Franz Petermann (Hrsg.)

Rehabilitation

Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin

2., erweiterte und korrigierte Auflage

Hogrefe

Rehabilitation

Rehabilitation

Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin

herausgegeben von

Franz Petermann

2., erweiterte und korrigierte Auflage

Hogrefe . Verlag für Psychologie
Göttingen . Bern . Toronto . Seattle

Prof. Dr. Franz Petermann, geb. 1953. Studium der Psychologie in Heidelberg, 1975 Diplom. Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Heidelberg und Bonn. 1977 Promotion; 1980 Habilitation. 1983-91 Leitung des Psychosozialen Dienstes der Universitäts-Kinderklinik Bonn, gleichzeitig Professor am Psychologischen Institut. Seit 1991 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Bremen und seit 1996 Direktor des Zentrums für Rehabilitationsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Rehabilitationsforschung, Behandlung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Rehabilitation : ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin/
hrsg. v. Franz Petermann. – 2., erw. und korrigierte. Aufl. –
Göttingen ; Bern ; Toronto ; Seattle : Hogrefe,
Verl. für Psychologie, 1997
1. Aufl. u.d.T.: Verhaltensmedizin in der Rehabilitation
ISBN 3-8017-0914-0

Die erste Auflage des Buches ist unter dem Titel "Verhaltensmedizin in der Rehabilitation", herausgegeben von F. Petermann, 1995 im Hogrefe-Verlag, erschienen.

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen. Bern. Toronto. Seattle 1997
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-0914-0

Vorwort zur zweiten Auflage

Das vorliegende Buch stellt interdisziplinär orientierte Ansätze in der medizinischen Rehabilitation vor. Es verfolgt damit das Ziel, für wichtige chronische Krankheiten ein praxisorientiertes Lehrbuch vorzulegen, das einschlägige Grundlagen und Handlungsleitfäden für ambulant und stationär arbeitende Kliniker vermittelt. Nach Möglichkeit sollten Interventionen und Maßnahmen-Pakete sowohl für die ambulante als auch stationäre Rehabilitation beschrieben werden. Traditionell – und das spiegelt das vorliegende Buch auch wider – sind Maßnahmen im Kontext der stationären Rehabilitation stärker ausdifferenziert und besser erprobt. So gesehen ist das Lehrbuch eine Bestandsaufnahme, mit deren Hilfe zukünftige Aktivitäten für den Bereich der ambulanten Rehabilitation entstehen können. Daher wurde die zweite Auflage durch einige Beiträge (z.B. chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, neurologische Erkrankungen) erweitert. Das Buch wurde zudem durch einen dritten Hauptteil zur Qualitätssicherung und Gesundheitsökonomie ergänzt.

Für das vorliegende Buchprojekt war es notwendig, erfahrene Kollegen zu gewinnen, die sowohl in der Praxis als auch der aktuellen verhaltensmedizinischen Forschung ausgewiesen sind; zudem sollten die Kollegen interdisziplinäres Arbeiten gewohnt sein und die chronischen Krankheitsbilder aus dem Blickwinkel der Klinischen Psychologie und der Medizin abhandeln. Eine solche Zielsetzung erfordert einen hohen Einsatz von allen, die an der Herstellung eines Buches beteiligt sind. Ich möchte dafür vor allem den Autoren dieses Buches danken, die in der Regel neben ihrer praktischen Tätigkeit eine theoretische Übersicht über ihr Arbeitsgebiet erstellten. Die Kollegen wurden von mir und meinen Mitarbeitern mit Überarbeitungswünschen konfrontiert, die sie trotz ihrer vielfaltigen Belastungen (meist in ihrer Freizeit) umsetzten. Uns allen ging es darum, ein Buch vorzulegen, das für Ärzte und Psychologen in gleicher Weise informativ, verständlich und praxisnah sein sollte. Aus diesem Grund wurde der zweiten Auflage ein umfangreiches Glossar angefügt, das meine Mitarbeiter Frau Dr. Dagmar Breuker (jetzt Universität Göttingen) und Herr Dipl.-Psych. Kay Niebank erstellt haben. Ihnen danke ich auch für ihre engagierte Mitarbeit bei der Manuskriptbearbeitung, der umfangreichen Textgestaltung und Erstellung des Sachregisters. Ohne ihr Engagement hatte ich aufgrund meiner Organisationsverpflichtungen, die in den letzten Jahren im Rahmen des Zentrums für Rehabilitationsforschung anfielen, das Buch nicht in einem vertretbaren Zeitraum fertigstellen können. Herrn Dipl.-Psych. Heiner Vogel, Universität Würzburg, der mich bei der Planung und den ersten Diskussionen zu diesem Buch unterstützte, danke ich sehr.

Die Organisation des Buches bildete für meine Sekretärin, Frau Ursula Tillery, eine Zusatzbelastung, die schon als chronisch zu bezeichnen ist. Frau Tillery möchte ich an dieser Stelle für die tapfere Mitarbeit herzlich danken. Ebenso gilt mein Dank Herrn Dr. Michael Vogtmeier vom Hogrefe-Verlag, der seit fünf Jahren meine Aktivitäten mit Wohlwollen fördert. Die reibungslose Zusammenarbeit mit der Herstellungsabteilung des Verlages funktionierte wie immer hervorragend.

Ich hoffe sehr, daß die Leser ausreichend Anregungen bei der Lektüre des Buches finden und einige Problemstellungen aus der klinischen Praxis zum Wohle der Patienten optimaler gelöst werden können. Rückmeldungen seitens der Leser und Anwender tragen dazu bei, daß wir gemeinsam das junge Gebiet der verhaltensmedizinischen Rehabilitation weiterentwickeln können.

Bremen, im Juli 1997 Franz Petermann

Inhalt

Verhaltensmedizin in der Rehabilitation

Franz Petermann 1 1

I Grundlagen

Versorgungsstrukturelle Voraussetzungen der Rehabilitation

Hartmut Weber-Falkensammer und Heiner Vogel 27

Struktur und Inhalte verhaltenstherapeutischer Basismethoden in der Rehabilitation

Manfred Zielke 57

Grundbegriffe und Trends der Verhaltensmedizin

Heiner Vogel und Hartmut Weber-Falkensammer 85

II Anwendungsfelder

Degenerative und andere nichtentzündliche Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane

Michael Pfingsten und Jan Hildebrandt 101

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Georg Jungnitsch 131

Atemwegserkrankungen

Udo Kaiser, Heike Lütke Fremann und Michael Schmitz 165

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

Heinz Rüddel 193

Onkologische Erkrankungen

Peter Hersehbach und Monika Keller 217

Gastrointestinale Störungen

Norbert Klinkenberg 245

Gynäkologische Erkrankungen

Ulrike Ehlert 291

Adipositas

Thomas Tuschhoff, Andrea Benecke-Timp und Heiner Vogel 337

Eßstörungen

Rose Shaw, Winfried Rief und Manfred M. Fichter 371

Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Gerhard Bühringer 397

Erkrankungen im Alter

Gunther Haag und Ute J. Bayen 421

Neurologische Erkrankungen

Dietmar Heubrock und Franz Petermann *441*

Chronische Erkrankungen im Rindes- und Jugendalter

Silvia Wiedebusch, Franz Petermann und Petra Warschburger *477*

III Qualitätssicherung und Gesundheitsökonomie

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

Jutta Tiefensee und Uwe Koch *509*

Gesundheitsökonomische Parameter in der medizinischen Rehabilitation

Norbert R. Krischke und Franz Petermann *529*

Glossar **549**

Verzeichnis der Mitautoren **569**

Sachregister **573**

Verhaltensmedizin in der Rehabilitation

Franz Petermann

Das Sozíalgesetzbuch (§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*** fuhren (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 fuhren müssen.

1 Zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation

Im Jahre 1995 betrugen 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 Unfallen 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 durchfuhren. 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).

Träger	Anzahl
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-

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

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

Erkrankungen	**Anzahl**	**Männlich**	**Weiblich**
Infektionskrankheiten	9.107	6.053	3.054
Neubildungen	114.503	41.696	72.807
Störungen der Drusen 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 Zustande)	1.951	1.055	896
Sonstige Krankheiten und Schäden	89.836	39.307	50.529
Summe	1.801.276	988.143	813.1331

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.