

# Verhaltensmedizin in der Rehabilitation

Franz Petermann

Das Sozialgesetzbuch (§10 SGB I) regelt in der Bundesrepublik Deutschland die Aufgaben aller Rehabilitationsträger. Es schreibt vor: “Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu lindern,
- ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern. ”

Die medizinische Rehabilitation zielt damit auf die Folgen einer chronischen Krankheit und nicht primär auf deren Ursachen. Zur Definition des Ziel- und Aufgabenkatalogs der medizinischen Rehabilitation wird deshalb das Krankheitsfolgenmodell der WHO herangezogen (vgl. Matthesius, Jochheim, Barolin & Heinz, 1995). Nach diesem Modell müssen Krankheitsfolgen auf drei verschiedenen Ebenen betrachtet werden:

- **Organisch:** Es besteht eine **Schädigung**, ein Verlust oder eine Abweichung der psychischen, physiologischen und anatomischen Struktur.
- **Personenbezogen:** Die Schädigung kann zu einem Verlust oder einer Einschränkung in den als normal erachteten **Fähigkeiten** führen (z.B. in den Fertigkeiten zur Bewältigung).
- **Gesellschaftlich:** Die Schädigung oder Fähigkeitsstörung wirkt sich negativ auf die soziale Rolle, zum Beispiel im Freundeskreis oder in der Familie, aus (**Beeinträchtigung**).

Die medizinische Rehabilitation verfolgt damit einen umfassenden Anspruch, der sich nicht nur auf Ziele im organischen Bereich reduzieren läßt. Nach Petermann und Warschburger (1996, S. 141) müssen die genannten Ebenen jeweils für sich betrachtet werden, da Einflüsse auf einer Ebene nicht notgedrungen zu Veränderungen auf den übrigen führen müssen.

## **1 Zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation**

Im Jahre 1995 betragen die Kosten für Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation über 13,5 Milliarden DM (siehe Krischke & Petermann in diesem Buch), wobei die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen diese Mittel aufbrachten. Die Kostenträger verfolgen mit Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation dabei verschiedene Ziele. So dient nach der Auffassung der Rentenversicherungsträger (VDR, 1992) die medizinische Rehabilitation dazu, die Erwerbsfähigkeit und die Integration des Versicherten in Familie, Beruf und Gesellschaft zu erhalten, zu verbessern oder zu stabilisieren. Den Betroffenen soll ein verbesserter Umgang mit der Krankheit ermöglicht werden; sie sollen dazu befähigt werden, aktiv die Beschwerden und Funktionseinschränkungen zu bewältigen (vgl. Weber-Falkensammer & Vogel in diesem Buch).

Die medizinische Rehabilitation kann der Wiedereingliederung im Beruf und Alltag nach einem akuten Krankheitsereignis (z.B. einem Herzinfarkt) oder Unfällen dienen (vgl. Badura, Grande, Janßen & Schott, 1994; Buschmann-Steinhage & Vogel, 1995). Im Regelfall bezieht sich die medizinische Rehabilitation jedoch auf die Behandlung und psychosoziale Unterstützung chronisch Kranker. Durch die Fortschritte in der medizinischen Versorgung sind immer mehr Menschen über lange Zeiträume chronisch krank; hinzukommt der demographische Wandel der Bevölkerung (= die Zunahme der Anzahl alter und älterer Menschen).

Der geriatrischen Rehabilitation kommt im Kontext der neu eingeführten Pflegeversicherung eine eigenständige Stellung zu, wobei zu erwarten ist, daß nach dem Slogan Reha vor Rente nun das Prinzip Reha vor Pflege in die Diskussion eingeführt wird (vgl. Weber-Falkensammer & Vogel in diesem Buch). Psychologische Ansätze zur Förderung der Selbständigkeit geriatrischer Patienten werden zur Zeit intensiv diskutiert (vgl. Zank, 1995; s. Haag & Bayen in diesem Buch).

In Deutschland bestehen zur Zeit ungefähr 1400 Rehabilitationskliniken und mehr als 100 ambulante beziehungsweise teilstationäre Einrichtungen, die Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durchführen. Zudem findet in vielen Suchtberatungs- oder Suchtbehandlungsstellen medizinische Rehabilitation statt. Buschmann-Steinhage und Vogel (1995, S. 178) weisen, bezogen auf den psychiatrischen Bereich, darauf hin, daß in manchen Fällen nur schwer zwischen kurativer Behandlung und Rehabilitation abgegrenzt werden kann. So werden von psychiatrischen Krankenhäusern auch rehabilitative Leistungen erbracht.

In Tabelle 1 erfolgt eine Übersicht über die Anzahl der Reha-Maßnahmen im Jahre 1994; sie gibt Aufschluß darüber, welche Kostenträger an der Finanzierung der Reha-Maßnahmen beteiligt waren. Von diesen Maßnahmen dienten ungefähr 1,4 Mill. der medizinischen und ca. 432.000 der beruflichen Rehabilitation; über 91.000 Maßnahmen verfolgten als Ziel die soziale Eingliederung.

**Tabelle 1:** Träger von Reha-Maßnahmen (aus: Statistisches Bundesamt, 1997).

<b>Träger</b>	<b>Anzahl</b>
Krankenversicherung	388.796
Rentenversicherung	977.818
Unfallversicherung	107.157
Kriegsopferversorgung/-fürsorge	64.542
Arbeitsförderung	320.769
Begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben	14.602
Sozialhilfe	49.300
Summe	1.922.984

Die medizinischen Indikationsstellungen sind dabei sehr ungleich verteilt (vgl. Tab. 2). So vereinigt die Gruppe der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mehr als 40% aller Reha-Maßnahmen; vergleichbar große Indikationsgruppen stellen psychische Störungen (vor allem Suchterkrankungen) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit jeweils ca. 12 bis 13% aller Reha-Maßnahmen dar. An vierter Stelle rangieren Atemwegskrankheiten, die zwischen fünf und sechs Prozent aller Indikationen ausmachen. In Tabelle 2 sind die Indikationen für Kinder und Jugendliche nicht separat aufgeführt (vgl. jedoch eine Aufstellung in Wiedebusch, Petermann & Warschburger in diesem Buch); die Kinderrehabilitation spielt zahlenmäßig mit ungefähr drei Prozent insgesamt eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 2 zeigt auch, daß zwischen Frauen und Männern erhebliche Unterschiede in den Indikationen auftreten. Knapp 60% der Reha-Maßnahmen werden von Männern in Anspruch genommen, wobei erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen vor allem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfallfolgen und Verletzungen auffallen.

Die medizinische Rehabilitation ist für die Profilierung der Klinischen Psychologie zentral: Da weder in der Akutmedizin noch bei niedergelassenen Ärzten Psychologen in einem nennenswerten Umfang mitarbeiten, handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation um das größte Arbeitsfeld für Psychologen in der Medizin. Vor allem durch die Vorgaben der Rentenversicherungsträger (vgl. VDR, 1992) arbeitet in Deutschland de facto in jeder Rehabilitationsklinik wenigstens ein Diplom-Psychologe; viele Einrichtungen sind stark inter-

disziplinar ausgerichtet und beschäftigen mehrere Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialpädagogen.

**Tabelle 2:** Indikationsstellung in der Rehabilitation (aus: Statistisches Bundesamt, 1997).

<b>Erkrankungen</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Männlich</b>	<b>Weiblich</b>
Infektionskrankheiten	9.107	6.053	3.054
Neubildungen	114.503	41.696	72.807
Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	57.132	29.190	27.942
Psychische Störungen	243.062	126.794	116.268
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	62.470	36.647	25.823
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	222.734	142.132	80.602
Atemwegserkrankungen	95.684	51.808	43.876
Krankheiten der Verdauungsorgane	30.100	17.628	12.472
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	725.242	384.734	340.508
Schädelfraktur, Frakturen der Wirbelsäule, des Rumpfskeletts, der Extremitäten; intrakranielle Verletzungen	79.622	52.462	27.160
Traumatische Abtrennung von Gliedmaßen oder Teilen von Gliedmaßen (Amputationen)	20.380	19.339	1.041
Sonstige Verletzungen und Schädigungen	49.453	39.298	10.155
Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen (incl. postoperativer Zustände)	1.951	1.055	896
Sonstige Krankheiten und Schäden	89.836	39.307	50.529
<b>Summe</b>	<b>1.801.276</b>	<b>988.143</b>	<b>813.1331</b>

Die seit 1996 intensiv geführte Diskussion um mögliche Einsparungen in der medizinischen Rehabilitation läßt die Frage nach der Rehabilitationsbedürftigkeit in einem neuen Licht erscheinen. So besteht eine wichtige Aufgabe der Kostenträger, den "bedürftigen" Patienten zum richtigen Zeitpunkt, das heißt möglichst früh, einer geeigneten Rehabilitation zuzuweisen (vgl. auch Heubrock & Petermann in diesem Buch). Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist optimal, wenn alle Rehabilitationsbedürftigen möglichst frühzeitig im richtigen Setting (ambulant, teilstationär oder stationär) rehabilitiert werden und alle Nicht-Bedürftigen erkannt und ausgeschlossen werden (vgl. Petermann, Schmidt & Vogel, 1996). Neben einer solchen angemessenen Indikationsstellung spielen heute verstärkt Aspekte der Kostenreduzierung oder des effektiven Einsatzes der vorhandenen Finanzmittel eine Rolle (vgl. Krischke & Petermann in diesem Buch; s.a. Volmer, 1997; Wettengel & Volmer, 1994).

## **2 Verhaltenspsychologie und medizinische Rehabilitation**

Schon 1992 erschien von Weber-Falkensammer eine interessante Zusammenstellung über psychologische Interventionsverfahren in der medizinischen Rehabilitation, die sich in erster Linie auf verhaltensmedizinische Ansätze bezieht. An dieser Publikation wird offensichtlich, wie stark die Verhaltensmedizin (Verhaltenstherapie) in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren die medizinische Rehabilitation beeinflusste. Schon sehr früh wurden wichtige Prinzipien der Verhaltenstherapie in der Medizin angewandt, um effektive Interventionen zu entwickeln, die einem interdisziplinär orientierten, biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit entsprachen (vgl. Koch, Lucius-Hoene & Stegie, 1988; Petermann, 1996; Vogel, 1993).

Zielke gibt in dem vorliegenden Buch eine Übersicht über Ziele und Methoden der Verhaltenstherapie, wie sie sich seit Anfang der 80er Jahre vor allem in Psychosomatischen Kliniken durchsetzen. Der Beitrag von Zielke macht - zumindest für die interdisziplinäre Behandlung von Psychosomatik-Patienten - deutlich, daß für den Erfolg einer Verhaltenstherapie auch strukturelle Merkmale bedeutsam sind. Auf die Standardmethoden der Verhaltenstherapie, von Entspannungsverfahren bis Selbstsicherheitstraining, geht ebenfalls Zielke in diesem Buch ein. Diese Methoden haben sich besonders bewährt: So stellte zum Beispiel Zielke (1995) eine Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsanalyse stationärer Verhaltenstherapie im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation vor. Die Studie zeigte - verglichen mit einem Voruntersuchungszeitraum -, daß bei den Reha-Patienten mehr als 50% der Krankheitstage, der Krankenhaustage und des Medikamentenkonsums (bezogen auf Schmerzmittel und Psychopharmaka) reduziert werden konnten.

Die Rehabilitationspsychologie konnte erst durch die Methodenvielfalt der Verhaltensmedizin eine konzeptuelle Grundlage für die medizinische Rehabilitation liefern (vgl. Buschmann-Steinhage & Vogel, 1995, S. 179). Übersichtsarbeiten bzw. Handbücher beziehen sich in erster Linie auf die stationäre Rehabilitation (vgl. Vogel, 1993; Zielke & Sturm, 1994). Für den ambulanten Bereich liegen vorwiegend für die kardiologische, orthopädische und rheumatologische Rehabilitation Ansätze vor (Budde, 1994; Lamparter-Lang, 1992; Langosch, 1992), die sich im wesentlichen als interdisziplinär orientierte Vorgehensweisen zur Patientenschulung begreifen (vgl. Petermann, 1997b). Eine solche Schulung möchte psychosoziale Ressourcen des Patienten aktivieren und Hilfen zur Bewältigung einer chronischen Krankheit anbieten. Grundbegriffe und Trends der Verhaltensmedizin diskutieren Vogel und Weber-Falkensammer im vorliegenden Buch.

Die Fortschritte der Verhaltensmedizin sind in einigen Bereichen immens. So liegen vor allem in der Rheumatologie (vgl. Jungnitsch in diesem Buch) und der Kardiologie (vgl. Rüdell in diesem Buch; s.a. Mittag, 1997; Schwarzer, 1997; Vaitl, 1994) vielfältige Befunde vor, die zu einer Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation beitragen. In manchen Gebieten entwickeln sich verhaltensmedizinische Methoden erst jetzt zur Praxisreife: So gelang es in dieser Auflage erstmals, verhaltensmedizinische Methoden in der neurologischen Rehabilitation zu dokumentieren. Die neurologische Rehabilitation weist ein besonders differenziertes Reha-System auf, wobei vor allem die Erfolge der Frührehabilitation beachtlich sind. In vielen Fällen unterscheidet sich die neurologische Rehabilitation von ihren Vorgaben und ihrem Zeitbedarf von den übrigen Bereichen der medizinischen Rehabilitation deutlich (vgl. Bulla-Hellwig, 1996; Wenz & Gallasch, 1996; Heubrock & Petermann in diesem Buch).

Neu in dieser Auflage wurde die Rehabilitation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher aufgenommen (vgl. Wiedebusch, Petermann & Warschburger in diesem Buch). Die Hautindikationsgruppen der Kinderrehabilitation sind:

- Atemwegserkrankungen (vor allem Asthma bronchiale),
- Adipositas und
- Hauterkrankungen (vor allem Neurodermitis).

Die Bedeutung der Kinderrehabilitation wird noch dadurch unterstrichen, daß die Kindheit als optimale Entwicklungsphase betrachtet wird, um Krankheiten und deren psychosozialen Folgen entgegenzuwirken (vgl. Petermann & Warschburger, 1996; Richards, Elliott, Cotliar & Stevenson, 1995). Generell sind Verhaltensweisen, die im Kindesalter aufgebaut werden, sehr überdauernd (Bonner & Finney, 1996). Gelingt es, im Rahmen der Kinderrehabilitation gesundheitsrelevantes Verhalten zu vermitteln und aktiv einzuüben, dann ist die Chance am größten, daß dieses langfristig beibehalten wird.

Zu einzelnen Bereichen liegen jedoch sehr umfassende und praxisorientierte Darstellungen vor: Sie beziehen sich sowohl auf die Einsatzmöglichkeiten einzelner Methoden (z.B. Entspannungsverfahren; vgl. Petermann & Vaitl, 1994) als auch auf die Darstellung komplexer verhaltensmedizinischer Interventionsprogramme in der Rehabilitation. So berichten Petermann, Walter, Köhl und Biberger (1993) vom Einsatz des Asthma-Verhaltenstrainings bei Kindern und Jugendlichen in der Langzeitrehabilitation; Basler und Kröner-Herwig (1995) stellten eine Materialiensammlung für den Bereich der Schmerzbewältigung zusammen. Petermann (1995) publizierte für Typ-I- und Typ-II- Diabetiker verhaltensmedizinische Ansätze; hier liegen - vor allem auf die Patientenschulung bezogen - Erfahrungen im ambulanten und stationären Sektor vor. In dieser aktuellen Publikation werden auch Aspekte der verhal-

tensmedizinischen Rehabilitation des Diabetes behandelt (Otto, 1995; Vogel, Benecke-Timp, Gurry, Herrmann & Haupt, 1995), so daß diese Thematik im vorliegenden Buch entfallen konnte.

Eine umfassende Übersicht über verhaltensmedizinische Behandlungsmethoden gibt Tabelle 3, die nach Petermann und Mühlig (1996, S. 716f) modifiziert wurde. Alle aufgeführten Methoden werden in Tabelle 3 durch Anwendungsbeispiele illustriert.

**Tabelle 3:** Verhaltensmedizinische Interventionsmethoden in der Rehabilitation (in Anlehnung an Petermann & Mühlig, 1996).

<b>Interventionen</b>	<b>Beispiele</b>
<b>Psychosoziale und Funktionsdiagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Familienanamnese,</li> <li>● psychosozialer “Funktionsstatus” (soziale Kompetenz, Integration, Ressourcen),</li> <li>● Problem- und Verhaltensanalyse,</li> <li>● Identifikation von Verstärker- und Auslösebedingungen,</li> <li>● neuropsychologische Funktionsdiagnostik</li> </ul>
<b>Patientenschulungsprogramme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aufklärung über die Erkrankung, Entstehungsbedingungen, aufrechterhaltende Bedingungen sowie</li> <li>● über mögliche Behandlungsmagnahmen und notwendige Veränderungen der Lebensführung,</li> <li>● Vermittlung eines wissenschaftlichen Modells zur Erklärung der Krankheit</li> <li>● Einüben von Magnahmen zur Selbstkontrolle und zum “Krankheitsmanagement”,</li> <li>● Steigerung der Compliance,</li> <li>● gezielte Magnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität</li> </ul>
<b>Gesundheitstrainings</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anleitung zur Umstellung von Ernährungs- und Risikoverhalten,</li> <li>● Aufbau von gesundheitsförderlichen Aktivitäten (aerobes Ausdauertraining, dynamisches oder isometrisches Krafttraining) ,</li> <li>● Bewegungsübungen,</li> <li>● Atemschulung (bei Atemwegserkrankungen)</li> </ul>
<b>Entspannungs- trainings</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Progressive Muskelrelaxation,</li> <li>● Autogenes Training,</li> <li>● Biofeedback,</li> <li>● Imaginationsverfahren (z.B. “Reise durch den Körper”)</li> </ul>

<b>Interventionen</b>	<b>Beispiele</b>
<b>Streßbewältigungsprogramme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sensibilisierung für externe Stressoren und Körpersignale,</li> <li>● Vermittlung von Strategien zur Streßbewältigung (gegenregulative Entspannung, Vermeidung übermäßiger Belastungen, Senken des Anspruchsniveaus an die eigene Leistungsfähigkeit),</li> <li>● aktionales Streßbewältigungstraining (Verhaltensübungen unter induziertem Streß)</li> </ul>
<b>Vermittlung von Problemlösestrategien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bearbeitung von Alltagsbelastungen und Lebensproblemen,</li> <li>● Vermittlung von Heutismen, diese systematisch zu analysieren und aktiv zu verändern</li> </ul>
<b>Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstrainings</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vermittlung sozialer Kompetenzen,</li> <li>● Verhaltensübungen und Rollenspiele in der Gruppe</li> </ul>
<b>Aktivitätsübungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verhaltensübungen, Rollenspiele und “Verhaltenshousaufgaben” zur Überwindung von Inaktivität und Rückzugstendenzen</li> </ul>
<b>Verhaltensmodifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abbau von unerwünschtem und sukzessiver Aufbau des Zielverhaltens mittels verhaltenstherapeutischer Techniken (Selbstbeobachtung, Fremd- und Selbstkontrolle, Aversionstherapie, Desensibilisierung, operante Konditionierung)</li> </ul>
<b>Kognitiv-therapeutische Interventionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Stärkung der Motivation, Kontrollüberzeugungen (Attributionsstil), Selbstwirksamkeit und Compliance,</li> <li>● kognitive Umstrukturierung (bzgl. Krankheitsfolgen und Lebensperspektive),</li> <li>● Gedankestop-Technik,</li> <li>● positive Selbstverbalisation</li> </ul>
<b>Psychologische Bewältigung von Schmerzen, Therapiebelastungen und -nebenwirkungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Techniken der Aufmerksamkeitssteuerung (Ablenkung, Imagination),</li> <li>● der Selbstkontrolle und des Selbstmanagements,</li> <li>● kognitive Umdeutung (Aufbau schmerzinkompatibler Kognitionen, Neubewertung der Schmerzen)</li> </ul>
<b>Themenzentrierte (Kurz-) Psychotherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bearbeitung psychosozialer Krankheitsfolgen</li> <li>● und psychischer Sekundärsymptome (z.B. Angst, Depression) sowie</li> <li>● psychogener Faktoren der organischen Erkrankung (Psychosomatik),</li> <li>● intensive Einzel- und Gruppentherapie in der Suchtrehabilitation</li> </ul>

Sehr weit vorangeschritten sind Bemühungen im Sektor der Rehabilitation von Atemwegserkrankungen (vgl. Petro, 1994). Auch die verhaltensmedizinische Perspektive wurde in diesem Kontext bereits gewürdigt (vgl. Petermann, Niebank & Petro, 1997). Ein vor kurzem vorgelegter Band zum Thema “Asthma und Allergie” liefert eine ausführliche Übersicht über verhaltensmedizini-

sche Anwendungen in diesem Bereich (vgl. Petermann, 1997a). Einige Aspekte unter dem Blickwinkel der Rehabilitation von Asthma-Patienten vertiefen Kaiser, Lütke Fremann und Schmitz in diesem Buch.

Für den Bereich der juvenilen chronischen Arthritis berichten Truckenbrodt und von Altenbockum (1994) über interdisziplinäre Ansätze, die verhaltensmedizinische Elemente beinhalten (vgl. Jungnitsch, 1997; s.a. auch Jungnitsch in diesem Buch).

### **3 Entwicklungstendenzen der medizinischen Rehabilitation**

In den letzten Jahren ist die medizinische Rehabilitation immer starker aus ihrem Schattendasein herausgekommen; das Negativ-Image von Badekur und Kururlaub läßt sich durch die einsetzende Konzeptentwicklung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftliche Effektivitätsstudien (vgl. Delbrück & Haupt, 1996; Kruschke, 1996; Warschburger, 1996) abbauen. Der Initiative und den Ergebnissen der Reha-Kommission kommt das Verdienst zu, wichtige Grundlagen eines Qualitätssicherungsprogrammes beschrieben zu haben (vgl. Schaub & Schliehe, 1994; s.a. Tiefensee & Koch in diesem Buch). Verhaltensmedizinische Konzepte fundieren eine interdisziplinäre Sichtweise und grenzen von Alternativ-Medizin positiv ab (vgl. Nolte, 1995).

Allmählich etabliert sich in verschiedenen Bereichen (Medizin, Klinische Psychologie, Behindertensport, Rehabilitationspädagogik) ein Spektrum, das langfristig zur Profilierung der Rehabilitationswissenschaften führen kann. Forschungsprogramme wurden auf den Weg gebracht und Forschungsthemen existieren in großer Zahl. Einige sollen kurz benannt werden (vgl. auch VDR, 1992):

- **Neustrukturierung der psychosomatischen Versorgung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation** (vgl. Wille, Irle, Klosterhuis & Nischan, 1997).
- **Ausbau der ambulanten und teilstationären Rehabilitation**, die zu abgestuften Angeboten beitragen und eine effektive Hilfe im Einzelfall gestatten (vgl. Müller-Fahrnow, 1994; Schott, 1996).
- **Flexibilisierung der Rehabilitationsdauer**; dies bedeutet, die Behandlungszeit zukünftig starker vom Verlauf der Rehabilitation abhängig zu machen. Fixe Rehabilitationszeiten (in der Regel 3 oder 4 Wochen) sollten zumindest für ausgewählte Indikationsbereiche, zum Beispiel in der Neurologie, Kardiologie oder Orthopädie, verändert werden (vgl. BfA, 1995). Dafür werden **Intervallbehandlungen** empfohlen, bei denen sich ambulante

und stationäre Maßnahmen über einen längeren Zeitraum hinweg abwechseln können. Ergebnisse zur Beurteilung flexibilisierter Rehabilitationsleistungen durch die Patienten liegen inzwischen vor (vgl. Petermann, Niebank & Bergmann, 1996).

- **Frührehabilitation:** Mit der Anschluß-Heilbehandlung wurde eine pragmatische, institutionelle Regelung entwickelt, die eine hohe Akzeptanz fand. Die Probleme bei der rechtzeitigen Einleitung von Reha-Maßnahmen nach der Akut-Behandlung sind damit jedoch noch nicht gelöst. Vor allem in der Neurologie zeigt es sich, daß die Akut-Behandlung im Krankenhaus nicht in der Lage ist, eine frühzeitige und umfassende Rehabilitation einzuleiten. Für diese Bereiche wird vorgeschlagen, Frührehabilitation - möglicherweise zu Lasten der Krankenversicherung - in Rehabilitationskliniken durchzuführen (vgl. Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation, 1994; s.a. Heubrock & Petermann in diesem Buch).
- **Ausweitung der Nachsorgeleistungen:** Chronische Krankheiten setzen auch Reha-Maßnahmen voraus, die über den begrenzten Zeitraum einer stationären Rehabilitation hinausgehen. Eine verstärkte Nachsorge über die bereits jetzt üblichen Initiativen hinaus (vgl. Teilnahme an Herzinfarkt- oder Asthma-Sportgruppen, Rheumafunktionstraining, Suchtnachsorge) wird die Effektivität der medizinischen Rehabilitation erhöhen. Im Rahmen solcher Konzepte besitzen verhaltensmedizinische Ansätze (z.B. Patientenschulungen; vgl. Warschburger, Niebank & Petermann, 1997; Petermann 1997b) eine besonders große Bedeutung.

Das vorliegende Lehrbuch versuchte relativ umfassend und in unterschiedlichen Indikationsfeldern, die verhaltensmedizinischen Ansätze in der Rehabilitation zu illustrieren. Alle Beiträge verdeutlichen - in unterschiedlicher Konkretheit und Praxisnähe - wie eng die Perspektive der medizinischen Rehabilitation mit den Fortschritten in der Verhaltensmedizin verknüpft ist.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des VDR (1994). Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, 2, 111-127.
- Badura, B., Grande, G., Janßen, H. & Schott, T. (1994). Evaluation kardiologischer Rehabilitation. Betriebskrankenkasse, 82, 500-512.
- Basler, H.-D. & Kröner-Herwig, B. (1995) (Hrsg.). Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. München: Quintessenz.
- Bonner, M.J. & Finney, J. W. (1996). A psychosocial model of children's health Status. In T.H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 18, 231-282). New York: Plenum.
- Budde, H. (1994). Die Wiesbadener Rückenschule. Frankfurt: Lang.
- Bulla-Hellwig, M. (1996). Neuropsychologische Interventionen: Loht der Aufwand? *Report Psychologie*, 21, 800-808.
- Bundesanstalt für Angestellte (1995)(Hrsg.). *Rehabilitation 1994*. Berlin: BfA.
- Buschmann-Steinhage, R. & Vogel, H. (1995). Psychologie in der Rehabilitation - eine Einleitung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 27, 177-180.
- Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.)(1996). *Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Jungnitsch, G. (1997). Schulungs- und Trainingsprogramme für Patienten mit chronischer Polyarthrititis. In F. Petermann (Hrsg.). *Patientenschulung und Patientenberatung* (347-374). Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.
- Krischke, N.R. (1996). *Lebensqualität und Krebs*. München: MMV-Quintessenz.
- Koch, U., Lucius-Hoene, G. & Stegie, R. (Hrsg.)(1988). *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Lamparter-Lang, R. (1992). Ambulante Behandlungen von Patienten mit chronischen Gelenk- und Rückenschmerzen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie* (295-310). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Langosch, W. (1992). Kardiologische Rehabilitation aus verhaltensmedizinischer Sicht. In K.P. Kolenda (Hrsg.), *Verhaltensmedizinische Aspekte der koronaren Herzkrankheit* (42-48). Erlangen: Perimed.
- Matthesius, R.-G., Jochheim, K.-A., Barolin, S. & Heinz, C. (Hrsg.) (1995). *Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Mittag, O. (1997). Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation. In F. Petermann (Hrsg.), *Patientenschulung und Patientenberatung* (315-333). Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.
- Müller-Fahrnow, W. (Hrsg.)(1994). *Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung*. Weinheim: Juventa.
- Nolte, D. (1995). Alternative Medizin - glauben an das Unglaubliche? *Medizinische Klinik*, 90, 372-373.
- Otto, H. (1995). Schulung von Diabetikern verschiedener Altersstufen. In F. Petermann (Hrsg.), *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze* (225-236). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1995). *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1996). *Lebensqualität und chronische Krankheit*. München: Dustri.

- Petermann, F. (Hrsg.) (1997a). *Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe, 2. erweit. Auflage.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997b). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.
- Petermann, F. & Mühlig, S. (1996). *Verhaltensmedizin in der medizinischen Rehabilitation: Ein expandierendes interdisziplinäres Arbeitsfeld für Psychologen*. *Report Psychologie*, 21, 712-720.
- Petermann, F., Niebank, K. & Bergmann, K.-C. (1996). *Patientenerwartungen an die pneumologische Rehabilitation*. *Die Rehabilitation*, 35, 224-227.
- Petermann, F., Niebank, K. & Petro, W. (1997). *Neuere Ergebnisse zur Patientenschulung bei Asthmatikern*. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie (115-135)*. Göttingen: Hogrefe, 2. erweit. Auflage.
- Petermann, F., Schmidt, S. & Vogel, H. (1996). *Einstellungen und Unterstützung von Anträgen zur Rehabilitation durch niedergelassene Ärzte. Prävention und Rehabilitation*, 8, 93-103.
- Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.) (1994). *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 2*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Walter, H.J., Köhl, C. & Biberger, A. (1993). *Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern und Jugendlichen (AVT)*. München: Quintessenz.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1996). *Medizinische Kinderrehabilitation: Anforderungen und Konzepte. Prävention und Rehabilitation*, 8, 140-149.
- Petro, W. (Hrsg.) (1994). *Pneumologische Prävention und Rehabilitation*. Berlin: Springer.
- Richards, J.S., Elliott, T.R., Cotliar, R. & Stevenson, V. (1995). *Pediatric medical rehabilitation*. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology (703-722)*. London: Guilford.
- Schaub, E. & Schliehe, F. (1994). *Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung*. *Deutsche Rentenversicherung*, 11, 102-110.
- Schott, T. (1996). *Rehabilitation und Wiederaufnahme der Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 2. erweit. Auflage
- Statistisches Bundesamt (1997). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Truckenbrodt, H. & von Altenbockum, C. (1994). *Schmerzen bei juveniler chronischer Arthritis: Auswirkungen auf den Bewegungsapparat*. In F. Petermann, S. Wiedebusch & T. Kroll (Hrsg.), *Schmerz im Kindesalter (301-312)*. Göttingen: Hogrefe.
- Vaitl, D. (1994). *Herz-Kreislauf-erkrankungen*. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 2 (106-130)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Vogel, H. (1993). *Verhaltensmedizin in der medizinischen Rehabilitation*. *Deutsche Rentenversicherung*, 7-8, 234-243.
- Vogel, H., Benecke-Timp, A., Gurry, J., Herrmanns, R. & Haupt, E. (1995). *Ergebnisse einer Patientenschulung für Diabetiker in der stationären Rehabilitation*. In F. Petermann (Hrsg.), *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze (245-268)*. Göttingen: Hogrefe.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1992). *Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt: VDR.

- Volmer, T. (1997). Wirtschaftlichkeitsüberlegungen bei Patientenschulungen. In F. Petermann (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenbetreuung (101-120). Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.
- Warschburger, P. (1996). Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter. München: MMV-Quintessenz.
- Warschburger, P., Niebank, K. & Petermann, F. (1997). Patientenschulung bei atopischer Dermatitis. In F. Petermann (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung (283-313). Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.
- Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.)(1992). Psychologische Therapieansätze in der medizinischen Rehabilitation. Stuttgart: Fischer.
- Wenz, C. & Gallasch, M. (1996). Verhaltenstherapeutische Anwendungsfelder in der Neuropsychologie. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 17, 269-294.
- Wettengel, R. & Volmer, T. (1996). Asthma - Medizinische und ökonomische Bedeutung einer Volkskrankheit. Stuttgart: Rupp.
- Wille, G., Irle, H., Klosterhuis, H. & Nischan, P. (1997). Psychosomatik - trotz "Sparpaket" ein zentraler Bereich der medizinischen Rehabilitation. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 37, 13-21.
- Zank, S. (1995). Geriatrische Rehabilitation und gerontologische Interventionsmöglichkeiten. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 27, 231-243.
- Zielke, M. (1995). Veränderungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit als Kriterium zur Beurteilung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit stationärer Verhaltenstherapie. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 30, 104-130.
- Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.)(1994). Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.