

# Rehabilitation

## – Unter besonderer Berücksichtigung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen –

Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych.,  
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stuttgart

### Inhaltsübersicht

	Rn.		Rn.
1	1 – 14	4.3.1	Allgemeine konzeptionelle Grundlagen 66 – 70
2	Grundlagen und Rahmen der Rehabilitation 15 – 51	4.3.2	Psychoanalytisch-tiefenpsychologisch orientierte Konzepte 71 – 73
2.1	Rechtsgrundlagen 15 – 24	4.3.3	Verhaltenstherapeutisch orientierte Konzepte 74 – 77
2.2	Träger medizinischer Rehabilitation 25 – 31	4.3.4	Humanistisch-interaktionell orientierte Konzepte 78
2.3	Aufgaben und Ziele der Rehabilitation 32 – 36	5	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement 79 – 86
2.4	Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen 37 – 43	5.1	Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung 82 – 84
2.5	Formen medizinischer Rehabilitation 44 – 51	5.2	Qualitätssicherungsprogramme anderer Reha-Träger 85, 86
2.5.1	Stationäre Rehabilitation 45, 46	6	Rehabilitationsforschung 87 – 90
2.5.2	Ambulante Rehabilitation 47 – 51	6.1	Outcome psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitation 88
3	Rehabilitation in Zahlen 52 – 55	6.2	Psychische Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen 89, 90
4	Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen 56 – 78		
4.1	Diagnostik der Rehabilitation psychischer Erkrankungen 58 – 61		
4.2	Indikation 62 – 65		
4.2.1	Indikationen nach ICD-10 64		
4.2.2	Indikationen nach ICF 65		
4.3	Konzeptuelle Grundlagen der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen 66 – 78		

## Schlagwortübersicht

	Rn.		Rn.
Aktivitäten	5	Mitwirkungspflicht	24
Basis-/Routinediagnostik		Outcome	88
– testpsychologische	60	QS-Reha-Verfahren	86
Belastungserprobung	73	Qualitätsmanagement	79
Bio-psycho-soziales Modell	36	Qualitätssicherung	79
Evaluation	88	Qualitätssicherungsprogramm	
Funktionsfähigkeit	5	– der Rentenversicherung	81
Gesundheit	2	– weitere Träger	85
– funktionale	5	Reha vor Pflege	28
Indikation	62	Reha vor Rente	28
International Classification of Functioning/ICF	4	Rehabilitation	
Komorbidität		– ambulant	47
– psychische	89	– medizinische	19, 32
Kontextfaktoren	4	– stationäre	45
Konzept		– Theoriemodell der	13
– humanistisch-interaktionelles	78	– Ziel	2, 32
– psychoanalytisch-tiefenpsycho- logisches	71	Rehabilitationsangleichungsgesetz	18
– verhaltenstherapeutisches	74	Rehabilitationsbedürftigkeit	39
Körperfunktionen	5	Rehabilitationsdiagnostik	57 – 60
Körperstrukturen	5	Rehabilitationseinrichtung	
Krankheitsfolgen		– Aufgaben	35
– Modell der	3	Rehabilitationsfähigkeit	40
Leistungen		Rehabilitationsforschung	87
– ergänzende	21	Rehabilitationsleistungen	18
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	20	Rehabilitationsprognose	41
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	22	Rehabilitationsrecht	16 – 18
Leistungsgruppe	26	Rehabilitationsträger	25
Metaanalyse	88	Rehamotivation	40
		Servicesstelle	30
		Teilhabe	5
		Wunsch- und Wahlrecht	23

## 1 Einführung

- Der Gedanke der Rehabilitation ist weit in die Geschichte zurückzuverfolgen. Vielfältige Strömungen, kirchliche und private Initiativen sowie Kriege haben zur Entwicklung der Rehabilitation beigetragen. Eine gute Übersicht über die historische Entwicklung geben *Jochheim*<sup>1)</sup> oder *Fuchs*<sup>2)</sup> Eine der wichtigsten Wurzeln der medizinischen

1 *Jochheim, K.-A.*: Historische Entwicklung in der Rehabilitation, in: Delbrück, H./Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin, München 1998.

2 *Fuchs, H.*: Einführung, in: Bihr, D. u. a. (Hrsg.): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, St. Augustin 2006, S. 1–42.

Rehabilitation liegt in den Folgen des 1. Weltkriegs mit seinen vielen Kriegsopfern und Behinderten, nach dem zu der rein medizinischen Behandlung zunehmend die prothetische Versorgung und berufliche Wiedereingliederungshilfen hinzukamen. Ebenfalls von großer Bedeutung für die Geschichte des Rehabilitationswesens sind auch die Tuberkulosekliniken der Rentenversicherung, die bereits Ende des letzten Jahrhunderts entstanden. Erst mit dem Rückgang dieser Erkrankung nach dem 2. Weltkrieg wurden diese in Einrichtungen mit einer anderen Indikation umgewandelt. Der wachsende Bedarf führte dazu, dass die Rentenversicherungsträger sowie privat Investoren in verstärktem Umfang neue Rehakliniken in traditionellen Kurorten errichteten. Die anfangs eher unspezifischen Kurangebote erfuhren vor allem in den letzten 20 Jahren eine zunehmende Differenzierung, so dass die klassische Kurklinik selten geworden ist und von spezifischen Angeboten für spezifische Indikationen abgelöst wurde. Die Rehabilitation ist heute eine neben der ambulanten und der stationären Akutversorgung wohl hinsichtlich ihrer Qualität, nicht aber hinsichtlich ihres Ausgabenanteils, gleichberechtigter Versorgungssektor im deutschen Gesundheitswesen.

Entscheidende Impulse für die Weiterentwicklung der Rehabilitation 2 gingen vor allem von der WHO aus. In der Präambel zu ihrer Verfassung definiert die WHO **Gesundheit** als einen Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.<sup>3)</sup> Auf der Grundlage dieser umfassenden Definition beschreibt die WHO als **Ziel der Rehabilitation** die soziale Integration behinderter Menschen durch unterschiedliche Maßnahmen. Diese beinhalten nicht nur Methoden des Trainings und der Anpassung an die individuellen Umgebungsverhältnisse, sondern schließen zum Erreichen des Integrationsziels auch Eingriffsmöglichkeiten in die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen insgesamt ein. Sie müssen auf dem Grundsatz der Chancengleichheit zwischen behinderten Arbeitnehmern und anderen Arbeitnehmern beruhen.<sup>4)</sup>

Auf der Grundlage der WHO-Definition wurde die ICDH, die Inter- 3 nationale Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps, entwickelt und 1980 veröffentlicht. Das Modell zur Analyse in-

---

3 World Health Organisation: The WHO-Constitution, Genf 1984.

4 World Health Organisation: The WHO-Constitution, Genf 1984.

dividueller chronischer Gesundheitsstörungen unterschied zwischen der Primärschädigung des gesundheitlichen Zustands (Impairment), den damit verbundenen Funktionseinbußen oder -störungen (Disabilities) und den daraus resultierenden Folgen für die Lebensgestaltung und -qualität des Individuums (Handicaps). Eine der Stärken dieser linearen, als **Krankheitsfolgenmodell** in die Rehabilitationspraxis eingegangene Konzeptualisierung ist darin zu sehen, dass es relativ leicht in die (somatisch-)medizinische Perspektive integriert werden konnte.<sup>5)</sup> Abb. 1 zeigt das Modell der Krankheitsfolgen schematisch.

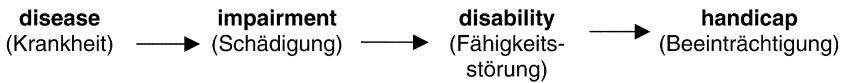


Abb. 1: Krankheitsfolgenmodell der WHO von 1980

- 4 Zu den wichtigsten aktuellen Entwicklungen gehört die Veränderung vom linearen Modell der Krankheitsfolgen zu einem dynamischen Modell der funktionalen Gesundheit bzw. Behinderung. Die defizitorientierte ICIDH wurde durch die ICF, die International Classification of Functioning, abgelöst, die nicht nur die Defizite, sondern v. a. auch persönlichen Ressourcen der Betroffenen einbezieht. Mit der ICF verbunden ist ein Modell der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen sowohl zwischen den einzelnen Komponenten der funktionalen Gesundheit bzw. deren Beeinträchtigungen als auch zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren<sup>6)</sup>).
- 5 Entsprechend der ICF sind im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren eingeführt und definiert worden. Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe, nicht mehr nur ein personbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und

5 Gerdes, N./Bengel, J./Jäckel, W.: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation, Regensburg 2000, S. 12–20.

6 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt 2004.

ihrer Umwelt. Diese Sichtweise wurde im Grundsatz auch in das SGB IX übernommen. Die **funktionale Gesundheit** bezieht sich dabei sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf deren Beeinträchtigungen auf den in der ICF beschriebenen Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie der der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen. Funktionale Gesundheit einer Person wird dabei vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund betrachtet und beschreibt das Ergebnis der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren einer Person.

Die Begriffe der **Funktionsfähigkeit** und **Behinderung** werden dabei für Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet und umfassen entweder die positiven (oder neutralen) bzw. negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit. Danach kann die funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt sein, wenn

- Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und/oder der Körperstrukturen vorliegen (Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen)
- sie nicht mehr all das tun oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten)
- sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen).

**Körperfunktionen und Körperstrukturen:** Während mit Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie z. B. das Sehvermögen oder der Verstand bezeichnet werden, versteht man unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Mit dem Begriff der „funktionalen/strukturellen Integrität“ auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen kann die Funktionsfähigkeit einer (gesunden) Person beschrieben werden. „Schädigung“ bezeichnet dabei den Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene. Hierzu zählen insbesondere Schädigungen der inneren Organe oder des Stoffwechsels, der Sensorik, 6

z. B. Schmerzen, des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage, die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, des Stütz- und Bewegungsapparates, u. a. mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung, der Sprach-, Hör- oder Sehfunktion oder der Haut.<sup>7)</sup>

- 7 **Aktivitäten:** Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person. Eine Person ist (auf dieser Ebene) dann funktionsfähig, wenn sie alle Aktivitäten, die von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet werden, ausführen kann. Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann, werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bezeichnet.
- 8 **Teilhabe:** Mit Teilhabe wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogeneins in allen ihr wichtigen Lebensbereichen bezeichnet. Eine Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, wenn eine Person nicht in der Weise und in dem Umfang wie eine Person ohne gesundheitsbedingte Schädigungen oder der Beeinträchtigungen der Aktivitäten an den ihr wichtigen Lebensbereichen teilhaben kann. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe zählen z. B. Einschränkungen in den Möglichkeiten der Selbstversorgung, Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung), Bildung und Ausbildung, Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit), sozialen Integration und ökonomischen Eigenständigkeit.
- 9 **Kontextfaktoren:** Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle *Umweltfaktoren* und *personbezogene Faktoren*, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe). Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Zu den *Umweltfaktoren* zählen

- *Erzeugnisse und Technologien* (z. B. Vorhandensein oder Fehlen von Hilfsmitteln zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens),

---

7 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt 2004.

- *Natürliche und von Menschen veränderte Umwelt* (z. B. barrierefreie Infrastruktur, Wohn-, Geschäfts- und öffentliche Gebäude, Transportwege, Straßen),
- *Unterstützung und Beziehungen* (z. B. Vorhandensein oder Fehlen unterstützender und helfender Personen),
- *Einstellungen, Werte und Überzeugungen* (z. B. Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen, die das Verhalten und soziale Leben auf allen Ebenen beeinflussen, wie in zwischenmenschlichen Beziehungen, auf kommunaler Ebene bis hin zu politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen),
- *Dienstleistungen* (z. B. Vorhandensein oder Fehlen von lokalen oder regionalen Rehabilitationsdiensten öffentlicher oder privater Art),
- *Politikfelder einschließlich Organisation und Struktur* (z. B. Vorhandensein oder Fehlen von Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften, Regelungen und Standards, die Leistungen und Dienste, Programme oder andere infrastrukturelle Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft regeln und organisieren).

*Personbezogene Faktoren* sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z. B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert. 10

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten (s. II Besonderer Teil). Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z. B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten. Positiv und negativ wirken- 11

de Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.<sup>8)</sup>

12

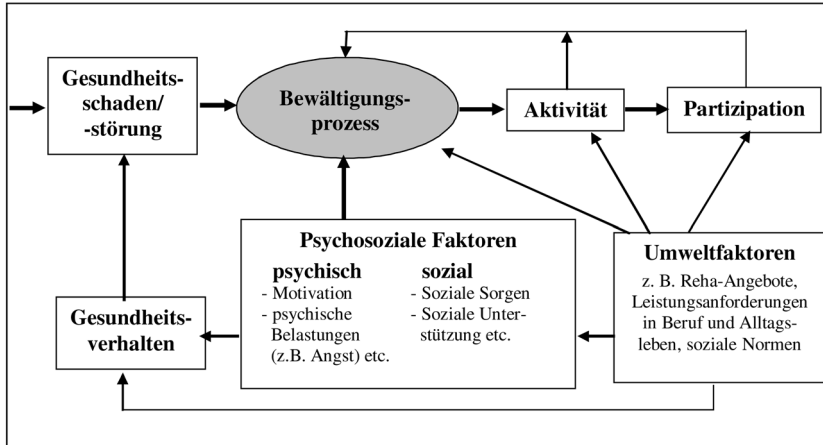


Abb. 2: Theoriemodell der Rehabilitation (nach Gerdes & Weis, 2000; Gerdes, Bengel & Jäckel, 2000)

13 Abgeleitet vom ICF-Modell wurde in den vergangenen Jahren zunehmend das sog. „**Theoriemodell der Rehabilitation**“<sup>9)</sup> ins Zentrum der Rehabilitationspraxis gerückt. In ihm wird die besondere Bedeutung „persönlicher Ressourcen“ oder „personal factors“ für den Verlauf und das Ergebnis chronisch körperlicher Erkrankungen hervorgehoben (siehe Abb. 2). Gerdes et al. (2000) weisen darauf hin, dass das bisherige Modell der Krankheitsfolgen der Komplexität der Problemlagen in der Rehabilitation nicht gerecht wird. Es konnte z. B. nicht erklären, wieso der gleiche Gesundheitsschaden bei ver-

8 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt 2004.

9 Gerdes, N./Weis, J.: Zur Theorie der Rehabilitation, in: Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin 2000, S. 42–68; Gerdes, N./Bengel, J./Jäckel, W.: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation, Regensburg 2000, S. 12–20.



schiedenen Personen zu völlig unterschiedlichen Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit führen kann. Demzufolge müssen für eine Theorie der Rehabilitation zwischen Gesundheitsschaden und Funktionsfähigkeit die persönlichen Ressourcen als wesentliche Komponente für den Prozess der Krankheitsbewältigung einbezogen werden.

Eine zentrale Aufgabe eines rehabilitationspezifischen Behandlungskonzeptes ist aus dieser Perspektive nicht nur die kurzfristige Optimierung von körperlicher Leistungsfähigkeit und Risikofaktorenprofil, sondern auch die Befähigung der Patienten zum eigenverantwortlichen Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen. Zukunftsfelder der Rehabilitation werden deshalb im Bereich von psychosozialer und lebensstilbezogener Beratung, Gesundheitstraining und langfristiger Motivation der Patienten zur Sekundärprävention gesehen.<sup>10)</sup> 14

## 2 Grundlagen und Rahmen der Rehabilitation

### 2.1 Rechtsgrundlagen

Einen umfassenden Überblick über Rechtsgrundlagen der Rehabilitation geben *Jung & Preuss (2001)* oder *Bihr et al. (2006)*. Nachfolgend werden die wichtigsten Bestimmungen und Inhalte zusammengefasst. 15

Das **Rehabilitationsrecht** in Deutschland gründet sich auf die Menschenwürde und die Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes. Diese Staatsphilosophie findet Ausdruck im **Sozialgesetzbuch**, das wesentliche Teile des Sozialrechts in Deutschland regelt. Das Sozialgesetzbuch gliedert sich in 12 Bücher (SGB I, Allgemeiner Teil; SGB II, Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB III, Arbeitsförderung; SGB IV, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung; SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, SGB VI, Gesetzliche Rentenversicherung; SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung; SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe; SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe Behinderter; 16

10 *Badura, B.*: Systemprobleme in der Rehabilitation, in: Schott, T. u. a. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim 1996, S. 12–19; *Grande, G./Badura, B.*: Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive, Frankfurt am Main 2001.

SGB X, Sozialerwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz; SGB XI, Pflegeversicherung; SGB XII, Sozialhilfe).

- 17 In § 10 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs SGB I ist unter der Überschrift „Teilhabe behinderter Menschen“ die Grundvorschrift für das Rehabilitationsrecht in Deutschland formuliert: Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um
1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
  2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
  3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben, zu sichern,
  4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
  5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.
- 18 **Rehabilitationsleistungen** werden in Deutschland von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht, die neben der Rehabilitation auch andere Sozialleistungen gewähren. Das am 1. 7. 2001 in Kraft getretene neunte Buch des Sozialgesetzes (SGB IX) ist Ergebnis einer fast drei Jahrzehnte währenden Diskussion über ein einheitliches Rehabilitationsrechts für behinderte Menschen. Einer der Hauptdiskussionpunkte war die Frage, ob für die Rehabilitation ein neuer, eigenständiger Sozialleistungszweig mit eigenständigem Leistungsträger geschaffen wird oder ob die über viele Träger verstreute Zuständigkeit, die in der Vergangenheit zu teilweise erheblichen Schnittstellenproblemen geführt hatte, lediglich verbessert, d. h. z. B. die Koordination besser geregelt werden soll. Unter der politischen Vorgabe der Kostenneutralität wurde letztlich entschieden, für die Rehabilitationsleistungen keinen eigenständigen Sozialleistungsträger zu schaffen, sondern die Zuständigkeit bei den vorhandenen Sozialleistungsträgern (Kranken-, Pflege-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosenversi-

cherung, soziale Entschädigung, Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe) zu belassen und – wie bisher – im Einzelfall die richtige Zuständigkeit zu bestimmen. Für eine effizientere, v. a. schnellere Einleitung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen wurde mit § 14 SGB IX ein für alle Leistungsträger verbindliches Zuständigkeitserklärungsverfahren eingeführt.<sup>11)</sup>

**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** umfassen (§ 26 SGB IX): 19

- Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
- Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- Hilfsmittel,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

**Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (früher: berufliche Rehabilitation) umfassen insbesondere (§ 33 SGB IX): 20

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschlusses einschließen,
- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- Überbrückungsgeld,

11 Schulin, Einführung. In Sozialgesetzbuch, 33. Aufl., München 2006, S. IX–LVII.

- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um Behinderten eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit zu ermöglichen oder zu erhalten.
- 21 Neben diesen Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind auch **ergänzende Leistungen** vorgesehen, die sich vor allem auf Barleistungen (z. B. Krankengeld), Beiträge zur Sozialversicherung, Kostenübernahme für anfallende Kosten, die in Zusammenhang mit berufsfördernden Maßnahmen oder Reisekosten entstehen, Rehabilitationssport und Haushaltshilfen erstrecken (§ 44 SGB IX).
- 22 Darüber hinaus können **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** gewährt werden (Kapitel 7 SGB IX). Diese werden im SGB IX als neue, eigenständige Leistungsgruppe des Teilhabe- und Rehabilitationsrechts aufgenommen und geregelt. Sie greifen einen Teil der Leistungen auf, die im Sprachgebrauch unter „sozialer Rehabilitation“ verstanden wurden. Dies sind insbesondere:
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
  - Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
  - Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
  - Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
  - Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
  - Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben,
  - Leistungen zur Förderung der Verständigung.
- 23 **Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX):** Diese im SGB IX neu einbezogene Regelung stellt das bereits im BSHG verankerte Individualisierungsprinzip voran, nach dem die Leistungen nicht schematisch zu gewähren sind, sondern sich nach den Bedürfnissen des Einzelfalls zu richten haben. In ihr ist festgelegt, dass bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe den berechtigten Wünschen der

Leistungsberechtigten entsprochen werden muss. So muss auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Dabei ist die Gewährung von Leistungen an die Zustimmung des Leistungsberechtigten gebunden.<sup>12)</sup>

Eine wichtige gesetzliche Grundlage besteht demgegenüber aber auch in der **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten, wie sie im Sozialgesetzbuch I geregelt ist. Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragen oder erhalten, müssen sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist oder eine Verschlechterung verhindert werden kann. Bei Vorliegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit kann der zuständige Leistungsträger die Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen verlangen, wenn davon auszugehen ist, dass dadurch, unter Berücksichtigung der beruflichen Neigung und der Leistungsfähigkeit, die Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer gefördert oder erhalten werden kann. 24

## 2.2 Träger medizinischer Rehabilitation

Die Leistungen und Hilfen zur Rehabilitation werden von verschiedenen **Rehabilitationsträgern** erbracht. Träger der Leistungen zur Teilhabe, wie sie im SGB IX nun genannt werden, sind: 25

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- die Träger der Sozialhilfe.

Bzgl. der Leistungen werden im SGB IX vier **Leistungsgruppen** un- 26

<sup>12</sup> *Bihr, D. u. a. (Hrsg.): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, St. Augustin 2006.*

terschieden. Folgende Leistungen zur Teilhabe werden nach § 5 SGB IX erbracht:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
  3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
  4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- 27 Jeder der unterschiedlichen Leistungsträger nimmt seine Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr. Die Rehabilitationsträgergruppen sind dabei für unterschiedliche Rehabilitationsleistungen zuständig. Die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Alterssicherung der Landwirte erbringen Leistungen nach den Ziffern 1 und 3, die Bundesagentur für Arbeit nach Ziffer 2 und 3, die Unfallversicherung und die Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge nach allen Ziffern, die gesetzliche Rentenversicherung nach Ziffer 1 bis 3 und die Jugendhilfe sowie die Sozialhilfe nach Ziffer 1, 2 und 4.
- 28 Ein weiteres Grundprinzip in der Gewährung von Rehabilitationsleistungen ist durch den Grundsatz „**Reha vor Rente**“ bzw. „**Reha vor Pflege**“ beschrieben. § 8 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger im Falle einer Beantragung – oder Gewährung – von einer Sozialleistung wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sein werden. Dabei wird Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen (Abs. 2) bzw. Leistungen der Pflegeversicherung (Abs. 3) eingeräumt.
- 29 Während noch das Reha-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) den Grundsatz Rehabilitation vor Rente dahingehend beschränkte, dass Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit ausdrücklich erst dann bewilligt werden sollten, wenn zuvor Maßnahmen wegen Rehabilitation durchgeführt worden waren oder ein Erfolg solcher Maßnahmen nicht zu erwarten war, dehnt die jetzige Regelung den Grundsatz auf alle Rentenarten wegen Erwerbsminderung aus, behält allerdings mit den Wörtern „bei erfolgreichen Leistungen“ die Einschränkung bei, dass der Vorrang nur dann eintritt, wenn durch die Teilhabeleistungen objektiv eine begründete Erfolgsaussicht besteht.<sup>13)</sup>

---

13 *Bihl, D. u. a. (Hrsg.): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, St. Augustin 2006.*

Für alle Rehabilitationsträger ist die **Auskunfts- und Beratungspflicht** für die Versicherten gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind verpflichtet zum einen die Leistungsempfänger zur Auskunft gegenüber dem Versicherungsträger (u. a. SGB I § 15), zum anderen müssen Rehabilitationsträger umfangreich Auskunft über die Leistungsmöglichkeiten geben. So ist in SGB I § 14 der allgemeine Anspruch jedes Bürgers auf Beratung und die Zuständigkeit der jeweiligen Leistungsträger festgelegt. Nach §§ 22 und 23 sowie § 61 SGB IX müssen die Rehaträger ein Netz von Servicestellen für Versicherte vorhalten, die mindestens in allen Landkreisen sowie allen kreisfreien Städten eingerichtet sind. Die Servicestellen haben u. a. die Aufgabe, über Leistungsvoraussetzungen, die Leistungen selbst sowie besondere Hilfen im Arbeitsleben zu informieren, den Rehabilitationsbedarf im Einzelfall sowie die Zuständigkeit des Rehaträgers zu klären und die Entscheidung für eine Leistung zeitnah herbeizuführen. Diese im SGB IX neu eingeführte Verpflichtung der Rehaträger garantiert eine verlässliche Beratung, die unverzüglich, trägerübergreifend und zugleich verbindlich ist.<sup>14)</sup>

Auf Bundesebene erfolgt die Koordination der verschiedenen Träger unterschiedlicher Rehabilitationsleistungen in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). 31

## 2.3 Aufgaben und Ziele der Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation ist nach § 4 SGB IX, 32

- eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstän-

14 *Bihr, D.* u. a. (Hrsg.): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, St. Augustin 2006.

dige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

- 33 Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt.
- 34 **Trägerspezifische Rehabilitationsziele:** Über diese allgemeinen Zielsetzungen hinaus können auch trägerspezifische Rehabilitationsziele festgehalten werden. Die medizinische Rehabilitation zielt
- in der Krankenversicherung darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
  - in der Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern
  - in der Unfallversicherung darauf, den durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, den Rehabilitanden auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.
- 35 Die Aufgaben der Rehabilitationseinrichtungen sind indikationsübergreifend im Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation<sup>15)</sup> sowie speziell für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen im

---

15 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Dt. Rentenversicherung Heft, 10–11/1996, S. 633–665.*



entsprechenden Rahmenkonzept der Reha-Kommission<sup>16)</sup> beschrieben. Beide Rahmenkonzepte sind in einigen Punkten (v. a. in ihrem Bezug zur neuen Gesetzgebung des SGB IX) veraltet und befinden sich derzeit in Überarbeitung. Ein aktuelles Rahmenkonzept für die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, das in weiten Teilen auch für den stationären Bereich sowie auch allgemeine, d. h. indikationsübergreifende Geltung hat, ist kürzlich von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorgelegt worden.<sup>17)</sup> In ihm werden folgende **Anforderungen an eine Einrichtung** skizziert:

- Ganzheitlicher indikationsbezogener Therapieansatz der insbesondere auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren eingeht einschließlich Hilfen zur Änderung gesundheitlichen Fehlverhaltens
- Vorhandensein eines strukturierten Rehabilitationskonzepts, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (Indikationen) entspricht.
- es muss eine rehabilitationsspezifische Diagnostik durchgeführt werden können, überdies muss eine umfassende Sozial- und ggf. Arbeitsanamnese erhoben werden.
- Für jeden Rehabilitanden muss ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan erstellt werden, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankung/ des Gesundheitsproblems orientiert. Er wird vom Arzt unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams sowie unter Beteiligung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen/ Bezugsperson erstellt und im Verlauf der Behandlung jeweils angepasst.

---

16 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Rehabilitation bei psychischen und psychologischen Störungen*, in: VDR (Hrsg.): Reha-Kommission: Abschlussberichte – Band III, Arbeitsbereich Rehabilitationskonzepte, Teilband 3, S. 779–828.

17 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*, Frankfurt 2004.

- Die Einrichtung muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes mit Gebietsbezeichnung der Hauptindikation der Einrichtung stehen, der über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügt und die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führt.
  - Sie verfügt über ein interdisziplinäres und multiprofessionell ausgerichtetes Rehabilitationsteam, das sich entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen aus Ärzten, Klinischen Psychologen, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden/Sprachtherapeuten, Masseuren und Medizinischen Bademeistern, Sportlehrern/Sporttherapeuten, Diätassistenten und Gesundheits- und Krankenpflegern zusammensetzt. Alle Berufsgruppen müssen neben ihrer allgemeinfachlichen auch rehabilitationsspezifische Erfahrungen aufweisen. In der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen müssen darüber hinaus entsprechende anerkannte psychotherapeutische Qualifikationen nachgewiesen werden.
- 36 Die ganzheitlich, am bio-psycho-sozialen Modell bzw. am ICF-Modell orientierte Rahmenkonzeption von medizinischer Rehabilitation stellt einen hohen Anspruch an Rehaeinrichtungen. Während noch in den 1980er Jahren, ausgehend vom Kurwesen, eine weitgehende Pauschalisierung der Behandlungen<sup>18)</sup> im Sinne einer wenig indikationsspezifischen und/oder individualisierten Behandlungsplanung im Vordergrund stand, haben, v. a. im Nachgang zu den Empfehlungen der Reha-Kommission<sup>19)</sup>, zunehmend auf bestimmte Störungsgruppen spezialisierte Behandlungskonzepte Eingang in die Reha-Praxis gefunden.

## 2.4 Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen

- 37 Die sozialmedizinische Entscheidung, ob Leistungen zur Teilhabe im Sinne der Rentenversicherung erforderlich sind, verlangt, dass neben Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen folgende Bedingungen erfüllt sind:

---

18 Gerdes, N./Bengel, J./Jäckel, W.: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation, Regensburg 2000, S. 12–20.

19 Vgl. VDR, a. a. O. Fn 16.

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- positive Prognose hinsichtlich des Rehabilitationszieles
- fehlender akutmedizinischer Handlungsbedarf

In den von der DRV herausgegebenen indikationsbezogenen Leitlinien werden für die wichtigsten Indikationsgebiete Gesichtspunkte beschrieben, die Rehabilitationsbedürftigkeit aus sozialmedizinischer Sicht begründen bzw. ausschließen<sup>20</sup>). Dabei wird die Darstellung des Ausmaßes von Schäden und Fähigkeitsstörungen sowohl auf der somatischen, psychischen und der sozialen Ebene berücksichtigt als auch eine Abgrenzung kurativmedizinischen Handlungsbedarfes vorgenommen. 38

**Rehabilitationsbedürftigkeit** liegt vor, wenn nicht nur vorübergehende Aktivitätseinschränkungen bestehen und/oder bei drohenden oder bereits manifesten Einschränkungen der Partizipation, die eine über die kurative Behandlung hinausgehende komplexe interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen. Abgeleitet aus dem WHO-Konzept gehen in die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit folgende Aspekte ein: Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen von 39

- Funktionen und Strukturen (Ebene des Körpers bzw. menschlichen Organismus) – Welche Körperteile oder Körpersysteme sind betroffen?
- Tätigkeiten bzw. Aktivitäten (Ebene der Person – Welche Aktivitäten können nicht regelrecht durchgeführt werden (Gesichtspunkt der Performanz)? – Inwieweit ist das Leistungsvermögen hinsichtlich der betreffenden Aktivitäten eingeschränkt (Gesichtspunkt der Kapazität)?
- Teilhabe bzw. Partizipation (Ebene der Lebensbereiche) – Zu welchen Lebensbereichen ist der Zugang erschwert oder nicht möglich? Droht oder ist bereits eingetreten: beruflicher Abstieg, Arbeitsplatzverlust, Frühberentung, soziale Isolierung, Verlust sozialer Unterstützung?

unter Berücksichtigung der Beeinflussung durch Kontextfaktoren.<sup>21)</sup>

20 Vgl. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

21 *Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin 2005a.*

- 40 **Rehabilitationsfähigkeit** liegt vor, wenn der erkrankte Mensch hinsichtlich der Motivation, Motivierbarkeit<sup>22)</sup> und Belastbarkeit für die Teilnahme an einer Rehabilitation geeignet ist. Sie umfasst die Möglichkeit, im Rahmen der körperlichen und psychischen Verfassung in der Lage zu sein, das Angebot der Gesamtheit der therapeutischen Leistungen wahrnehmen zu können sowie die Bereitschaft hierzu. Die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit ergibt sich aus den Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und bei der Partizipation unter Einschluss von Kontextfaktoren. Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit können u. a. in der Mobilität liegen.<sup>23)</sup> Zur Abschätzung bzw. Erfassung der Reha- sowie (bezogen auf psychische Erkrankungen) Psychotherapiemotivation wurden in der Vergangenheit standardisierte Messinstrumente vorgelegt.<sup>24)</sup>
- 41 Eine **Rehabilitationsprognose** ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels. Das Erreichen dieses Zieles muss dabei überwiegend wahrscheinlich sein, sowohl unter Berücksichtigung der Art als auch der Dauer der Leistung zur Teilhabe. Die Rehabilitationsprognose ist eng mit der Rehabilitationsfähigkeit verknüpft, z. B. im Bereich der Motivation.<sup>25)</sup>

22 Vgl. Zum Thema Rehamotivation auch Nübling, R./Muthny, F. A./Bengel, J. (Hrsg.): Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006a.

23 *Deutsche Rentenversicherung Bund* (DRV): Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin 2005a; *Deutsche Rentenversicherung Bund* (DRV): Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin 2005b.

24 Hafen, K. u. a.: Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO), in: *Die Rehabilitation*, 40/2001, S. 3–11; Kriz, D. u. a.: Weiterentwicklung und Normierung des PAREMO, in: Nübling, R./Muthny, F./Bengel, J. (Hrsg.): Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006, S. 161–178 Nübling, R. u. a.: Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM), in: Nübling, R./Muthny, F./Bengel, J. (Hrsg.): Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006b, S. 252–270.

25 *Deutsche Rentenversicherung Bund* (DRV): Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin 2005a; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, Frankfurt 2003.

Das Rehabilitationsziel ist die wesentliche Besserung der funktionalen Gesundheit bzw. die Abwendung von deren Beeinträchtigungen durch Adaptation der verbliebenen Fähigkeiten und Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten. Das grundlegende Rehabilitationsziel der Rentenversicherung ist dabei auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ausgerichtet. Die Festlegung des individuellen Rehabilitationszieles sowie seiner Teilziele und die Zusammenführung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und -prognose ist Aufgabe des Rehabilitationsteams.<sup>26)</sup> 42

Bei der Gewährung und Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist bei psychisch kranken und behinderten Menschen – wie bei anderen Erkrankungen und Behinderungen – von den Grundsätzen der Frühzeitigkeit, Ganzheitlichkeit, Nahtlosigkeit und Bedarfsgerechtigkeit auszugehen.<sup>27)</sup> 43

## 2.5 Formen medizinischer Rehabilitation

Bis heute wird medizinische Rehabilitation ganz überwiegend in stationären Einrichtungen erbracht. Der Ausbau der ambulanten Rehabilitation wird zwar seit vielen Jahren mehr gefordert, ist aber immer noch nicht in einem größeren Umfang realisiert. Die Rehabilitationsträger, v. a. die Rentenversicherung, versuchen seit Mitte der 1990er Jahre, den Anteil der ambulanten Rehamaßnahmen gegenüber der stationären Rehabilitation zu steigern. Derzeit liegt er bei etwa 7,5 %. 44

### 2.5.1 Stationäre Rehabilitation

Das stationäre Versorgungsangebot zur medizinischen Rehabilitation ist in Deutschland sehr gut ausgebaut. Trotz deutlicher Einbrüche in unmittelbarer Folge des Wachstumsförderungsgesetzes (WFG) von 1999 gibt es nach wie vor ca. 1300 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (s. u.); die Anzahl durchgeführter Maßnahmen liegt in- 45

26 *Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin 2005a; Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin 2005b.*

27 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, Frankfurt 2003.*

zwischen wieder auf dem Niveau Mitte der 1990er Jahre.<sup>28)</sup> Mit Abstand größter Träger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ist die Deutsche Rentenversicherung. Stationäre Rehabilitation ist im wesentlichen durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:<sup>29)</sup>

- Übernachtung der Patienten in der Einrichtung und Möglichkeit einer ganztägigen medizinischen Überwachung
  - nicht notwendigerweise, aber häufig wohnortfernes Angebot mit weitgehender Trennung vom häuslichen Umfeld
  - Eigenständige Einrichtungen, die meist institutionell und räumlich getrennt von anderen medizinischen Versorgungsangeboten angesiedelt sind
  - Kompaktmaßnahme, die in der Regel in einem Zeitblock erbracht wird.
  - breites, interdisziplinär erbrachtes umfassendes Rehabilitationsangebot einschließlich psychosozialer Maßnahmen, Behandlungsangebote für Begleiterkrankungen, Krankheitsbewältigung und Veränderung des Gesundheitsverhaltens.
- 46 Weitere, über diese sehr allgemeinen Merkmale hinausgehende Charakteristika stationärer medizinischer Rehabilitation finden sich in Kap. 4.

## 2.5.2 Ambulante Rehabilitation

- 47 Vom konzeptionellen Hintergrund her unterscheiden sich stationäre und ambulante Rehabilitation nicht bzw. nur geringfügig. Die Vorteile der **ambulanten Rehabilitation** liegen in der Wohnortnähe, der Ermöglichung einer alltagsnahen Behandlung, der engen Anbindung an Vorbehandlung und Nachsorge, der Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und den Möglichkeiten der einer arbeitsplatznahen beruflichen Wiedereingliederung.
- 48 Ambulante medizinischen Rehabilitation kommt in Betracht
- anstelle einer stationären Rehabilitationsmaßnahme,
  - zur Verkürzung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei

28 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* (Hrsg.): VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004, Frankfurt 2005.

29 *Bürger, W./Buschmann-Steinhage, R.*: Rehabilitative Angebotsformen im Überblick, in: Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin, Heidelberg, 2000, S. 139–162.

ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogramms sowie

- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zur Nachsorge unter besonderer Berücksichtigung Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben.

Die ambulante Rehabilitation bietet darüber hinaus die Möglichkeit, Personengruppen in die Rehabilitation einzubeziehen, die aus verschiedenen Gründen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in Anspruch nehmen wollen oder können (z. B. Hausfrauen, berufstätige Mütter, Selbständige usw.). 49

Nach BAR (2004) ist eine ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vor allem indiziert, wenn folgende Aspekte und Zielsetzungen berücksichtigt werden. Notwendigkeit zur 50

- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationsziels
- Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen in Schulungsprogramme
- Wahrnehmung von nicht delegierbaren häuslichen Pflichten (z. B. Kinderbetreuung)
- Fortführung bereits laufender Hilfsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen) und gezielte Initiierung von Nachsorgeaktivitäten
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahem Training (z. B. auch Konfliktlösung) und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess
- persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Betrieb, Einbeziehung von Betriebsarzt und betrieblichem Sozialdienst, Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation, Kontaktaufnahme zur regionalen Agentur für Arbeit während der Rehabilitation, Vernetzung mit spezifischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- speziellen Einbindung der behandelnden Ärzte in die Rehabilitationskette.

Dabei muss der Rehabilitand über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische sowie psychische Belastbarkeit verfügen und die Einrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit (maximal 45 bis 60 Minuten) erreichen können. Darüber hin- 51

aus muss seine die häusliche Versorgung sowie seine sonstige medizinische Versorgung sichergestellt sein und sein Verbleiben im häuslichen Umfeld/familiären Beziehungsrahmen muss rehabilitationsförderlich sein.<sup>30)</sup>

### 3 Rehabilitation in Zahlen

- 52 Das statistische Bundesamt weist für 2004 ca. 1.300 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 176.000 Betten aus (Statistisches Bundesamt, 2005). Im Erhebungsjahr wurden bundesweit etwa 1.9 Millionen stationäre medizinische Maßnahmen durchgeführt. Je 100.000 Einwohner stehen 214 Betten zur Verfügung. Obwohl der als Folge der Gesetzgebung (Wachstumsförderungsgesetz von 1999) in den vergangenen Jahren eingetretene Abbau von Betten vorwiegend im Bereich privater Trägerschaft erfolgte, ist der Anteil privater Einrichtungen nach wie vor am höchsten (57 %). Demgegenüber ist etwa ein Viertel der Einrichtungen in freigemeinnütziger und ca. 18 % in öffentlicher Hand. Insgesamt arbeiteten im Jahr 2004 ca. 115.000 Beschäftigte auf umgerechnet ca. 95.000 Vollzeitstellen in diesem Gesundheitssektor. Die durchschnittliche Verweildauer betrug über alle Indikationen ca. 25 Tage.
- 53 Im Bereich der Rehabilitation psychischer Erkrankungen sind v. a. die so genannte Psychosomatische Rehabilitation sowie die Suchtrehabilitation zu nennen. Nach Schulz et al. (2006) handelt sich bei der psychosomatischen Rehabilitation um einen spezifischen Angebotstyp der medizinischen Rehabilitation, bei dem im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts psychotherapeutischen Interventionen ein besonderer Stellenwert zukommt. In den letzten Jahren wird dieser Bereich zutreffender mit „Rehabilitation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“ bezeichnet. 2004 existierten 142 Rehakliniken oder Fachabteilungen für Psychosomatik mit insgesamt 13.371 Betten und einem Nutzungsgrad von 77 %. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 40,0 Tage.<sup>31)</sup> Im Bereich der Suchtrehabilitation existierten 2001 insgesamt 164 Kliniken/

---

30 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt 2004.

31 *Statistisches Bundesamt*: Gesundheitswesen – Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2004, Fachserie 12/Reihe 6.1.2, Wiesbaden 2005.



Fachabteilungen mit ca. 10.000 Betten. Der Nutzungsgrad der Betten lag bei 93 % und die durchschnittliche Verweildauer betrug 88 Tage.<sup>32)</sup>

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung (s. u.) wurden 1998 Strukturmerkmale in 77 psychosomatischen Rehabilitationskliniken<sup>33)</sup> untersucht, auf dessen Grundlage auch die Personaldichte in den Kliniken bestimmt wurde. Es ergaben sich folgende Werte für den Bereich der psychotherapeutischen Berufsgruppen (Therapeut zu Patienten): Ärztlicher Dienst 1:13, Psychologischer Dienst 1:26 sowie ärztlicher und psychologischer Dienst zusammengenommen 1:9. Dabei zeigten sich z. T. erhebliche Unterschiede zwischen den einbezogenen Kliniken, insbesondere für die Berufsgruppe der Diplompsychologen (Schulz et al. in Druck). Anhand von Daten der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen bei ca. 45.000 BfA-Patienten aus 65 psychosomatischen Rehabilitationskliniken kommen Barghaan et al. (2004) zu dem Ergebnis, dass ca. 50 % der Patienten überwiegend mit psychoanalytisch begründeten Verfahren behandelt werden, ca. 36 % überwiegend verhaltenstherapeutisch und etwa 14 % mit Maßnahmen beider Verfahren. 54

Der aktuellen VDR Statistik Rehabilitation<sup>34)</sup> ist zu entnehmen, dass im Jahr 2004 bei der gesetzlichen Rentenversicherung etwa 1.3 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, früher „berufsfördernde Leistungen“) gestellt wurden, von denen ca. 800.000 bewilligt und durchgeführt wurden. Ca. 60.000 (7.4 %) der Leistungen wurden in ambulanten Settings erbracht. 15.6 % oder etwa 125.000 Behandlungen erfolgten wegen psychischer Krankheiten, davon ca. 39.000 wegen Entwöhnungsbehandlungen. Insgesamt gab die Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe (ambulante und stationäre Rehmaßnahmen) sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben (be- 55

---

32 Schulz, H. u. a.: Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, S. 175–187.

33 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung. Programmpunkt 1: Klinikkonzepte. Auswertungen zur Strukturhebung 1998, Frankfurt/Main 2000.*

34 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004, Frankfurt 2005.*

rufsfördernde Maßnahmen) im Jahr 2004 ca. 4,9 Mrd. € aus, davon entfallen auf die Behandlung psychischer Krankheiten etwa 500 Mio. € und auf die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen etwa 520 Mio. €.

## 4 Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen

- 56 Der Beitrag fokussiert im folgenden auf den Bereich der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen sowie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufsfördernde Maßnahmen) werden aus Platzgründen nicht näher ausgeführt. Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen umfasst, wie bei anderen Indikationen die Gesamtheit aller Maßnahmen, die erforderlich sind, um Kranke und Behinderte möglichst auf Dauer in Gesellschaft und Beruf zu integrieren. Ziel von Rehabilitationsleistungen ist, den psychisch kranken oder behinderten Menschen zu befähigen, ein möglichst eigenständiges Leben in einem Umfeld zu führen, das so normal wie möglich ist. Die Hilfen sollen dazu beitragen
- die verbliebenen Fähigkeiten optimal zu nutzen,
  - beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu zu entwickeln bzw. sich fehlende Fähigkeiten anzueignen,
  - soziale Benachteiligungen auszugleichen.
- 57 Das heutige, an der ICF orientierte Verständnis von Rehabilitation bedingt mehr noch als nach dem Krankheitsfolgemodell bisher komplexe Behandlungsansätze, bei denen somatisch-medizinische und psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote sowie sozialmedizinische Bausteine vorgehalten werden müssen. Dies trifft allgemein, d. h. indikationsübergreifend auf die medizinische Rehabilitation insgesamt zu. Sie ist umso mehr gültig für die Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

## 4.1 Diagnostik der Rehabilitation psychischer Erkrankungen

Ein besonderer Stellenwert kommt dabei der Diagnostik zu: Während die Krankheitsdiagnostik die regelwidrigen körperlichen, geistigen oder psychischen Zustände erfasst und die Funktionsdiagnostik auf die Erfassung von Einschränkungen organischer, geistiger oder psychischer Funktionen abzielt, muss die Rehabilitationsdiagnostik darüber hinaus explizit die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen erfassen. **Rehabilitationsdiagnostik** unterscheidet sich von traditioneller Diagnostik durch eine qualitative und quantitative Beschreibung der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Dies erfordert eine mehrdimensionale Diagnostik. Zur Bewältigung der anspruchsvollen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben im Bereich der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen sind verschiedene Konzepte entwickelt worden. 58

Grundlage der Behandlung ist eine fundierte biopsychosoziale Diagnostik, die das Ausmaß sämtlicher Einschränkungen und Ressourcen eines Patienten beschreibt. Die diagnostische Grundausstattung orientiert sich daran, dass die Erkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken, die Aufstellung eines Therapieplanes, Verlaufskontrollen sowie eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung möglich sein muss.<sup>35)</sup> Ein besonderer Schwerpunkt ist daher die Erfassung der biopsychosozialen Funktionsverluste (z. B. Einschätzung von Organfunktionen, Erhebung der Rollenfunktionen im Sinne der Teilhabe am Alltagsleben sowie in Familie, Beruf und Gesellschaft) und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen des Patienten. Je nach konzeptueller Grundlage (s. u.) orientieren sich die diagnostischen Erstgespräche an den Kriterien der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD)<sup>36)</sup> oder der Verhaltensdiagnostik.<sup>37)</sup> Die rehabilitationsbezogene Diagnostik stützt sich vor allem auf eine ausführliche Anamnese (biographische bzw. psychodynamische oder 59

---

35 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin, Heidelberg, New York 2003.*

36 *Schüßler, G.: Psychodynamische Diagnostik, in: Senf, W./Broda, M. (Hrsg): Praxis der Psychotherapie, Stuttgart 2005, S. 144–156.*

37 *Z. B. Fliegel, S.: Verhaltenstherapeutische Diagnostik, in: Senf, W./Broda, M. (Hrsg): Praxis der Psychotherapie, Stuttgart 2005, S. 157–168.*

lerngeschichtliche), innerhalb der auch eine sorgfältige Erfassung vorliegender Arbeits- und Kontaktstörungen (Sozialanamnese) erfolgt. Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung, Motivation des Patienten und seine Erwartungshaltung werden dabei ebenso eingeschätzt wie Suchtverhalten, Ernährungsgewohnheiten und Lebensumstände. Dadurch wird die Krankheit bzw. Behinderung in die individuelle Lebenssituation des Patienten (Familienintegration, Lebensplanung, Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, berufliche und finanzielle Situation) gestellt. Die subjektiven und objektiven Aspekte der gesunden und gestörten Anteile des Patienten werden im Hinblick auf den Behandlungsplan besonders unter dem Aspekt adaptiver und integrativer Fähigkeiten eingeschätzt.

- 60 Darüber hinaus ist inzwischen Standard, dass ergänzend eine umfangreiche testpsychologische Basis-/Routinediagnostik eingesetzt wird,<sup>38)</sup> die bei Aufnahme erfolgt. In der Regel werden störungsübergreifende von störungsspezifischen Verfahren unterschieden. Eine Übersicht zu rehabilitationsspezifischen Instrumenten für den gesamten Bereich der medizinischen Rehabilitation findet sich in Biefang et al. (1999), Biefang und Schuntermann (2000) oder Bengel et al. (in Druck). Tab. 1 gibt einen Überblick über mögliche Routineverfahren in der psychosomatischen Rehabilitation. Über die diagnostische Zielsetzung hinaus werden zur späteren Verwendung im Rahmen der Qualitätserfassung bzw. Ergebnisdokumentation die meisten Instrumente als prä-post-Messung (zwei Messzeitpunkte Aufnahme und Entlassung) eingesetzt. Als störungsübergreifende psychometrische Testinstrumente werden auf Patientenseite die SCL-90-R<sup>39)</sup>, der IRES-3<sup>40)</sup>, der FPTM<sup>41)</sup>, der HAQ<sup>42)</sup> sowie der ZUF-8<sup>43)</sup>

38 Gönner, S./Bischoff, C.: Akzeptanz eines psychometrischen Routinediagnostik und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation, in: *Die Rehabilitation*, 45/2006, S. 282–288.

39 Franke, G. H.: SCL- 90- R. Die Symptom- Checkliste von Derogatis – Deutsche Version, in: Brähler, E./Schumacher, J./Strauß, B. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, Göttingen 2002. S. 299–303.

40 Gerdes, N./Jäckel, W. H.: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung, in: *Die Rehabilitation*, 34/1995, S. XIII–XXIV.

41 Nübling, R./Schmidt, J./Schulz, H.: FPTM Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, in: Brähler, E./Schumacher, J./Strauß, B. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, Göttingen u. a. 2002, S. 141–145.

42 Bassler, M./Potratz, B./Krauthauser, H.: Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky, in: *Psychotherapeut*, 40/1995, S. 23–32.

43 Schmidt, J./Lamprecht, F./Wittmann, W. W.: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen,

empfohlen. Es sollte darüber hinaus auch ein Patientenfragebogen erhoben werden, der u. a. kostenrelevante Aspekte (AU-Zeiten, Krankenhaustage, Arztbesuche, Medikamentenkonsum etc.) erfasst. Als störungsspezifische Instrumente können für folgende Hauptbeschwerdebereiche eingesetzt werden: z. B. Angst (HADS-D)<sup>44)</sup>, Depression (ebenfalls HADS und/oder BDI, Beck Depression Inventory)<sup>45)</sup> oder Essstörungen (EDI-2)<sup>46)</sup>. Auf Therapeutenseite wird – dies ist ebenfalls inzwischen in sehr vielen Kliniken Standard – eine Basisdokumentation<sup>47)</sup> geführt, die meist den BSS (Beeinträchtigungsschwerescore)<sup>48)</sup> sowie die GAF-Skala (Global Assessment Functioning)<sup>49)</sup> enthält (vgl. Tab. 1). Für die Auswertung wurden an einigen Kliniken spezifische EDV-Programme entwickelt, die alle Ergebnisse der Diagnostik übersichtlich z. B. in Profilblättern zusammenfasst.

---

in: *Psychother. med. Psychol.*, 39/1989, S. 248–255; *Schmidt, J./Nübling, R.*: ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit, in: Brähler, E./Schumacher, J./Strauß, B. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, Göttingen 2002, S. 392–396.

- 44 *Herrmann, C./Buss, U./Snaith, R. P.*: HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin, Bern 1995.
- 45 *Hautzinger, M. u. a.*: BeckDepressionsinventar (BDI). Bern 2001.
- 46 *Thiel, A. u. a.*: Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI2, in: *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47/1997, S. 365–376.
- 47 Vgl. *Nübling, R./Schmidt, J.*: Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“, in: *Laireiter, A.-R./Vogel, H.* (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch*, Tübingen 1998a, S. 335–353; *Laireiter, A.-R.*: Dokumentation in der Psychotherapie, in: *Härter, M./Linster, H.-W./Stieglitz, R. D.* (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie*, Göttingen 2004, S. 71–95.
- 48 *Schepank, H.*: Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung, Göttingen 1995.
- 49 *Endicott, J./Spitzer, R. L./Fleiss, J. L./Cohen, J.*: The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, in: *Archives of General Psychiatry*, 33/1976, S. 766–771.

61 Tab. 1: Beispiel einer psychometrischen Routinediagnostik

Assessment	Messzeitpunkte	
	A	B
<b>Patienten/Selbstbeurteilung, allgemein/störungsübergreifend</b>		
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	♦	♦
Indikatoren des Reha-Status (Ihres-3)	♦	♦
Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM)	♦	
Patientenfragebogen-Aufnahme (PFA) <sup>1</sup>	♦	
Helping Alliance Questionnaire (HAQ)		♦
Patientenzufriedenheit ZUF-8		♦
<b>Patienten/Selbstbeurteilung, störungsspezifisch</b>		
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	♦	♦
Beck Depression Inventory (BDI)	♦	♦
Eating Disorder Inventory	♦	♦
Posttraumatic Diagnostic Scale	♦	♦
<b>Behandelnde Ärzte/Psychologen (der Klinik)</b>		
Basisdokumentation (darin enthalten BSS, GAF)	♦	♦

<sup>1</sup> Anmerkung: Messung A – Aufnahme, E – Entlassung.

## 4.2 Indikation

- 62 Als medizinisches Querschnittsfach ist das Indikationsspektrum der psychosomatischen Medizin breit gefächert. Grundsätzlich umfasst es Krankheiten, an deren Entstehung und Aufrechterhaltung psychosoziale Faktoren wesentlich mitbeteiligt sind. Ferner zu nennen sind Erkrankungen mit belastenden psychosozialen Begleit- und Folgeerscheinungen sowie gesundheitliches Risikoverhalten.
- 63 Im Folgenden wird das Indikationsspektrum nach ICD-10 sowie auch nach ICF abgebildet. In der klinischen Realität spielt die ICD allerdings nach wie vor die dominierende Rolle. Die ICF-Klassifikation hat derzeit (noch) nicht die alltagspraktische Bedeutung, die ihr künftig zustehen wird. Die ICF ist darüber hinaus für die Abbildung psychischer Beeinträchtigungen und Ressourcen an einigen Stellen nicht differenziert genug für die Umsetzung in der psychosomatischen Rehabilitation.

### 4.2.1 Indikationen nach ICD-10

In der psychosomatischen Rehabilitation werden vor allem Patienten 64 folgender Krankheitsgruppen nach ICD-10 behandelt:

- Affektive Störungen (F3), darunter vor allem Depressive Episoden (F32), Rezidivierende depressive Störungen (F33), Anhaltende affektive Störungen (F34),
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), darunter v. a. Phobische Störungen (F40), Sonstige Angststörungen (F41), Zwangsstörungen (F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; F44) und Somatoforme Störungen (F45)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5), darunter v. a. Essstörungen (F50), Nichtorganische Schlafstörungen (F51), Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen (F52), Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54), Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen (F55)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6), darunter v. a. Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60), Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen (F61), Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns (F62), Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität (F64), Störungen der Sexualpräferenz (F65), Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)

### 4.2.2 Indikationen nach ICF

Die International Classification of Functioning (ICF)<sup>50</sup> unterscheidet 65 die Komponenten der „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sowie der „Kontextabhängigkeit“. In der ersten Komponente sind „Körperfunktionen“, „Körperstrukturen“ sowie „Aktivitäten und Partizipation“, in der zweiten die „Umweltfaktoren“ und die „Personenbezogenen Faktoren“ zusammengefasst (s. o.). Wesentlicher Unterschied gegenüber gängigen Klassifikationssystemen ist die ressourcenorien-

50 World Health Organization (WHO): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Genf 2001.

tierte (saluto- statt pathogenetische) Formulierung der einzelnen Funktionen sowie die Berücksichtigung der Interaktion zwischen Gesundheitszustand und individueller Lebensumwelt des Patienten. Obwohl die ICF für die psychogenen Erkrankungen einen z. T. geringen Differenzierungsgrad aufweist, können folgende Bereiche als besonders bedeutsam für Diagnostik und Therapieplanung der Psychosomatischen Rehabilitation angesehen werden:

- bezüglich Körperfunktionen und Körperstrukturen sind dies vor allem
  - Schädigungen bzgl. der globalen und spezifischen mentalen Funktionen (Kapitel 1; b110–b199), davon insb. globale psychosoziale Funktionen (b122),
  - Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (b126), insb. psychische Stabilität (b1263), Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen (b1264), Optimismus (b1265) und Selbstvertrauen (b1266),
  - Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130), insb. Ausmaß an psychischer Energie (b1300), Impulskontrolle (b1304)
  - Funktionen des Schlafes (b134), insb. Aufrechterhaltung des Schlafes (b1342) und Schlafqualität (b1343)
  - Emotionale Funktionen (b152), insb. (Situations-)Angemessenheit der Emotion (b1520), Affektkontrolle (b1521) und Spannweite der Emotion (b1522)
  - Funktionen des Denkens (b160), insb. Form des Denkens (b1601), Inhalt des Denkens (b1602) und Kontrolle des Denkens (b1603),
  - Höhere kognitive Funktionen (b164), insb. das Zeitmanagement betreffende Funktionen (b1642), kognitive Flexibilität (b1643), das Einsichtsvermögen, das Urteilsvermögen und das Problemlösungsvermögen betreffende Funktionen (b1644–1646)
- bezüglich Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sind besonders Beeinträchtigungen der Leistung bzw. Leistungsfähigkeit folgender Aspekte relevant:
  - Lernen und Wissensanwendung (Kapitel 1, d110–d129), insb. Aufmerksamkeit fokussieren (d160), Denken (d163), Probleme lösen (d175) und Entscheidungen treffen (d177)



- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (Kapitel 2, d210–299), insb. Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen (d210, d220), tägliche Routinen durchführen (d230) und mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d240)
- Mobilität (Kapitel 4, d410–d499), insb. sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d460), Transportmittel benutzen (d470) und ein Fahrzeug fahren (d475)
- Selbstversorgung (Kapitel 5; d510–d599), insb. sich pflegen (d520), sich kleiden (d540) und auf seine Gesundheit achten (d570)
- interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Kapitel d710–d799), insb. elementare und komplexe interpersonelle Aktivitäten (d710, d720), mit Fremden umgehen (d730), informelle soziale Beziehungen (d750), Familienbeziehungen (d760) und intime Beziehungen (d770) pflegen
- bedeutende Lebensbereiche (Kapitel 8, d810–d899), insb. Arbeit erhalten, behalten und beenden (d845), Bezahlte Tätigkeit (d850), wirtschaftliche Eigenständigkeit (d870)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (Kapitel 9, d910–d999), insb. Gemeinschaftsleben (d910) sowie Erholung und Freizeit (d920)
- bezüglich Kontextfaktoren sind insbesondere die Beschreibung von Barrieren bzw. Förderfaktoren der Bereiche Unterstützung und Beziehung (Kap. 3) sowie Einstellungen (Kap. 4), z. B. das Vorhandensein sozial unterstützender Personen bzw. die Einstellungen des sozialen Umfeldes wesentlich. Ein behandlungsrelevanter Faktor, die motivationalen Grundlagen des Patienten zur Rehabilitationsbehandlung (Reha-Motivation; vgl. Hafen et al. 2001, Nübling et al. 2004a) hingegen, wird in den Kontextfaktoren der ICF nicht abgebildet.

### **4.3 Konzeptuelle Grundlagen der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen**

#### **4.3.1 Allgemeine konzeptionelle Grundlagen**

Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationskliniken sind häufig mit Patienten konfrontiert, die prognostisch ungünstigere Merkmale aufweisen als Patienten, die im Rahmen der akutmedizini-

66

schen Versorgung ambulant oder stationär behandelt werden. Gründe hierfür sind u. a. eine tendenziell längere Krankheitsdauer<sup>51</sup>), das häufigere Vorliegen von Multimorbidität und Rentenbegehren. Weitere Unterschiede betreffen soziodemographische Variablen, z. B. ein erhöhter Männeranteil, ein ca. 10 Jahre höherer Altersschnitt oder eine niedrigere Schulbildung<sup>52</sup>). Mit diesen Befunden assoziiert ist, dass ein größerer Teil der Patienten eine problematische Reha- bzw. Psychotherapiemotivation aufweist<sup>53</sup>), die erst in der stationären Behandlung entwickelt werden muss. Trotz der schwierigeren Ausgangslage kann die Psychosomatische Rehabilitation sowohl hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität als auch hinsichtlich ihrer Effizienz gut mit der Akutpsychosomatik und –psychiatrie konkurrieren<sup>54</sup>).

- 67 Als grundsätzlicher Orientierungsrahmen psychosomatischer Rehabilitation dient das schon vor über 30 Jahren formulierte „biopsychosoziale Modell“<sup>55</sup>), dem ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Behinderung zugrunde liegt. Dieses hatte einen weitreichenden Einfluss auf das WHO-Modell bzw. das Theoriemodell der Rehabilitation (s. o.). Das bedeutet, dass wesentliche Aspekte des Theoriemodells der Rehabilitation in der psychosomatischen Rehabilitation

51 Zur Chronifizierungsproblematik vgl. *Schmidt, J.*: Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt a. M. 1991; *Zielke, M./Mark, N.*: Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen, in: *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil*, 2/1989, S. 112–121; *Koch, U./Potreck-Rose F.*: Stationäre Psychosomatische Rehabilitation – ein Versorgungssystem in der Diskussion, in: *Strauß, B./Meyer, A. E.* (Hrsg): *Psychoanalytische Psychosomatik*, Stuttgart 1994, S. 193–212.

52 Vgl. *Schmidt, J.*: Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt a. M. 1991; *Schmidt, J. u. a.*: Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien, Regensburg 2003; *Nübling, R./Schmidt, J./Wittmann, W. W.*: Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation, in: *Psychother Psychosom med Psychol*, 49/1999, S. 343–353.

53 Vgl. *Nübling, R. u. a.*: Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM), in: *Nübling, R./Muthny, F./Bengel, J.* (Hrsg): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*, Bern 2006b, S. 252–270; *Schulz, H. u. a.*: Weiterentwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23, in: *Diagnostica*, 49/2003, S. 83–93.

54 *Nübling, R. u. a.*: Effektivität und Effizienz der stationären Behandlung psychisch Kranker – Vergleich zwischen den Versorgungssektoren Rehabilitation und Akutpsychosomatik, in: *DRV-Schriften*, Band 59, Frankfurt 2005, S. 472–475.

55 *Engel, G. L.*: The clinical application of the bio-psycho-social model, in: *Am J Psychiat* 137/1980, S. 535–544.

schon seit über 3 Jahrzehnten umgesetzt werden. Es erklärt die Entstehung und Verlauf einer Erkrankung wesentlich als das Ergebnis eines komplexen Ineinandergreifens unterschiedlicher Komponenten. Vor allem chronische Erkrankungen sind gemäß dieser Sichtweise multifaktoriell bedingt, d. h. bei der Entstehung, der Aufrechterhaltung und dem Verlauf spielen somatische, psychisch-verhaltensbezogene und soziokulturelle Faktoren zusammen. Entsprechend müssen die Behandlungs- bzw. Rehabilitationskonzepte der Einrichtungen multidisziplinär, mehrdimensional und multimodal ausgerichtet sein.

Behandlungskonzepte der stationären Rehabilitation psychischer und psychomatischer Erkrankungen weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf. Aus dem biopsychosozialen Verständnis ergibt sich die Notwendigkeit einer umfassenden diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise. Die Diagnostik ist multimodal bzw. multimethodal (s. o.). Therapeutisch werden im Sinne eines mehrdimensionalen Therapieansatzes neben Einzelpsychotherapie psychotherapeutische Gruppenangebote, Entspannungsverfahren, physio- und bewegungstherapeutische Maßnahmen, Ergotherapie, Pharmakotherapie, Beratungen, Patientenschulungen etc. angeboten. Dabei werden je nach individuellem Krankheitsbild unterschiedliche Gewichtungen bei der Auswahl der einzelnen Therapieverfahren vorgenommen. Darüber hinaus bieten die sozialen Rahmenbedingungen einer Klinik den Patienten vielfältige Chancen zu neuen zwischenmenschlichen Lernerfahrungen. 68

Die konkrete Behandlung muss sich immer an den persönlichen Defiziten und Ressourcen, d. h. an den Einschränkungen sowie den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten orientieren und wird mit ihm abgestimmt. Bei problematischer Reha- bzw. Psychotherapiemotivation wird die Behandlung zunächst darauf konzentriert, den Patienten von der Notwendigkeit der Maßnahmen soweit zu überzeugen, dass ein psychotherapeutischer Zugang möglich und der psychotherapeutische Prozess gefördert wird. Dabei wird darauf geachtet, dass die individuellen Grenzen des Rehabilitanden im therapeutischen Raum respektiert und Über- wie Unterforderungen vermieden werden. Durch das gezielte und zeitintensive Zusammenwirken verschiedener therapeutischer Elemente im stationären Setting wird ein synergistischer Effekt angestrebt, wie er im ambulanten Bereich in dieser Stärke nicht erreicht werden kann. Für manche Patien- 69

ten schafft erst die stationäre Behandlung die Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie.

- 70 Arbeitsbezogene Gruppen und Therapieangebote: Eine starke arbeits- und berufsbezogene Zielsetzung ist der Rehabilitation von ihrem Auftrag her, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten und wiederherzustellen, seit jeher eigen. Durch die sich seit etwa 10 Jahren stark verändernden Bedingungen des Arbeitsmarktes und die damit verbundene Zunahme sozialmedizinischer Problempatienten einerseits und durch die ökonomischen Zwänge auch bei den Reha-Trägern, Rehabilitationsmaßnahmen zu bündeln und zu straffen andererseits, ist es zu einer zunehmenden Akzentuierung der medizinischen Rehabilitation auf die arbeits- und berufsbezogenen Zielsetzungen gekommen. Auch von den psychosomatischen Rehabilitationskliniken wird erwartet, in ihren Behandlungen auf „arbeitsbezogene Strategien“ stärker zu fokussieren<sup>56</sup>.

#### 4.3.2 Psychoanalytisch-tiefenpsychologisch orientierte Konzepte

- 71 Die Mehrheit der Rehabilitationsfachkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen arbeitet nach einem psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Konzept. Grundlagen dieser Konzeption sind bei Bernhard et al. (1987) Bernhard (1996), Janssen et al. (1998) oder Ruff und Leikert (1994) beschrieben. Kliniken die dieses Konzept repräsentieren sind z. B. die Psychosomatischen Kliniken in Gengenbach, Schömberg, Bad Berleburg oder Isny. Im psychoanalytischen Verständnis ist die Klinik Projektionsraum für die Inszenierung unbewusster Konflikte und Interaktionen. Die aktuelle Realität tritt in den Hintergrund und ist nur Kristallisationspunkt psychischer Prozesse. Der Grundgedanke der stationären psychoanalytischen Therapie besteht in der Annahme, dass Patienten in einer Klinik mit ihren vielfältigen Beziehungsangeboten binnen weniger Tage ihre (unbewussten) bevorzugten Interaktionen und Beziehungsmuster reinszenieren und damit ihre Pathologie deutlich werden lassen.

---

56 Korsukéwitz, C.: Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Unveröff. Manuskript, Berlin 2000; Irle, H. u. a.: Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation, in: DAngVers 48, Heft 7/2001, S. 244–250; Irle, H./Winnefeld, M.: Wandel in Demographie und Arbeitswelt – Künftiger Herausforderungen an die Rehabilitation, in: DAngVers, 51, Heft 4/2004, S. 188–196.

Nach Senf (1994) kann das gesamte klinische Feld (z. B. eine Klinik, eine Abteilung) als mehrdimensionalen therapeutischen Raum begriffen werden, in welchem der Patient in einem optimalen Spektrum von Beziehungsangeboten seine Konflikte inszeniert. Die klinische Situation selbst wird aus dieser Perspektive zur analytischen Situation, in welcher der Patient eine Chance zur Darstellung, Wiederbelebung, Erfahrung, Neuorientierung und Bearbeitung seiner „gestörten“ inneren Welt bekommt. Es wird davon ausgegangen, dass die individuelle psychische Störung mit ihrer sich immer wieder unbewusst bzw. automatisiert wiederholenden Erlebens- und Verhaltensweisen das Resultat ist von a) konflikthaften bzw. dysfunktionalen intrapsychischen bzw. interpersonellen Motivkonstellationen, b) strukturellen Vulnerabilitäten und c) komplexen individuellen wie kollektiven Lernvorgängen.

Ein wesentliches Ziel der Behandlung ist, dem Patienten mögliche psycho-somatische Wechselwirkungen zwischen seinen körperlichen und psychischen Symptomen erkenn- und erlebbar zu machen. Dies wird als Grundlage für eine tiefer gehende psychotherapeutische Veränderung angesehen. Wie im ‚Generic Model of Psychotherapy‘<sup>57)</sup> empirisch aufgezeigt, ist es für die Therapie von entscheidender Bedeutung, dass ein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen Patient und Bezugstherapeut und den verschiedenen Gruppentherapeuten aufgebaut wird. Dementsprechend sieht der Therapieansatz psychoanalytisch orientierter Kliniken die Arbeit an der intersubjektiven Beziehungsrealität zwischen Patient bzw. Patientengruppe und Therapeut bzw. Behandlerteam als eine entscheidende therapeutische Wirkgröße an. Im Rahmen der therapeutischen Arbeitsbeziehung sollen die repetitiven maladaptiven Beziehungsmuster des Patienten einer korrekiven kognitiven und emotionalen Erfahrung zugänglich gemacht und neue Erlebens-, Beziehungs- und Verhaltensmuster entwickelt und eingeübt werden.

Therapeutische Bausteine sind die psychoanalytische Einzel- und Gruppentherapie und nonverbale Therapieformen wie Konzentrierte Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren und Gestalttherapie. In vielen Kliniken dieser Konzeption werden inzwischen auch

57 Orlinsky, D. E./Howard, K. I.: Ein allgemeines Psychotherapiemodell, in: Integrative Therapie, 4/1988, S. 281–308; Orlinsky, D. E.: Learning from Many Masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle, in: Psychotherapeut, 39/1994, S. 2–9.

– ursprünglich verhaltenstherapeutische – sogenannte indikative Gruppen wie Angstbewältigungsgruppen, Gruppen für Patienten mit Borderline- oder Essstörungen durchgeführt. Ergänzt werden diese Angebote durch Gesprächsmöglichkeiten mit Krankenschwestern und -pflegern, denen neben der naturgemäß wenig ausgeprägten traditionellen pflegerischen Rolle die Aufgabe zukommt, Patienten in der Bewältigung von Alltagsproblemen anzuleiten und zu unterstützen. Ein weiterer Baustein im Behandlungskonzept ist die Sozialarbeit und Sozialtherapie mit ihren Möglichkeiten, Arbeitsprobleme zu bewältigen, praktische Lebenshilfen zu geben und die berufliche Wiedereingliederung zu erleichtern. Immer mehr Kliniken halten Möglichkeiten der **Belastungserprobung** bzw. der integrierten Berufstherapie vor, wo im realistischen Umfeld bei gestufter Belastung berufliche Rehabilitation geleistet werden kann<sup>58</sup>).

### 4.3.3 Verhaltenstherapeutisch orientierte Konzepte

- 74 Das Konzept verhaltenstherapeutischer oder verhaltensmedizinischer Kliniken orientiert sich an den Entwicklungen der modernen klinischen Verhaltenstherapie. Zentrale Grundlagen der Verhaltensmedizin sind z. B. beschrieben in Zielke (1994) oder Meermann (1996). Dieses Konzept repräsentierende Kliniken befinden sich z. B. in Windach, Bad Dürkheim, Berus oder Bad Bramstedt. Neben der Lerntheorie fließen die Erkenntnisse der klinischen Psychologie, der Psychiatrie und der Medizin ein. **Verhaltensmedizin** versucht, lerntheoretisch begründete psychologische Erkenntnisse und medizinisches Wissen zu integrieren. In verhaltensmedizinisch orientierten Rehakliniken wird die Klinik als Lernfeld betrachtet, als Möglichkeit, neu erworbenes Verhalten zunächst im stationären Rahmen zu erproben und zunehmend in die Realität zu übertragen. Dem aktuellen sozialen Umfeld kommt im Sinne krankheitsauslösender und -aufrechterhaltender Bedingungen höchste Priorität zu. Kennzeichnende Elemente sind das **Bezugstherapeutensystem** und ein multimodales Behandlungsangebot, das durch ein interdisziplinäres Team realisiert

---

58 *Krambeck, P. u. a.*: Integrated psychosomatic and vocational rehabilitation. First results from the BBE project of the Schoenberg Clinic, DRV-Schriften, Band 10, 1998, S. 601–602; *Kieser, J. u. a.*: Psychosomatische Rehabilitation mit integrierter Berufstherapie (berufliche Belastungserprobung). Ergebnisse einer Evaluationsstudie., in: Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 13, Heft 52/2000, S. 48–56.

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

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

Identifiziert werden auslösende Bedingungen (beispielsweise antizipierte Konfliktsituationen) und aufrechterhaltende Faktoren (z. B. Angstreduktion durch Verlassen der Situation). Ziel der Verhaltens- und Bedingungsanalyse ist die Entwicklung eines übergeordneten Störungsmodells mit einem daraus abgeleiteten individuellen Therapieplan. Prinzipiell kann jede Erkrankung auf diesen drei Ebenen beschrieben werden, da auch primär organische Krankheiten durch Verhalten beeinflusst sein können. So kann beispielsweise die subjektive Schmerzempfindung bei Rheumapatienten deutlich von deren Emotionalität abhängen. Bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen korrelieren oft Stressbelastung und Bauchschmerzen, um nur zwei Beispiele zu nennen.

75

Von zentraler Bedeutung ist das Konzept des Bezugstherapeuten. Der Bezugstherapeut erstellt in der Einzeltherapie die Verhaltens- und Bedingungsanalyse und entwickelt gemeinsam mit dem Patienten den Therapieplan. Er ist auf der Basis einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung für die Umsetzung und Moderation der Behandlung verantwortlich. Unterstützt wird er in dieser Arbeit durch einen Cotherapeuten (in der Regel medizinische Assistenzberufe), der Ansprechpartner für den Patienten ist, aber auch Teile der Diagnostik und Therapie unter Anleitung des Bezugstherapeuten eigenständig durchführt. Die komplexen Therapiebausteine werden sowohl in der Einzeltherapie wie auch in indikativen Gruppen realisiert. Indikative Gruppen sind Gruppenangebote mit bestimmten Themen, wie beispielsweise Essstörungsgruppen, Angstbewältigungsgruppen, Schmerzbewältigungsgruppen, soziale Kompetenztrainings u. a. Fast alle Patienten nehmen an Problemlösungsgruppen teil, deren Ziel in der Erarbeitung und Vermittlung von Problemlösungsstrategien besteht.

76

- 77 Gleichberechtigt neben die psychotherapeutischen Bausteine treten die Angebote der Funktionsbereiche Ergotherapie, Sporttherapie und Krankengymnastik, Physio- und Balneotherapie. Einen besonderen Stellenwert hat die Soziotherapie mit ihren Möglichkeiten, ein soziales Nachsorgekonzept zu entwickeln, berufsspezifische Beratung und berufsbezogene **Belastungserprobung** anzubieten und damit einen wesentlichen Baustein für die sozialmedizinische Beurteilung bereitzustellen. Diese komplexe Arbeit kann nur in einem interdisziplinären Team geleistet werden, das die Möglichkeit hat, im Rahmen von Teambesprechungen und Supervision die Ergebnisse der Diagnostik und Therapie zu integrieren und zu bewerten.

#### 4.3.4 Humanistisch-interaktionell orientierte Konzepte

- 78 In Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahren neben tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch fundierten Behandlungsansätzen eine dritte, etwas heterogenere Gruppe mit einem vorwiegend humanistisch-interaktionellen Konzept ausgebildet. Man kann davon ausgehen, dass diese einen Anteil von ca. 10 % der Rehabilitationskliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen ausmachen<sup>59</sup>). Eine typische Klinik dieses Typs ist die Klinik Bad Herrenalb, die 1971 eröffnet wurde und viele weitere Nachahmer des sog. „Bad Herrenalber Modells“<sup>60</sup>) hervorgebracht hat, so z. B. die Kliniken in Grönenbach, Heiligenfeld oder Obersdorf. Die wesentlichen Behandlungssäulen dieses Modells sind tiefenpsychologisch fundierte Gruppen- und Einzeltherapie, emotional erlebnisorientierte Gruppenverfahren (bindungstherapeutischer Ansatz, Bonding-Therapy bzw. New Identity Process NIP nach Casriel, s. u.), der Selbsthilfegruppenansatz auf der Grundlage des 12-Schritte-Programms der Anonymen Alkoholiker sowie die therapeutische „Teaching-Learning-Community“<sup>61</sup>). In einigen Kliniken wird dieses Konzept heute um den systemisch-familientherapeutischen Ansatz erweitert. Wesentliche Bestandteile des Therapiekonzept liegen darüber hinaus v. a. auch in körperorientier-

59 Koch, U./Potreck-Rose F.: Stationäre Psychosomatische Rehabilitation – ein Versorgungssystem in der Diskussion, in: Strauß, B./Meyer, A. E. (Hrsg): Psychoanalytische Psychosomatik, Stuttgart 1994, S. 193–212.

60 Lechler, W. H./Lair, J. C.: Von mir aus nennt es Wahnsinn. Protokoll einer Heilung, Berlin 1983; Lechler, W. H.: Das Bad Herrenalber Modell, Bad Herrenalb 1993.

61 Lechler, W. H.: Das Bad Herrenalber Modell, Bad Herrenalb 1993.



ten Therapieverfahren (Gestalttherapie, Tanztherapie, konzentrierte Bewegungstherapie), Entspannungstechniken (Tiefenentspannung, Autogenes Training, Meditation, Yoga) sowie Sport- und Bewegungstherapie. Im Vordergrund des bindungstherapeutischen Ansatzes<sup>62)</sup> steht für den Patienten die Auseinandersetzung mit früheren oder akuten traumatischen Situationen durch direktes Ausdrücken von starken Emotionen mit dem Ziel, zu korrigierenden oder neuen Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen zu gelangen<sup>63)</sup>. Die Selbsthilfegruppen werden als anonyme Treffen von Patienten in den Kliniken organisiert, zu denen i. d. R. auch Betroffene aus der Region hinzu kommen. Neben der Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker (AA's) sind je nach Problemlage eine Reihe weiterer Gruppen in den Kliniken angebunden, z. B. Gruppen für „Angehörige von Alkoholikern“, für Drogenabhängige, für Spielsüchtige, für Medikamentensüchtige oder für Essgestörte.

## 5 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Nach SGB IX § 20 haben die Träger gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen zu vereinbaren. Diese sollen Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer bzw. der Einrichtungen sein. Sie müssen durch Qualitätsmanagement sicherstellen, dass die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird. 79

Wie Bühr und Fuchs (2006) hervorheben, hat der Gesetzgeber allerdings die Qualitätssicherung mit dem Gesetz zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- GRG 2000 – BGBl I S 2626) für die Rehabilitation der Krankenversicherung im Einklang mit den Regelungen im Bereich der Akutversorgung geregelt (§§ 135a, 137d SGB V). Die Regelungen im SGB IX weichen davon z. T. erheblich ab, so dass – bezogen auf den Bereich der Krankenversicherung – im 80

62 Vgl. auch Großmann, K. E./Großmann, K. Frühkindliche Bindung und Entwicklung. Familiendynamik 1995, S. 171–192.

63 Casriel, D.: New Identity Process, in: Corsini, R. J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Hrsg. der deutschen Ausgabe: G. Wenninger, Weinheim 1994.

Verhältnis zu den übrigen Rehabilitationsträgern weiterhin abweichendes Recht besteht. In der Krankenversorgung tragen die Leistungserbringer/Einrichtungen und nicht ihre Leistungsträger die unmittelbare Verantwortung für die Qualität und ihre Weiterentwicklung. Nach SGB IX sind sie nur zur Sicherstellung eines Qualitätsmanagements verpflichtet, das die Qualität gewährleistet und verbessert, d. h. sie tragen zwar die unmittelbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement, nicht aber für die Qualität selbst<sup>64</sup>).

- 81 Mit Beginn Mitte der 1990er Jahre wurden aufbauend auf den damaligen gesetzlichen Grundlagen des SGBV umfassend Qualitätssicherungsprogramme entwickelt. Das erste dieser Art war das QS-Programm der gesetzlichen Rentenversicherung, weit später kamen andere, insbesondere das der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Unfallversicherung und der Berufsgenossenschaften hinzu. Darüber hinaus entstand, v. a. auch diesen folgend eine Dynamik der Implementierung von umfassenden Qualitätsmanagementsystemen einschließlich Zertifizierungen. Einen guten Überblick zu dieser Entwicklung geben Jäckel und Farin (2004). Auf die beiden wichtigsten QS-Programme wird im folgenden kurz eingegangen.

## 5.1 Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

- 82 Das Anfang 1994 eingeführte Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung<sup>65</sup>, kann nach wie vor als eines der umfassendsten und wahrscheinlich ersten Beispiele für eine flächendeckende QS-Maßnahme im deutschen Gesundheitswesen bezeichnet werden. In dieses Programm wurden alle von der Rentenversicherung federführend belegten Kliniken einbezogen. Das Programm bestand zunächst aus fünf Programmpunkten, mit deren Entwicklung und Umsetzung vier wissenschaftliche Institute von der Rentenversicherung beauftragt wurden. Der im wesentlichen zunächst extern initiierte und gesteuerte Maßnahmenkatalog – die Kliniken müssen sich betei-

---

64 *Bihr, D./Fuchs, H.*: Qualitätssicherung, in: *Bihr, D. u. a.*(Hrsg): *SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch*. St. Augustin 2006, S. 217–232.

65 *Schaub, E./Schliehe, F.*: Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung, 1994, S. 101–110; *Müller-Fahrnow, W.*: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, in: *f & w*, 10/1993, S. 385–388.

ligen, anfangs unter Androhung von Sanktionen – sollte die internen QS-Bemühungen, insbesondere den Aufbau eines internen Qualitätsmanagements der Kliniken fördern und unterstützen. Über den aktuellen Stand der Umsetzung informieren Jäckel & Farin (2006) oder Egner et al. (2006).

Die einzelnen Programmpunkte 1. Klinikkonzept, 2. Patiententherapiepläne, 3. Qualitätsscreening, 4. Patientenbefragungen und 5. Qualitätszirkel sollten zunächst der Sicherstellung der Strukturqualität, der Beurteilung der Prozessqualität durch kompetente Fachkollegen und der Einbeziehung der Sicht der Rehabilitanden dienen. Die Punkte 1-4 wurden dabei als originäre Aufgabe der Leistungsträger, Punkt 5 – unter Einbeziehung der Ergebnisse aus den ersten vier Punkten – als zentrale Aufgabe der Einrichtungen gesehen. Ziel des Qualitätssicherungsprogramms war eine am Patienten orientierte kontinuierliche Qualitätserfassung und -verbesserung, eine Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, eine stärkere Ergebnisorientierung und die Förderung des Aufbaus eines internen Qualitätsmanagements<sup>66</sup>. 83

Im Rahmen des Programmpunktes 1 Klinikkonzept wird die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Von jeder beteiligten Klinik werden kontinuierlich Angaben zur Ausstattung (personell, räumlich, apparativ), zu Indikationen oder zum diagnostischen und therapeutischen Leistungsspektrum erfragt und mit strukturgleichen Kliniken verglichen. Bez. Programmpunkt 2, Patiententherapiepläne müssen für die für eine Klinik häufigsten diagnostischen Patientengruppen repräsentative bzw. typische Therapiepläne abgebildet werden, aus deren Art, Umfang und zeitliche Abfolge der Leistungen unter Berücksichtigung von Behandlungszielen hervorgehen. Das Qualitäts-Screening beinhaltet stichprobenartige Einzelfallüberprüfungen von konkret durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Ziel einer Einschätzung der Regelmäßigkeit der Behandlungen sowie des Rehabilitationserfolges auf der Grundlage des Entlassungsberichts. Die Rückmeldung erfolgt im Sinne eines „Benchmarkings“, wodurch die Kliniken ihr Verbesserungspotential im Vergleich zu anderen Einrichtungen einschätzen 84

---

66 Egner, U. u. a.: Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Die Rehabilitation, 45/2006, S. 221–231.

können<sup>67</sup>). Programmpunkt 4 Patientenbefragung hat die Beurteilung der Behandlung (Zufriedenheit) und den Behandlungserfolg aus Sicht der Patienten zum Gegenstand. Hierzu wurde ein indikationsübergreifender Fragebogen entwickelt, der inzwischen an mehreren Tausend Patienten erprobt wurde. Er wird jeweils bei einer Stichprobe von Rehabilitanden jeder am Programm beteiligten Kliniken erhoben und im Vergleich von Kliniken gleicher Indikation an die Einrichtungen rückgemeldet<sup>68</sup>). Weiterentwicklungen zum klinikinternen Routine-Einsatz wurden jüngst von Müller-Farnow et al. (2006) bzw. Spyra et al. (2006) vorgelegt, ähnliche interne Routinemonitoring-Systeme existieren, z. T. seit mehreren Jahren, bei einzelnen privaten Klinikträgern<sup>69</sup>). In Programmpunkt 5 Qualitätszirkel wurde – als Ansatzpunkt für das interne QM – die Einrichtung von klinikinternen, interdisziplinären Qualitätszirkeln im Sinne von lösungsorientierten Arbeitsgruppen gefordert. Hier sollten alle Informationen aus den anderen Programmpunkten zusammengeführt und ggf. Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Dies ist inzwischen in vielen Kliniken durch die Implementierung eines Qualitätsmanagements-Systems bzw. in einem größeren QM-Zusammenhang realisiert. Für Kliniken, die noch immer über kein internes QM verfügen, gilt nach wie vor die Forderung als Mindeststandard.

---

67 Jäckel, W. H. u. a.: Peer Review: ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen, in: *Die Rehabilitation*, 36/1997, S. 224–232; Farin, E. u. a.: Die Bewertung des Rehabilitationsprozesses mittels des Peer-Review-Verfahrens. Methodische Prüfung und Ergebnisse der Erhebungsrunde 2000/2001 in somatischen Indikationsbereichen, 2003.

68 Raspe, H. H. u. a.: Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation. Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“), in: *Die Rehabilitation*, 36/1997, S. XXXI–XLII.

69 Nübling, R. u. a.: Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, im Druck; Steffanowski, A. u. a.: Patientenbefragungen in den Medizinischen Rehabilitation – Computergestütztes Routinemonitoring der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, in: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 19, Heft 71/2006, S. 35–46; Zielke, M. u. a.: Gütekriterien des Fragebogens „Qualitätsbeurteilungen durch Patienten“ (QbP) auf der Grundlage von stationären Behandlungsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, in: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 19, Heft 71/2006, S. 18–26.

## 5.2 Qualitätssicherungsprogramme anderer Reha-Träger

Nach dem Vorbild der Rentenversicherung haben inzwischen auch weitere Träger eigenen QS-Programme aufgelegt, insbesondere zu nennen ist das Programm der gesetzlichen Krankenkassen. Des weiteren wurden QS-Programme z. B. auch von den gesetzlichen Unfallkassen sowie von den Berufsgenossenschaften gestartet<sup>70</sup>. 85

Seit 2000 wird im Leistungsbereich der medizinischen Rehabilitation der Krankenkassen das QS-Reha-Verfahren implementiert, in dem die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit gemessen werden. Inzwischen sind über 220 Einrichtungen mit 270 Fachabteilungen daran beteiligt. Mit Abschluss der „Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V“ zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, ist das QS-Reha-Verfahren seit dem 1. April 2004 für alle stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die von der GKV hauptbelegt sind, verpflichtend. Das QS-Programm beinhaltet eine externe, klinikvergleichende Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einschließlich der Patientenzufriedenheit nach dem Konzept des „Qualitätsprofils“. Mittelfristig wird eine Vereinheitlichung mit dem Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung angestrebt. Für jede Indikation der medizinischen Rehabilitation wurden in einer Konzept- und Pilotphase die Instrumente entwickelt und getestet, bevor sie in der Routine angewendet werden. Die am Verfahren teilnehmenden Kliniken erhalten einen ausführlichen Ergebnisbericht (Ergebnisrückmeldung), in dem sowohl die zusammenfassenden Bewertungen zu einzelnen Qualitätsdimensionen als auch Einzelergebnisse dargestellt sind. Dabei werden die zusammenfassenden Bewertungen einem Vergleich mit anderen Kliniken des gleichen Indikationsgebiets unterzogen, so dass sich die Klinik sowohl mit dem Durchschnitt der anderen Kliniken als auch mit einzelnen, anonymisierten Kliniken vergleichen kann. Das methodisch ähnlich wie das der Rentenversicherungsträger angelegte Programm erhebt zusätzlich zu Strukturmerkmalen, dem Peer Review Verfahren und 86

---

70 Vgl. Jäckel, W. H./Farin. E: Qualitätssicherung in der Rehabilitation: wo stehen wir heute? Die Rehabilitation 43, 2004, S. 271–283.

der Patientenzufriedenheit auch psychometrisch erfasste Outcomevariablen (IRES)<sup>71)</sup> sowie die Mitarbeiterzufriedenheit<sup>72)</sup>.

## 6 Rehabilitationsforschung

- 87 Die medizinische Rehabilitation stand viele Jahre im Zentrum der Kritik, wenn es darum ging die Notwendigkeit und die Nützlichkeit von Versorgungszweigen des bundesdeutschen Gesundheitssystems in Frage zu stellen. Bis etwa Ende der 1980er Jahre bestand nach über einstimmender Meinung von Rehabilitationsexperten eine erhebliche Diskrepanz zwischen den erbrachten und von der Solidargemeinschaft mit beträchtlichem Aufwand finanzierten Leistungen und den vergleichsweise geringen Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis<sup>73)</sup>. Als Folge dieser und anderer Kritik wurde von der Deutschen Rentenversicherung die so genannte Reha-Kommission berufen. Die von ihr 1991/1992 vorgelegten Ergebnisse enthielten insbesondere auch die Forderung nach einer stärkeren wissenschaftlichen Ausrichtung der Rehabilitation. Als bedeutsamste und umfangreichste Förderinitiative wurde daraufhin Ende der 1990er Jahre vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ins Leben gerufen, in dem zwischen 1998 bis 2006 mit ca. 40 Mio. € acht regionale Forschungsverbände mit insgesamt 150 einzelnen Forschungsprojekten gefördert wurden. Zielsetzung des Förderschwerpunkts war es, Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation zu steigern und die strukturelle Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen nachhaltig zu stärken<sup>74)</sup>. Inzwischen sind die Projekte abgeschlossen und

71 Gerdes, N./Jäckel, W. H.: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation, 34/1995, S. XIII–XXIV.

72 Farin, E. u. a.: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation durch die Gesetzliche Krankenversicherung: Hintergrund, Anforderungen und Ergebnisse, in: Prävention und Rehabilitation, 2005, S. 125–143.

73 Bengel, J./Koch, U.: Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin 2000, S. 3–18.

74 Koch, U. u. a.: Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften. Vorschlag zu einer Förderinitiative, in: Deutsche Rentenversicherung 7–8/1995, S. 491–513; Koch, U./Schliehe, F./Aufderheide, W.: Stand und Entwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung, in: Die Rehabilitation, 37/1998, S. 66–70.

sind vielfach, sowohl national als auch international, publiziert. Ihre Ergebnisse sind dokumentiert Forschungsdatenbank auf der Internet-Seite der Deutschen Rentenversicherung<sup>75)</sup> (<http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/>).

## 6.1 Outcome psychosomatischer/ psychotherapeutischer Rehabilitation

Die Bedeutung der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation kann mindestens aus zwei Gründen als hoch eingeschätzt werden: es handelt sich um den bzgl. des Anteils am Gesamt der Rehabilitationsverfahren inzwischen – gemeinsam mit den Krebserkrankungen – zweitgrößten und darüber hinaus um den mit am besten beforschten Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation. In den vergangenen 20 Jahren wurden dabei insbesondere Evaluationsprojekte durchgeführt, die Aussagen über die Ergebnisqualität bzw. die Behandlungsergebnisse psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitation erlauben. Ein Teil dieser Studien wurden bereits Mitte der 1980er, Anfang der 1990er Jahre initiiert und bezogen sich sowohl auf Kliniken psychoanalytischer und/oder verhaltensmedizinischer Orientierung<sup>76)</sup>. Ergebnisse aktuellerer Studien aus diesem Bereich finden sich z. B. bei Nosper (2004), Schmidt et al. (2003), Schulz et al. (1999) oder Zielke et al. (2004). Später kamen auch Studien aus der o.g. dritten konzeptuellen Gruppe der humanistisch-inteaktionellen Ausrichtung dazu<sup>77)</sup>. Vor kurzem wurde –

88

75 <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/>

76 Broda, M. u. a.: Die Berus-Studie, Berlin, Bonn 1996; Nübling, R./Schmidt, J./Wittmann, W. W.: Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation, in: *Psychother Psychosom med Psychol*, 49/1999, S. 343–353; Schmidt, J.: Evaluation einer psychosomatischen Klinik, Frankfurt a. M. 1991; Zielke, M.: Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie, Weinheim 1993.

77 Z. B. Dilcher, K. u. a.: Psychosomatische Kliniken, in: Gerdes, N./Weidemann, H./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Die Protos-Studie, Darmstadt 2000, S. 173–202; Mestel, R. u. a.: Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten, in: Bassler, M. (Hrsg.): Empirische Forschung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation, Gießen 2000; Tschelin, D./Walter-Klose, C./Wellenhöfer, G.: (2000): Effektivität stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik. Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31/2000, S. 35–44. Nübling, R. u. a.: Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulübergreifenden Behandlungskonzepts. In Bassler, M (Hsg). Leitlinien zur stationären Psychotherapie. Gießen 2000, S. 274–300.

als Projekt im Rahmen des Förderschwerpunktes finanziert – eine Metaanalyse aller verfügbaren Prozess-Ergebnis-Studien der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen vorgelegt, in die 67 Einzelstudien mit über 30.000 Patienten eingingen<sup>78</sup>). Mit der so genannten MESTA-Studie steht erstmals eine Metaanalyse aller seit 1980 in der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführten Ergebnisstudien zur Verfügung. Bzgl. des Outcomes ergab sich bei Behandlungsende eine über alle Studien gemittelte Effektstärke von  $ES=0.51$  (was einem „mittleren“ Effekt entspricht), wobei sich deutliche Unterschiede sowohl zwischen Einrichtungen bzw. Studien zeigten (Range= 0,14 – 2,20) als auch zwischen Störungsbildern (Indikationsgruppe „Depression“  $ES = 0.84$ ; „Angst“  $ES = 0.71$ , „Somatoforme Störung“  $ES = 0.49$ ) zeigten. Die Effekte blieben auch nach einem Jahr weitgehend stabil. In einer zusätzlich durchgeführten Primärdatenanalyse an einer Substichprobe von 10 Studien (bzw.  $n=3700$  Patienten) zeigten sich darüber hinaus bei den dort differenzierter erhobenen kostenrelevanten Indikatoren (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankenhaustage, Arztbesuche) eine positive Entwicklung. Dieser Indikationsbereich hat – vielleicht wegen dem besonderen Legitimationsdruck – bereits früh – und weit vor der Einrichtung des Förderschwerpunktes – mit umfassenden Programmevaluationsstudien begonnen. Vor allem die Projekte, die zur Abschätzung des Outcomes dieses Versorgungssektors durchgeführt wurden, sind ein wichtiges empirisches Dokument für die allgemeine Legitimation psychosomatischer Rehabilitation, sowohl aus Perspektive der Patienten (denen es überwiegend besser geht) als auch der Leistungsträger bzw. der gesundheitsökonomischen Perspektive (deren in die Behandlungen investierten Versichertenbeiträge sich lohnen).

## 6.2 Psychische Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen

- 89 Als einem weiteren wichtigen psychotherapielevanten Bereich wurden in der medizinischen Rehabilitation mehrere Studien durchgeführt, die die psychische Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen fokussierten. Untersucht wurden v. a. die Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Pneumologie und Endo-

<sup>78</sup> Steffanowski A. u. a.: Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Abschlußbericht. Karlsruhe, eqs-Institut und Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II.



krinologie. Die häufige Assoziation von somatischen Erkrankungen mit psychischen Störungen ist durch zahlreiche klinische Studien belegt. Allerdings fehlten bis vor kurzem Daten hierzu über Art und Ausmaß in der medizinischen Rehabilitation. In zwei aufeinander folgenden Projekten der beiden Förderphasen wurde von der Arbeitsgruppe Martin Härter und Jürgen Bengel in allen fünf o.g. Indikationsbereichen untersucht, wie häufig eine psychische Komorbidität vorliegt und wie hoch ihre Erkennensraten sind<sup>79</sup>). Ziel war u. a. die Verbesserung der differentialdiagnostischen Einschätzungen und Zuweisungsentscheidungen zu psychologischen Behandlungsverfahren und damit die Vermeidung von Fehlzweisungen. Insgesamt wurden etwa 3000 Patienten befragt, von denen mehr als 600 interviewt wurden. Dabei zeigten sich knapp 40 % der untersuchten Patienten mit einer der genannten somatischen Erkrankungen psychisch belastet, eine aktuelle komorbide Störung wies mehr als jeder fünfte Patient auf. Die 12-Monats-Prävalenz betrug 35 %, die Lebenszeitprävalenz über 60 %. Affektive Störungen, Angststörung und somatoforme Störungen standen im Vordergrund. Dabei blieb mehr als jede zweite psychische Störung von den Reha-Medizinern unerkannt, nur jeder vierte Patient erhielt eine seiner Störung entsprechende Diagnose. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Keck (2006) sowie Nübling et al. (2004, 2006c). Keck (2006) untersuchten in einer Studie über die Effekte einer Unterstützungsmaßnahme zur beruflichen Wiedereingliederung bei ca. 1000 AHB-Patienten einer kardiologischen Reha-Klinik auch deren psychische Komorbidität. Dabei wiesen ca. 20 % der Patienten deutlich erhöhte Angst- sowie 9 % erhöhte Depressionswerte. Nübling et al. (2004) fanden bei ebenfalls ca. 1000 Patienten der Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik jeweils bedeutende Anteile von Patienten mit einer psychische Beeinträchtigungen (Kardiologie: 23 %; Orthopädie: 36 %; Vergleichsgruppe der Psychosomatik: 77 %).

Alle vier Projekte weisen auf die teilweise hohe psychische Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen hin. Dies bezieht sich auf alle wichtigen Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilita-

90

79 Härter, M. u. a.: Epidemiologie psychischer Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation, Regensburg 2000, S. 69–83; Härter, M. u. a.: Epidemiology of Mental Disorders in Rehabilitation, in: Jäckel, W./Bengel, J./Herdt, J. (Hrsg.): Research in Rehabilitation – Results from a Research Network in Southwest Germany, 2006, S. 61–72.

tion. Sie zeigen auch, dass in der häufig ärztlich dominierten, manchmal einseitig aus der Akutversorgung übertragenen somatischen Sichtweise viele dieser komorbiden psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen nicht erkannt werden. Dies weist darauf hin, dass das Vorgehen in der aktuellen Versorgungspraxis oft nicht den Vorgaben der Umsetzung eines oben ausgeführten ganzheitlichen Modells der medizinischen Rehabilitation entspricht. In den Projekten wurden Verbesserungen sowohl in der Diagnostik (zweistufiges Verfahren) als auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten vorgeschlagen. Dabei muss künftig auch stärker über die Stellung der Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten in den Kliniken und deren Möglichkeiten eines Beitrags zur Verbesserung der Behandlungskonzeptionen nachgedacht werden.

## Literatur

*Badura, B.:* Systemprobleme in der Rehabilitation, in: Schott, T. u. a. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim 1996, S. 12–19.

*Barghaan, D. u. a.:* Psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Behandlungsverfahren in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Analysen zur differentiellen Versorgung und Indikationsstellung, in: DRV- Schriften, 52/2004, S. 545–547.

*Bassler, M./Potratz, B./Krauthauser, H.:* Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky, in: Psychotherapeut, 40/1995, S. 23–32.

*Bengel, J./Koch, U.:* Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin 2000, S. 3–18.

*Bengel, J./Wirtz, M./Zwingmann, C. (in Duck).* Kompendium diagnostischer Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen, Hogrefe.

*Bernhard, P; Schmidt, J; Lamprecht, F:* Stationäre Psychotherapie: Grenzen und Möglichkeiten. In: Lamprecht, F. (Hrsg.): Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin: Springer, 1987, S. 391–398.

*Bernhard, P (1996)* Stand und Perspektiven psychosomatischer Reha-

bilitation – Therapiepläne in der Psychosomatik. *Prax Klin Verhaltensmed Reha*, 9, 256–258 Biefang, S./Potthoff, P./Schliehe, F. (1999). *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen. 1999.

*Biefang, S./Schuntermann, M.* Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin 2000, S. 103–120.

*Bihr, D./Fuchs, H.*: Qualitätssicherung. In Bihr, D./Fuchs, H./Krauskopf, D./Ritz, H.-G. (Hrsg): *SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch*. St. Augustin 2006, S. 217–232.

*Bihr, D.* u. a. (Hrsg.): *SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch*, St. Augustin 2006.

*Broda, M. u. a.* (1996): *Die Berus-Studie*. Berlin, Bonn: Westkreuz.

*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR* (Hrsg.): *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Frankfurt, BAR, 2003.

*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.): *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*, Frankfurt 2004.

*Bürger, W./Buschmann-Steinhage, R.*: Rehabilitative Angebotsformen im Überblick. In Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin, Heidelberg 2000, S. 139–162

*Casriel, D.* (1983): *New Identity Process*. In: Corsini, Raymond J. (Hrsg.) *Handbuch der Psychotherapie*. Hrsg. der deutschen Ausgabe: G. Wenninger, Weinheim.

*Deutsche Rentenversicherung Bund DRV* (2005a): *Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Berlin, DRV Bund.

*Deutsche Rentenversicherung Bund DRV* (2005b) *Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Berlin, DRV Bund.

*Dilcher, K. u. a.*: *Psychosomatische Kliniken*, in: Gerdes, N./Weidemann, H./Jäckel, W. H. (Hrsg.): *Die Protos-Studie*, Darmstadt 2000, S. 173–202.

Egner, U./Gerwinn, H./Buschmann-Steinhage, R. (2006). Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 45, S. 221–231.

Endicott, J. u. a.: The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 1976, 33, S. 766–771.

Engel, GL (1980): The clinical application of the bio-psycho-social model. *Am J Psychiat* 137, S. 535–544.

Farin, E. u. a. (2005): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation durch die Gesetzliche Krankenversicherung: Hintergrund, Anforderungen und Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation*, S. 125–143

Farin, E. u. a.: Die Bewertung de rehabilitationsprozesses mittels des Peer-Review-Verfahrens: Methodische Prüfung und Ergebnisse der Erhebungsrunde 2000/2001 in somatischen Indikationsbereichen.

Fliegel, S.: Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In Senf, W./Broda, M. (Hrsg): *Praxis der Psychotherapie*. 3. Aufl. Stuttgart 2005, S. 157–168.

Franke, G. H. (2002). SCL- 90- R. Die Symptom- Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* Göttingen, S. 299–303.

Fuchs, H.: Einführung, in: Bihl, D. u. a. (Hrsg.): *SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch*, St. Augustin 2006, S. 1–42.

Gerdes, N./Bengel, J./Jäckel, W.: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): *Zielorientierung in der Rehabilitation*, Regensburg 2000, S. 12–20.

Gerdes, N./Jäckel, W. H. (1995). Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation*, 34, XIII–XXIV.

Gerdes, N./Weis, J.: Zur Theorie der Rehabilitation, in: Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*, Berlin 2000, S. 42–68;

Gerdes, N./Bengel, J./Jäckel, W.: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): *Zielorientierung in der Rehabilitation*, Regensburg 2000, S. 12–20.

Göner, S./Bischoff, C. (2006) Akzeptanz eines psychometrischen Routinediagnostik und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 45, S. 282–288

Grande, G./Badura, B.: Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive, Frankfurt am Main 2001.

Härter, M. u. a.: Epidemiologie psychischer Störungen bei Patienten mit muskulo-skelettalen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation, Regensburg 2000, S. 69–83.

Härter, M. u. a.: Epidemiology of Mental Disorders in Rehabilitation, in: Jäckel, W./Bengel, J./Herdt, J. (Hrsg.): Research in Rehabilitation – Results from a Research Network in Southwest Germany, 2006, S. 61–72.

Hafen, K. u. a. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Die Rehabilitation*, 40, S. 3–11.

Hautzinger, M. u. a.: BeckDepressionsinventar (BDI). Bern 2001.

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

Herrmann, C./Buss, U./Snaith, R. P. HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern 1995.

Hollstein, H.: Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, in: Delbrück, H./Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin, München 1998.

Irle, H./Amberger, S./Nischan, P. (2001). Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation. *DAngVers*, 48, 7/2001, S. 244–250.

Irle, H./Winnefeld, M. (2004): Wandel in Demographie und Arbeitswelt – Künftiger Herausforderungen an die Rehabilitation. *DangVers*, 51, 4/2004, S. 188–196.

Jäckel, W. H. u. a.: (1997). Peer Review: ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Die Rehabilitation*, 36, S. 224–232.

*Janssen, P. L. u. a.:* (1996). Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapeut*, 43, S. 265–276.

*Jochheim, K.-A.:* Historische Entwicklung in der Rehabilitation, in: Delbrück, H./Haupt, E. (Hrsg.): *Rehabilitationsmedizin*, München 1998.

*Jung, K./Preuss, B.:* Rechtsgrundlagen der Rehabilitation. Starnberg 2001.

*Keck, M.* (2006). Impact of anxiety and depression on the occupational reintegration of younger patients of the regional pension insurance institutes. In: W. Jäckel, J. Bengel & J. Herdt (Hrsg.). *Research in Rehabilitation – Results from a Research Network in Southwest Germany*, S. 49–58.

*Kieser, J. u. a.:* (2000). Psychosomatische Rehabilitation mit integrierter Berufstherapie (berufliche Belastungserprobung): Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 13, 52/2002, S. 48–56.

*Korsukéwitz, C.* (2000): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Unveröff. Manuskript, Berlin, BfA.

*Koch, U./Schliehe, F./Aufderheide, W.* (1998). Stand und Entwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Die Rehabilitation*, 37, S. 66–70.

*Koch, U. u. a.:* (1995). Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften. Vorschlag zu einer Förderinitiative. Deutsche Rentenversicherung 7–8, S. 491–513.

*Koch, U./Potreck-Rose F.* (1994): Stationäre Psychosomatische Rehabilitation – ein Versorgungssystem in der Diskussion. In: Strauß, B. & Meyer, A. E. (Hrsg.): *Psychoanalytische Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer, S. 193–212.

*Krambeck, P. u. a.:* (1998). Integrated psychosomatic and vocational rehabilitation. First results from the BBE project of the Schoemberg Clinic. *DRV-Schriften*, Band 10, S. 601–602.

*Kriz, D. u. a.:* Weiterentwicklung und Normierung des PAREMO. In Nübling, R., Muthny, F. & Bengel, J. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern 2006, S. 161–178.

*Laireiter, A-R* Dokumentation in der Psychotherapie. In Härter, M., Linster, H.-W., Stieglitz, R. D. (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Göttingen 2004, S. 71–95.

*Lechler, W. H./Lair, J. C.* (1983): Von mir aus nennt es Wahnsinn: Protokoll einer Heilung. Berlin

*Lechler, W. H.* (1993): Das Bad Herrenalber Modell. Förderkreis für Ganzheitsmedizin, Bad Herrenalb.

*Meermann, R.:* (1996) Stationäre Verhaltenstherapie in der psychosomatischen Klinik. In: Meermann, R, Vandereycken, W. (Hrsg) Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Stuttgart, S. 23– 36

*Mestel, R. u. a.:* Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten, in: Bassler, M. (Hrsg.): Empirische Forschung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation, Gießen 2000.

*Müller-Fahrnow, W.* (1993). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. f & w, 10, S. 385 ff.

*Müller-Fahrnow, W. u. a.:* (2006). Kontinuierliche Patientenbefragungen – Testmethodische Überprüfung eines neuen Instruments für das klinikinterne Routinemonitoring. DRV-Schriften, Band 64, S. 121–122.

*Nosper, M.* (1999a). Psychosomatische Rehabilitation. Berlin: Logos.

*Nübling, R. u. a.:* (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulübergreifenden Behandlungskonzepts. Erste Ergebnisse der 1 Jahres Katamnese der Bad Herrenalber Katamnese-studie. In M. Bassler (Hrsg), Leitlinien zur stationären Psychotherapie. Gießen, S. 274–300.

*Nübling, R. u. a.:* Indication for psychotherapeutic and psychosocial treatment in german medical rehabilitation. In: Jäckel, W. H., Bengel, J. & Herdt, J.: Research in Rehabilitation – Results from of a Research Network in Southwest Germany. Stuttgart 2006, S. 84–102.

*Nübling, R. u. a.:* Effektivität und Effizienz der stationären Behandlung psychisch Kranker – Vergleich zwischen den Versorgungssektoren

ren Rehabilitation und Akutpsychosomatik. DRV-Schriften, Band 59 Frankfurt 2005, S. 472–475.

*Nübling, R./Muthny, F. A./Bengel, J.* (Hrsg.) (2006a). Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern.

*Nübling, R./Schmidt, J.* (1998a). Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In A.-R. Laireiter, A-R & H. Vogel (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch Tübingen S. 335–353.

*Nübling, R./Schmidt, J.* (1998b). Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter, A-R & H. Vogel (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch Tübingen S. 49–74.

*Nübling, R./Schmidt, J./Schulz, H.* (2002). FPTM Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie Göttingen – Bern – Toronto – Seattle S. 141–145.

*Nübling, R./Schmidt, J./Wittmann, W. W.* (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. PPM Psychother Psychosom med Psychol, 49, S. 343–353.

*Nübling, R. u. a.:* (2006b). Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM). In Nübling, R., Muthny, F. & Bengel, J. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung Bern S. 252–270.

*Nübling, R. u. a.:* (im Druck). Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement.

*Orlinsky, D. E.* (1994). Learning from Many Masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Psychotherapeut, 39, S. 2–9.

*Orlinsky, D. E./Howard, K. I.* (1988). Ein allgemeines Psychotherapie-modell. Integrative Therapie, 4, S. 281–308.



*Raspe, H. H. u. a.:* (1997): Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitanden-zufriedenheit“). *Die Rehabilitation*, 36, XXXI–XLII.

*Ruff, W./Leikert, S.* (1995). Stationäre tiefenpsychologische Psychotherapie – eine eigenständige Behandlungsform. *Psychotherapeut* 40, S. 163–170

*Schaub, E./Schliehe, F.* (1994). Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung DRV*, (2), S. 101–110.

*Schepank, H.* (1995). Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen.

*Schmidt, J.* (1991): Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt a. M.

*Schmidt, J./Lamprecht, F./Wittmann, WW.* (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother. med. Psychol.*, 39, S. 248–255

*Schmidt, J./Nübling, R.* (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* Göttingen 2002, S. 392–396.

*Schmidt J. u. a.:* (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.

*Schüßler, G.:* Psychodynamische Diagnostik. In Senf, W./Broda, M. (Hrsg): *Praxis der Psychotherapie*. 3. Aufl. Stuttgart 2005, S. 144–156.

*Schulz, H. u. a.:* (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, S. 114–130.

*Schulz, H. u. a.:* (in Druck). Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Psychotherapeutische Versorgung.

*Schulz, H. u. a.:* (2005). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49, S. 175–187.

*Schulz, H. u. a.:* (2003): Weiterentwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. Diagnostica, 49, S. 83–93.

*Senf, W.:* Stationäre psychoanalytische Psychotherapie: Die therapeutische Situation ohne Couch, in: Neun, H. (Hrsg.): Psychosomatische Einrichtungen, Göttingen 1994.

*Spyra, K. u. a.:* (2006). Das Klinikspezifische Patienteninventar (KSPI) zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 19, 71/2006, S. 47–65.

*Statistisches Bundesamt* (2005). Gesundheitswesen – Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2004. Fachserie 12/Reihe 6.1.2. Wiesbaden, Stat. Bundesamt.

*Steffanowski, A. u. a.:* (2005). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Projektabschlussbericht. Unveröff. Manuskript, Karlsruhe/Mannheim lehrstuhl Psychologie II.

*Tiedt, G.:* Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation, in: Delbrück, H./Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin, München 1998.

*Thiel, A. u. a.:* Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI2. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 1997, 47, S. 365–376.

*Tscheulin, D./Walter-Klose, C./Wellenhöfer, G.:* (2000): Effektivität stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik. Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 31/2000, S. 35–44

*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR; Hrsg.).* VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004, Frankfurt, 2005.

*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR):* Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Dt. Rentenversicherung Heft 10–11/1996, S. 633–665.

*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR).* Das Reha-Quali-

tätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Perspektiven und Ziele. DRV, 11/1994, S. 745–750.

*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)*. Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung. Programmpunkt 1: Klinikkonzepte. Auswertungen zur Strukturerhebung 1998. Frankfurt/Main: VDR, 2000.

*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)*. Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, 2003.

*World Health Organisation (WHO)*. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Genf: WHO, 1980.

*World Health Organisation: The WHO-Constitution*, Genf 1984.

*World Health Organization (WHO)*. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneve, WHO, 2001.

*Wolber, K.*: Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, in: Mühlum, A./Oppl, H. (Hrsg): Handbuch der Rehabilitation, Neuwied 1992.

*Zielke, M.* Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim.

*Zielke, M. u. a.*: (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik – Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung. Lengerich: Pabst Science Publishers.

*Zielke, M. u. a.*: (2006). Gütekriterien des Fragebogens „Qualitätsbeurteilungen durch Patienten“ (QbP) auf der Grundlage von stationären Behandlungsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 19, Heft 71, S. 18–26.

*Zielke, M./Mark, N.*: (1989): Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen. Prax Klin Verhaltensmed Rehabil, 2, S. 112–121.

*Zielke, M./Sturm, J.*: (Hrsg). Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Göttingen, 1994.

