

Grundbegriffe und Trends der Verhaltensmedizin

Heiner Vogel und Hartmut Weber-Falkensammer

1 Zum weiten Rahmen der Verhaltensmedizin

“Verhaltensmedizin ist ein Forschungsfeld, das sich mit der Entwicklung und Integration der für die Gesundheits- und Krankheitsprobleme relevanten Wissenschaften und mit der Anwendung dieser Erkenntnisse und Techniken im Hinblick auf die Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation beschäftigt.” Diese programmatische Beschreibung von Schwartz und Weiss (1978) wird heute allgemein als Arbeitsdefinition der Verhaltensmedizin akzeptiert. Miltner, Birbaumer und Gerber (1986, S. 1) verstehen darunter den “Versuch, die Bedeutung physiologischer, behavioraler und subjektiver Faktoren bei der Ätiologie und Behandlung medizinischer Problemstellungen aufzuzeigen und diese Faktoren zu einem adäquaten Modell zusammenzufassen.”

Auf die Frage, was eigentlich konkret mit dem Begriff “Verhaltensmedizin” bezeichnet wird, welche Fragestellungen in der Verhaltensmedizin behandelt werden und wo die Grenzen dieses “neuen Wissenschaftsgebietes” (wie es häufig bezeichnet wird) liegen, findet man in der Literatur eine Reihe von Widersprüchen oder - vorsichtiger formuliert - ausgeprägte Unklarheiten. Die Ziele, Aufgaben und Inhalte der Verhaltensmedizin sind alles andere als einheitlich beschrieben. Dabei lassen sich mehrere Spannungsfelder aufzeigen:

- Verhaltensmedizin als Anwendung von Verhaltenstherapie in der Medizin oder als Einbeziehung klinisch-psychologischer Ansätze in die Medizin,
- Verhaltensmedizin als Grundlagenwissenschaft oder als Anwendungsfeld,
- Verhaltensmedizin bei somatischen und/oder psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen,
- Verhaltensmedizin als integrativer Behandlungsansatz für Krankheiten oder als komplexe Sichtweise von Krankheit und Gesundheit
- und schließlich steht die Verhaltensmedizin auf der institutionellen Ebene im Spannungsfeld zwischen Psychosomatik, Klinischer Psychologie und Medizinischer Psychologie.

1.1 Anwendung von Verhaltenstherapie in der Medizin versus Einbeziehung klinisch-psychologischer Ansätze in die Medizin

Im deutschen Sprachraum taucht der Begriff der Verhaltensmedizin vermutlich erstmals in der Übersetzung des "Annual Review of Behavior Therapy - Theory and Practice" von Franks und Wilson (1979) auf. Das Kapitel "Behavioral Medicine" wurde damals jedoch noch mit "Verhaltenstherapie in der Medizin" übersetzt. Die mit dieser frühen Übersetzung vorgenommene Begriffsverschiebung (die starke Gewichtung der Verhaltenstherapie) weist auf eine Problematik hin, die Schmidt (1983) anhand der ebenfalls etwas ungenauen Übersetzung "Verhaltensmedizin" ausführlicher diskutiert: Solange sich die "behavioral medicine" auf die Übertragung und Anwendung der Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie auf die Medizin beschränke, laufe sie Gefahr, einen weiten Bereich psychologischer Theorien- und Methodenentwicklung auszuklammern.

Der angedeutete Widerspruch löst sich auf, wenn man nach dem modernen Verständnis von Verhaltenstherapie fragt. Kuhr (1994, S. 6) schreibt dazu: "Verhaltenstherapie basiert wesentlich auf psychologischer Grundlagenforschung. Ihre Entwicklung ist eng mit den Fortschritten der empirischen Psychologie verknüpft. Bildete ursprünglich die behavioristische Lerntheorie die Basis verhaltenstherapeutischer Herangehensweise, sind in den letzten Jahren solche therapeutischen Methoden bedeutsam geworden, die kognitiven Prozessen eine wichtige Rolle im therapeutischen Geschehen zuweisen. Damit ist der Grundgedanke, daß das beobachtbare Verhalten Verankerungspunkt jeder theoretischen Aussage zu sein hat, nicht aufgegeben. Nach wie vor besteht das Ziel, die Behandlung in möglichst objektiven und operationalisierbaren Begriffen zu spezifizieren, so daß die Techniken replizierbar sind."

In ähnlicher Weise stellen auch Margraf und Lieb (1995) die wesentlichen Merkmale einer modernen Verhaltenstherapie dar: Sie orientiere sich an der empirischen Psychologie, sei problem-, handlungs- und zielorientiert, setze an prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des Problems an, bemühe sich um Transparenz und die "Hilfe zur Selbsthilfe" und sei durch ständige Weiterentwicklung gekennzeichnet. Verhaltenstherapie integriert damit neben der Lernpsychologie auch die Erkenntnisse und Ansätze der Klinischen Psychologie, der Sozialpsychologie, der Motivationsforschung, der Entwicklungs- und der kognitiven Psychologie, so daß eine hinreichende theoretische Fundierung gegeben ist.

Offen bleibt die Frage, auf welcher Basis die Handlungskonzepte in der Verhaltensmedizin fußen. Hier scheint es sachgerecht, davon auszugehen, daß der verhaltensmedizinische "Gesamtbehandlungsplan" neben somatischen, be-

wegungstherapeutischen und anderen Ansätzen auch ausdrücklich verhaltenstherapeutische Methoden integriert. Letztere stellen einen breiten Fundus an gut überprüften Verfahren zur Verhaltensmodifikation und zur Veränderung von Einstellungen, Motivationen und Verhalten dar, wie sie gerade in der Verhaltensmedizin nutzbar gemacht werden können.

1.2 Verhaltensmedizin als Grundlagenwissenschaft oder Anwendungsfeld?

Der Begriff "behavioral medicine" wird auf eine Publikation von Birk aus dem Jahre 1973 "Biofeedback: Behavioral Medicine" zurückgeführt (Blanchard, 1982). Birk meinte damit die Anwendung von Biofeedback-Verfahren bei somatischen Störungen. Auch andere Autoren sehen in der Verhaltensmedizin zunächst nur die Nutzung verhaltenstherapeutischer oder klinisch-psychologischer Methoden für die traditionellen medizinischen Felder. Um einen gewissen Anhaltspunkt dafür zu erhalten, ob die "etablierte" Verhaltensmedizin sich eher dem Anwendungsbereich oder der Grundlagenforschung zuordnen läßt, wurden in Ermangelung anderer Indizes die Beiträge der jüngsten Kongresse und Fachtagungen zur Verhaltensmedizin in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation, 1993, 1995; Florin, Hahlweg, Haag, Brack & Fahrner, 1989; o.A., 1991, 1992; Wahl & Hautzinger, 1989) herangezogen. Hier ergibt sich ein heterogenes Bild: Viele Referate befassen sich erwartungsgemäß mit der Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in somatischen Fächern der Medizin; andere sind typischen verhaltenstherapeutischen Themen oder Fragestellungen bei der Behandlung psychischer Störungen gewidmet.

Ein großer Teil der Beiträge befaßte sich nur im weiteren Sinne mit Therapieforschung, insofern man darunter auch die Untersuchung pharmakologischer und physiologischer beziehungsweise neurophysiologischer Grundlagen, Wirkungsweisen und Ergebnisse therapeutischer Prozesse versteht. Häufig werden jedoch differenzierte grundlagenorientierte Forschungen vorgestellt, die auch bei größtem Bemühen nur wenig Anwendungsbezug besitzen (selbst wenn sie in einer Klinik oder Praxiseinrichtung durchgeführt wurden). Einige Titelbeispiele: "Speichelkortisolkonzentration unter Belastung bei männlichen Jugendlichen mit unterschiedlicher prä- und perinataler Risikoausprägung", "Benzodiazepin-Rezeptor-Bindung bei Panikstörung gemessen mit Jomazenil-Spect^R", "Osteoporose bei Anorexia nervosa im Querschnitt und Verlauf". Diese Beiträge sind jedoch die Minderheit, so daß angenommen werden kann, daß die Verhaltensmedizin, so wie sie sich auf ihren Fachtagungen (in Deutschland) darstellt, eher eine Anwendungs- als Grundlagenwissenschaft ist.

1.3 Verhaltensmedizin bei somatischen und/oder psychischen Erkrankungen?

Vielfach wird mit dem Begriff Verhaltensmedizin das Einbeziehen verhaltenstherapeutischer Methoden in der somatischen Medizin beschrieben und eine Abgrenzung zur Beschäftigung mit psychischen Störungen angestrebt. Betrachtet man die Beiträge der erwähnten Fachtagungen, zeigt sich, daß in der Praxis sehr vieles unter dem Dach der Verhaltensmedizin Platz findet, was mit diesem Verdikt nicht übereinstimmt. Dort stehen die psychischen Störungen beinahe ebenso oft im Mittelpunkt der vorgestellten Projekte wie somatische Störungen.

Kliniken, die in Deutschland "Verhaltensmedizin" in ihrem Titel führen, sind schließlich ebenfalls weit überwiegend solche mit psychischer oder psychosomatischer Hauptindikation. In diesen Kontext paßt die Darstellung eines erweiterten Verständnisses der Verhaltensmedizin von Hautzinger und Wahl (1989, S. 24): "Verhaltensmedizin läßt sich aus unserer Sicht als Denk- und Handlungsmodell für Forschung und Praxis verstehen, das es erlaubt, die für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sich ständig erweiternden Erkenntnisse und Methoden der Medizin- und der Verhaltenswissenschaften für die Heilkunde zu nutzen und zu integrieren. (. . .) Der inhaltliche Schwerpunkt liegt dabei sowohl auf körperlichen Erkrankungen, physiologischen Veränderungen und somatischen Störungen (. . .), als auch auf der Berücksichtigung psychischer und psychiatrischer Störungen. Im Rahmen biopsychosozialer Modelle ist die Dichotomie von körperlich begründbaren und sogenannten psychosomatischen Krankheiten nicht mehr haltbar."

Es besteht offenbar keine Einigkeit über den Bereich von Krankheiten, mit dem sich Verhaltensmediziner beschäftigen wollen. Während der allgemeine Trend offenbar dahin geht, jegliche Einbeziehung klinisch-psychologischer beziehungsweise verhaltenstherapeutischer Ansätze in das gesamte Feld der Medizin "Verhaltensmedizin" zu nennen, gibt es unseres Erachtens auch gute Gründe, sich eher an die Klassiker der Verhaltensmedizin zu halten, die sich nur auf die Anwendung verhaltenstherapeutischer beziehungsweise klinisch-psychologischer Ansätze bei somatischen Erkrankungen beziehen. Ansonsten wäre eine Unterscheidung der Begriffe Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin nur noch dadurch möglich, daß die Verhaltenstherapie sich als Teilmenge der Verhaltensmedizin versteht, was wissenschaftshistorisch und auch sachlich nicht haltbar ist. Andererseits wird Verhaltenstherapie üblicherweise als (spezielle) Psychotherapiemethode verstanden, während Verhaltensmedizin a priori nicht in den Kontext der Psychotherapie fällt und fallen soll.

1.4 Verhaltensmedizin als Behandlungsansatz für Krankheiten oder ganzheitliche Sichtweise von Krankheit und Gesundheit

Der verhaltensmedizinische Ansatz impliziert eine Sichtweise, bei der Krankheit nicht als zu vermeidender Zustand erscheint, der sich kategorial von Gesundheit unterscheiden läßt, sondern als Pol eines Kontinuums, der durch verschiedene Faktoren zu bestimmen ist. Insofern ist die Beschäftigung mit Prävention und den Bedingungen von Gesundheit ein wesentlicher Anspruch, der sich bereits aus der programmatischen Definition der Verhaltensmedizin von Schwartz und Weiss (1978) ergibt. In der Praxis der Verhaltensmedizin spielt Prävention jedoch - wie sich in den Programmen der Verhaltensmedizin-Kongresse zeigt - keine relevante Rolle. Das mag unterschiedliche gute Gründe haben, bedeutet aber, daß dieser Anspruch der Verhaltensmedizin vorerst nicht eingelöst wird.

1.5 Verhaltensmedizin zwischen Psychosomatik und Klinischer Psychologie

Psychosomatik beziehungsweise psychosomatische Medizin läßt sich nach Bräutigam, Christian und von Rad (1992, S. 2) definieren als “. . . die Heilkunde und Wissenschaft der gegenseitigen Beziehungen von seelischen und körperlichen Vorgängen, die den Menschen in engem Zusammenhang mit seiner Umwelt begreifen.” Folgt man dem bereits erwähnten Selbstverständnis der Verhaltensmedizin, dann müßte man sie als typischen Schwerpunkt oder gar als Synonym für Psychosomatik verstehen. Die Institute für Psychosomatik in Deutschland sind aber durchgängig tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch ausgerichtet, so daß ihnen der Ansatz und die Handlungsorientierung der Verhaltensmedizin alles andere als vertraut sind. Entsprechend sind auch die üblichen Lehrbücher der Psychosomatik für Medizinstudenten gestaltet: Hier finden sich zum Stichwort “Verhaltenstherapie” nur wenige Zeilen oder kurze Absätze, die eher die traditionelle Verhaltenstherapie der 60er oder frühen 70er Jahre darstellen, und dies darüber hinaus sehr oberflächlich und oft abwertend. Das Stichwort “Verhaltensmedizin” taucht meist gar nicht auf.

Die “wissenschaftliche Heimat” der Verhaltensmedizin ist eher in den Hochschuleinrichtungen für Klinische Psychologie und zunehmend häufiger auch in den Abteilungen für Medizinische Psychologie zu finden - sofern diese nicht den Abteilungen für Psychosomatik angeschlossen sind - aber auch in vielen klinischen Einrichtungen, die immer häufiger - entsprechend dem klassischen Anspruch der Verhaltenstherapie - evaluativ und forschend tätig sind. Bei den erwähnten Kongressen für Verhaltensmedizin stammt beispielsweise ein sehr großer Anteil von Forschungsprojekten direkt aus verhaltensmedizinischen

Kliniken oder aus anderen nicht-universitären Forschungseinrichtungen. Diese Situation ist erstaunlich und beklagenswert zugleich.

2 Diffusion verhaltensmedizinischer Ansätze in der Medizin

Besonders deutlich wird das verhaltensmedizinische Vorgehen im Rahmen der Behandlung chronischer Schmerzzustände (vgl. Petermann, Wiedebusch & Kroll, 1994) oder des sogenannten essentiellen Bluthochdrucks (siehe Rüdell in diesem Buch). Für beide ursprünglich als rein organisch bezeichnete Krankheiten sind inzwischen eine Vielzahl von Einflußfaktoren belegt, die sowohl im diagnostischen als auch therapeutischen Bereich ein interdisziplinäres Vorgehen unabdingbar machen. Weitere Anwendungsbereiche der Verhaltensmedizin lassen sich störungsunabhängig (z.B. Compliance, prä- und postoperative Betreuung, Prävention, chronisches Krankheitsverhalten) oder störungsspezifisch definieren. Miltner, Birbaumer und Gerber (1986) zeigen, daß spezifische verhaltensmedizinische Ansätze beinahe in allen Fachbereichen der Medizin zu einer wichtigen Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten führen können (z.B. beim Asthma bronchiale, beim sog. Weichteilrheumatismus, bei neurologischen Störungen sowie gynäkologischen und pädiatrischen Erkrankungen).

Wenn man allerdings Lehrbücher und Fachzeitschriften der klassischen medizinischen Fächer (Innere Medizin, Orthopädie, Gynäkologie u.a.) daraufhin untersucht, inwieweit aktuelle Forschungsergebnisse der Verhaltensmedizin oder allgemeiner der medizinische Psychologie rezipiert werden, wird man ernüchtert feststellen, daß verhaltensmedizinische Beiträge bislang erst in wenigen Bereichen angemessen berücksichtigt werden, genauso wie psychosoziale Fragestellungen in den somatischen Fächern der Medizin generell nur cursorisch oder am Rande behandelt werden. Die Notwendigkeit zur Verhaltensänderung im therapeutischen Kontext wird zwar für viele medizinische Problemstellungen ausdrücklich genannt, der angehende oder sich weiterbildende Arzt wird aber nicht oder nur oberflächlich darin angeleitet, wie er die Patienten zu einer Verhaltensmodifikation bewegen kann.

Für das neu entstehende Fach "Rehabilitationsmedizin", welches im ärztlichen Bereich seine Entsprechung in der Gebietsbezeichnung 'Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation' beziehungsweise in der Zusatzbezeichnung 'Rehabilitationswesen' findet, bleibt zu hoffen, daß verhaltensmedizinische Ansätze hier gleich zu Beginn einen angemesseneren Stellenwert finden. Das klassische Übersichtsbuch zur Rehabilitation, welches kürzlich in überarbeiteter zweiter Auflage erschienen ist, kennt das Stichwort Verhaltensmedizin noch nicht, auch Verhaltenstherapie erscheint hier nur am Rande (Bundesarbeits-

gemeinschaft für Rehabilitation, 1994). Im 1995 erscheinenden Lehrbuch "Chronische Krankheiten - Rehabilitationsmedizin" wird dagegen bereits des öfteren auf konzeptionelle Ansätze der Verhaltensmedizin verwiesen (Delbrück & Haupt, in Druck).

3 Perspektiven der Verhaltensmedizin für die weitere Entwicklung der Rehabilitation

Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation erfolgen vorwiegend bei chronischen Krankheiten und/oder nach schweren Krankheitsereignissen. Im Zentrum der rehabilitativen Bemühungen steht nicht nur die Heilung einer Krankheit, was bei vielen chronischen Krankheiten auch nicht möglich ist. Vielmehr ist es das Ziel, dem Rehabilitanden zu einer Stabilisierung oder Wiedergewinnung von bedrohten oder funktionsgeminderten Fähigkeiten zu verhelfen, damit Benachteiligungen verhindert und die Integration ins soziale und gegebenenfalls berufliche Umfeld erhalten bleibt (siehe Weber-Falkensammer & Vogel in diesem Buch). Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind daher der Aufbau einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung und eines günstigen Krankheitsverhaltens sowie die Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstbehandlung und Selbsthilfe. Gleichzeitig muß die körperliche Grunderkrankung oder Symptomatik kompetent diagnostiziert und behandelt werden. Der integrierende verhaltensmedizinische Ansatz ist für die medizinische Rehabilitation somit in besonderer Weise geeignet.

Ein weiterer Hinweis auf die Notwendigkeit einer verstärkten Orientierung der Rehabilitation am Verhalten ergibt sich daraus, daß viele Rehabilitanden in unterschiedlicher Weise gesundheitsriskantes Verhalten zeigen ("Risikofaktoren", z.B. falsches Ernährungsverhalten, problematischer Umgang mit Genussmitteln, Bewegungsmangel, falscher Umgang mit Belastungsfaktoren; siehe Rüdell in diesem Buch). Dieses kann einerseits den Krankheitsprozeß negativ beeinflussen und den Verlauf der Therapie erschweren, andererseits die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Folge- und Begleiterkrankungen vergrößern und damit insgesamt die Prognose verschlechtern. Nun liegen auf lerntheoretischer Grundlage qualifizierte und erfolgreiche Behandlungsansätze für die Veränderung von Einstellungen, Motiven und Verhaltensgewohnheiten vor, welche auch für die Veränderung von Risikoverhalten und den Aufbau von Gesundheitsverhalten sinnvoll genutzt werden können.

Das klassische Risikofaktorenmodell ist in letzter Zeit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive vielfach in Frage gestellt worden. Es orientiert sich an medizinischen Modellvorstellungen zur Entstehung von Krankheiten und zielt

auf die Beseitigung von Noxen ab. Empirische Untersuchungen zu diesem theoretischen Ansatz, die inzwischen vielfach durchgeführt wurden, konnten zwar häufig statistisch signifikante Belege für Zusammenhänge einzelner Risikofaktoren mit Krankheitsverläufen finden. Diese waren jedoch überwiegend von geringer, teilweise unerheblicher praktischer Bedeutung, so daß das Modell insgesamt als zu eng betrachtet wurde (Velden, 1994).

Ein komplexes Behandlungskonzept, wie der verhaltensmedizinische Ansatz, ist nicht prinzipiell auf bestimmte Indikationsbereiche beschränkt, denn es gibt keine Störung oder Krankheit, deren Entstehung, Auswirkungen oder Prognose unabhängig von Aspekten der psychischen Konstellation, der Einstellung und des Krankheitsverhaltens gesehen werden können. Daher wird für die Kliniken und Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation - auch bei jenen mit vorwiegend organspezifischer Spezialisierung - zukünftig eine deutlich stärkere Einbeziehung verhaltensmedizinischer Ansätze notwendig sein. In diesem Sinne hat auch die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger die Perspektiven eines verhaltensmedizinischen Ansatzes in der Rehabilitation intensiv beraten und empfohlen, ihn für die Rehabilitation verstärkt zu nutzen (vgl. VDR, 1992).

3.1 Interdisziplinarität

Der Ansatz der Verhaltensmedizin impliziert die Kooperation von Ärzten und Psychologen, ohne daß eine Disziplin von vornherein nachgeordnet wäre. Die Art der Zusammenarbeit und die Frage, welche Fachrichtung in der Behandlung die Hauptverantwortung trägt, sollte sich eher nach den sachlichen Notwendigkeiten richten (Weber, 1995; Winter, 1995). Teamarbeit steht in der rehabilitativen Behandlung im Mittelpunkt: Einerseits geht es in der diagnostischen Problemanalyse insbesondere um das Erkennen funktionaler Zusammenhänge, deshalb sind die Erfahrungen aller therapeutischen Mitarbeiter mit dem Patienten einzubeziehen. Andererseits ist eine institutionalisierte, kontinuierliche und ausführliche Koordination unter den Mitarbeitern erforderlich, die über den Austausch von Fakten deutlich hinausgeht, um eine gemeinsame Sichtweise der Problematik des Patienten zu erhalten und insbesondere zu erreichen, daß alle Mitarbeiter in ihren therapeutischen Bemühungen "an einem Strang ziehen" (vgl. hierzu ausführlicher Zielke & Mark, 1990; siehe Zielke in diesem Buch).

Dies bedeutet für das Gesundheitswesen und speziell für die Ärzteschaft eine Herausforderung, der sie sich zunehmend stellen. Bis vor kurzem war es Ärzten untersagt, mit Psychologen zusammenzuarbeiten. Dies ergab sich aus dem traditionellen Verbot der Zusammenarbeit mit Heilpraktikern, welches

sich die Ärzteschaft in ihrer Berufsordnung auferlegt hatte. Da Psychologen, um strafrechtlich abgesichert Heilkunde betreiben zu dürfen, eine Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz benötigten, war ihnen kurioserweise - zumindest nach den Buchstaben der ärztlichen Berufsordnung - die Zusammenarbeit mit Ärzten verwehrt, was von manchen offiziellen Ärztevertretern auch oft genug angemahnt wurde. In der Praxis entwickelte sich jedoch gleichzeitig immer häufiger eine enge Zusammenarbeit, die kürzlich auch vom Deutschen Ärztetag durch die Erlaubnis zur Gründung von Partnerschaftsgesellschaften mit anderen Heilberufen auch institutionell ermöglicht wurde.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bezieht - entsprechend dem multifaktoriellen Verständnis von Krankheit und Gesundheit - weitere Disziplinen ein. Neben Sozialarbeit/Sozialwissenschaften ist hier auch an Bewegungs- und Physiotherapie und gegebenenfalls weitere Spezialdisziplinen gedacht (wie Ergopädie oder Sprachtherapie). Über interdisziplinäre Zusammenarbeit im verhaltensmedizinischen Kontext liegen gerade aus dem stationären Bereich vielfache gute Erfahrungen vor (vgl. dazu Zielke & Sturm, 1994). Sie sind jedoch prinzipiell auch auf teilstationäre Einrichtungen übertragbar, allerdings vermutlich nur bedingt auf Formen der Zusammenarbeit im Bereich der ambulanten Versorgung, wo Einzelpraxen selbständiger Therapeuten/Ärzte die Versorgungsstruktur bestimmen.

3.2 Verhaltensmodifikation

Gerade die starke Zunahme chronischer und sogenannter Zivilisationskrankheiten in den vergangenen Jahrzehnten, die wesentlich mit der Lebensweise der Betroffenen zusammenhängen, weist auf die überragende Bedeutung hin, die dem Verhalten im Umgang mit der Erkrankung und in der Lebensbewältigung zukommen. Verhaltenstherapie bietet wirksame Methoden zur Änderung von Verhalten, Einstellungen und Motiven. Gerade dies zählt in vielen Feldern der Medizin, speziell auch in der Rehabilitation, zu den wichtigsten Interventionszielen.

Im Rahmen einer Problem- oder Verhaltensanalyse wird eine "funktionale Analyse" von Verhalten im Kontext von Auslöse- und Konsequenzbedingungen vorgenommen, wobei soziale, emotionale und kognitive Einflußfaktoren zu berücksichtigen sind. Dies führt zu einem hypothetischen Bedingungsmodell, welches relevante Anhaltspunkte zur Interventionsplanung bietet. In der verhaltenstherapeutischen Arbeit kommt es dann darauf an, durch therapeutische Intervention die aufrechterhaltenden Bedingungen für das problematische Verhaltens so zu verändern, daß der Patient ermutigt wird und es ihm leichter fällt, erwünschtes Verhalten zu zeigen, beziehungsweise unerwünschtes zu

unterlassen - nicht sofort “. . . aber immer öfter”. Hinzu kommen standardmäßig ausgearbeitete Veränderungstechniken für typische Interventionsziele, die Teil eines Gesamtproblems sein können (soziales Kompetenztraining, Entspannungstherapie, Streßbewältigungskurse, Schmerzbewältigungstechniken, kognitive Techniken zur Einstellungsänderung usw.). Näheres dazu in den einzelnen Kapiteln dieses Buches.

3.3 Verhaltensmedizin als Beitrag zur patientenzentrierten Rehabilitation

Überspitzt formuliert versuchen verhaltensmedizinische Ansätze, in der Medizin ein ausgeprägt humanistisches Vorgehen zu verwirklichen, indem sie den Patienten selbst, seine Ziele, Wünsche und Fähigkeiten ernst nehmen, mit ihm gemeinsam nach Veränderungszielen suchen und Vorgehensweisen herausarbeiten. Der Patient kann in diesem partnerschaftlichen Vorgehen seine Lebenserfahrung und sein Wissen über Änderungsressourcen und Rahmenbedingungen der Veränderung in seinem Umfeld einbringen, der Therapeut trägt professionelles Wissen und Können bei. Im Ergebnis sollte das Vorgehen also gemeinsam geplant und kontrolliert sein, wobei beide Partner ihre Perspektive einbringen, damit der Weg erfolgreich sein kann (Vogel, Tuschhoff & Zillesen, 1994). “Das Engagement des Klienten für die Therapie und die Förderung seiner Motivation, aktiv mitzuarbeiten und alles zu tun, was für die Behandlung notwendig ist, sind nicht eine Voraussetzung für die Therapie, sondern ein erstes wichtiges Ziel der Therapie selbst” (Kanfer, 1988, S. 294). Der Erfolg einer verhaltensorientierten Behandlung steht und fällt mit der Fähigkeit des Bezugstherapeuten, den Patienten zum “Experten seiner eigenen Sache” zu machen.

3.4 Der verhaltensmedizinische Behandlungsrahmen

Verhaltenstherapie beschäftigt sich, entsprechend ihrem theoretischen Grundansatz der funktionalen Verknüpfung des Verhaltens mit den äußeren Bedingungen, auch mit der Umwelt und ihren Einflüssen auf die individuelle Problemkonstellation. Dazu zählen in einem größeren Rahmen Bedingungen der Gesellschaft und der Gemeinde, im kleineren Kontext soziale Einflüsse und die Umgebungsbedingungen des therapeutischen Rahmens. Lerntheoretische und sozialpsychologische Konzepte liefern vielfältige Ansatzpunkte, um Aussagen über die Funktionalität und Effektivität therapeutischer Rahmenbedingungen zu liefern.

Der Therapierahmen kann danach als Lernumwelt verstanden werden, die möglichst günstige Bedingungen zur Selbstreflektion und zur Modifikation von

Verhaltensmustern bieten sollte. Eine ausführliche Arbeit zur Bedeutung gestalterischer Elemente in einer Klinikumwelt stammt von Heeg (1994). Sie beschreibt differenziert, welche Schlußfolgerungen man aus vorliegenden ökopyschologischen Konzepten über eine Klinikgestaltung ziehen kann, die in bestimmter Weise soziale Interaktionen anregen und ermöglichen soll, gleichzeitig aber die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Patienten stärkt.

Prinzipiell ist also alles in der Umgebung des Patienten (mehr oder weniger) relevant für den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung. Die Therapeuten, übrigen Mitarbeiter und Mitpatienten können modellhaft wirken; sie können zu Veränderungsprozessen motivieren, aber diese auch durch fehlende Unterstützung erschweren. Daraus lassen sich einige Anforderungen für die Mitarbeiter einer verhaltensmedizinisch orientierten Einrichtung ableiten:

- **Verhaltenstherapeutische Qualifikationen** bei den leitenden Mitarbeitern: Ähnlich wie beispielsweise eine orthopädische Fachklinik einen entsprechend weitergebildeten Facharzt als Chefarzt benötigt, um in geeigneter Weise die Therapiepläne und Behandlungskonzepte zu steuern, ist es auch erforderlich, daß eine Klinik, die schwerpunktmäßig verhaltensmedizinisch arbeiten will, auf der Leitungsebene (Oberarzt bzw. leitender Psychologe) einen qualifizierten Verhaltenstherapeuten hat. Damit sind nicht singuläre Zusatzkurse gemeint, sondern Weiterbildungsabschlüsse anerkannter Fachverbände oder Institute (vgl. Braun, 1992).
- Alle therapeutischen Mitarbeiter müssen neben den sonstigen Qualifikationen auch **grundlegende Kenntnisse in lerntheoretischen Grundlagen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsprinzipien** besitzen und bereit sein, sich im Umgang mit Patienten im wesentlichen danach zu richten.
- Die besondere Bedeutung intensiver und qualifiziert geführter Therapiegespräche (S.O.) legt es nahe, daß gerade in der medizinischen Rehabilitation viel mehr Wert als bisher auf die **Ausbildung in Gesprächsführung** gelegt wird. Relevant sind nicht nur die Kontakte zwischen dem Patienten und dem Bezugstherapeuten (d.h. in der Regel dem Arzt), sondern auch zwischen Patienten und weiteren Therapeuten. Therapeutische Gespräche brauchen Zeit und müssen qualifiziert geführt werden. Die Mitarbeiter benötigen dazu auch entsprechende Supervision.

4 Schlußfolgerungen

Verhaltenstherapeutische Ansätze können in vielen Phasen der medizinischen Betreuung einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung leisten und dies nicht nur bei psychiatrischen und psychosomatischen Problemstel-

lungen. Ihre Integration in traditionelle medizinische Felder, die üblicherweise Verhaltensmedizin genannt wird, hat sich als fruchtbar erwiesen. Das Unbehagen, das häufig im Zusammenhang mit der Verhaltensmedizin geäußert wird, hat neben einer Reihe von plausiblen inhaltlichen Gründen auch unverkennbar berufsständische Hintergründe. Die Psychologen befürchten, ihnen werde hier Kompetenz "abgekauft"; Ärzte befürchten, Psychologen wollten "in fremden Gärten wildern" (Koch & Haag, 1994). Wahrscheinlich haben beide Seiten nicht völlig unrecht, aber dennoch: Die sinnvolle Integration unterschiedlicher Kompetenzen kann in vielen Fällen zu einer Verbesserung der Behandlung im Sinne der Patienten führen. Dies gilt besonders für die Rehabilitation, wo Patienten mit chronischen Krankheiten im Mittelpunkt stehen.

Die Zunahme chronischer Erkrankungen stellt eine der wichtigsten Herausforderungen des Gesundheitssystems dar. Hier ist im Behandlungsfall nur selten eine vollständige Heilung zu erwarten, vielmehr bleiben Behinderungen bestehen und notwendige Anpassungsleistungen erforderlich. Einerseits ergeben sich aus chronischen Krankheiten Folgen für die psychische und soziale Konstitution des Patienten (Selbstbild, Autonomie etc.), andererseits ist die Art, wie der Patient seine Situation bewältigt, von entscheidendem Einfluß auf seine Lebensqualität sowie den weiteren Verlauf und die Prognose der Krankheit. Die Fähigkeit zur angemessenen Krankheitsbewältigung und zum Aufbau von Selbstbild und Selbstvertrauen sind jedoch keine unveränderbaren Persönlichkeitseigenschaften, sondern erworbene, erlernte und damit auch veränderbare Fähigkeiten der Person, die somit therapeutisch beeinflußt werden können. Hier setzen vielfältige verhaltenstherapeutische Methoden an, die sinnvoll auch im Kontext somatischer Krankheiten genutzt werden können.

Die schriftlich ausformulierten Rehabilitationskonzepte der Träger bieten bereits vielfach Hinweise auf die Nutzung verhaltensmedizinischer Ansätze (VDR, 1991), ihre tatsächliche Umsetzung im Alltag der Rehabilitation wird bis heute noch oft von strukturellen Hemmnissen und personellen Engpässen begrenzt. Rehabilitative Ansätze sind nicht nur in Rehabilitationskliniken sinnvoll nutzbar, sondern auch in vielen Bereichen der kurativen Medizin, sei es ambulant oder stationär. Wie dies in der gegenwärtigen Versorgungsstruktur realisiert werden kann, bleibt vorerst offen, doch zeigen einige sinnvolle Modelle (Ehlert, Lupke & Hellhammer, 1992; Lupke, Ehlert & Hellhammer, 1995), daß es prinzipiell möglich ist.

Literatur

- Birk, L. (1973). Biofeedback - Behavioral medicine. New York: Gruner & Stratton.
- Blanchard, E.B. (1982). Behavioral medicine: Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 795-796.
- Braun, M. (1992). Auf der Suche nach dem ärztlichen Verhaltenstherapeuten. In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild* (133-141). Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.
- Bräutigam, W., Christian, P. & v. Rad, M. (1992). *Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation/BAR (Hrsg.)(1994). *Rehabilitation Behinderter: Schädigung - Diagnostik - Therapie - Nachsorge. Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte in der Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2. völlig neu bearbeitete Auflage.
- Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.)(in Druck). *Chronische Krankheiten - Rehabilitationsmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation/(DGVM) (1995). 5. Kongreß der DGVM. Bad Kreuznach 29.03.-01.04.1995. Supplement 1 zu Band 5 der Zeitschrift *Verhaltenstherapie*.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation/(DGVM) (1993). 4. Kongreß der DGVM. Bad Kreuznach 25.-27.03.1993. Supplement 1 zu Band 3 der Zeitschrift *Verhaltenstherapie*.
- Ehlert, U., Lupke, U. & Hellhammer, D. (1992). Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: I. Zielgruppe und Rahmenbedingungen. *Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation*, 13, 235-259.
- Florin, I., Hahlweg, K., Haag, G., Brack, U.B. & Fahrner E.-M. (Hrsg.)(1989). *Perspektive Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Franks, C.M. & Wilson, G.T. (1979). *Jahresüberblick der Verhaltenstherapie 1978*. Tübingen: DGVT.
- Hautzinger, M. & Wahl, R. (1989). Verhaltensmedizin - eine Einführung. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven* (17-27). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Heeg, S. (1994). Zur Bedeutung des architektonischen Milieus in der stationären Psychotherapie und Rehabilitation. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (85-106). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kanfer, F.H. (1988). Beiträge eines Selbstregulationsmodells zur psychotherapeutischen Praxis. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1, 289-300.
- Koch, U. & Haag, G. (1994). Verhaltenswissenschaften, Verhaltensmedizin und Klinische Medizin - Ähnlichkeiten und Widersprüche im Denken und Handeln. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (28-32). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kuhr, A. (1994). Perspektiven der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26, 5-17.
- Lupke, U., Ehlert, U. & Hellhammer, D. (1995). Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: II. Behandlung des Somatisierungsverhaltens. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 16, 3-34.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.D. (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Lieb, H. (1995). Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer Neucharakterisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 1-7.

- Petermann, F., Wiedebusch, S. & Kroll, T. (Hrsg.)(1994). Schmerz im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.
- o.A. (1992). Second International Congress of Behavioral Medicine. Hamburg, F.R. Germany. Volume of Abstracts.
- o.A. (1991). 3. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation. Abstractband.
- Schmidt, L. R. (1983). Medizinische Psychologie und Verhaltensmedizin. In B.G. Melamed & L.J. Siegel (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltensmedizin (13-15). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and Statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Velden, M. (1994). Psychophysiologie. München: Quintessenz.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)(1992). Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt: VDR.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)(1991). Abschlußberichte Band III Arbeitsbereich "Rehabilitationskonzepte": Rehabilitationskonzept bei Diabetes mellitus (422-434). Frankfurt: VDR.
- Vogel, H., Tuschhoff, T. & Zillessen, E. (1994). Die Formulierung von Therapiezielen als Qualitätsmerkmal in der Rehabilitation. *Deutsche Rentenversicherung*, 11, 751-764.
- Wahl, R. & Hautzinger, M. (Hrsg.)(1989). Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Weber, R. (1995). Interdisziplinäre Teamarbeit in der kardiologischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 27, 197-215.
- Winter, C. (1995). Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit als Qualitätsmerkmal für die Prozesse in der stationären Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8, 74-83.
- Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.)(1994). Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M. & Mark, N. (1990). Besondere Aspekte von Klinik und Forschung in der angewandten Verhaltensmedizin. In M. Zielke & N. Mark (Hrsg.) *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin*, Bd. 1. (12-27). Berlin: Springer.