

Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation

Oskar Mittag

1 Einleitung

Vor nunmehr fast 30 Jahren wurde in der Bundesrepublik durch die Rentenversicherungsträger die Möglichkeit eröffnet, Patienten nach Herzinfarkt oder Herzoperation im Anschluß an die Akutbehandlung und nach erfolgter Frühmobilisierung in eine zweite stationäre Rehabilitationsphase, die sogenannte Anschlußheilbehandlung (AHB), zu überführen. Patienten kommen heute zu meist etwa zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus zur AHB in eine Rehabilitationsklinik und werden dort für einen Zeitraum von drei bis maximal sechs Wochen medizinisch, bewegungstherapeutisch und psychologisch betreut (Phase II).

Gesetzlicher Auftrag der (kardiologischen) Rehabilitation ist, den Auswirkungen der Erkrankung auf die Erwerbsfähigkeit nach Möglichkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und den Patienten möglichst auf Dauer in das Berufsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI). Daraus wird heute allgemein ein umfassendes Verständnis von Rehabilitation abgeleitet, das die bestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Patienten im Alltag und im Berufsleben beinhaltet und die somatische, psychische und soziale Dimension der Erkrankung berücksichtigt (vgl. Weidemann et al., 1991; Petermann & Mühlig, 1996).

Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (Zustand nach Herzinfarkt oder Herz-Bypassoperation) bilden die zahlenmäßig größte Gruppe in der kardiologischen Rehabilitation; erst mit großem Abstand folgen Patienten nach Rekonstruktion bzw. Ersatz von Herzklappen oder nach Herztransplantation. Im folgenden wird daher vorwiegend auf die Patientenschulung bei der erstgenannten Patientengruppe eingegangen. Die speziellen Aufgaben der psychosozialen Rehabilitation von Koronarpatienten habe ich an anderer Stelle (Mittag, 1987) wie folgt zusammengefaßt:

- Unterstützung bei der **Bewältigung der durch die Erkrankung bedingten psychischen Belastung**,
- Aufdecken der psychosomatischen Vorgeschichte und **Abbau von Risikofaktoren**, die dabei erkennbar werden,

- Erhöhung der **Widerstandskraft gegenüber ungünstigen Streßbelastungen**,
- **psychosoziale Neuorientierung** im Sinne des Zulassens bisher verdrängter und nicht gelebter Wünsche nach Geborgenheit, Hingabe und Muße sowie
- **Vorbereitung auf die Rückkehr in Familie, Beruf und Gesellschaft.**

Um die dabei erreichten Erfolge langfristig zu festigen, sollten Patienten darüber hinaus nach Abschluß der stationären Rehabilitation für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren an einer ambulanten Koronarsport- oder Koronarübungsgruppe am Heimatort teilnehmen (Phase III). Dieses System der kardiologischen Rehabilitation ist in der Welt einzigartig.

In der vorliegenden Arbeit soll zunächst die Bedeutung der Veränderung des gesundheitsbezogenen Lebensstils und damit der Patientenschulung insbesondere bei Koronarpatienten herausgestellt werden. Anschließend werden Voraussetzungen, Inhalte und Methoden der Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation dargestellt und Perspektiven für eine Weiterentwicklung der derzeitigen Konzepte der Gesundheitsförderung aufgezeigt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer an psychologischen Gesichtspunkten orientierten Gruppenarbeit, die in ein psychosomatisches Gesamtkonzept der Klinik eingebettet ist, einer besseren Langzeitbetreuung von Koronarpatienten sowie auf organisatorischen und strukturellen Maßnahmen, die gesundheitsbezogenes Verhalten von Menschen beeinflussen.

2 Bedeutung der Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation

In der Bundesrepublik Deutschland sterben jährlich fast 350000 Menschen an Herz-Kreislaufkrankheiten; in der Altersklasse 15 bis 70 Jahre sind die Herz-Kreislaufferkrankungen mit über 30 Prozent die zweithäufigste Todesursache und davon in über 50 Prozent der Fälle eine koronare Herzerkrankung (Akermann, 1994). Im Gegensatz zu den USA, wo sich die kardiovaskuläre Mortalität von 1952 bis 1985 um über 40 Prozent vermindert hat, blieb sie in der Bundesrepublik in diesem Zeitraum weitgehend unverändert mit einer Tendenz zu einem immer niedrigeren Erstmanifestationsalter (Langosch, 1988; Uemura & Pisa, 1988). Seit 1985 verzeichnen Löwel et al. (1995) dann einen leichten Rückgang der koronaren Mortalitätsraten. Im gleichen Zeitraum ist auch die Herzinfarkt-morbidität bei Männern um 13 Prozent zurückgegangen; dies betraf allerdings ausschließlich die Alterklasse 50 bis 59 Jahre. Bei den Frauen ist die (wesentlich geringere) Morbidität dagegen um 18 Prozent angestiegen (Löwel et al., 1995).

Untersuchungen insbesondere aus dem englischen Sprachraum deuten darauf hin, daß durch die derzeitigen medizinischen Möglichkeiten allein keine wesentliche Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten erreicht werden kann.

So kommen Goldman und Cook (1984) aufgrund einer umfassenden Sekundäranalyse vorliegender Studien zu dem Schluß, daß der Rückgang der Herzinfarkt mortalität in den USA zwischen 1968 und 1976 hauptsächlich auf Veränderungen des Lebensstils und nicht auf medikamentöse oder operative Therapien zurückzuführen ist. Auch Löwel et al. (1995) stellen fest, daß trotz der in den letzten Jahren wesentlich intensivierten Akuttherapie bei Herzinfarkt-Patienten keine deutliche Abnahme der Sterblichkeit zu verzeichnen ist; Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen eventuellen Veränderungen des Risikofaktorenprofils und dem Rückgang der Herzinfarkt morbidität bei Männern zwischen 50 und 59 Jahren, der in dieser Studie gefunden wurde, stehen noch aus.

Die Bedeutung eines veränderten gesundheitsbezogenen Lebensstils bei Koronarpatienten wurde in der Rehabilitation bereits sehr früh propagiert, und es wurden erste Programme zur Patientenschulung entwickelt. Von Anfang an orientierte sich das gesundheitserzieherische Handeln dabei an dem Risikofaktorenmodell der koronaren Herzkrankheit und richtete sich auf die Einstellung des Rauchens, eine kalorienreduzierte und cholesterinarme Ernährung, mehr Bewegung sowie eine Erhöhung der Streßbewältigungskompetenz. Inzwischen ist die Aufklärung über Risikoverhalten sowie die Anleitung zu einer gesunden Lebensführung fester Bestandteil des Behandlungskonzepts in der kardiologischen Rehabilitation neben der Funktionsdiagnostik, der medikamentösen Langzeitbehandlung, der Bewegungstherapie sowie der Psychotherapie.

Die Bedeutung von umfassenden Lebensstiländerungen für die langfristige Prognose bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist recht gut belegt. Dies gilt sowohl für den Abbau der klassischen Risikofaktoren durch verhaltensorientierte Trainingsprogramme (z. B. Lovibond, Birrel & Langeluddecke, 1986; vgl. auch Rüdell, 1995) als auch für die Veränderung koronargefährdender Einstellungs- und Verhaltensmuster und die konsekutive Senkung des Reinfarkttrisikos (Friedman et al., 1984). In einer Studie an 48 Patienten mit angiographisch nachgewiesener koronarer Herzkrankheit konnten Ornish et al. (1990) sogar zeigen, daß durch eine intensive Schulung und psychotherapeutische Betreuung mit dem Ziel einer umfassenden Lebensstiländerung ein bedeutsamer Rückgang der Stenosierungen der Koronargefäße erreichbar ist. Dies zeigt die große Bedeutung der nicht-medikamentösen bzw. nicht-operativen Behandlung der koronaren Herzerkrankung und weist dem Abbau von Risikofaktoren sowie der Einübung neuer, gesundheitlich günstiger Verhaltensweisen eine zentrale Aufgabe in der kardiologischen Rehabilitation zu.

3 Voraussetzungen der Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation

Entsprechende Veränderungen hin zu einem gesundheitlich günstigen Lebensstil erfordern ein intensives und umfassendes Gesundheitstraining, das die unterschiedlichen Aspekte koronargefährdenden Verhaltens einschließen muß,

also vor allem Ernährung, Bewegung, Nikotinabstinenz, Entspannung und Streßbewältigung. Das Training sollte sowohl Verhalten als auch Einstellungen und Haltungen des Patienten berücksichtigen; die bloße Information über Risikofaktoren und gesundheitlich günstiges Verhalten reicht nicht aus. Außerdem erscheint nach den vorliegenden Befunden eine langfristige und regelmäßige Nachbetreuung des Patienten in psychologisch geleiteten Gruppen wesentlich für den Erfolg der Maßnahmen.

3.1 Voraussetzungen des Patienten

Eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitstrainings ist die Anleitung des Patienten zu einer umfassenden gesundheitlichen Neuorientierung. Patienten, die nach einem Herzinfarkt oder nach einer Herzoperation in die Rehabilitationsklinik kommen, sind zu diesem Zeitpunkt meist gut motiviert, ihre gesundheitliche Situation nach Möglichkeit zu verbessern. Nach den Phasen des Schocks und der Verleugnung im Akutkrankenhaus fällt die Anschlußheilbehandlung oft in eine Zeit ängstlich oder depressiv geprägter Verstimmung, in der Patienten zu Verhaltens- und Einstellungsänderungen gut motivierbar sind. Die Anschlußheilbehandlung stellt daher eine sensible Phase für Änderungen des Gesundheitsverhaltens dar, die es zu nutzen gilt, ehe der Patient „zwangsläufig zu seinen alten Verhaltensweisen zurückkehrt, die sich ja zumindest eine Zeitlang bewährt haben und daher eine relative Stabilität zu versprechen scheinen“ (Mrazek, Rittner, Seer & Weidemann, 1983, S. 71f.).

Andererseits müssen gerade bei Koronarpatienten eine Reihe besonderer Bedingungen berücksichtigt werden, die in der Persönlichkeit der Patienten sowie den Umständen der Erkrankung begründet liegen. Der Herzinfarkt stellt zunächst einen lebensbedrohenden Zustand dar, der vordringlich ärztlicher Hilfe bedarf. Dies festigt die ohnehin weitgehend somatisch fixierte Krankheitsvorstellung des Patienten. Weitergehende Hilfe etwa im Rahmen eines Gesundheitstrainings wird daher in der Regel auch nicht aufgrund eines langfristigen Leidensdrucks, sondern wegen eines durch die akute Erkrankung ausgelösten Konflikterlebens gesucht. Darüber hinaus erschweren einige der für Koronarpatienten als typisch geltenden Verhaltensdispositionen wie Ehrgeiz, Rivalität und Ungeduld (Friedman & Rosenman, 1975), Kontrollambitioniertheit (Siegrist, 1984) sowie (latente) Feindseligkeit und Zynismus (vgl. Kupfer, 1993; Mittag, Peschel & Chrosziewski, 1996) die Veränderung des koronaren Risikoprofils. Dies gilt insbesondere für die Bewältigung von psychosozialen Streßbelastungen, wo den genannten Verhaltens- und Einstellungsdispositionen eine wichtige (ungünstige) Bedeutung bei der Bewertung der Situation im Rahmen des transaktionalen Streßmodells (Lazarus, 1966) zukommt (vgl. Rüdell, 1995), sowie für den Auf- und Ausbau von psychosozialen Schutzfaktoren (z. B. soziale Unterstützung, interpersonales Vertrauen und Optimismus). Andererseits ist davon auszugehen, daß die Kooperation und Compliance der Patienten durch diese Verhaltensdispositionen in den Fällen begünstigt wird,

wo notwendige Veränderungen des gesundheitsbezogenen Lebensstils einsichtig gemacht werden können. Bei der Durchführung von Maßnahmen der Patientenschulung für Koronarpatienten müssen diese Voraussetzungen berücksichtigt werden.

3.2 Voraussetzungen der Klinik

Besondere Bedeutung kommt den organisatorischen und institutionellen Bedingungen zu, unter denen das Gesundheitstraining stattfindet. Betrachtet man die eingangs genannten Ziele für die psychosozialen Anteile der Rehabilitation bei Koronarpatienten, so wird deutlich, daß ihre Umsetzung nicht einfach an eine Abteilung „Psychosoziales“ delegiert werden kann. Es sind vielmehr Ziele, die sich auf alle Bereiche der Rehabilitation beziehen und die bei der Gestaltung aller rehabilitativer Maßnahmen, sei es im ärztlichen, pflegerischen oder in sonstigen therapeutischen Bereichen, Berücksichtigung finden sollten.

Krampen und Ohm (1985) haben eine Untersuchung an 144 Infarktpatienten einer Rehabilitationsklinik durchgeführt, die darauf hinweist, welche Bedeutung die vom Patienten erlebte rehabilitative Orientierung der Klinik für den Heilerfolg hat. Unabhängig von der personellen, apparativen und räumlichen Ausstattung der Klinik sind es vor allem die Atmosphäre und das vorgefundene Lebensstilkonzept, die zum Erfolg der Rehabilitation beitragen. Eine entsprechende psychosomatische Orientierung der Klinik, in die Maßnahmen der Gesundheitserziehung eingebettet sind und die Anregung und Unterstützung für eine psychosoziale Neuorientierung des Patienten bietet, erscheint dabei gerade für die Rehabilitation von Herzinfarktpatienten wichtig (Mittag, 1987). Die Klinik insgesamt stellt den „Resonanzboden“ (Buschmann & Kijanski, 1987) für alle Maßnahmen des Gesundheitstrainings dar.

Für den Erfolg von Programmen zur Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen in der stationären Rehabilitation ist es von entscheidender Bedeutung, daß die dahinterstehenden Ziele und rehabilitativen Konzepte von der Klinikleitung explizit gemacht werden und daß ihre Umsetzung auch aktiv unterstützt wird. Alle Mitarbeiter zumindest im therapeutischen Bereich der Klinik sollten über das Programm informiert sein und es mittragen. Bei der Durchführung des Programms ist die Zusammenarbeit von Fachkräften unterschiedlicher Berufe (Ärzte, Psychologen, Diätberater, Physiotherapeuten) anzustreben, da nur so ein umfassender Ansatz des Gesundheitstrainings glaubhaft realisiert werden kann. Die Arbeit im interdisziplinären Team muß durch regelmäßige Treffen aller beteiligten Mitarbeiter koordiniert werden (vgl. Mittag, 1987, 1995; Petermann & Mühlig, 1996).

Die Plazierung von Angeboten der Gesundheitsbildung an zentraler Stelle innerhalb des Kanons der sonstigen Anwendungen sowie deren zeitlicher Umfang kennzeichnet schließlich sehr deutlich den Stellenwert, der diesem Programm seitens der Klinik eingeräumt wird. Für den Patienten sollte deutlich

werden, daß Gesundheitsbildung in der Rehabilitation einen gleichberechtigten Platz neben der medizinischen Diagnostik und Therapie einnimmt (Buschmann & Kijanski, 1987). Wesentlich zur Glaubwürdigkeit des Gesundheitstrainings dürfte auch beitragen, inwieweit die entsprechenden Erkenntnisse innerhalb der Klinik selbst praktisch umgesetzt werden. Das betrifft etwa den Speiseplan, Angebote zu kreativen Tätigkeiten und Freizeitangebote, die Förderung sozialer Kontakte zwischen den Patienten zum Beispiel auch durch die bauliche Gestaltung der Räumlichkeiten sowie ganz allgemein Anregungen, neue Verhaltensweisen praktisch umzusetzen (Mittag, 1995; 1996 a, b).

4 Konzepte, Inhalte und Methoden der Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation

4.1 Vorliegende Konzepte

Das Ziel, Risikofaktoren abzubauen und gesundheitlich günstiges Verhalten zu unterstützen, wird in der stationären Rehabilitation auf unterschiedliche Weise verfolgt. Neben dem allgemeinen Programm zur Gesundheitsförderung, das von dem „Verband Deutscher Rentenversicherungsträger“ (VDR, 1984) entwickelt wurde und das auch für die Verwendung in der kardiologischen Rehabilitation empfohlen wird (Buschmann & Kijanski, 1987), liegen eine Reihe ausformulierter Konzepte zur Patientenschulung vor, die jeweils unterschiedliche Akzente setzen. Die meisten von ihnen orientieren sich jedoch im Grundsatz an dem klassischen Risikofaktorenmodell der koronaren Herzkrankheit.

Herzog, König, Maas und Neubert (1982) legten ein Konzept der Gesundheitserziehung vor, das eine Kombination von psychologischer Intervention und gesundheitsbezogener Information umfaßt. Dabei wird davon ausgegangen, daß die bloße Information allein nicht ausreicht, gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen dauerhaft zu erreichen, sondern eine neue Anpassung des Selbstkonzepts erreicht werden soll, die auch emotional verarbeitet werden muß. Zur Realisierung dieses Ansatzes werden insbesondere Methoden der Gruppendynamik sowie der themenzentrierten Interaktion (Cohn, 1974) eingesetzt. Das Programm selbst ist sehr aufwendig konzipiert und umfaßt 15 Kurseinheiten.

Ein stark verkürztes Gruppenprogramm, das jedoch ähnliche Themen umfaßt, wurde von Mittag und Ohm (1986, 1987) konzipiert. Auch dabei wird die Gesprächsgruppe als wichtiges therapeutisches Medium betrachtet. Im Gegensatz zu der reinen Informationsvermittlung wird dort ein Klima geschaffen, das die Motivation zur Veränderung festgefügter Haltungen anregt und die Identifikation mit anderen ermöglicht. Die Themen der insgesamt vier Gruppensitzungen sind die Situation nach Herzinfarkt, die psychophysiologische

Wirkung von Streß, der Umgang mit Belastungen sowie die Rückkehr in Familie und Beruf. Außerdem wird auf die große Bedeutung von psychosozialen Schutzfaktoren (z. B. soziale Geborgenheit, harmonische Beziehungen zu anderen Menschen, Muße, Freude) hingewiesen.

Mittag und Becker (1991) haben eine erweiterte und auf die spezifischen Bedürfnisse der Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankheiten abgestimmte Version des VDR-Programms (VDR, 1984) vorgestellt, die insgesamt acht Sitzungen umfaßt, in denen Grundlagen und Risikofaktoren der Herz-Kreislaufkrankheiten, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Möglichkeiten zur Erhöhung der Streßbewältigungskompetenz, gesunde sportliche Aktivitäten sowie Ernährungsfragen besprochen werden; zusätzlich sind spezielle Gruppensitzungen zur Raucherentwöhnung sowie für die Diabetikerschulung vorgesehen. Die Patientenschulung erstreckt sich über zwei Wochen und ist im Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen wie zum Beispiel Entspannungstherapie und kreativen Angeboten zu sehen. Als Ausschlußkriterien werden genannt: Patienten, die offen demotiviert sind und bei denen zu erwarten ist, daß sie auch in der Gruppe nicht zu motivieren sind; Patienten, die intellektuell nicht in der Lage sind, dem Programm zu folgen; Patienten, die ausgeprägt geängstigt oder depressiv verstimmt sind.

Bei epidemiologischen Studien zeigte sich bereits recht früh, daß es unter Zugrundelegung des organmedizinischen Ätiologiemodells nicht gelang, mehr als 50 Prozent der Varianz aufgetretener Koronarerkrankungen zu erklären. Vor diesem Hintergrund bestand eine gewisse Bereitschaft, das einseitig organmedizinische Risikofaktorenmodell zu erweitern und nach psychosozialen Faktoren bei der Ätiologie der koronaren Herzerkrankung zu suchen (Kupfer, 1993). Dies führte unter anderem zu der verstärkten Beachtung des Streßkonzepts (vgl. Hampel & Petermann, in diesem Buch).

Mit dem sogenannten Typ-A-Verhaltensmuster (Friedman & Rosenman, 1975), das Konkurrenzstreben, Hetze, Verausgabungsbereitschaft, latente Feindseligkeit sowie erhöhte Kontrollambitioniertheit umfaßt, fand in diesem Zusammenhang ein weiterer, psychologischer Variablenkomplex weitgehende Anerkennung in der modernen Medizin. Dies mag dadurch erleichtert worden sein, daß die darin beschriebenen Verhaltensmerkmale starke inhaltliche Parallelen aufweisen zu bereits historischen klinischen Beobachtungen des „typischen“ Koronarkranken und das Konzept daher hohe Plausibilität hatte (Kupfer, 1993). Außerdem bietet sich das Konzept gut für die theoretische Fundierung einer umfassenden Behandlung und Rehabilitation von Koronarpatienten an (Mittag, 1987).

In einer Reihe großer prospektiver Studien konnte in den 70er Jahren tatsächlich ein deutlich erhöhtes Koronarrisiko bei Personen mit Typ-A-Verhalten nachgewiesen werden (z.B. Rosenman et al., 1975; Haynes, Feinleib & Kannel, 1980). Ebenso konnte gezeigt werden, daß eine Modifikation des Typ-A-Verhaltens mit einer Reduktion des Reinfarkttrisikos verbunden ist (Friedman et al., 1984). In dieser Studie wurden 862 Infarktpatienten über einen Zeitraum

von drei Jahren beobachtet. Nach dem Zufallsprinzip wurden 592 Patienten der Interventionsgruppe und 270 Patienten einer Kontrollgruppe zugeordnet. Alle Patienten wurden während des Untersuchungszeitraums weiter von ihrem Hausarzt betreut. Außerdem wurden alle Patienten regelmäßig etwa einmal im Monat in kleinen Gruppen durch einen Kardiologen hinsichtlich Ernährung, Bewegung sowie zu den konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten beraten, und etwa alle drei Monate kam ein Psychiater oder Psychologe in die Gruppe, um eventuelle psychische Probleme mit den Teilnehmern zu besprechen. Die Patienten in der Interventionsgruppe wurden darüber hinaus zu einem Entspannungstraining angeleitet, und sie nahmen regelmäßig an einer intensiven Schulung zur Einstellungs- und Verhaltensänderung teil. Nach drei Jahren zeigten die Patienten der Interventionsgruppe sowohl in einem Selbsteinschätzungsbogen als auch in einem strukturierten Interview statistisch signifikant niedrigere Werte bezüglich des Typ-A-Verhaltens als die Patienten der Kontrollgruppe. Das Ziel einer Veränderung des koronargefährdenden Typ-A-Verhaltens konnte also erreicht werden. Auch der Unterschied hinsichtlich der Reinfarkt-Raten in den beiden Gruppen war statistisch signifikant; während in der Kontrollgruppe 13,2 Prozent der Patienten im Beobachtungszeitraum einen Reinfarkt erlitten, waren es in der Interventionsgruppe nur 7,2 Prozent (vgl. Friedman et al., 1984).

Neuere Forschungsarbeiten haben jedoch durchweg enttäuschende Ergebnisse zum Typ-A-Verhalten gezeigt (z.B. Shekelle et al., 1985). Das legt inzwischen nahe, dieses Konzept entweder völlig aufzugeben (Myrtek, 1995) oder aber verstärkt die differentielle „Toxizität“ einzelner Merkmale des Konstrukts zu untersuchen (vgl. Siegrist, 1984; Kupfer, 1993). Erste Hinweise hierzu ergaben sich bei der erneuten Analyse von Daten aus früheren Untersuchungen, bei der sich u. a. (latente) Aggressivität, Argerbereitschaft und Wettbewerbsorientierung als entscheidende Variablen erwiesen (Matthews et al., 1977). Heute werden die Merkmale „Feindseligkeit“ und „Zynismus“ vielfach als Risikofaktor für die koronare Herzerkrankung betrachtet (z. B. Kupfer, 1993; Mittag et al., 1996). Rüdell (1995) macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, daß Persönlichkeitseigenschaften wie zum Beispiel das Typ-A-Verhalten ohnehin ausschließlich als Aspekte eines transaktionalen Streßmodells gesehen werden sollten, nicht jedoch als eigenständiger Risikofaktor.

Auf der Grundlage solcher Überlegungen wurden spezifische und differenzierte Streßbewältigungs- bzw. Streßmanagementtrainings für Koronarpatienten konzipiert. Ein gutes Beispiel dafür ist ein Streßbewältigungstraining, das von Langosch (1989) vorgestellt wurde. Durch das Training soll die Flexibilität des Koronarpatienten im Umgang mit alltäglichen Belastungen erhöht werden. In insgesamt fünf Sitzungen von je 105 Minuten Dauer werden neben Entspannungstechniken ein Repertoire von Bewältigungsstrategien aufgebaut und ihr flexibler Einsatz in belastenden Situationen trainiert. Dabei stehen die Veränderung von Einstellungen, Bewertungen und Zielsetzungen im Mittelpunkt. Als Teilnahmekriterien werden genannt: „Patienten, die weder sehr ängstlich noch sehr depressiv verstimmt sind, die nicht extrem die Erkrankung und die

dadurch bedingten Veränderungen ihrer Lebenssituation bagatellisieren, sich den Mitpatienten gegenüber nicht ausgesprochen dominant-aggressiv verhalten und die sich in der Gruppe nicht übermäßig gehemmt fühlen“ (Langosch, 1989, S. 77).

In der ersten Sitzung werden die Patienten in ein vereinfachtes transaktionales Streßmodell eingeführt, die Zusammenhänge zwischen gesteigerter kardiovaskulärer Reaktivität und dem Auftreten kardialer Beschwerden (Angina pectoris; Herzrhythmusstörungen) werden erläutert, und die koronare Herzerkrankung wird als Zusammenbruch der psychophysiologischen Adaptationsbemühungen erklärt. In der zweiten Sitzung werden Warnsignale für chronische Überforderung (vitale Erschöpfung; reaktiv-depressive Verstimmungen) besprochen, und es wird gemeinsam mit den Patienten eine Liste möglicher Ausgleichsaktivitäten erarbeitet. In der dritten Sitzung werden kognitive Schemata als Auslösebedingungen individualspezifischer psychophysiologischer Hyperreaktivität bestimmt, und in der vierten Sitzung werden diese Schemata inhaltlichen Kategorien zugeordnet. Dabei zeigt sich in der Regel, daß selbstüberfordernde Gedanken dominieren. Durch Entspannungsübungen, Visualisierung und kognitive Methoden lernen die Patienten dann, streßinduzierende Kognitionen zu registrieren und daraufhin zu unterbrechen. In der fünften Sitzung steht der Aufbau eines hilfreichen inneren Dialoges im Mittelpunkt. Außerdem werden weitere Möglichkeiten der Streßbewältigung aufgezeigt (Informationssuche, Ablenkung, aktives Problemlösen), und der flexible und differenzierte Einsatz verschiedener Formen der Problembewältigung wird trainiert.

Daneben liegen auch andere verhaltenstherapeutisch fundierte Programme zur Erhöhung der Streßbewältigungskompetenz bei Koronarpatienten vor (Seer, 1980; Schneider, Langosch & Brodner, 1987; Roskies, 1988) sowie auch Konzepte, die auf einer Verbindung von tiefenpsychologischer Gruppentherapie und einem strukturierten verhaltenstherapeutischen Vorgehen basieren (z. B. Boll, Koch & Plassmann, 1987). Bei Patienten, die an entsprechenden Streßbewältigungstrainings teilgenommen hatten, wurden bei katamnестischen Untersuchungen ein gegenüber Kontrollpatienten deutlich verbessertes psychisches und physisches Befinden festgestellt (Schneider et al., 1987; Langosch, 1989).

Als nicht günstig hat sich die Durchführung von im engeren Sinne psychotherapeutisch geführten Gruppen erwiesen. Die für viele Koronarpatienten kennzeichnende Abwehr psychischer Konflikte sowie eine ausgeprägte Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenz gestalten die psychotherapeutische Bearbeitung internaler Prozesse durchweg schwierig. Dies gilt insbesondere für Gruppen, die sich vorwiegend oder sogar ausschließlich aus Koronarpatienten zusammensetzen. Hier ist es notwendig, auch „ich-ferne“ Informationen aufzugreifen, besonders behutsam mit Deutungen und erlebnisaktivierenden Verfahren umzugehen, Widerstandsschranken unbedingt zu akzeptieren, ein hohes Maß an Bestätigung und Unterstützung zu vermitteln und Situationen mit hoher Ambiguität zu vermeiden (vgl. Mittag, 1987; Mittag & Ohm,

1986). Diese Einschränkungen gelten sicherlich auch für die analytische Gruppentherapie, selbst wenn diese vereinzelt als besonders geeignet für die Nachbehandlung von Infarktpatienten dargestellt wird (so z.B. Ohlmeier, 1985).

Ebenfalls nicht bewährt hat sich bei Koronarpatienten das Selbsthilfekonzent, dem sonst bei vielen chronischen Erkrankungen eine hervorragende Bedeutung zukommt (Ohm, Krampen & Heger, 1982). Dagegen gibt es in der Bundesrepublik inzwischen beinahe überall ambulante Koronarsportgruppen, in denen Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit oder anderen Herzerkrankungen sich regelmäßig unter der Anleitung eines entsprechend ausgebildeten Übungsleiters und unter ärztlicher Überwachung treffen, um insbesondere durch Bewegungstherapie ihre gesundheitliche Situation zu verbessern.

In den letzten Jahren haben sich grundlegende Veränderungen im Bereich der Gesundheitsförderung vollzogen, die auch die Patientenschulung bei kardiologischen Patienten betreffen. Zum einen werden heute zunehmend weniger die krankmachenden (Risiko-)Faktoren betont, sondern eher die gesunderhaltenden, protektiven Faktoren (vgl. Mittag, 1996 a, b). Hintergrund dieser neuen Sichtweise in der Gesundheitsförderung ist unter anderem das Konzept der „Salutogenese“ von Antonovsky (1979, 1987).

In diesen Zusammenhang läßt sich die bereits erwähnte Studie von Ornish et al. (1990) einordnen, obwohl sie nicht explizit vor dem Hintergrund des Salutogenese-Konzepts konzipiert wurde. 48 Patienten mit angiographisch nachgewiesener koronarer Herzkrankheit wurden nach dem Zufallsprinzip der Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe mit normaler medizinischer Betreuung zugewiesen. Die Patienten der Interventionsgruppe wurden zunächst einer einwöchigen intensiven Schulung unterzogen, die während eines Hotelaufenthaltes quasi unter stationären Bedingungen durchgeführt wurde. Die Teilnehmer wurden zu einer fettarmen vegetarischen Diät angehalten, ihnen wurde ein Streßbewältigungsprogramm vermittelt, und verschiedene Entspannungstechniken wurden trainiert. Außerdem absolvierten sie mindestens drei Stunden in der Woche ein individuell abgestimmtes Sportprogramm. Im Anschluß an das einwöchige Training trafen sich die Probanden zweimal in der Woche zu Gruppensitzungen, in denen ihnen zusätzliche psychologische Unterstützung bei der Lebensumstellung gegeben wurde.

Nach einem Jahr wurden alle Patienten erneut angiographisch untersucht. Dabei zeigte sich in der Interventionsgruppe ein Rückgang des durchschnittlichen Stenosegrads von 40 Prozent auf knapp 38 Prozent, während in der Kontrollgruppe die Koronarsklerose erwartungsgemäß angestiegen war. Auch das subjektive Krankheitsempfinden besserte sich in der Interventionsgruppe, und es ergab sich eine deutliche Verringerung der Häufigkeit und des Schweregrades von pectanginösen Anfällen gegenüber der Kontrollgruppe. Ornish (1992) führt die „revolutionären“ Ergebnisse vor allem auf Veränderungen des gesundheitsbezogenen Lebensstils der Teilnehmer zurück, und zwar insbesondere auf die für viele von ihnen völlig neuen Erfahrung offener und warmherziger Beziehungen zu anderen Menschen.

Die Ergebnisse der Ornish-Studie bedürfen der Bestätigung durch weitere Untersuchungen. In Deutschland wird zur Zeit eine Replikation der Studie durchgeführt, in der neben einer Umstellung der Ernährungsgewohnheiten und der Aufnahme eines täglichen Bewegungs- und Entspannungstrainings insbesondere Änderungen von Einstellungsmustern, Glaubenssätzen und Kompetenzen der Problemlösung und Gefühlsregulierung im Vordergrund stehen (Hertel, Regulies, Siegrist, Scherwitz & Benesch, 1995). Ergebnisse dieser Studie stehen noch aus. Rüdell (1995) berichtet von einer entsprechenden Studie an der Kardiologischen Universitätsklinik Heidelberg, in der an einem speziell ausgewählten Patientenkollektiv gezeigt werden konnte, daß durch eine systematische verhaltensmedizinische Behandlung eine leichte Rückbildung der Koronarveränderungen erzielt werden kann.

Eine weitere Veränderung, die mit dem beschriebenen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsförderung verbunden ist, betrifft die Handlungsebene für entsprechende Maßnahmen. Während bisherige Strategien zumeist auf einzelne Menschen(-gruppen) und deren Gesundheitsverhalten abzielten, wird heute zunehmend die gesundheitliche Bedeutung (externer) sozialer und physischer Ressourcen (vgl. Becker, 1992) erkannt, und Veränderungen werden auch auf dem Wege struktureller und organisatorischer Maßnahmen angestrebt (vgl. Badura, 1993; Mittag, 1996 a, b).

Diese Veränderungen der Konzepte, die Gesundheitsförderung leiten, haben auch dazu geführt, daß die vorgegebenen Programme für die Gesundheitsförderung in Rehabilitationskliniken (VDR, 1984) derzeit einer grundlegenden Revision unterzogen werden (vgl. Mittag, 1993). Auf die sich daraus ergebenden Perspektiven wird am Ende noch näher eingegangen.

4.2 *Inhalte der Patientenschulung*

Faßt man die eingangs dargestellten Befunde zur gesundheitlichen Bedeutung von Lebensstiländerungen bei Koronarpatienten sowie die genannten Konzepte für die Patientenschulung zusammen, so ergibt sich daraus ein Mindestkatalog von Themen und Inhalten für das Gesundheitstraining in der kardiologischen Rehabilitation, der die folgenden Punkte umfaßt (vgl. auch Petermann & Mühlig, 1996):

- Medizinische Grundlagen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen; konservative und operative Behandlungsmöglichkeiten,
- Risikofaktorenmodelle; gesundheitliche Bedeutung einer umfassenden Lebensstiländerung,
- psychosoziale Situation nach Herzinfarkt bzw. Herzoperation,
- Strategien zur Erhöhung der Streßbewältigungskompetenz,
- Veränderung koronargefährdender Einstellungs- und Verhaltensmuster (Typ-A-Verhalten, Feindseligkeit),
- Aufbau bzw. Ausbau von psychosozialen Schutzfaktoren,
- Entspannungstherapie (Autogenes Training; Tiefmuskelentspannung),

- gesunde Ernährung (kalorienreduzierte, cholesterinarme und evtl. vegetarische Diät),
- Raucherentwöhnung; Gefahr durch Alltagsdrogen (Alkohol),
- Sport und Bewegung; Freizeitgestaltung; Kreativität,
- Vorbereitung auf die Rückkehr in Familie und Beruf sowie
- Einleitung der ambulanten Nachbetreuung.

Mit nur geringfügig anderer Akzentsetzung gilt der hier vorgestellte Themenkatalog auch für die ambulante Nachbetreuung von Koronarpatienten. Während in den sogenannten Koronarsportgruppen die sport- und bewegungstherapeutische Zielsetzung häufig im Vordergrund steht, sollte eine umfassende Nachbetreuung von Infarktpatienten neben sportlichen Aktivitäten vor allem auch auf die flexible Bewältigung von Alltagsbelastungen, regelmäßige Entspannung, die Beibehaltung einer gesunden Ernährung und Nikotinabstinenz sowie die Klärung von aktuellen Konflikten in Familie und Beruf gerichtet sein. Außerdem kommt der regelmäßigen Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe eine nicht zu unterschätzende Unterstützungsfunktion im Sinne eines psychosozialen Schutzfaktors zu. Auf weitere Möglichkeiten einer langfristigen Unterstützung von Koronarpatienten in Betrieb und Gesellschaft wird später noch eingegangen.

4.3 Methoden der Patientenschulung

Auf die große Bedeutung der **Gruppenarbeit** in der kardiologischen Rehabilitation wurde bereits mehrfach hingewiesen. Neben der Beratung einzelner Patienten und ggf. Psychotherapie stellt die nach psychologischen Gesichtspunkten geführte Gruppe die vorrangige Methode des Gesundheitstrainings dar. Das Ziel der Gruppenarbeit ist die Veränderung von Einstellungen und Verhalten, das heißt der Abbau von Risikoverhalten und die Einübung neuer, gesundheitlich günstiger Verhaltensweisen. Hierzu dient zum einen die Information, für die möglichst unterschiedliche Medien (Vorträge, Filme, Broschüren) genutzt werden sollten. Darüber hinaus müssen aber Methoden eingesetzt werden, die eine gezielte Einstellungs- und Verhaltensänderung des Patienten ermöglichen.

Vor allem im Rahmen von Programmen zur Erhöhung der Streßbewältigungskompetenz werden unterschiedliche Methoden der **kognitiven Verhaltenstherapie** (Meichenbaum, 1979) eingesetzt. Hierzu zählen die kognitive Umstrukturierung, Gedankenstopp sowie Problemlösestrategien (Seer, 1980; Schneider et al., 1987). Ebenfalls zu den kognitiven Methoden gehört die rational-emotive Therapie nach Ellis (1979), die erlaubt, die bei Koronarpatienten häufig vorhandenen irrationalen Einstellungen und Kognitionen aufzuzeigen und zu verändern. Auch Methoden des Selbstbehauptungstrainings können zur Einstellungs- und Verhaltensänderung bei Koronarpatienten eingesetzt werden, zum Beispiel um dem Patienten die Abgrenzung gegenüber den realen oder vermeintlichen Erwartungen der sozialen Umwelt zu erleichtern.

Ein von Lovibond et al. (1986) durchgeführtes und empirisch überprüftes Programm zeigt beispielhaft, wie offene und verdeckte Verhaltensweisen durch unterschiedliche Selbstkontrolltechniken im Rahmen eines stark strukturierten Programms verändert werden können. Im einzelnen wurden dabei verhaltenstherapeutische Standardmethoden wie Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle und unterschiedliche Strategien des Kontingenzmanagements eingesetzt. Untersucht wurden 75 Versuchspersonen, die bezüglich der klassischen Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit eine Hochrisikogruppe bildeten. Die Versuchspersonen wurden zufällig einem von drei Trainingsprogrammen zugeordnet. Die Programme umfaßten regelmäßige Gruppentreffen über einen Zeitraum von sechs Monaten sowie auch Einzelgespräche mit einem Therapeuten. Die Ziele in allen Gruppen waren eine kalorienreduzierte Diät mit wenig gesättigten Fettsäuren, Cholesterin und einfachen Kohlehydraten, regelmäßige körperliche Belastung, Nikotinabstinenz sowie eine verbesserte Streßbewältigungskompetenz. Die drei Programme unterschieden sich hinsichtlich des Ausmaßes, in dem Verhalten tatsächlich praktisch eingeübt wurde sowie in der detaillierten Anwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien. So umfaßte das Maximalprogramm unter anderem die regelmäßige Rückmeldung des koronaren Risikostatus, die Vermittlung verhaltenstherapeutischer Theorien und Methoden, eine genaue Verhaltensanalyse, eine detaillierte und individuelle Planung von Behandlungszielen sowie ein intensives Trainingsprogramm. In der als „Basisprogramm“ bezeichnete Vorgehensweise fehlten dagegen die individuelle Rückmeldung sowie insbesondere die kurz- und mittelfristige Zielplanung; die Versuchspersonen wurden nicht angehalten, detaillierte Aufzeichnungen über ihr Verhalten zu führen, und statt des Verhaltenstrainings wurde eine eher allgemeine Gesundheitsschulung durchgeführt. Nach einem Jahr zeigte sich in der Maximalgruppe eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 9,2 kg, eine Reduktion des Blutdrucks um 12,9 bzw. 8,8 mm Hg, eine Verbesserung der Vitalkapazität um 33 Prozent und eine Abnahme des Serum-Cholesterinspiegels um 0,45 mmol/l; das rechnerisch ermittelte koronare Risiko hatte insgesamt um 41 Prozent abgenommen. Alle Veränderungen waren statistisch hochsignifikant.

Das Erlernen und Praktizieren eines **Entspannungstrainings** hat sich als wichtige Maßnahme zur Senkung des koronaren Risikos erwiesen (Patel et al., 1985). Nicht zuletzt deshalb beinhalten fast alle Konzepte zur Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation Methoden des Entspannungstrainings. Dabei scheint es keine wesentliche Rolle zu spielen, ob das Autogene Training oder die Progressive Muskelrelaxation, um die beiden bekanntesten Methoden zu nennen, erlernt wird. Ohm (1987) schlägt aufgrund einer empirischen Untersuchung an 420 Patienten mit koronarer Herzkrankheit eine Kombination der beiden Verfahren vor und plädiert für eine zusätzliche Hypnosetherapie bei Koronarpatienten mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen.

Auf die besondere Problematik der Psychotherapie in der kardiologischen Rehabilitation wurde bereits hingewiesen. Der Versuch, eine Gruppe ausschließ-

lich mit Koronarpatienten im engeren psychotherapeutischen Setting einer tiefenpsychologisch fundierten Schulrichtung zu führen, dürfte fast regelmäßig scheitern. Aufgrund ihrer rigiden Angstabwehr und Tendenz zur Konfliktverleugnung erleben viele Koronarpatienten die nicht strukturierte psychotherapeutische Situation als höchst beängstigend und unerträglich, und es kommt zu entsprechend wildem Agieren in der Gruppe. Ein Beispiel dafür findet sich bei Ohlmeier (1985). Viele Koronarpatienten empfinden eine solche Form der Gruppentherapie als äußerst wenig hilfreich. In der psychologischen **Einzeltherapie** und **Beratung** kommen daher auch neben der Krisenintervention vor allem stark problembezogene und strukturierende Verfahren zur Anwendung (Mittag, 1987).

Dagegen bietet der Ansatz der **themenzentrierten Interaktion** (Cohn, 1974) ein Konzept, das eine vorsichtige psychotherapeutische Gruppenarbeit mit Herzinfarktpatienten erlaubt und einen günstigen Rahmen für die Patientenschulung in der Rehabilitation bildet. Die Behandlung eines Themas erfolgt hier unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Gruppendynamik sowie der Befindlichkeit des Einzelnen. Der Patient (Ich), die Gruppe (Wir) und das Thema (Es) bilden die drei Komponenten des Interaktionsprozesses, wobei dem Thema die strukturierende und gruppenbildende Funktion zukommt. Dieser Ansatz berücksichtigt in idealer Weise die besonderen Bedingungen des Koronarpatienten. Durch die Fokussierung auf ein (vorgegebenes) Thema wird seinem Bedürfnis nach konstruktivem Tun Rechnung getragen; zugleich erlaubt das themenzentrierte Konzept jedoch auch, die Gefühle, Ängste und Wünsche des einzelnen Patienten zumindest ansatzweise zu bearbeiten und somit Bedingungen zu schaffen, unter denen Einstellungen und Verhalten wirksam geändert werden können. Dabei erweisen sich die von Cohn (1974) vorgegebenen Axiome für die Gruppenarbeit als hilfreich. Sie werden in den Gruppen nicht vorgegeben, sondern bei Bedarf im Gruppengeschehen direkt eingeführt. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen.

„Seien Sie Ihr eigener Chairman“: In der Gruppe sitzt als einzige Frau eine mittelalte Lehrerin, die nach kurzer Zeit beginnt, die anderen Teilnehmer in einer mütterlich-vereinnahmenden Weise zu bevormunden. „Warum sagen denn die anderen nichts?“, „Die Männer trauen sich wohl nicht...“ und schließlich direkt an ihren Nachbarn gewandt „Nun sagen Sie doch mal was!“. Hier ist es an der Zeit, die Gruppe darauf aufmerksam zu machen, daß jeder für sich entscheidet, was er wann beitragen möchte, und zugleich der übereifrigen Lehrerin zu bedeuten, sie möge sich weniger um die anderen sorgen, sondern für sich sprechen.

„Störungen haben Vorrang“: Ein Patient zeigt mimisch und gestisch deutlich, daß er verärgert oder sonstwie in keiner Weise am Gruppengespräch beteiligt ist. Dies sollte mit dem Hinweis darauf angesprochen werden, daß es sicherlich etwas gebe, was er zunächst loswerden möchte.

In der Nacht zuvor ist ein Patient verstorben. Die Patienten dieser Station erscheinen bedrückt und nicht bei der Sache. Sicher ist es in dieser Situation

sinnvoll, die Behandlung des Themas abubrechen und über den Todesfall, die bestehenden Ängste sowie die Trauer um den Mitpatienten zu sprechen.

„Vermeiden Sie allgemeine Statements und sprechen Sie von sich selbst“: Ein Patient besteht darauf, daß man nicht zugleich abnehmen und mit dem Rauchen aufhören könne. Intervention des Gruppenleiters: „Sie meinen, daß es Ihnen schwerfällt, gleichzeitig mit dem Rauchen aufzuhören und eine Diät einzuhalten - prinzipiell ist das schon möglich.“

5 Perspektiven

Maßnahmen der Patientenschulung in der stationären Rehabilitation dürfen nicht isoliert betrachtet werden. Sie sind eingebettet in ein Gesamtkonzept der Klinik, das wesentlichen Einfluß auf die Wirksamkeit des Gesundheitstrainings hat. Anders als das Akutkrankenhaus bedarf die Rehabilitationsklinik einer Schwerpunktsetzung, die Maßnahmen zur Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen einen gleichberechtigten Platz neben der medizinischen Diagnostik und Behandlung einräumt. Die rehabilitative Orientierung, die eine umfassende und verhaltensmedizinische Sichtweise von Krankheit voraussetzt, und die sich daraus ergebenden organisatorischen Bedingungen stellen das eigentlich Besondere der Rehabilitationsklinik gegenüber dem allgemeinen Krankenhaus dar und sichern ihr langfristig einen eigenständigen Platz im medizinischen Behandlungssystem (Mittag, 1995).

Das multifaktorielle Bedingungsgefüge der Entstehung und des Verlaufs der Erkrankung sowie die zunehmende Multimorbidität der Patientenpopulation erfordert gerade im Bereich der Rehabilitation eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen dort tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ernährungsberater etc.). Die Arbeit im interdisziplinären Team erfordert die Definition gemeinsamer, berufsübergreifender Rehabilitationsziele, die Koordinierung durch regelmäßige Teambesprechungen, die Absteckung klarer Kompetenzen und Zuständigkeiten, die Vertiefung des gegenseitigen Verständnisses der Gesundheitsberufe sowie die Optimierung von Behandlungsprozessen durch intensiven fachübergreifenden Austausch (Petermann & Mühlig, 1996).

Die konsequente Umsetzung eines solchen interdisziplinären Konzepts in die Praxis der Rehabilitation wird noch Jahre brauchen. Gerade bezüglich der organisatorischen und personellen Voraussetzungen besteht noch großer Nachholbedarf, ehe die moderne Rehabilitationsklinik ihre komplexen Aufgaben adäquat erfüllen kann. Am Ende sollte jedoch eine gegenüber heute noch einmal in wesentlichen Bereichen veränderte Praxis der Rehabilitation in der Klinik stehen, in der dem Gesundheits- und Verhaltenstraining eine Schlüsselrolle zugewiesen wird.

Das gleiche gilt für die langfristige Nachbetreuung von Koronarpatienten. Die vorliegenden empirischen Befunde weisen auf die große Bedeutung einer intensiven ambulanten Betreuung hin. Diese sollte ebenfalls von einem umfassenden Verständnis der Erkrankung ausgehen und darf sich nicht in der Durchführung rein sportlicher Aktivitäten erschöpfen; Entspannung, Unterstützung bei der flexiblen Bewältigung von Alltagsbelastungen, sozialer Rückhalt sowie die Förderung einer gesundheitlich günstigen Lebensweise sind ebenfalls wichtige Aufgaben für die Langzeitbetreuung.

Dabei wären durchaus auch Konzepte der ambulanten Nachsorge zu überlegen, die über das derzeitige Modell der Koronarsportgruppen hinausgehen. Ähnlich wie es in vielen großen Betrieben eigene Gruppen von Suchtkranken gibt, wären Gruppen für Koronarkranke denkbar, von denen auch Impulse für die Prävention im Betrieb ausgehen könnten. Der Nachweis, daß durch umfassende stationäre und ambulante Behandlung eine deutliche Senkung der Reinfarktquote bzw. des koronaren Risikos erreicht werden kann, sollte Anlaß sein, den verhaltensmedizinischen Ansatz noch stärker als bisher in der Rehabilitation wie auch in Betrieb und Gesellschaft umzusetzen.

Alle bisher genannten Maßnahmen zielen vorrangig auf einzelne Menschen (-gruppen) und deren Gesundheitsverhalten. Darüber hinaus gibt es aber auch durchaus gesundheitsrelevante Faktoren, die auf der Ebene der gesellschaftlichen Institutionen und der globalen Umwelt angesiedelt sind. Es ist gerade das Besondere des Schutzfaktorenkonzepts (Antonovsky, 1979, 1987), daß es den Blick für die gesundheitliche Bedeutung sozialer und physischer Ressourcen öffnet und Hinweise für strukturelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung gibt. Dies bedeutet auch eine Veränderung der gesundheitspolitischen Prioritäten hin zu einer vorausschauenden Umwelt- und Strukturpolitik (Badura, 1993).

Entsprechende Maßnahmen bieten sich zum Beispiel an auf der Ebene der betrieblichen Arbeitsorganisation, der Wohnumwelt sowie der gesundheitsförderlichen Konzipierung von Kliniken (vgl. ausführlich Mittag, 1996 b). Im letztgenannten Bereich, um einen herauszugreifen, bezieht sich das auf die architektonische Gestaltung (vgl. Heeg, 1994), die Organisation der Abläufe auf den Stationen sowie auch auf die Angebots- und Personalstrukturen (vgl. Mittag, 1996 a, b). Langfristig erscheinen solche strukturellen Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen weitaus wirkungsvoller als Appelle an das individuelle Gesundheitsverhalten. Gesundheit stellt sich da her, wo Menschen miteinander leben, lernen, spielen oder lieben. Die dabei vorfindlichen Bedingungen beeinflussen gesundheitsrelevantes Verhalten vermutlich weit stärker als individuelle Überzeugungen.

Literatur

- Akermann, S. (1994). Todesursachenstatistik (III). *Versicherungsmedizin*, 46, 146-151.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Badura, B. (1993). Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung - Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In J.M. Pelikan, H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung* (20-33). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung: Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (91-107). Köln: GwG-Verlag.
- Boll, A., Koch, J. & Plassmann, M. (1987). Modifizierte Gruppentherapie zur Streßbewältigung mit Koronarpatienten. In P. Esser (Hrsg.), *Psychologische Gruppenarbeit im Rahmen der Rehabilitation von Herzpatienten* (70-76). Stuttgart: Enke.
- Buschmann, E. & Kijanski, H. D. (1987). Gesundheitstraining während der stationären Heilbehandlungsmaßnahme. *Die Angestellten-Versicherung*, 9, 347-353.
- Cohn, R. C. (1974). Zur Grundlage des themenzentrierten interaktionellen Systems: Axiome, Postulate, Hilfsregeln. *Gruppendynamik*, 5, 150-159.
- Ellis, A. (1979). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1975). *Der A-Typ und der B-Typ*. Reinbek: Rowohlt.
- Friedman, M., Thoresen, CE., Powell, L.H., Ulmer, D., Thompson, L., Price, V.A., Rabin, D. D., Breall, W. S., Dixon, T., Levy, R. & Bourg, E. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237-248.
- Goldman, N. L. & Cook, K. E. F. (1984). Decline in ischaemic heart disease mortality rates. *Annals of Internal Medicine*, 101, 825-836.
- Haynes, S.G., Feinleib, M. & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study, III: Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology* 111, 37-58.
- Heeg, S. (1994). Zur Bedeutung des architektonischen Milieus in der stationären Psychotherapie und Rehabilitation. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch der stationären Verhaltenstherapie* (85-106). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hertel, L., Regulies, R., Siegrist, J., Schwerwitz, L. & Benesch, L. (1995). *Lebensstiländerung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit*. Bad Kreuznach: Vortrag auf dem 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation vom 29.3. bis 1.4. 1995.
- Herzog, N., König, K., Maas, A. & Neubett, R. (1982). Gesundheitserziehung und Gruppenarbeit in der Rehabilitation von Patienten mit Herzinfarkt im Rahmen der Anschlußheilbehandlung. *Die Rehabilitation*, 21, 8-12.
- Krampen, G. & Ohm, D. (1985). Klinikwahrnehmung und Genesung von Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik. *Die Rehabilitation*, 24, 64-68.
- Kupfer, P. (1993). Das Typ-A-Verhalten nach der Demontage - was bleibt?. Bestandsaufnahme und aktueller Forschungstrend. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 22-38.
- Langosch, W. (1988). Herz- und Kreislauferkrankungen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (351-376). Berlin: Springer.
- Langosch, W. (1989). Welche psychosozialen Aspekte sind in der Herzinfarkt-Nachsorge besonders wichtig? In M. J. Halhuber (Hrsg.), *Umfassende Herzinfarkt-Nachsorge in Klinik und Praxis* (65-82). Bern: Huber.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress, and the coping process*. New York: McGraw Hill.

- Löwel, H., Lewis, M., Keil, U., Hörmann, A., Bolte, H.-D., Willich, S. & Gostomzyk, J. (1995). Zeitliche Trends von Herzinfarkt-morbidität, -mortalität, 28-Tage-Letalität und medizinischer Versorgung: Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters von 1985 bis 1992. *Zeitschrift für Kardiologie*, 84, 569-605.
- Lovibond, S. H., Birrell, P.C. & Langeluddecke, P. (1986). Changing coronary heart disease risk-factor status: The effects of three behavioral programs. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 415-437.
- Matthews, K. A., Glass, D.C., Rosenman, R. H. & Bortner, R. W. (1977). Competitive drive pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 489-498.
- Meichenbaum, D. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Mittag, O. (1987). Die Bedeutung psychosomatischer Konzepte für die Rehabilitation von Patienten nach Herzinfarkt. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37, 401-406.
- Mittag, O. (1993). Grundgedanken und praktische Hinweise zum Gesundheitstraining in der stationären Rehabilitation. Vorschläge zur Revision des VDR-Seminarprogramms „Gesundheit selber machen“. *Report Psychologie*, 18, 22-29.
- Mittag, O. (1995). Institutionelle Bedingungen der Gesundheitsförderung in der stationären Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 29, 32-35.
- Mittag, O. (1996 a). Gesundheitliche Schutzfaktoren. In G. Amman & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung*. Tübingen: DGVT (im Druck).
- Mittag, O. (1996 b). *Mach' ich mich krank? Lebensstil und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Mittag, O. & Becker, U. (1991). Ziele und Methoden des Gesundheitstrainings in der Rehabilitationsklinik für Herz-Kreislauf-Krankheiten. *Die Rehabilitation*, 30, 138-143.
- Mittag, O. & Ohm, D. (1986). Themenzentrierte Gesprächsgruppen in der Rehabilitation von Patienten nach Herzinfarkt. *Die Rehabilitation*, 25, 66-70.
- Mittag, O. & Ohm, D. (1987). Themenzentrierte Gruppenarbeit in der stationären Rehabilitation nach Herzinfarkt. In P. Esser (Hrsg.), *Psychologische Gruppenarbeit im Rahmen der Rehabilitation von Herzpatienten* (27-39). Stuttgart: Enke.
- Mittag, O., Peschel, U. & Chrosziewski, W. (1996). Was ist so ungesund an der Feindseligkeit? Ergebnisse zur deutschsprachigen Version der „Cook-Medley Hostility Scale“. *Report Psychologie* (im Druck).
- Mrazek, J., Rittner, V., Seer, P. & Weidemann, H. (1983). Zur subjektiven Wahrnehmung des Herzinfarkts und seiner Ursachen. *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 45, 71-77.
- Myrtek, M. (1995). Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic update. *Personality and Individual Differences*, 18, 491-502.
- Ohlmeier, D. (1985). Zur psychoanalytischen Gruppentherapie und Persönlichkeitsstruktur von Herzinfarktpatienten. In W. Langosch (Hrsg.), *Psychische Bewältigung der chronischen Herzerkrankung* (345-354). Berlin: Springer.
- Ohm, D. (1987). *Entspannungstraining und Hypnose bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit*. Regensburg: Roderer.
- Ohm, D., Krampen, G. & Heger, R. (1982). Kontrollüberzeugungen und Wertorientierungen von Herzinfarktpatienten in der Rehabilitation. *Medizinische Psychologie*, 8, 131-140.
- Ornish, D. (1992). *Revolution in der Herztherapie*. Stuttgart: Kreuz.
- Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J., Armstrong, W. T., Ports, T. A., McLanahan, S.M., Kirkeide, R. L., Brand, R. J. & Gould, K. L. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *The Lancet*, 330, 129-133.
- Patel, C., Mannot, M. G., Teny, D.J., Carruthers, M., Hunt, B. & Patel, M. (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: Four year follow up. *British Medical Journal*, 290, 1103.

- Petermann, F. & Mühlig, S. (1996). Verhaltensmedizin in der medizinischen Rehabilitation: Ein expandierendes interdisziplinäres Arbeitsfeld für Psychologen. *Report Psychologie, 21*, 112-120.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R. & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow up experience of 8 112 years. *Journal of the American Medical Association, 233*, 872-877.
- Roskies, E. (1988). A stress management program for healthy type As: The Montreal type A intervention project. In T. Elbert, W. Langosch, A. Steptoe & D. Vaitl (Hrsg.), *Behavioral medicine in cardiovascular disorders* (159-174). Chichester: Wiley.
- Rüddel, H. (1995). Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. In F. Petermann (Hrsg.), *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation* (193-215). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, H. J., Langosch, W. & Brodner, G. (1987). SBT: Streßbewältigungstraining in der Gruppe für stationäre Herzpatienten. In P. Esser (Hrsg.), *Psychologische Gruppenarbeit im Rahmen der Rehabilitation von Herzpatienten* (77-88). Stuttgart: Enke.
- Seer, P. (1980). Streßbewältigungstraining bei koronar Herzkranken, ein gruppentherapeutischer Ansatz. In W. Langosch (Hrsg.), *Psychosoziale Probleme und psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei Herzinfarktpatienten* (161-188). Minerva: München.
- Siegrist, J. (1984). Der Einfluß sozialer Faktoren auf die Entstehung chronischer Erkrankungen am Beispiel ischämischer Herzkrankheiten. *Der Internist, 25*, 659-666.
- Uemura, K. & Pisa, Z. (1988). Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Statistics Quarterly, 41*, 155-178.
- VDR (1984). Gesundheit selber machen. Frankfurt: VDR.
- Weidemann, H., Halhuber, M. J., Gehring, J., Keck, M., Matthes, P., Hofmann, H., Brusis, O. & Held, K. (1991). Die Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO. *Herz/Kreislauf, 23*, 337-341.