nachfolgerin der ICIDH die „International Classification of Functioning“ verabschiedet und zur Anwendung in den Mitgliedsstaaten empfohlen. Die ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“, übersetzt „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“) umfasst 5 Dimensionen der Klassifikation von Behinderungen:

- Körperstrukturen und deren Schädigungen
- Körperfunktionen und deren Störungen
- Aktivitäten der Person und deren Störungen
- Partizipation in der Gesellschaft und deren Beeinträchtigungen
- Kontextfaktoren: Umgebungsfaktoren und persönliche Faktoren

Die ICF operationalisiert den Begriff der funktionalen Gesundheit als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren Umwelt und personenbezogenen Faktoren. Sie klassifiziert Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Strukturen des menschlichen Organismus, sowie der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen. Damit basiert die ICF auf einem bio-psycho-sozialen Modell, das gegenüber dem Krankheitsmodell der ICIDH eine erhebliche Verbesserung darstellt, da sie den Lebenswirklichkeiten Betroffener wesentlich besser angepasst ist. Im Gegensatz zur ICIDH kann sie ressourcen- und defizitorientiert angewendet werden. Mit ihr können das positive und negative Funktions- und Strukturbild, Aktivitäts- und Teilhabebild einer Person mit einem Gesundheitsproblem beschrieben werden. In diesem Sinne umfasst Funktionsfähigkeit einer Person alle Aspekte der funktionalen Gesundheit, also auch deren Aktivitäten, die Möglichkeiten der Partizipation in der Gesellschaft und Kontextfaktoren (Umwelt) und persönliche Faktoren. **Die ICF definiert „Behinderung“ als jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit.** Eine Behinderung liegt also vor, wenn in wenigstens einem der genannten Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d.h. eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung der Aktivität oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe an einem Lebensbereich. Dieser sehr weit gefasste Begriff von Behinderung hat derzeit noch keinen Eingang in unser Rehabilitationsrecht gefunden. Erste

Überlegungen der Rentenversicherer hierzu liegen aber bereits vor (Schuntermann 2002). Die autorisierte Veröffentlichung der deutschen Fassung der ICF wird in Kürze durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI erfolgen.

Grundlagen und Rahmen der Rehabilitation

Rechtsgrundlagen

Einen umfassenden Überblick über Rechtsgrundlagen der Rehabilitation geben Wolber (1992) und Tiedt (1998). Nachfolgend sollen die wichtigsten Bestimmungen und Inhalte zusammengefasst werden.

Das Rehabilitationsrecht in Deutschland gründet sich auf die Menschenwürde und die Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes. Diese Staatsphilosophie findet Ausdruck im Sozialgesetzbuch, das wesentliche Teile des Sozialrechts in Deutschland regelt. Das Sozialgesetzbuch gliedert sich derzeit in 11 Bücher (SGB I bis SGB XI). Geregelt werden, ausgehend von einem allgemeinen Teil (SGB I), die Arbeitsförderung (SGB III), gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV), die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), Verwaltungsverfahren (SGB X) und die Pflegeversicherung (SGB XI).

In § 10 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs SGB I ist die Grundvorschrift für das Rehabilitationsrecht in Deutschland formuliert: Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.

Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht, die neben der Rehabilitation auch andere Sozialleistungen gewähren. Zur Vereinheitlichung und Koordinierung der Leistungen wurden zwischen diesen Trägern verschiedene Vereinbarungen geschlossen. Rechtsgrundlage der Geschlossenheit des Rehabilitationsrechts ist das 1974 in Kraft getretene Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Rehabilitationsangleichungsgesetz) RehaAnglG. Ein eigenständiges Rehabilitationsgesetz, das Zuständigkeiten, Leistungskataloge und Verfahrensvorschriften regelt, gibt es nicht. Mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz ist die Vereinheitlichung in der Rehabilitation von Verletzten und Behinderten erreicht.

In § 1 dieses Gesetzes wird ausgeführt: *Die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des RehaAnglG sind darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Dabei stehen den Behinderten diejenigen gleich, denen eine Behinderung droht.*

Das Ziel der Rehabilitation ist somit die Eingliederung und Integration Behinderter in die Gemeinschaft, vor allem in das Arbeitsleben. Dieses Ziel ist unabhängig von der Art und Ursache der Behinderung. Das soziale Recht auf Rehabilitation besteht sowohl für Menschen mit angeborener Behinderung wie auch für jene, die schicksalhaft in ihrer Unversehrtheit beeinträchtigt worden sind. **Jeder behinderte Mensch hat ein Recht auf Maßnahmen, mit denen erreicht werden soll, dass er gesundheitlich wiederhergestellt wird (medizinische Rehabilitation), beruflich ausgebildet, gefördert oder umgeschult wird (berufliche Rehabilitation), schulvorbereitend, schulisch oder sonderschulisch betreut wird (schulische oder pädagogische Rehabilitation) und gesellschaftlich integriert wird, also in sein ursprüngliches soziales oder in ein neues Umfeld wieder eingegliedert wird (soziale Rehabilitation).**

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation umfassen:

- Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden, einschließlich der Anleitung der Versicherten, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln,
- Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel.

Die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation erstrecken sich auf:

- Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme,
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung einschließlich eines zur Inanspruchnahme dieser Leistungen erforderlichen schulischen Abschlusses sowie

- Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten Werkstatt für Behinderte,
- sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, um Behinderten eine angemessene und geeignete Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.

Eine Reihe von beruflichen Reha-hilfen hat die Feststellung von Schwerbehinderung zur Voraussetzung. Das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird in Graden der Behinderung (GdB) von 10 bis 100 festgelegt. Der GdB wird auf Antrag unter Berücksichtigung aller relevanten Befunde vom Versorgungsamt festgelegt. Als schwerbehindert gelten körperlich, geistig oder seelisch behinderte Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50.

Für schulische oder pädagogische Rehabilitation können folgende Leistungen gewährt werden:

- Hilfen zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht,
- Hilfen zur angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu,
- Hilfen für Behinderte, die nur begrenzt ausgebildet werden können, zur Ermöglichung einer Teilnahme am Leben der Gemeinschaft,
- Hilfen für die Ausübung einer angemessenen Tätigkeit, falls berufsfördernde Leistungen nicht möglich sind,
- Hilfen zur Ermöglichung und Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit sowie des seelischen Gleichgewichts,
- Hilfen zur Ermöglichung und Erleichterung der Haushaltsführung,
- Hilfen zur Verbesserung der Wohnsituation,
- Hilfen für die Freizeitgestaltung und die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben.

Leistungen zur sozialen Rehabilitation werden durch Übergangsheime, Wohnheime, Wohngemeinschaften, Wohngruppen und betreute Einzelwohnungen erbracht. Aufgenommen werden in der Regel psychisch Kranke und Behinderte, die für eine begrenzte oder unbestimmte Zeit weiterhin der Unterstützung bedürfen. Träger der sozialen Rehabilitation ist in der Regel das Sozialamt, das allerdings nur im Falle der Bedürftigkeit zur Leistung verpflichtet ist. Im Bereich der sozialen Rehabilitation lassen sich Leistungen nicht so klar umrissen formulieren, da notwendige Hilfen individuell bestimmt werden müssen. Um notwendige Leistungen rechtlich abzusichern, wurde daher in § 20 des

Rehabilitationsangleichungsgesetzes eine allgemeine Klausel formuliert: Der Rehabilitationsträger soll sonstige Leistungen erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Neben diesen Leistungen der medizinischen, beruflichen, schulischen und sozialen Rehabilitation sind auch ergänzende Leistungen vorgesehen, die sich vor allem auf Barleistungen (z. B. Übergangsgeld), Beiträge zur Sozialversicherung, Kostenübernahme für anfallende Kosten, die in Zusammenhang mit berufsfördernden Maßnahmen oder Reisekosten entstehen, Rehabilitationssport und Haushaltshilfen erstrecken.

Die Nennung der gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation wäre nicht vollständig ohne die Erwähnung der Mitwirkungspflicht der Versicherten, wie sie im

Sozialgesetzbuch I geregelt ist. Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragen oder erhalten, müssen sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist oder eine Verschlechterung verhindert werden kann. Bei Vorliegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit kann der zuständige Leistungsträger die Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen verlangen, wenn davon auszugehen ist, dass dadurch, unter Berücksichtigung der beruflichen Neigung und der Leistungsfähigkeit, die Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer gefördert oder erhalten werden kann.

Träger der Rehabilitation

Die Leistungen und Hilfen zur medizinischen, beruflichen, schulischen und sozialen Rehabilitation werden in Deutschland von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht. In dem sogenannten gegliederten System der Rehabilitation lassen sie sieben Trägergruppen unterscheiden:

- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Zu ihr gehören die Ortskrankenkassen, die Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Seekrankenkasse, die landwirtschaftliche Krankenkasse und die Bundesknappschaft. Die GKV gewährt Leistungen der medizinischen Rehabilitation und regelt die finanzielle Versorgung für deren Dauer;
- die gesetzliche Rentenversicherung (GRV). Zu ihren Aufgaben zählt vor allem die Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten durch Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation;

- die gesetzliche Unfallversicherung (GUV). Sie gewährt bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer drohenden Berufskrankheit alle Rehabilitationsleistungen medizinischer und beruflicher Art;
- die Kriegsoferversorgung (KOV) einschließlich der Kriegsoferversorgung (KOF) gewährt Leistungen für Personen, die militärischen oder militärähnlichen Dienst geleistet und dabei Schaden erlitten haben. Anspruch auf Versorgung haben Kriegsteilnehmer, ihre Hinterbliebenen, aber auch Zivilpersonen, insofern sie in Zusammenhang mit militärischen Vorgängen geschädigt worden sind. Zu den Leistungen der Kriegsoferversorgung gehören aber auch staatliche Entschädigungsleistungen im Zusammenhang mit dem Bundesseuchengesetz u. a. Die Leistungen erstrecken sich auf die medizinische und berufsfördernde Rehabilitation;
- die Bundesanstalt für Arbeit (BA) ist für die berufliche Wiedereingliederung Behinderter zuständig. Sie gewährt damit im Wesentlichen nur Leistungen der beruflichen Rehabilitation;
- die Sozialhilfe. Sie erbringt Leistungen für Personen in Notlagen, für die andere Träger von Sozialleistungen nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zuständig sind. Diese Hilfe wird nur solange gewährt, wie die Notlage besteht. Im Rahmen der Rehabilitation gewähren die Träger der Sozialhilfe Personen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung bei bestehender Notlage alle Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation;
- die Alterssicherung für Landwirte (AdL). Die landwirtschaftliche Alterskasse kann für selbstständige Landwirte Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen.

Die Aufzählung zeigt, dass die unterschiedlichen Rehabilitationsträgergruppen auch für unterschiedliche Rehabilitationsleistungen zuständig sind. Die gesetzliche Krankenversicherung GKV und die Alterssicherung für Landwirte AdL gewähren nur medizinische Rehabilitation. Medizinische und berufliche Rehabilitation sind möglich im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung GRV, der gesetzlichen Unfallversicherung GUV und der Kriegsoferversorgung und Kriegsoferversorgung KOV/KOF. Die Möglichkeiten der Bundesanstalt für Arbeit begrenzen sich auf berufsfördernde Maßnahmen. Lediglich die Sozialhilfe kann medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation durchführen. Im Verhältnis der GKV zur Rentenversicherung gilt der Grundsatz, dass der Rentenversicherungsträger gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung in der medizinischen Rehabilitation vorrangig zur Leistung verpflichtet ist. Ein weiteres Grundprinzip in der Gewährung von Rehabilitationsleistungen ist durch den Grundsatz „Reha

vor Rente“ beschrieben. Da die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben einen besonders hohen gesellschaftlichen Stellenwert hat, besteht das vorrangige Ziel der Sozialleistungen darin, eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu beseitigen. Alle Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels haben daher Vorrang vor Gewährung einer Rente. Für alle Rehabilitationsträger ist die Auskunftspflicht für die Versicherten gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind verpflichtet, die von ihnen betreuten Personen an die zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten.

Um in diesem gegliederten System der Rehabilitation eine reibungsfreie Kooperation und Gleichbehandlung der Versicherten zu erreichen und um gemeinsame Anliegen angemessen wahrnehmen zu können, haben sich die verschiedenen Träger auf unterschiedlichen Ebenen in Verbänden und Arbeitsgemeinschaften organisiert. Beispielsweise existierten in der GKV Bundesverbände für fast jede Kassenart. Die Rentenversicherer haben sich im Verband Deutscher Rentenversicherer (VDR) zusammengeschlossen. Auf Bundesebene erfolgt die Koordination der verschiedenen Träger unterschiedlicher Rehabilitationsleistungen in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Aufgaben und Ziele der Rehabilitation

Im Rehabilitationsangleichungsgesetz ist festgeschrieben, dass das Ziel jeder Rehabilitationsleistung darin bestehen muss, die möglichst dauerhafte Integration körperlich, geistig oder seelisch Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen. Die Maßnahmen zur Erfüllung dieser Aufgaben bestehen in den Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. In Abschnitt 2.1 sind die wesentlichen Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsformen bereits aufgeführt. Da in unserem Versorgungssystem der medizinischen Rehabilitation aber ein besonderer Stellenwert zukommt, soll auf diese Leistungskategorie näher eingegangen werden. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden immer noch überwiegend stationär in Reha-Kliniken erbracht. Ihre Aufgaben werden vom Verband Deutscher Rentenversicherer VDR wie folgt präzisiert (1999):

- Diagnostik der Erkrankung und der Schädigung, Funktionsdiagnostik (körperliche und psychische Leistungsfähigkeit) und psychosoziale Diagnostik,
- Erstellung eines Rehabilitationsplans für den Patienten unter Einbeziehung der Vorbefunde/Vorbehandlungen und unter Berücksichtigung der individuellen Information des Patienten über seine Erkrankung, deren Folgen und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen,

- Fortführung der medizinischen Behandlung und Durchführung von physikalischen, psychologischen und anderen Therapiemaßnahmen,
- Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung, Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen und Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung,
- Verhaltensmodifikation mit dem Ziel, krankheitsadäquate und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auf- und gesundheitsschädliche Verhalten abzubauen,
- Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Fähigkeitsstörungen (Disabilities),
- Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung,
- Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit dem Rehabilitanden und den Folgen seiner Erkrankung,
- sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Patienten,
- Beratung des Patienten im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens,
- Planung und Anregung weiterer Maßnahmen wie Nachsorge, Berufsförderung und die Vorbereitung des Patienten darauf sowie
- Qualitätssicherung.

Diese Kriterien stellen einen hohen Anspruch an Reha-Kliniken, die zur Erfüllung ihrer Aufgabe ein differenziertes Behandlungskonzept anbieten müssen, das weit entfernt ist von der traditionellen Kur. Viele Kliniken haben sich daher auf unterschiedliche Indikationen spezialisiert, wie beispielsweise Erkrankungen des Herzens, orthopädische Erkrankungen und psychosomatische Erkrankungen. Allen gemeinsam ist ein hochdifferenziertes Behandlungsangebot, das durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam realisiert wird, mit dem Ziel, neben einer adäquaten Behandlung den Patienten ein möglichst hohes Maß an Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung zu vermitteln. Zusammenfassend beschreiben Haupt und Delbrück (1998) vier Säulen der modernen medizinischen Rehabilitation:

- Funktionsdiagnostik,
- interdisziplinäre Behandlung,
- Hilfe zur Selbsthilfe durch Beratung, Schulung, Hilfsmittel, Selbstkontrolle und Verhaltensänderung und
- Schaffung einer akzeptanzfördernden Umgebung.

In den letzten Jahren wurde zunehmend die Forderung nach ambulanten und teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen und -einrichtungen laut. Die Gründe hierfür liegen in der Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte (eine möglichst lebensnahe Therapie unter Berücksichtigung realistischer Bedingungen) und dem zunehmenden Druck, Kosten

einzusparen. Wünschenswert wäre ein gestuftes System ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabmaßnahmen. Die Vorteile liegen auf der Hand: Ambulante Rehabilitation ist wohnortnah, ermöglicht eine lebensnahe und realistische Therapie, eine enge Anbindung an die Vorbehandlung und Nachsorge, ermöglicht die Einbeziehung von Angehörigen und erweitert die Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung. 1995 verabschiedete die Bundesgemeinschaft für Rehabilitation BAR „Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“. Gefordert wird ein ganzheitlicher Ansatz mit einem strukturierten Rehabkonzept und einem Rehabplan, realisiert durch ein Rehamteam.

Leider finden sich in Deutschland, mit Ausnahme der physiotherapeutischen Angebote, bisher nur wenige Einrichtungen mit der Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation, insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen. Ambulante Rehabansätze zur Behandlung psychischer Störungen befinden sich noch weitgehend im Stadium eines Modellversuchs. Deutlich besser stellt sich die Situation in der ambulanten Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen dar, die mittlerweile von vielen Einrichtungen angeboten wird.

Evaluation

Bis Anfang der 90er Jahre bestand in Deutschland eine erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen und kostenintensiven Aufwendungen für rehabilitative Leistungen und deren wissenschaftlicher Fundierung. Vor allem durch das Mitte der 90er Jahre von VDR und BfA entwickelte und für Rehabanbieter verbindliche Qualitätssicherungsprogramm nahm die Rehabforschung einen deutlichen Aufschwung. Parallel dazu fanden rehabwissenschaftliche Forschungsthemen – beeinflusst durch amerikanische Forschungsarbeiten – zunehmend Berücksichtigung an den Hochschulen. Heute ist die Rehabforschung als eigenständiger Wissenschaftsbereich anzusehen. Kernthemen sind Behinderungs- und Bewältigungsfolgen, die soziale Integration Behinderter und die Evaluation von Rehabkonzepten. Ziel der Evaluationsforschung ist die Unterstützung von Entscheidungsprozessen bei der Planung und Durchführung von Projekten im Gesundheits- und Bildungsbereich. Effizienz und Effektivität der verschiedenen rehabilitativen Maßnahmen und Leistungen sollen überprüft werden, mit dem Ziel, Rehabilitation weiterzuentwickeln und wissenschaftlich zu begründen. Inhaltliche Schwerpunkte sind u. a. epidemiologische Daten und Bedarfsfragen, Diagnostik, Fragen der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen und Interventionsmethoden. Einen guten Überblick über den gegenwärtigen Stand der Rehabwissenschaft geben Bengel und Koch (2000).

2. Umsetzung in die klinische Praxis

Rehabilitation psychischer Störungen

In der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter“ sind die Ziele der Rehabilitation wie folgt definiert (BAR 1993):

- Förderung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Befähigung zu Inanspruchnahme notwendiger Hilfen,
- Förderung und Erprobung alltagspraktischer Fertigkeiten,
- Förderung und Erprobung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten,
- Förderung und Erprobung von Fertigkeiten der Belastungserprobung,
- Berufsfindung und zur beruflichen Anpassung,
- Förderung und Erprobung beruflicher Fertigkeiten,
- Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

Dieses Verständnis von Rehabilitation bedingt im Bereich der medizinischen Rehabilitation definitionsgemäß komplexe Behandlungsansätze, die neben organmedizinischen Angeboten auch psychologisch-psychotherapeutische Elemente und sozialmedizinische Bausteine vorhalten müssen. Ein besonderer Stellenwert kommt der Diagnostik zu: Während die Krankheitsdiagnostik die regelwidrigen körperlichen, geistigen oder psychischen Zustände erfasst und die Funktionsdiagnostik auf die Erfassung von Einschränkungen organischer, geistiger oder psychischer Funktionen abzielt, muss die Rehabilitationsdiagnostik darüber hinaus explizit die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen erfassen. Dies erfordert eine mehrdimensionale Diagnostik. Zur Bewältigung dieser anspruchsvollen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben im Bereich der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen sind verschiedene Konzepte entwickelt worden.

Für Psychologische PsychotherapeutInnen stellen sich im Gesamtprozess der Rehabilitation unter medizinischen, beruflichen und sozialen Aspekten die unterschiedlichsten Aufgaben (Zuber et al. 1998): Neben psychodiagnostischer Kompetenz sollten sie eine Vielzahl von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppeninterventionen beherrschen, Techniken zur Motivierung und Förderung der Compliance anwenden und Probleme des chronischen Krankheitsverhaltens bearbeiten können.

Da die Rehabilitation psychisch Kranker noch immer überwiegend stationär erfolgt, sollen nachfolgend einige Beispiele für solche Behandlungskonzepte dargestellt werden.

Das psychoanalytische Konzept

Unter der Überschrift „stationäre psychoanalytische Konzepte“ verbirgt sich eine Vielzahl psychoanalytischer, tiefenpsychologischer und sogenannter humanistischer

Behandlungskonzepte, so dass eine knappe Beschreibung der Grundannahmen naturgemäß zu kurz greifen muss. Zudem hat sich in diesen Kliniken in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen, indem – ursprünglich verhaltenstherapeutische – sogenannte indikative Gruppen wie Angstbewältigungsgruppen, Gruppen für Patienten mit Borderline- oder Ess-Störungen Eingang in das therapeutische Konzept fanden. Trotz dieser Berührungspunkte mit verhaltenstherapeutischen oder verhaltensmedizinischen Ansätzen existieren grundlegende Unterschiede. **Der Grundgedanke der stationären psychoanalytischen Therapie besteht in der Annahme, dass Patienten in einer Klinik mit ihren vielfältigen Beziehungsangeboten binnen weniger Tage ihre (unbewussten) bevorzugten Interaktionen und Beziehungsmuster reinszenieren und damit Pathologie deutlich werden lassen.** Senf (1994) drückt dies wie folgt aus: „Insofern ist es konsequent, das gesamte klinische Feld als einen mehrdimensionalen therapeutischen Raum zu begreifen, in welchem der Patient in einem optimalen Spektrum von Beziehungsangeboten seine Konflikte von den infantilen bis zu den aktuellen sozialen Aspekten inszeniert und therapeutisch bearbeitet. Die klinische Situation selbst wird zur analytischen Situation, in welcher der Patient eine Chance zur Darstellung, Wiederbelebung, Erfahrung, Neuorientierung und Bearbeitung seiner gestörten inneren Welt bekommt“.

Psychoanalytische Konzepte stellen damit die äußere Lebensrealität in den Hintergrund. Sie ist nur insofern von Bedeutung, als sie Material für die Inszenierung früher unbewusster Konflikte und Interaktionsmuster bietet, die dann therapeutisch bearbeitet werden können. Die Klinik mit ihrem Stationsalltag versteht sich als Projektionsfläche für die jeweils individuellen interaktionellen Problematiken: Senf spricht vom „therapeutischen Instrument Klinik“, mit dessen Hilfe frühe traumatisierende Erfahrungen bewusst gemacht und bearbeitet werden sollen. Die Klinik wird dadurch zu einem diagnostischen und therapeutischen Feld. Therapeutische Bausteine sind die psychoanalytische Einzel- und Gruppentherapie und nonverbale Therapieformen wie Konzentrative Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren und Gestaltungstherapie. Ergänzt werden diese Angebote durch Gesprächsmöglichkeiten mit Krankenschwestern und -pflegern, denen neben der naturgemäß wenig ausgeprägten traditionellen pflegerischen Rolle die Aufgabe zukommt, Patienten in der Bewältigung von Alltagsproblemen anzuleiten und zu unterstützen. Verwirklicht wird das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft als ein multipersonales Beziehungsfeld um hier – unterstützt durch Therapieangebote – neue Beziehungserfahrungen machen zu können und so alte pathologische Interaktionsmuster zu korrigieren. Ein weiterer Baustein im Behandlungskonzept ist die Sozialarbeit und Sozialtherapie mit ihren Möglichkeiten Arbeitsprobleme zu bewältigen, praktische Lebenshilfen zu geben und die berufliche

Wiedereingliederung zu erleichtern. Einige Kliniken halten Möglichkeiten der Belastungserprobung vor, wo im realistischen Umfeld bei gestufter Belastung berufliche Rehabilitation geleistet werden kann.

Verhaltenstherapeutische Psychosomatik/Verhaltensmedizin

Das Konzept verhaltenstherapeutischer oder, um einen neueren Begriff zu benutzen, verhaltensmedizinischer Kliniken orientiert sich an den Entwicklungen der modernen klinischen Verhaltenstherapie, die sich als Psychotherapieverfahren mit breiter Indikation bewährt hat. Verhaltensmedizin versucht, lerntheoretisch begründete psychologische Erkenntnisse und medizinisches Wissen zu integrieren. Dieses Konzept berücksichtigt die Erkenntnis, dass Krankheit durch wechselseitig voneinander abhängige somatische, psychische und soziale Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten wird. Das klassische „psychosomatische“ Krankheitsmodell „somatogen“ versus „psychogen“ ist zu Gunsten eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells aufgegeben worden. Mit diesem Ansatz können die Interaktionen aller krankheitsbedingenden Einflussgrößen untersucht werden.

Kennzeichnende Elemente sind das Bezugstherapeutensystem und ein multimodales

Behandlungsangebot, das durch ein interdisziplinäres Team realisiert wird. Im

Mittelpunkt steht die Verhaltens- und Bedingungsanalyse. Sie erlaubt eine Beschreibung der Symptomatik auf drei Ebenen:

- der physiologischen Ebene (bei Angst beispielsweise die schnelle Atmung, das Herzrasen und Schwitzen),
- der kognitiv-emotionalen Ebene (Gedanke an einen drohenden Herzinfarkt mit der zugehörigen Angst und Panik) und
- der motorischen Ebene (beispielsweise Verlassen der Situation, Vermeidungsverhalten).

Identifiziert werden auslösende Bedingungen (beispielsweise antizipierte Konfliktsituationen) und aufrechterhaltende Faktoren (z. B. Angstreduktion durch Verlassen der Situation).

Ziel der Verhaltens- und Bedingungsanalyse ist die Entwicklung eines übergeordneten Störungsmodells mit einem daraus abgeleiteten individuellen Therapieplan. Prinzipiell kann jede Erkrankung auf diesen drei Ebenen beschrieben werden, da auch primär organische Krankheiten durch Verhalten beeinflusst sein können. So kann beispielsweise die subjektive Schmerzempfindung bei Rheumapatienten deutlich von deren Emotionalität abhängen. Bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen korrelieren oft Stressbelastung und Bauchschmerzen, um nur zwei Beispiele zu nennen. Nur ein verhaltensmedizinisches Krankheitsmodell kann die häufig gegebene Diskrepanz zwischen Befund und Befinden erklären, die bei vielen Patienten zu beobachten ist. Finden verhaltensmedizinische

Überlegungen keine Berücksichtigung und sind rein somatische Interventionen oder eine vermehrte Diagnostik die Antwort, entwickelt sich chronisches Krankheitsverhalten, gekennzeichnet durch Passivität, Hilflosigkeit und „Doktorshopping“. Krankheitsgeschehen wird multifaktoriell verstanden und bedarf daher auch eines multimodalen und multiprofessionellen Behandlungsansatzes. **Ziel ist die Förderung von Kompetenz der Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung und Hilfe zur Selbsthilfe. Patienten sollen Experten für ihre Krankheit werden und aktive Bewältigungsstrategien erlernen.** Um dieses Ziel zu erreichen, bieten verhaltensmedizinische Kliniken eine Vielzahl von Behandlungsbausteinen an. Von zentraler Bedeutung ist das Konzept des Bezugstherapeuten. Der Bezugstherapeut (Psychologischer Psychotherapeut) erstellt in der Einzeltherapie die Verhaltens- und Bedingungsanalyse und entwickelt gemeinsam mit dem Patienten den Therapieplan. Er ist auf der Basis einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung für die Umsetzung und Moderation der Behandlung verantwortlich. Unterstützt wird er in dieser Arbeit durch einen Cotherapeuten (in der Regel medizinische Assistenzberufe), der Ansprechpartner für den Patienten ist, aber auch Teile der Diagnostik und Therapie unter Anleitung des Bezugstherapeuten eigenständig durchführt. Die komplexen Therapiebausteine werden sowohl in der Einzeltherapie wie auch in indikativen Gruppen realisiert. Indikative Gruppen sind Gruppenangebote mit bestimmten Themen, wie beispielsweise Ess-Störungsgruppen, Angstbewältigungsgruppen, Schmerzbewältigungsgruppen, soziale Kompetenztrainings u. a. Fast alle Patienten nehmen an Problemlösungsgruppen teil, deren Ziel in der Erarbeitung und Vermittlung von Problemlösungsstrategien besteht. Gleichberechtigt neben die psychotherapeutischen Bausteine treten die Angebote der Funktionsbereiche Ergotherapie, Sporttherapie und Krankengymnastik, Physio- und Balneotherapie. Einen besonderen Stellenwert hat die Soziotherapie mit ihren Möglichkeiten, ein soziales Nachsorgekonzept zu entwickeln, berufsspezifische Beratung und berufsbezogene Belastungserprobung anzubieten und damit einen wesentlichen Baustein für die sozialmedizinische Beurteilung bereit zu stellen. Stationäre psychoanalytische und verhaltensmedizinische Behandlungskonzepte weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf: Beiden liegt ein bio-psycho-soziales Modell zu Grunde, das in einem differenzierten Diagnostik- und Behandlungskonzept Ausdruck findet. Neben der medizinischen Kompetenz werden psychotherapeutische Behandlungsangebote in Form von Einzel- und Gruppentherapie vorgehalten. Ergänzt wird das Konzept durch ergotherapeutische, sporttherapeutische und verwandte Bausteine. In beiden Ansätzen ist die sozialmedizinische Beurteilung von großer Bedeutung. Unterschiede bestehen in der therapeutischen Konzeption: Im psychoanalytischen Verständnis ist die Klinik

Projektionsraum für die Inszenierung unbewusster Konflikte und Interaktionen. Die aktuelle Realität tritt zweitrangig in den Hintergrund und ist nur Kristallisationspunkt psychischer Prozesse. In verhaltensmedizinisch orientierten Reha-Kliniken wird die Klinik als Lernfeld betrachtet, als Möglichkeit, neu erworbenes Verhalten zunächst im stationären Rahmen zu erproben und zunehmend in die Realität zu übertragen. Dem aktuellen sozialen Umfeld kommt im Sinne krankheitsauslösender und -aufrechterhaltender Bedingungen höchste Priorität zu. **Überspitzt formuliert steht dem psychoanalytischen multipersonalen Beziehungsfeld das verhaltenstherapeutische multimodale und multiprofessionelle Behandlungsangebot gegenüber.**

Im Bereich medizinischer Rehabilitation psychosomatischer und psychischer Störungen finden sich nur wenig ambulante Angebote. An einigen Kliniken werden prä- und poststationäre Modellversuche durchgeführt, mit dem Ziel, die stationäre Behandlungszeit zu verkürzen und den Transfer der im Schonraum Klinik neu erlernten Verhaltensweisen zu erleichtern. Vorstellbar ist eine Abstufung der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation von einer Behandlungseinheit pro Woche bis zu einem tagesklinischen Angebot. Ob die Rehabilitation psychosomatisch Kranker ambulant/tagesklinisch oder stationär durchgeführt wird, ist eine Frage der erforderlichen Intensität. In jedem Fall ist Rehabilitation als komplexe Leistung mit rehaspezifischen Elementen vorzuhalten. Ambulante Rehabilitation muss realitäts- und wohnortnah erfolgen. Nur so ist die Erstellung eines Reha-Gesamtplans unter Einbeziehung anderer Einrichtungen, des sozialen Umfeldes, des Arbeitgebers usw. möglich. Es bleibt zu hoffen, dass solche Konzepte in Zukunft realisiert werden.

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Bis weit in die 60er Jahre wurden nur die körperlichen Folgeschäden einer Abhängigkeit als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt. Die gesetzliche Krankenversicherung übernahm folgerichtig auch nur die Kosten für die Behandlung dieser sekundären Folgen. Erst durch das Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 erfolgte die medizinische und sozialrechtliche Anerkennung der Sucht als Krankheit. Nur auf dieser Grundlage war ein breiter therapeutischer Zugang zu den Suchterkrankungen möglich. Das Ziel der Rehabilitation liegt neben der Behandlung des Abhängigkeitssyndroms vor allem in der Veränderung der psychischen und sozialen Bedingungen, welche die Suchtentwicklung begünstigen, unter Berücksichtigung der oft schwerwiegenden körperlichen, psychischen, sozialen und beruflichen Folgen der Erkrankung. Damit sollen die Voraussetzungen für eine lebenslange Krankheitsbewältigung (als Optimalziel Abstinenz) geschaffen werden. Hollstein (1998)

unterscheidet vier Untergruppen von Abhängigkeitskranken mit unterschiedlichen Rehabilitationszielen und -bedürfnissen:

1. Suchtkranke, die ohne gezielte Rehabilitationsmaßnahmen abstinent werden, beispielsweise durch spontanen Entschluss, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder Beratung durch einen Arzt, Suchtberater oder durch ambulante psychotherapeutische Behandlung;
2. Suchtkranke, bei denen ambulante und/oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind und die nach Abschluss der Reha-Maßnahmen mit oder ohne Inanspruchnahme von Nachsorge zu einer autonomen Lebensführung fähig sind;
3. Suchtkranke, bei denen stationäre Reha-Maßnahmen notwendig sind, die jedoch nach Abschluss der stationären Maßnahme voraussichtlich noch nicht zu einer autonomen Lebensführung fähig sein werden. Es ist aber zu erwarten, dass dieses Ziel durch den Aufenthalt in einer komplementären Einrichtung (z. B. betreutes Wohnen) erreicht werden kann;
4. Suchtkranke, bei denen das Ziel einer autonomen Lebensführung nicht mehr zu erreichen ist.

Das Rehabilitationsziel bei Abhängigkeitskranken ist die lebenslange Abstinenz oder – falls diese nicht zu erreichen ist – zumindest die Verlängerung der suchtmittelfreien Intervalle. Dieses Ziel wird erreicht durch die Behandlung der psychischen Störungen und Problembereiche, die der Sucht zu Grunde liegen, und durch die Behebung der Folgen der Erkrankung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich.

Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung haben sich auf ein Gesamtkonzept geeinigt, das vier Phasen unterscheidet:

- In der Kontakt- und Beratungsphase erfolgt in der Regel der Erstkontakt zwischen dem Suchtkranken und einem Berater. Ziel ist die Motivierung des Suchtkranken für eine Behandlung und eine umfassende Diagnosestellung auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene,
- in der Entzugsphase werden die Suchtmittel abgesetzt und die Entzugerscheinungen behandelt. Die Entgiftung kann stationär im Akutkrankenhaus oder in leichteren Fällen ambulant erfolgen,
- die hohen Rückfallquoten bei einer Behandlung, die nur eine Entgiftung anbietet, haben gezeigt, dass zu der Entgiftung Therapiebausteine treten müssen, welche die oft zu Grunde liegenden Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensdefizite berücksichtigen. Die Entwöhnungsphase beinhaltet daher neben der medizinischen Behandlung der Folgeschäden Maßnahmen zur Beeinflussung des Suchtverhaltens durch

- psychotherapeutische Behandlung, sporttherapeutische Bausteine, soziale Beratung und soziotherapeutische Behandlungsbausteine. Damit werden Hilfen angeboten, die den inadäquaten „Selbstheilungsversuch“ durch Suchtmittel überflüssig werden lassen,
- die Nachsorgephase hat die Stabilisierung der erreichten Ergebnisse zum Ziel. In dieser Phase kommen naturgemäß nur ambulante Leistungen zur Anwendung. Einen besonderen Fall stellt die Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger dar. Ein Teil der Nachsorgephase wird durch die sog. Adaptationsphase vorweggenommen. In diesem Abschnitt der Behandlung werden die therapeutischen Hilfen ausgedünnt, um einerseits eine realistische Auseinandersetzung mit dem künftigen sozialen Umfeld zu ermöglichen und andererseits Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein der Suchtkranken zu fördern.

In der Suchtvereinbarung von 1978 haben sich die GRV und GKV auf eine Leistungsabgrenzung der stationären Entgiftungsbehandlung von der Entwöhnungsbehandlung geeinigt. Der Entzug wird als Akutbehandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen, die Entwöhnungsbehandlung ist als medizinische Rehabilitation Teil der Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung. **Eine Entwöhnungsbehandlung kann eingeleitet werden, wenn ein sozialmedizinisches Gutachten und ein von einer Suchtberatungsstelle erstellter Sozialbericht vorliegen.**

Die ambulante Rehabilitation ist im Bereich der Entwöhnungsbehandlung am weitesten entwickelt und aus dem Stadium eines Modellversuchs herausgetreten. 1991 wurden die Rechtsgrundlagen für die ambulante Entwöhnungsbehandlung geschaffen. Ambulante Leistungen sind dann möglich, wenn aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs und der sozialen Situation eine stationäre Maßnahme nicht indiziert ist oder eine stationäre Maßnahme dadurch abgekürzt werden kann. Von Seiten des Abhängigen müssen Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit gegeben sein. Voraussetzung ist in jedem Fall eine erfolgreiche Entzugsbehandlung.

Auch wenn das erklärte und allgemein akzeptierte Ziel der Behandlung Abhängiger in der lebenslangen Abstinenz besteht, ist dieser Anspruch für viele Suchtkranke zu hoch.

Chronische Alkoholiker, Patienten mit mehrfach gescheiterten Therapieversuchen und Abhängige mit Komorbidität wie Psychosen oder schweren körperlichen Erkrankungen lassen sich oft nur an das Gesundheitssystem anbinden, mit dem Ziel, die suchtmittelfreien Intervalle zu verlängern und Verwahrlosung zu vermeiden.

Frequently Asked Questions

Warum wird ständig die Wichtigkeit von **Prävention** betont, in unserem Gesundheitssystem aber kaum umgesetzt?

Wir haben in Deutschland traditionell ein fast ausschließlich kurativ orientiertes Gesundheitssystem, das es in den Zeiten ausreichender Ressourcen nicht verstanden hat, die Erkenntnis von der Wichtigkeit von Prävention auch in eine Umsetzungsphase zu überführen. In Zeiten knapper werdender Mittel dreht sich die Diskussion um Ausgabenkürzungen und nicht um die Einführung erst mittel- und langfristig wirksamer Ausgaben.

Was ist der Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung?

Neuere Ansätze diskutieren diese Begriffe komplementär: Während die Prävention auf die Reduktion von individuellen und gesellschaftlichen Risikofaktoren abzielt, beschreibt die Gesundheitsförderung die gezielte Steigerung der Ressourcen, die eine Schutzwirkung im Hinblick auf eine seelische Erkrankung haben.

Wie kann man Prävention und Rehabilitation von einander abgrenzen?

Dies ist komplizierter als man zunächst annehmen mag. Zumindest ist in jeder Rehabilitation auch ein präventiver Gedanke und Prävention beschränkt sich auch nicht auf die Vermeidung von Ersterkrankungen. Beide Begriffsfelder haben Überschneidungen und ergänzen sich. Man gebraucht in diesem Zusammenhang auch die Begriffe der primären, sekundären und tertiären Prävention.

Was ist das Ziel der **Rehabilitation**? *Rehabilitation soll eine Behinderung abwenden, beseitigen, bessern, ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mindern und einen den Neigungen und Fähigkeiten des behinderten Menschen entsprechenden Platz im Arbeitsleben sichern.*

Welche Leistungen umfasst die Rehabilitation? *Rehabilitation umfasst medizinische Leistungen, berufliche Leistungen, Leistungen zur vorschulischen, schulischen und sozialen Eingliederung und ergänzende Leistungen.*

Prüfungsfragen

1. Nennen Sie zwei Kritikpunkte am Risikofaktorenmodell
2. Nennen Sie ein Beispiel einer populationsbezogenen Präventionsmaßnahme
3. Nennen Sie 3 Beispiele erfolgreicher Präventionsprogramme
4. Welche psychologischen Widerstandsphänomene gegen präventive Maßnahmen fallen Ihnen ein?
5. Worauf gründet sich das Rehabilitationsrecht in Deutschland?
6. Die ICIDH unterscheidet zwischen der Primärschädigung des gesundheitlichen Zustandes (Impairment), den damit verbundenen Funktionseinbußen oder –störungen (Disabilities) und den daraus resultierenden Folgen für die Lebensgestaltung und –qualität des Individuums (Handicaps).
Nennen Sie für jeden Bereich ein Beispiel aus dem Katalog psychischer Störungen.
7. Nennen Sie die 5 Klassifikationsdimensionen der International Classification of Functioning ICF?
8. Was versteht man unter dem Begriff “funktionale Gesundheit” im Sinne der International Classification of Functioning ICF?
9. Was versteht man unter Mitwirkungspflicht?

Literatur

Antonovsky, A. (1993): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Dt. erw. Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass

Bengel, J. und Koch, U. (2000) (Hrsg): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1993) (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Heft 9

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1995) (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

Fiedler, P. (1996) (Hrsg): Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: PVU

Franke, A. und Möller, H. (1993): Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung. München: Quintessenz

Haupt, E./Delbrück, H. (1998): Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück, H. und Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. München

- Hollstein, H. (1998): Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. In: Delbrück, H. und Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. München
- Jochheim, K.-A. (1998): Historische Entwicklung in der Rehabilitation. In: Delbrück, H. und Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. München
- Lutz, R., Mark, N., Bartmann, U., Hoch, E., Stark, F.M. (1999): (Hrsg) Beiträge zur euthymen Therapie. Freiburg: Lambertus
- Meichenbaum, D., Cameron, R. (1983): Stress-Inoculation-Training. In: Meichenbaum, D. und Jarenko, M. (eds): Stress Prevention and Management. New York: Plenum
- Nestmann, F. (im Druck) (2004): Beratung. In: Senf, W. und Broda, M. (Hrsg). Praxis der Psychotherapie. Überarbeitete 3. Auflage. Stuttgart: Thieme
- Perrez, M. (1998): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Baumann, U. und Perrez, M. (Hrsg): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Huber
- Schliehe, F., Schäfer, H., Buschmann-Steinhage, R., Döll, S. (2000): Aktiv Gesundheit fördern, Stuttgart: Schattauer
- Schuntermann, M. (2002): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Veröffentlichung des VDR
- Senf, W. (1994): Stationäre psychoanalytische Psychotherapie: Die therapeutische Situation ohne Couch. In: Neun, H. (Hrsg.): Psychosomatische Einrichtungen. Göttingen
- Tiedt, G. (1998): Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück, H. und Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. München
- VDR (1999) (Hrsg.): VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1998. Neuwied
- Wolber, K. (1992): Rechtsgrundlagen der Rehabilitation. In: Mühlum, A. und Oppl, H. (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitation. Neuwied
- Zuber, J., Weis, J. und Koch, U. (1998): Psychologische Aspekte der Rehabilitation. In: Baumann, U. und Perrez, M. (Hrsg): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern, Huber

Empfohlene Literatur

- Perrez, M. (1998): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Baumann, U. und Perrez, M. (Hrsg): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Huber
- Zuber, J., Weis, J. und Koch, U. (1998): Psychologische Aspekte der Rehabilitation. In: Baumann, U. und Perrez, M. (Hrsg): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern, Huber