

Psychologische Interventionen

- Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzerkrankung



Vorwort

Die Notwendigkeit und Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen ist wissenschaftlich gesichert. Dies gilt nicht zuletzt für chronische Rückenschmerzen und die koronare Herzerkrankung. In den Leitlinien der Fachgesellschaften und den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung werden psychologische Behandlungsansätze bei diesen Erkrankungen explizit empfohlen. Koronare Herzerkrankung und chronische Rückenschmerzen sind häufige Anlässe für Rehabilitationsleistungen bei erwerbstätigen Versicherten.

Psychologische Interventionen gehören seit langem zur medizinischen Rehabilitation. Die konkrete Praxis variiert allerdings erheblich zwischen den Reha-Einrichtungen. Zudem finden sich nur wenige Konzepte, in denen die psychologischen Behandlungsansätze konkret beschrieben werden. Ziel des Projekts "Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen" war es deshalb, evidenzbasierte Praxisempfehlungen für die psychologische Behandlung zu entwickeln und somit zur Verbesserung der Diagnostik, Indikation und Durchführung von psychologischen Interventionen in der medizinischen Rehabilitation beizutragen.

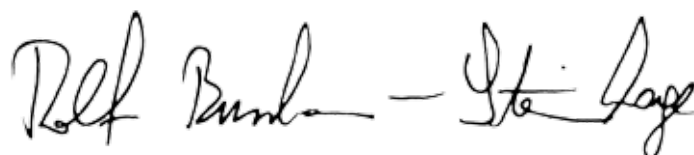
Die Praxisempfehlungen wurden in einem systematischen Verfahren ausgehend von der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz entwickelt und in einem breit angelegten Prozess konsentiert. Dabei wurden neben Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft und der Patienten alle orthopädischen und kardiologischen Reha-Einrichtungen einbezogen.

Die vorliegende Broschüre soll die Praxisempfehlungen ambulanten sowie stationären Reha-Einrichtungen zugänglich machen. Die Empfehlungen sind als evidenzbasierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei konkreten Problemlagen konzipiert. Sie sollen die Rehabilitationseinrichtungen dabei unterstützen, bei psychologischen Interventionen eine gezielte Zuweisung, einen effizienten Personaleinsatz, eine gute Wirksamkeit sowie eine hohe Zufriedenheit bei Patienten und Mitarbeitern zu erreichen.

Eine wichtige Vorbedingung für die Praxisempfehlungen war, dass sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen umsetzbar sein sollten. Diese Voraussetzung ist erfüllt – so die Beurteilung der Empfehlungen durch die Mehrheit der Reha-Praktiker. Die Umsetzung der Empfehlungen führt deshalb nicht zu einem Mehrbedarf an Psychologen in der Rehabilitation. Sie bedeutet aber mehr Psychologie in der Rehabilitation. Das betrifft nicht nur die Berufsgruppe der Psychologen, sondern bezieht das gesamte Reha-Team mit ein.

Prof. Oskar Mittag und Dipl.-Psych. Christina Reese sowie allen beteiligten ExpertInnen gilt der Dank für die Erarbeitung der Praxisempfehlungen. Danken möchten wir auch den Reha-Einrichtungen, die sich aktiv in das wichtige Forschungsvorhaben eingebracht und entscheidend zum Erfolg des Projekts beigetragen haben.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung sind die vorliegenden Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung ein wichtiger Baustein für eine evidenzbasierte Fortentwicklung der Reha-Prozesse. Die Praxisempfehlungen bieten einerseits konkrete Handlungsanleitungen, andererseits lässt ihr empfehlender Charakter den Rehabilitationseinrichtungen ausreichend Spielraum für die konkrete Ausgestaltung des psychologischen Handelns in der Rehabilitation.



Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Leiter des Bereichs Reha-Wissenschaften

Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation:

Teil I Chronische Rückenschmerzen

Teil II Koronare Herzerkrankung

Christina Reese, Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Oskar Mittag
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Engelbergerstr. 21, 79106 Freiburg
Tel.: +49 761 270-73540 Fax: +49 761 270-73310
E-Mail: oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de

Die Praxisempfehlungen wurden im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekts „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patient-Innen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ erstellt.

Die „Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen“ sowie die „Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung“ können auch als separate PDFs von der Homepage der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) der Uniklinik Freiburg heruntergeladen werden:

www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html

Dort finden Sie auch Angaben zur Zitierweise der Empfehlungen für die einzelnen Indikationen.

Falls Aktualisierungen erfolgen (z. B. bezüglich der angegebenen Links oder der Literatur), ist dort die jeweils aktuelle Versionen der Praxisempfehlungen verfügbar. Die vorliegende DRV-Broschüre basiert auf der ersten Version der Praxisempfehlungen (Stand: November 2012).

TEIL I

Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen

Erarbeitet von:

Dipl.-Psych. Christina Reese, Prof. Dr. Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)

Beteiligte Expertinnen und Experten:

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
Institut für Psychologie,
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
und Psychotherapie

Dr. Ruth Deck
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Institut für Sozialmedizin

Dr. Inge Ehlebracht-König
Rehazentrum Bad Eilsen

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller
Universität Würzburg,
Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie

Dipl.-Psych. Lena Fleig
Freie Universität Berlin,
Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie

Dr. Werner Geigges
Rehaklinik Glotterbad, Glottertal

Dr. Julia Glombiewski
Philipps-Universität Marburg,
Abteilung Klinische Psychologie
und Psychotherapie

Prof. Dr. Gesine Grande
Hochschule für Technik, Wirtschaft und
Kultur Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Eberhard Karls Universität Tübingen,
Psychologisches Institut,
Arbeitsbereich Klinische Psychologie
und Psychotherapie

Dr. Jürgen Höder
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Institut für Sozialmedizin

Prof. Dr. Wilfried H. Jäckel
Universitätsklinikum Freiburg,
Abteilung Qualitätsmanagement
und Sozialmedizin (AQMS)

Dr. Heino Kortenhaus
REGIO-Reha Tagesklinik, Freiburg

Dipl.-Psych. Marianne Lüking
Universitätsklinikum Freiburg,
Interdisziplinäres Schmerzzentrum

Dipl.-Psych. Britta Mai
Reha-Zentrum Klinik Wetterau,
Bad Nauheim

Prof. Dr. Wilhelm Niebling
Universitätsklinikum Freiburg,
Lehrbereich Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Michael Pfungsten
Universitätsmedizin Göttingen,
Ambulanz für Schmerzbehandlung

Dipl.-Psych. Sarah Pomp
Freie Universität Berlin,
Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie

Frau Marion Rink
Patientenvertreterin, Berlin

Dipl.-Psych. Dieter Schmucker
Städtische Rehakliniken – Rehazentrum
Bad Waldsee

Dipl.-Psych. Sascha Wörner
Theresienklinik, Bad Krozingen

Dr. Ulrike Worringer
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Abteilung Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Vorbemerkungen	10
2. Danksagung	14
3. Interessenskonflikte	14
4. Teil A: (Basis-)angebote für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen	15
4.1 Rückenschule	15
4.2 Entspannungstraining	15
4.3 Schmerzbewältigungstraining oder Psychologische Schmerztherapie	16
5. Teil B: Spezifische Problemlagen – Psychische Funktionen	18
5.1 Depression und Angst	18
5.2 Schmerzbezogene Kognitionen, Schon- und Vermeidungsverhalten oder Durchhalteverhalten	20
5.3 Weitere psychische Komorbidität	21
5.4 Akute psychische oder psychosoziale Probleme, Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung	21
6. Teil C: Spezifische Problemlagen – Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren	22
6.1 Lang andauernde psychosoziale Belastungen	22
6.2 Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit	22
6.3 Bewegungsmangel	23
6.4 Ungenügende Adhärenz	24
7. Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Fragen für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen	25
Literaturverzeichnis	27

1. Allgemeine Vorbemerkungen

Hintergrund und Ziele

Vorliegende Reha-Leitlinien der Fachgesellschaften oder die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung Bund schließen psychologische Interventionen explizit ein, sie sind aber nicht differenziert genug, um praktisches psychologisches Handeln im Einzelfall leiten zu können. Ziel des Projektes „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ (Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund) war die Formulierung von möglichst konkreten, auf einzelne Problemlagen bezogenen Empfehlungen für psychologisches Handeln. Die Praxisempfehlungen sollen Psychologen¹, Ärzte und andere Mitarbeiter des interdisziplinären Reha-Teams dabei unterstützen, psychologisch relevante Problemlagen von Rehabilitanden zuverlässig festzustellen und geeignete psychologische Interventionen zu wählen.

Bei der Formulierung der Praxisempfehlungen haben wir uns von folgenden Voraussetzungen leiten lassen: Die Empfehlungen sollten einen möglichst hohen Konkretisierungsgrad aufweisen, sie sollten auf der bestmöglichen Evidenz beruhen, und sie sollten strukturkonservativ umgesetzt werden können. Der Begriff „psychologische Intervention“ wird in den Praxisempfehlungen im übergreifenden Sinn für diagnostische, therapeutische oder edukative Interventionen gebraucht, die psychologisch fundiert sind oder die sich auf psychische Funktionen beziehen. Psychologische Interventionen werden in der Regel von Psychologen durchgeführt. Bestimmte psychologische Interventionen (z. B. Motivierende Gesprächsführung, Handlungs- und Bewältigungsplanung) können aber auch von Mitarbeitern anderer Professionen eingesetzt werden.

Wie wurden die Praxisempfehlungen entwickelt?

Die vorliegenden Empfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden in mehreren Schritten entwickelt. Zuerst führten wir eine umfassende, systematische Recherche nach relevanten Übersichtsarbeiten und Leitlinien durch (Reese & Mittag, im Druck b). Gleichzeitig befragten wir die psychologischen Abteilungen in der stationären und ambulanten orthopädischen Rehabilitation zu Strukturen und Praxis (Mittag et al., 2012; Reese et al., 2012). Auf Basis dieser Ergebnisse wurde im Rahmen eines anschließenden Expertenworkshops eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen formuliert. Diese Konsultationsfassung schickten wir mit der Bitte um Kommentierung an die leitenden Psychologen und Chefärzte aller stationären und ambulanten orthopädischen Einrichtungen. Außerdem diskutierten wir im Rahmen einer Fokusgruppe mit Rehabilitanden über zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen. Die Anmerkungen und Kommentare wurden von uns ausgewertet und im Rahmen eines abschließenden Expertenworkshops berücksichtigt, in dem die Endversion der Praxisempfehlungen konsentiert wurde (Reese & Mittag, im Druck a).

Strukturvoraussetzungen der Praxisempfehlungen

Damit die Empfehlungen innerhalb der gegebenen Strukturen umsetzbar sind, berücksichtigten wir bei der Erstellung der Praxisempfehlungen das vorhandene durchschnittliche Stellenverhältnis der Psychologen in den Einrichtungen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Dokument das generische Maskulinum verwendet. Es sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

In unserer ausführlichen Erhebung zu den Strukturen und zur Praxis in den Einrichtungen ermittelten wir die folgenden Stellenverhältnisse der Psychologen: In der **stationären** orthopädischen Rehabilitation sind durchschnittlich 0,83 Psychologen für 100 orthopädische Rehabilitanden zuständig (Standardabweichung: 0,46); in der **ambulant**en orthopädischen Rehabilitation sind durchschnittlich 1,37 Psychologen für 100 orthopädische Rehabilitanden zuständig (Standardabweichung: 0,63). Das durchschnittliche Stellenverhältnis in den stationären orthopädischen Einrichtungen liegt somit unterhalb der personellen Anforderungen, die die Deutsche Rentenversicherung Bund für die stationären medizinischen Reha-Einrichtungen formuliert hat (für die Orthopädie: 1,25 Psychologen pro 100 Rehabilitanden) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010).

Die Praxisempfehlungen beziehen auch Ärzte sowie weitere Mitarbeiter im interdisziplinären Team ein. Daher ist eine entsprechende Qualifikation / Schulung der interdisziplinären Mitarbeiter für die Anwendung der Praxisempfehlungen dringend wünschenswert. Die Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen zu wichtigen Themen teilnehmen (z. B. Erkennen psychischer Störungen, Motivierende Gesprächsführung). Es gehört zu den Aufgabengebieten der Psychologen, bei der Fortbildung der Mitarbeiter mitzuwirken.

In jeder Einrichtung soll mindestens ein approbierter Psychotherapeut arbeiten; die Chef- und Oberärzte sollen die Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ absolviert haben. Die nicht approbierten Psychologen sollen regelmäßig vom approbierten Psychotherapeuten supervidiert werden. An einigen Stellen in den Praxisempfehlungen werden Angaben zur (Mindest-)Qualifikation gemacht, die für bestimmte Aufgabenbereiche erforderlich ist. Insbesondere für die Diagnostik psychischer Störungen (F-Diagnosen) sowie für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; diese Tätigkeiten dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Praxisempfehlungen ist es, dass die interdisziplinären Mitarbeiter ein Team bilden und regelmäßige, interdisziplinäre Besprechungen durchführen. Die Förderung der Kommunikation im Behandlungsteam kann ein Ziel von Mitarbeiterfortbildungen sein, bei denen Psychologen mitwirken.

Bei allen Interventionen ist darauf zu achten, dass eine Sprache verwendet wird, die gut verständlich ist für die Rehabilitanden. Das Vorwissen der Rehabilitanden ist dabei zu berücksichtigen. Die Inhalte müssen anschaulich und möglichst konkret sein, alltägliche Erfahrungen der Rehabilitanden aufgreifen sowie den kulturellen Hintergrund der Rehabilitanden berücksichtigen.

Anwendung der Praxisempfehlungen

Die praktische Anwendung von Empfehlungen muss immer unter Berücksichtigung der klinischen Expertise des Behandlers und der individuellen Situation des einzelnen Rehabilitanden erfolgen. David Sackett, einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin (EBM), formulierte diese Grundvoraussetzung in Bezug auf die Anwendung der EBM wie folgt:

“Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. [...] By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient.”
(Sackett et al., 2000, p. 1).

Praxisempfehlungen und Leitlinien sollen den damit verbundenen Prozess des vernünftigen Abwägens unterstützen. Die vorliegenden Empfehlungen wurden systematisch anhand der besten vorliegenden Evidenz formuliert und in einem aufwendigen Prozess von Wissenschaftlern und Klinikern konsentiert. Sie bilden eine praxisorientierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei bestimmten Problemlagen.

Gender

Trotz einzelner empirischer Hinweise reicht die vorliegende Evidenz nicht aus, um geschlechtsspezifische Empfehlungen für psychologische Interventionen abzuleiten (vgl. Mittag & Grande, 2008). Unterschiede in der psychosozialen Lebenslage, Sozialisation und in den Rollenstereotypen von Frauen und Männern beeinflussen jedoch rehabilitationsbezogene Erwartungen und Ziele, Emotionsregulation, Krankheitsbewältigungsstrategien, Inanspruchnahmeverhalten bzw. -barrieren gegenüber spezifischen Angeboten (z. B. körperliches Training) und die Möglichkeiten nachhaltiger Lebensstilmodifikation unter Alltagsbedingungen. In Gruppenangeboten sollten deshalb nach Möglichkeit mindestens zwei Teilnehmer eines Geschlechts zur Gruppe gehören. Insbesondere geschlechtsspezifische psychosoziale Aspekte der Krankheit, des Krankheitsverhaltens und der Krankheitsfolgen sollten in psychologischen Interventionen thematisiert werden.

Zentrale Funktion der Ärzte

Die vorliegenden Praxisempfehlungen umfassen Empfehlungen für Basisangebote, an denen **alle** Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen teilnehmen sollten (Rückenschule, Entspannungstraining) sowie Empfehlungen für Interventionen, die nur in Abhängigkeit von **spezifischen Problemlagen** indiziert sind. Bestimmte Empfehlungen, in denen es um die Indikationsstellung für psychologische Interventionen geht (z. B. Depressions- und Angstscreening, Empfehlungen 4 und 5), adressieren explizit die Gruppe der Ärzte. Diese Empfehlungen wurden auf Grundlage der Ergebnisse der o. g. ausführlichen Erhebung zu den Strukturen und zur Praxis in den Einrichtungen formuliert. In dieser Befragung zeigte sich, dass die Ärzte in den meisten Einrichtungen eine zentrale Steuerungsfunktion haben und die Zuweisung der Rehabilitanden zu bestimmten Interventionen durch den (aufnehmenden) Arzt geschieht. Selbstverständlich wäre es optimal, wenn die Feststellung bestimmter psychologisch relevanter Problemlagen und die Anberaumung entsprechender Maßnahmen durch den Psychologen erfolgen könnten. Dies würde allerdings voraussetzen, dass der Psychologe mit allen Rehabilitanden ein Aufnahmegespräch führt, was in den meisten Einrichtungen aufgrund der Personalsituation nicht zu leisten ist.

Routinemäßiges psychologisches Screening

In der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation bleibt psychische Komorbidität oft unerkannt (Härter et al., 2004). Daher wird in den Praxisempfehlungen zu einem routinemäßigen, standardisierten psychologischen Screening aller Rehabilitanden geraten, um die Entdeckungsrate psychischer Komorbidität (insbesondere Depression und Angst) zu verbessern und eine bedarfsgerechte Zuweisung zu psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionen zu ermöglichen. Außerdem wird ein routinemäßiges, standardisiertes Screening empfohlen, das sich auf schmerzbezogene Kognitionen, Schon- und Vermeidungsverhalten oder Durchhalteverhalten, lang andauernde psychosoziale Belastungen sowie Probleme in Bezug auf Erwerbstätigkeit bezieht.

Da die Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz oft schon längerfristig geplant ist, kann ein gezieltes Screening bereits im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes erfolgen. Es wird empfohlen, dass der Rehabilitand die Screening-Fragen rechtzeitig vor Antritt der Rehabilitation beantwortet und das ausgefüllte Formular an die Einrichtung zurücksendet. Die bereits ausgewerteten Screening-Ergebnisse können dann im ärztlichen Aufnahmegespräch bei der Indikationsstellung für psychologische Interventionen berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass hier ein anderes Vorgehen möglich ist als bei Rehabilitanden, die im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung (AHB) aufgenommen werden (z. B. nach Knie- und Hüft-TEP oder Myokardinfarkt) und bei denen ein Screening im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes aus organisatorischen Gründen nicht realisierbar wäre.

Psychologisch fundierte Interventionen durch das Reha-Team

In den Praxisempfehlungen wird die Anwendung verschiedener psychologisch fundierter Interventionen durch das Reha-Team empfohlen. Zwei wichtige Interventionen sollen an dieser Stelle kurz erläutert werden: Die „Motivierende Gesprächsführung“ und die „Handlungs- und Bewältigungsplanung“.

Motivierende Gesprächsführung: Motivierende Gesprächsführung ist eine von Miller und Rollnick (2009) entwickelte klientenzentrierte, zielgerichtete Beratungsmethode zur Förderung der Motivation für Verhaltensänderungen. Bei dieser Methode wird davon ausgegangen, dass jede Person über ein großes Veränderungspotenzial, Motivation und Ressourcen verfügt. Aufgabe des Therapeuten ist es, natürliche Veränderungsprozesse zu unterstützen, indem Ambivalenzen erfasst und aufgelöst werden. Motivierende Gesprächsführung basiert auf den folgenden vier Grundprinzipien: (a) Empathie ausdrücken; (b) Diskrepanzen entwickeln; (c) Widerstand umlenken; (d) Selbstwirksamkeit fördern. Ursprünglich wurde die Motivierende Gesprächsführung vor allem im Suchtbereich genutzt; inzwischen liegen auch Studienergebnisse für die Wirksamkeit in verschiedenen anderen Anwendungsbereichen vor (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität) (vgl. Dunn et al., 2001; Rubak et al., 2005).

Handlungs- und Bewältigungsplanung: Gute Vorsätze in Bezug auf Gesundheitsverhalten (z. B. körperliche Aktivität) werden häufig nicht in die Tat umgesetzt („Intentions-Verhaltens-Lücke“). Die Umsetzung von Intentionen in (Gesundheits-)Verhalten kann durch den Einsatz von Selbstregulationsstrategien wie der Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden. Im Rahmen der Handlungsplanung formuliert der Patient konkrete Pläne, wann, wo und wie er bestimmtes Verhalten umsetzen möchte. Bei der Bewältigungsplanung werden Barrieren antizipiert und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt. Auf diese Weise können Intentionen auch dann umgesetzt werden, wenn Hindernisse auftauchen. Studienergebnisse belegen, dass Gesundheitsverhalten in verschiedenen Bereichen (z. B. körperliche Aktivität) durch den Einsatz von Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden konnte (Snihotta et al., 2005).

Bedeutung der Nachsorge

Im Rahmen einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation können komorbide psychische Störungen (z. B. Depression, Angst) selbstverständlich nicht umfassend behandelt werden. Deswegen ist eine langfristige, individuelle Nachsorge erforderlich, in deren Kontext die Entwicklung relevanter Problemlagen weiter verfolgt und bei Bedarf eine weiterführende Behandlung eingeleitet werden kann. Auch umfassendere Lebensstiländerungen (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität) können in der Rehabilitation oft lediglich initiiert werden. Die Nachsorge stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar, Lebensstiländerungen zu verstetigen und hierdurch die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu steigern (Deck et al., 2012).

Hier wird daher Nachsorge als ein integraler Bestandteil der Rehabilitation empfohlen. Die Rehabilitanden sollen von den Mitarbeitern der Reha-Einrichtung individuelle Empfehlungen zur Nachsorge erhalten. Dabei sollen etablierte Strukturen genutzt werden (z. B. IRENA-Programme), in deren Rahmen Gesundheitsbildung und psychologische Aspekte Berücksichtigung finden sollten. Die zentrale Instanz für die Initiierung und Koordination weiterer Nachsorgeleistungen ist der Hausarzt. Darüber hinaus kann (in Abstimmung mit dem Rehabilitanden) eine Nachsorge durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen (z. B. telefonisch oder per Internet).

Eine Anmerkung zum Schluss: Veränderungen in der ICD-11

Eine Problemlage, die nicht mit aufgeführt wurde, ist die ICD-10-Diagnose „somatoforme Schmerzstörung“. Entsprechend der ICD-10 tritt eine somatoforme Schmerzstörung in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Im klinischen Alltag spielen bei vielen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen aber sowohl somatische als auch psychische Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome (Rief et al., 2008). Ob Schmerzen ausschließlich psychisch bedingt sind und somit eine „somatoforme Schmerzstörung“ in der Reinform vorliegt, kann meist nicht sicher entschieden werden. Aufgrund dieser Schwierigkeiten mit der ICD-10-Diagnose ist eine Revision des entsprechenden Abschnitts in der ICD-11 vorgesehen und die Diagnose „somatoforme Schmerzstörung“ in den vorliegenden Praxisempfehlungen nicht mit aufgeführt.

2. Danksagung

Wir danken den Experten, die an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitwirkten. Außerdem möchten wir den Kollegen aus den psychologischen Abteilungen sowie den Chefarzten der Rehabilitationseinrichtungen dafür danken, dass sie sich so zahlreich an unseren Befragungen beteiligt haben und hierdurch wichtige Impulse liefern. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den Rehabilitanden, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben. Unser Dank gilt auch der Deutschen Rentenversicherung Bund, ohne deren Finanzierung dieses Projekt nicht hätte realisiert werden können.

3. Interessenskonflikte

Alle Experten, die an der Erstellung der Praxisempfehlungen beteiligt waren, füllten eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten aus, die sich am AWMF-Formular zur Erklärung von Interessenkonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben orientiert. Von keinem der Experten wurden bedeutsame Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Praxisempfehlungen angegeben.

4. Teil A: (Basis-)angebote für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen

4.1 Rückenschule

- 1 **Alle** Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen sollen an einer Rückenschule teilnehmen, die auf einem biopsychosozialen Ansatz basiert. Die unterschiedlichen Module sollen von verschiedenen Berufsgruppen (u. a. Psychologen) geleitet werden. Ein Beispiel hierfür ist die standardisierte Patientenschulung „Curriculum Rückenschule“; z. B. erhältlich unter:
 - www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/rueckenschule/Curriculum_Rueckenschule_Manual_UniWuerzburg.pdf; zuletzt gesichtet: November 2011
 - www.reha-wissenschaften-drw.de → Reha-Konzepte → Konzepte → Gesundheitsbildung & Patientenschulung → Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation

4.2 Entspannungstraining

- 2 **Allen** Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen soll angeboten werden, am Entspannungstraining teilzunehmen. Bei bestehender (Mindest-)Motivation soll eine Teilnahme am Entspannungstraining erfolgen.

Falls Rehabilitanden dem Entspannungstraining ablehnend gegenüberstehen, soll versucht werden, sie trotzdem zur Teilnahme zu motivieren (z. B. indem der Zweck des Entspannungstrainings erläutert wird).

3 Indikationen für das Schmerzbewältigungstraining / die psychologische Schmerztherapie

Wenn psychosoziale Faktoren eine besondere Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen Rückenschmerzen spielen, ist die Teilnahme am Schmerzbewältigungstraining / an der psychologischen Schmerztherapie indiziert.

Zu diesen psychosozialen Faktoren zählen insbesondere:

- Depression, Angst (s. Empfehlungen 4-10)
- Schmerzbezogene Kognitionen wie Katastrophisieren, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, „fear-avoidance beliefs“, suppressive Kognitionen (s. Empfehlungen 11-12)
- Lang andauernde psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft oder im Beruf) (s. Empfehlungen 15-16)
- Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit (s. Empfehlung 17)

Jede einzelne der o. g. Problemlagen wird in den Praxisempfehlungen aufgeführt (s. Querverweise in Klammern). Unter den genannten Punkten werden konkrete Empfehlungen zur Erfassung der jeweiligen Problemlage gegeben.

Durchführung und Inhalt

Je nach personeller Ausstattung und Anzahl der geeigneten Rehabilitanden in der Einrichtung kann die Durchführung der Behandlung variieren. Jede Einrichtung soll mindestens ein psychologisches Schmerzbewältigungstraining anbieten.

- Das **Schmerzbewältigungstraining** (psychoedukative Gruppe mit strukturiertem Inhalt und den Schwerpunkten Vermittlung von Wissen und Motivation zur Verhaltensänderung) soll von einem Dipl.-Psych. oder einem M.Sc. in Psychologie (konsekutiver Masterstudiengang) durchgeführt werden. Es soll mindestens 4 Stunden umfassen. Je nach Konzeption der Gruppe kann diese geschlossen oder offen durchgeführt werden.
- Die Durchführung der **psychologischen Schmerztherapie** (Therapiegruppe zur Aufarbeitung der Zusammenhänge von persönlichen Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen und Schmerzen, stärkere Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte und -umstände) soll durch einen approbierten Psychotherapeuten erfolgen, mindestens aber unter Supervision eines approbierten Psychotherapeuten. Eine Aus- oder Fortbildung in Bezug auf Schmerztherapie ist wünschenswert. Die Gruppe soll nach Möglichkeit geschlossen durchgeführt werden, und sie erfordert mehr zeitliche Ressourcen.
- Die Gruppen sollen nicht mehr als 12 Personen umfassen.
- Die Intervention soll interaktiv, aktivierend und patientenorientiert gestaltet sein.
- Die Inhalte des Schmerzbewältigungstrainings / der psychologischen Schmerztherapie sollen mit den Inhalten der Rückenschule abgestimmt werden, um Überschneidungen zu vermeiden und ein einheitliches Behandlungskonzept zu gewährleisten.
- Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. unter www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank/ (zuletzt gesichtet: November 2011) erhältlich.

- 3 Im Rahmen des Schmerzbewältigungstrainings und der psychologischen Schmerztherapie können z. B. die folgenden **Themen** angesprochen werden:
- A Allgemeine Information / Psychoedukation: Schmerzphysiologie, Ursachen von Schmerzen / Einfluss psychologischer Aspekte auf den Schmerz, Aufklärung über die Häufigkeit und den oft günstigen Spontanverlauf von unspezifischen Kreuzschmerzen, Wirkweise der angebotenen Behandlungsstrategien (hierdurch Steigerung der Bereitschaft, sich auf ein aktives Behandlungskonzept einzulassen)
 - B Erkennen und Verändern schmerzauslösender und schmerzaufrechterhaltender Verhaltensweisen, Gefühle und Kognitionen:
 - Analyse persönlicher Problembereiche mit potenziell aufrechterhaltenden Faktoren
 - Thema „Krankheitsgewinn“
 - C Aufbau von (internalen) Kontrollüberzeugungen, Sammlung / Entwicklung erfolgreicher Bewältigungsstrategien:
 - Aufmerksamkeitslenkung (z. B. Konzentration auf äußere Tätigkeiten, Imagination, Entspannung)
 - Förderung der Lebensqualität (z. B. Förderung der Freude, Zufriedenheitserlebnisse, gezielte Entwicklung der Genussfähigkeit)
 - Angemessener Umgang mit (Schmerz-)Medikamenten / Physikalische Selbsttherapie / Hilfsmittel. Ansprechen von Nebenwirkungen bestimmter Medikationen (z. B. Gewichtszunahme bei Antidepressiva)
 - Aktivierung sozialer Unterstützung
 - Distanzieren vom Schmerz
 - Realitätsprüfung
 - D Die Rehabilitanden ordnen ihr Verhalten den Kategorien „Vermeidungsverhalten“ oder „Durchhalteverhalten“ zu. Dabei ist zu beachten, dass das Verhalten bei chronischen Schmerzpatienten häufig auch kontextabhängig ist (d. h. bei wenig Schmerz zeigen die Patienten Durchhalteverhalten, bei viel Schmerz Vermeidungsverhalten). Es soll eine Modifizierung der individuellen Kognitionen / des individuellen Verhaltens gefördert werden:
 - Kritischer / gezielter Umgang mit den eigenen Ressourcen (statt ungezielter Anstrengung / Durchhaltestrategien)
 - Ermutigung zur Rückkehr zu den normalen Aktivitäten und zur physischen Aktivität
 - Individueller Einsatz von Handlungs- und Bewältigungsplanung für körperliche Aktivität im Alltag
 - E Umgang mit Belastungen / Stressbewältigung
 - F „Schlaf und Schmerz“:
 - Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen, durch die der Schlaf gefördert wird
 - Psychoedukation

5. Teil B: Spezifische Problemlagen – Psychische Funktionen

5.1 Depression und Angst

- 4 Bei allen Rehabilitanden soll – vorzugsweise im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes – ein Screening auf Depression und Angst durchgeführt werden. Hierfür soll die Rehabilitationseinrichtung vor dem Reha-Aufenthalt ein kurzes Screening-Instrument an den Rehabilitanden versenden. Es kann beispielsweise der PHQ-4² genutzt werden.

Der Rehabilitand füllt den Fragebogen vor dem Reha-Aufenthalt aus und sendet ihn an die Einrichtung zurück. Der ausgewertete Fragebogen soll dem aufnehmenden Arzt vorliegen.

Falls dieses Vorgehen nicht umsetzbar ist, sollen die Rehabilitanden vor oder während des ärztlichen Aufnahmegesprächs mittels eines kurzen Screening-Instruments (z. B. PHQ-4) auf Depression und Angst gescreent werden.

- 5 Wenn das Screening positiv ist, soll folgendermaßen vorgegangen werden:
- Entscheidung durch den Arzt oder den Psychologen, ob die Indikation für eine vertiefende Diagnostik / psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist
 - Teilnahme am Schmerzbewältigungstraining / an der Psychologischen Schmerztherapie (s. Empfehlung 3)
 - Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite
 - Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
 - Falls ein Rehabilitand mit einem auffälligen Befund ein Gespräch mit dem Psychologen ablehnt, soll der Arzt ein motivierendes Gespräch mit dem Rehabilitanden führen

- 6 Das gesamte Reha-Team soll bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome einer Depression oder Symptome von Angst achten. Wenn entsprechende Hinweise bemerkt werden, sollen der Arzt oder der Psychologe darüber informiert werden.

- 7 Für die vertiefende Diagnostik gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. Sie kann in Form einer Exploration erfolgen und durch die Anwendung eines Fragebogens (z. B. Beck-Depressions-Inventar) ergänzt werden. Wenn Unsicherheit in Bezug auf die Diagnose oder die Behandlung besteht, sollte ein psychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Konsil eingeleitet werden.

² Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 bis 26 im Überblick aufgeführt.

- 8** Wenn die vertiefende Diagnostik **positiv** ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:
- Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung
 - Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite
 - Teilnahme am Schmerzbewältigungstraining / an der Psychologischen Schmerztherapie (s. Empfehlung 3)
 - Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden über seine Störung und die Therapiemöglichkeiten)
 - Psychotherapeutisches Einzelgespräch (für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden)
 - Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
 - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
 - Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassbrief
 - Nachsorgeempfehlung im Entlassbrief:
 - Evtl. Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie
 - Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt
 - Wiederholte Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt im dreimonatlichen Abstand, bis keine depressive Symptomatik / Angstsymptomatik mehr vorliegt
 - Gegebenenfalls weiterführende (evidenzbasierte) Behandlung, die durch den Hausarzt initiiert wird

- 9** Am **Ende des Reha-Aufenthaltes** soll bei den Rehabilitanden, deren Depressions-/Angst-Screening zu Beginn der Rehabilitation auffällige Werte aufgewiesen hat, eine Verlaufskontrolle anhand eines Fragebogens (z. B. PHQ-4) durchgeführt werden. Die persönliche Mitteilung des Testergebnisses soll durch den Arzt oder Psychologen erfolgen.

- 10** Wenn die Verlaufskontrolle am Ende des Reha-Aufenthaltes **auffällige Werte** zeigt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:
- Evtl. Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
 - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
 - Dokumentation des Screening-Befundes bzw. des Verlaufs der depressiven Symptomatik / der Angstsymptomatik im Entlassbrief
 - Nachsorge-Empfehlung im Entlassbrief:
 - Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt
 - Wiederholte Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt im dreimonatlichen Abstand, bis keine depressive Symptomatik / Angstsymptomatik mehr vorliegt
 - Gegebenenfalls weiterführende (evidenzbasierte) Behandlung, die durch den Hausarzt initiiert wird

5.2 Schmerzbezogene Kognitionen, Schon- und Vermeidungsverhalten oder Durchhalteverhalten

- 11** Bei allen Rehabilitanden soll – vorzugsweise im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes – eine Erfassung der schmerzbezogenen Kognitionen sowie von Schon- und Vermeidungsverhalten bzw. Durchhalteverhalten erfolgen. Hierfür soll die Rehabilitationseinrichtung vor dem Reha-Aufenthalt ein kurzes Screening-Instrument an den Rehabilitanden versenden. Es können z. B. Screening-Fragen aus dem FABQ³ und der RISC-R⁴ genutzt werden.

Der Rehabilitand beantwortet den Fragebogen vor dem Reha-Aufenthalt und sendet ihn an die Einrichtung zurück. Der ausgewertete Fragebogen soll dem aufnehmenden Arzt vorliegen.

Falls dieses Vorgehen nicht umsetzbar ist, sollen vor oder während des ärztlichen Aufnahmegesprächs die schmerzbezogenen Kognitionen sowie Schon- und Vermeidungsverhalten bzw. Durchhalteverhalten des Rehabilitanden erfasst werden (z. B. mittels der o. g. Screening-Fragen). Darüber hinaus soll das gesamte Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf schmerzbezogene Kognitionen sowie Schon- und Vermeidungsverhalten bzw. Durchhalteverhalten achten.

- 12** Wenn ungünstige schmerzbezogene Kognitionen sowie Schon- und Vermeidungsverhalten bzw. Durchhalteverhalten festgestellt werden, soll folgendermaßen vorgegangen werden:
- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite (insbesondere soll der Befund den Psychologen sowie den Physio-/Sporttherapeuten mitgeteilt werden)
 - Teilnahme am Schmerzbewältigungstraining / an der Psychologischen Schmerztherapie (s. Empfehlung 3)
 - Entscheidung durch den Arzt oder den Psychologen, ob die Indikation für eine psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist
 - Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation sollen ungünstige schmerzbezogene Kognitionen sowie Schon- und Vermeidungsverhalten bzw. Durchhalteverhalten erfragt werden. Bei Bedarf führt der Hausarzt Psychoedukation durch. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassbericht der Reha-Einrichtung gegeben.

3, 4 Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 bis 26 im Überblick aufgeführt.

5.3 Weitere psychische Komorbidität

- 13** Der Arzt soll bei der Aufnahme aller Rehabilitanden auf das Vorliegen weiterer psychischer Komorbidität (z. B. Analgetikaabhängigkeit) achten. Zusätzlich sollen Arzt, Psychologe und das gesamte Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome weiterer psychischer Komorbidität achten. Bei Verdacht auf eine psychische Störung soll eine vertiefende Diagnostik erfolgen. Für die vertiefende Diagnostik psychischer Störungen gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. Sie kann in Form einer Exploration erfolgen und durch die Anwendung standardisierter Instrumente ergänzt werden.

Falls weitere psychische Komorbidität festgestellt wird, soll eine evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung begonnen bzw. vorbereitet werden.

5.4 Akute psychische oder psychosoziale Probleme, Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung

- 14** Bei der Aufnahme soll der Arzt bei allen Rehabilitanden auf folgende Aspekte achten bzw. folgende Themen explorieren:

- Akute psychische oder psychosoziale Probleme bzw. Belastungen
- Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung

Zusätzlich soll das gesamte Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf das Vorliegen der o. g. Problemlagen achten.

Bei schwerwiegenden Problemen oder Belastungen soll ein psychologisches bzw. psychotherapeutisches Einzelgespräch oder bei Bedarf eine psychologische Krisenintervention erfolgen. Für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden.

6. Teil C: Spezifische Problemlagen – Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren

6.1 Lang andauernde psychosoziale Belastungen

- 15** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfragen, ob lang andauernde psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft oder im Beruf) vorliegen. Hierfür können entsprechende Screening-Fragen genutzt werden⁵. Insbesondere bei Frauen soll zusätzlich danach gefragt werden, ob eine lang andauernde Belastung durch Haus- und Familienarbeit bzw. Doppelbelastung vorliegt.

Eine vertiefte Exploration soll durch den Arzt im Rahmen des Aufnahmegesprächs und / oder im Rahmen weiterer Kontakte mit dem Arzt und / oder Psychologen erfolgen. Wenn entsprechende Belastungen vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Teilnahme am Schmerzbewältigungstraining / an der Psychologischen Schmerztherapie (s. Empfehlung 3)
- Bei Bedarf: Stressbewältigungstraining (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank/; zuletzt gesichtet: November 2011)
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch

- 16** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfragen, ob Belastungen durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten vorliegen. Hierfür kann eine entsprechende Screening-Frage⁶ genutzt werden.

Wenn entsprechende Belastungen vorliegen:

- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
- Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter

6.2 Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit

- 17** Bei allen dafür in Frage kommenden Rehabilitanden soll – vorzugsweise im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes – die subjektive Erwerbsprognose erfasst werden. Hierfür soll die Rehabilitationseinrichtung vor dem Reha-Aufenthalt ein kurzes Screening-Instrument an den Rehabilitanden versenden. Es können beispielsweise die Screening-Fragen aus der SPE-Skala genutzt werden⁷. Auch der Einsatz anderer Screening-Instrumente ist möglich (z. B. SIBAR, SIMBO oder das Würzburger Screening; siehe auch www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/diagnostik-screening; zuletzt gesichtet: November 2011).

Der Rehabilitand füllt den Fragebogen vor dem Reha-Aufenthalt aus und sendet ihn an die Einrichtung zurück. Der ausgewertete Fragebogen soll dem aufnehmenden Arzt vorliegen.

5, 6, 7 Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 bis 26 im Überblick aufgeführt.

- 17** Falls dieses Vorgehen nicht umsetzbar ist, soll die subjektive Erwerbsprognose der Rehabilitanden vom aufnehmenden Arzt mittels eines kurzen Screening-Instruments (s. o.) erfasst werden. Bei einem auffälligen Screening-Befund soll eine Exploration der beruflichen Problemlagen durch den Arzt oder den Sozialarbeiter stattfinden.

Bei besonderen beruflichen Problemlagen:

- Berufsbezogenes Beratungsangebot
- Nach Möglichkeit medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
 - Informationen zur MBOR sind erhältlich unter www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/; zuletzt gesichtet: November 2011
 - das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung zur Durchführung der MBOR kann unter folgendem Link eingesehen werden: www.reha-wissenschaften-drk.de → Reha-Konzepte → Konzepte → Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

Falls psychologisch relevante Problemlagen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Teilnahme am Schmerzbewältigungstraining / an der Psychologischen Schmerztherapie (s. Empfehlung 3)
- Frühzeitige Einbeziehung der Psychologischen Abteilung. Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
- Bei Bedarf: Vertiefende Diagnostik (z. B. in Form einer Exploration, evtl. ergänzt durch einen Fragebogen wie z. B. den „AVEM“ oder den „WAI“)
- Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

6.3 Bewegungsmangel

- 18** Der Arzt und / oder der Physio- oder Sporttherapeut sollen bei allen Rehabilitanden erfragen, ob ein Bewegungsmangel vorliegt. Ausreichende Bewegung heißt laut den aktuellen Empfehlungen der WHO (2010) für **Erwachsene ab 18 Jahren**:

- Mindestens 150 Minuten moderat-intensive aerobe körperliche Aktivitäten (z. B. zügiges Gehen) pro Woche oder
- Mindestens 75 Minuten intensive aerobe körperliche Aktivität (z. B. Laufen)
- Intensive und moderate Aktivitäten können gemischt werden
- Dauer einer Einheit mindestens 10 Minuten
- Für zusätzliche Gesundheitseffekte sollten Erwachsene das Ausmaß an moderat-intensiver körperlicher Aktivität auf 300 Minuten pro Woche ausweiten oder 150 Minuten pro Woche intensiv aerob körperlich aktiv sein
- Zusätzlich 2 x pro Woche Kräftigungsübungen für alle großen Muskelgruppen

Für **Erwachsene ab 65 Jahren** gibt es zwei zusätzliche Empfehlungen der WHO (2010):

- Erwachsene dieser Altersgruppe mit eingeschränkter Mobilität sollen zur Verbesserung des Gleichgewichts und zur Sturzprophylaxe mindestens 3 Mal pro Woche körperlich aktiv sein
- Wenn Erwachsene dieser Altersgruppe aufgrund ihres Gesundheitszustands die empfohlene Menge an körperlicher Aktivität nicht durchführen können, sollen sie körperlich so aktiv sein, wie ihre Fähigkeiten und Verfassung es erlauben

18 Falls Bewegungsmangel vorliegt, sollen folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung) z. B. durch den Physio- oder Sporttherapeuten
- Das gesamte Team soll das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ umsetzen
- Die Rehabilitanden sollen gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Physio- oder Sporttherapeuten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen kann hierbei hilfreich sein.
- Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf ausreichende Bewegung erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassbericht der Reha-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Bewegungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Bewegungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

6.4 Ungenügende Adhärenz

19 Der Arzt sowie das gesamte Reha-Team sollen bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes darauf achten, ob eine aktive Teilnahme an allen vorgesehenen Komponenten des Rehabilitationsprogramms erfolgt. Wenn eine ungenügende Adhärenz vorliegt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Gespräch mit dem Arzt
- Evtl. psychologisches Einzelgespräch
- Das gesamte Team soll das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ umsetzen

Anmerkung: Eine niedrige Adhärenz kann damit zusammenhängen, dass dem Rehabilitanden der Nutzen einzelner Interventionen nicht klar ist. Bei geringer Adhärenz sollte daher sichergestellt werden, dass der Nutzen der Interventionen deutlich wird.

7. Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Fragen⁸ für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen

PHQ-4 (Löwe et al., 2010)				
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐

2 Items aus dem FABQ-D (vgl. Schmidt et al., 2010)							
	stimmt gar nicht		unsicher			stimmt genau	
Körperliche Aktivität verstärkt meine Rückenschmerzen.	0	1	2	3	4	5	6
Zunehmende Rückenschmerzen zeigen mir, dass ich das, was ich gerade tue, unterbrechen sollte, bis der Schmerz nachlässt.	0	1	2	3	4	5	6

tpds®RISC-R (Hasenbring & Hallner, ohne Jahrgang)							
Vollständiger Fragebogen: → s. www.tpds.de/							
Zwei Beispiel-Items (die Autoren des Fragebogens raten zur Verwendung der gesamten Skala):							
Wenn ich Schmerzen habe...	nie	fast nie	selten	manchmal	oft	meistens	immer
...versuche ich, sie nicht zu beachten.	0	1	2	3	4	5	6
...setze ich eine Tätigkeit, die ich gerade ausführe, in jedem Fall fort.	0	1	2	3	4	5	6

⁸ Alle hier aufgeführten Fragen / Instrumente dürfen lizenzfrei verwendet werden.

Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) (Mittag & Raspe, 2003)

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:

1. Glauben Sie, dass Sie **Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben** können?
(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

☐ sicher ☐ eher ja ☐ unsicher ☐ eher nein ☐ auf keinen Fall

2. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre **allgemeine Erwerbsfähigkeit** dauerhaft gefährdet?

☐ nein ☐ ja

3. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen **Rentenantrag aus Gesundheitsgründen**
(Erwerbsminderungsrente) zu stellen?

☐ nein ☐ ja ☐ habe bereits einen Rentenantrag gestellt

Lang andauernde psychosoziale Belastungen (angelehnt an Albus, 2008 und Küch et al., 2011)

	Überhaupt nicht	Eher weniger	Eher mehr	Stark oder sehr stark
Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Lebenspartner, Ihren Kindern oder Ihrer Familie?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter besonderen beruflichen Belastungen (z. B. Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit der Arbeit, anderes)?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Arbeitslosigkeit oder finanziellen Schwierigkeiten?	☐	☐	☐	☐

Literaturverzeichnis

- Albus, C. (2008). Allgemeine Anamnese. In: C. Herrmann-Lingen, C. Albus & G. Titscher (Hrsg.), Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen (S. 185-191). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Basler, H.-D. (2001). Chronische Kopf- und Rückenschmerzen. Psychologisches Trainingsprogramm. Trainerhandbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? Rehabilitation, 51, 316-325.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de → Fachbereiche → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Strukturqualität
- Dunn, C., DeRoo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. Addiction, 96, 1725-1742.
- Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85, 1192-1197.
- Hasenbring, M. & Hallner, D. (Ohne Jahrgang). „Risikoanalyse der Schmerzchronifizierung – Rücken“. www.tpds.de/, Abruf: 23.11.2011.
- Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Lüder, S., Lucan, S., Pauls, J., Seeger, D., Strube, J., von Westernhagen, S. & Wendt, A. (Hrsg.). (2003). Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP) – Das Manual. Berlin: Congress Compact Verlag.
- Klinik Münsterland (Hrsg.). (Ohne Jahrgang). Rückenfit „Lebenslust statt Krankheitsfrust“.
- Küch, D., Arndt, S., Grabe, A., Manthey, W., Schwabe, M. & Fischer, D. (2011). UKS – Ultra-Kurz-Screening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.), Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf (96-106). Bonn : Deutscher Psychologen Verlag.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. Journal of Affective Disorders, 122, 86-95.
- Meng, K., Seekatz, B., Rossband, H., Worringen, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. Rehabilitation, 48, 335-344.
- Meng, K., Seekatz, B., Rossband, H., unter Mitarbeit des therapeutischen Teams der Klinik Werra. Curriculum Rückenschule – Manual. www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/rueckenschule/Curriculum_Rueckenschule_Manual_UniWuerzburg.pdf, Abruf: 24.11.2011.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Mittag, O. & Grande, G. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. Rehabilitation, 47, 98-108.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Rehabilitation, 42: 169-174.
- Mittag, O., Reese, C., Gülich, M. & Jäckel, W.H. (2012). Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Vergleich zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland. Das Gesundheitswesen. (online first 1.2.2012, DOI: 10.1055/s-0031-1301271)

- Möller, J., Morfeld, M., Fox, M., Höder, J., Hintze, R. & Koch, U. (Ohne Jahrgang). Back to Balance. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Interventionsprogramm bei chronischen Rückenschmerzen in der stationären Rehabilitation.
- Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2012). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51, 142-150.
- Reese, C. & Mittag, O. (im Druck a). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen*.
- Reese, C. & Mittag, O. (im Druck b). Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *International Journal of Rehabilitation Research*.
- Rief, W., Zenz, M., Schweiger, U., Rüddel, H., Henningsen, P. & Nilges, P. (2008). Redefining (somatoform) pain disorder in ICD-10: a compromise of different interest groups in Germany. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 178-181.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). Evidence-based medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schmidt, C. O., Chenot, J. F., Pfingsten, M., Fahland, R. A., Lindena, G., Marnitz, U., Pfeifer, K. & Kohlmann, T. (2010) Assessing a risk tailored intervention to prevent disabling low back pain – protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 1-7.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U. & Völler, H. (2005). Longterm effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 244-255.
- World Health Organisation (2010). Global recommendations on physical activity for health. www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html, Abruf: 9.11.2011.

TEIL II

Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung

Erarbeitet von:

Dipl.-Psych. Christina Reese, Prof. Dr. Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

Beteiligte Expertinnen und Experten:

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
Institut für Psychologie,
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
und Psychotherapie

Dr. Annegret Boll-Klatt
Universität Hamburg,
Institut für Psychotherapie

Dr. Carsten Cordes
Gollwitzer-Meier-Klinik, Bad Oeynhausen

Dr. Ruth Deck
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Institut für Sozialmedizin

Dipl.-Psych. Rudolf Dräger-Recktenwald
Patientenvertreter, Titisee-Neustadt

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller
Universität Würzburg,
Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie

Dipl.-Psych. Lena Fleig
Freie Universität Berlin,
Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie

Prof. Dr. Siegfried Gauggel
Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
Institut für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie

Dr. Werner Geigges
Rehaklinik Glotterbad, Glottertal

Prof. Dr. Gesine Grande
Hochschule für Technik, Wirtschaft und
Kultur Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Eberhard Karls Universität Tübingen,
Psychologisches Institut,
Arbeitsbereich Klinische Psychologie
und Psychotherapie

Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen
Universitätsmedizin Göttingen,
Abteilung Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Prof. Dr. Wolfgang Langosch
Staufen

Dipl.-Psych. Britta Mai
Reha-Zentrum Klinik Wetterau,
Bad Nauheim

Prof. Dr. Wilhelm Niebling
Universitätsklinikum Freiburg,
Lehrbereich Allgemeinmedizin

Dipl.-Psych. Sarah Pomp
Freie Universität Berlin,
Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie

Dipl.-Psych. Dieter Schmucker
Städtische Rehakliniken – Rehazentrum
Bad Waldsee

Dipl.-Psych. Sascha Wörner
Theresienklinik Bad Krozingen

Dr. Ulrike Worringer
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Abteilung Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Vorbemerkungen	34
2. Danksagung	38
3. Interessenskonflikte	38
4. Teil A: Psychische Funktionen	39
4.1 Depression und Angst	39
4.2 Anpassungsstörung, Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung	41
4.3 Affektdurchlässigkeit/ -labilität	42
4.4 Kognitive oder Verhaltensstörung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	42
4.5 Weitere psychische Komorbidität	42
4.6 Akute psychische oder psychosoziale Probleme, Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung	43
5. Teil B: Körperfunktionen	44
5.1 Implantierter Kardiofibrillator (ICD)	44
5.2 Hypertonie	44
5.3 Herzrhythmusstörungen	44
5.4 Sexualleben	44
6. Teil C: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren	45
6.1 Lang andauernde psychosoziale Belastungen	45
6.2 Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit	46
6.3 Rauchen	46
6.4 Bewegungsmangel	47
6.5 Fehlernährung	48
6.6 Ungenügende Adhärenz	48
7. Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Fragen für Rehabilitanden mit KHK	49
Literaturverzeichnis	51

1. Allgemeine Vorbemerkungen

Hintergrund und Ziele

Vorliegende Reha-Leitlinien der Fachgesellschaften oder die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung Bund schließen psychologische Interventionen explizit ein, sie sind aber nicht differenziert genug, um praktisches psychologisches Handeln im Einzelfall leiten zu können. Ziel des Projektes „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ (Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund) war die Formulierung von möglichst konkreten, auf einzelne Problemlagen bezogenen Empfehlungen für psychologisches Handeln. Die Praxisempfehlungen sollen Psychologen¹, Ärzte und andere Mitarbeiter des interdisziplinären Reha-Teams dabei unterstützen, psychologisch relevante Problemlagen von Rehabilitanden zuverlässig festzustellen und geeignete psychologische Interventionen zu wählen.

Bei der Formulierung der Praxisempfehlungen haben wir uns von folgenden Voraussetzungen leiten lassen: Die Empfehlungen sollten einen möglichst hohen Konkretisierungsgrad aufweisen, sie sollten auf der bestmöglichen Evidenz beruhen, und sie sollten strukturkonservativ umgesetzt werden können. Der Begriff „psychologische Intervention“ wird in den Praxisempfehlungen im übergreifenden Sinn für diagnostische, therapeutische oder edukative Interventionen gebraucht, die psychologisch fundiert sind oder die sich auf psychische Funktionen beziehen. Psychologische Interventionen werden in der Regel von Psychologen durchgeführt. Bestimmte psychologische Interventionen (z. B. Motivierende Gesprächsführung, Handlungs- und Bewältigungsplanung) können aber auch von Mitarbeitern anderer Professionen eingesetzt werden.

Wie wurden die Praxisempfehlungen entwickelt?

Die vorliegenden Empfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) wurden in mehreren Schritten entwickelt. Zuerst führten wir eine umfassende, systematische Recherche nach relevanten Übersichtsarbeiten und Leitlinien durch (Reese, Spieser & Mittag, 2012). Gleichzeitig befragten wir die psychologischen Abteilungen in der stationären und ambulanten kardiologischen Rehabilitation zu Strukturen und Praxis (Mittag et al., 2012; Reese, Jäckel & Mittag, 2012). Auf Basis dieser Ergebnisse wurde im Rahmen eines anschließenden Expertenworkshops eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen formuliert. Diese Konsultationsfassung schickten wir mit der Bitte um Kommentierung an die leitenden Psychologen und Chefärzte aller stationären und ambulanten kardiologischen Einrichtungen. Außerdem diskutierten wir im Rahmen einer Fokusgruppe mit Rehabilitanden über zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen. Die Anmerkungen und Kommentare wurden von uns ausgewertet und im Rahmen eines abschließenden Expertenworkshops berücksichtigt, in dem die Endversion der Praxisempfehlungen konsentiert wurde (Mittag & Reese, im Druck).

Strukturvoraussetzungen der Praxisempfehlungen

Damit die Empfehlungen innerhalb der gegebenen Strukturen umsetzbar sind, berücksichtigten wir bei der Erstellung der Praxisempfehlungen das vorhandene durchschnittliche Stellenverhältnis der Psychologen in den Einrichtungen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Dokument das generische Maskulinum verwendet. Es sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

In unserer ausführlichen Erhebung zu den Strukturen und zur Praxis in den Einrichtungen ermittelten wir die folgenden Stellenverhältnisse der Psychologen: In der **stationären** kardiologischen Rehabilitation sind durchschnittlich 1,15 Psychologen für 100 kardiologische Rehabilitanden zuständig (Standardabweichung: 0,48); in der **ambulant** kardiologischen Rehabilitation sind durchschnittlich 2,04 Psychologen für 100 kardiologische Rehabilitanden zuständig (Standardabweichung: 1,46). Das durchschnittliche Stellenverhältnis in den stationären kardiologischen Einrichtungen liegt somit knapp unterhalb der personellen Anforderungen, die die Deutsche Rentenversicherung Bund für die stationären medizinischen Reha-Einrichtungen formuliert hat (für die Kardiologie: 1,25 Psychologen pro 100 Rehabilitanden) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010).

Die Praxisempfehlungen beziehen auch Ärzte sowie weitere Mitarbeiter im interdisziplinären Team ein. Daher ist eine entsprechende Qualifikation / Schulung der interdisziplinären Mitarbeiter für die Anwendung der Praxisempfehlungen dringend wünschenswert. Die Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen zu wichtigen Themen teilnehmen (z. B. Erkennen psychischer Störungen, Motivierende Gesprächsführung). Es gehört zu den Aufgabengebieten der Psychologen, bei der Fortbildung der Mitarbeiter mitzuwirken.

In jeder Einrichtung soll mindestens ein approbierter Psychotherapeut arbeiten; die Chef- und Oberärzte sollen die Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ oder „Psychokardiologische Grundversorgung“ absolviert haben. Die nicht approbierten Psychologen sollen regelmäßig vom approbierten Psychotherapeuten supervidiert werden. An einigen Stellen in den Praxisempfehlungen werden Angaben zur (Mindest-)Qualifikation gemacht, die für bestimmte Aufgabenbereiche erforderlich ist. Insbesondere für die Diagnostik psychischer Störungen (F-Diagnosen) sowie für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; diese Tätigkeiten dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Praxisempfehlungen ist es, dass die interdisziplinären Mitarbeiter ein Team bilden und regelmäßige, interdisziplinäre Besprechungen durchführen. Die Förderung der Kommunikation im Behandlungsteam kann ein Ziel von Mitarbeiterfortbildungen sein, bei denen Psychologen mitwirken.

Bei allen Interventionen ist darauf zu achten, dass eine Sprache verwendet wird, die gut verständlich ist für die Rehabilitanden. Das Vorwissen der Rehabilitanden ist dabei zu berücksichtigen. Die Inhalte müssen anschaulich und möglichst konkret sein, alltägliche Erfahrungen der Rehabilitanden aufgreifen sowie den kulturellen Hintergrund der Rehabilitanden berücksichtigen.

Anwendung der Praxisempfehlungen

Die praktische Anwendung von Empfehlungen muss immer unter Berücksichtigung der klinischen Expertise des Behandlers und der individuellen Situation des einzelnen Rehabilitanden erfolgen. David Sackett, einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin (EBM), formulierte diese Grundvoraussetzung in Bezug auf die Anwendung der EBM wie folgt:

“Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. [...] By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient.”
(Sackett et al., 2000, p. 1).

Praxisempfehlungen und Leitlinien sollen den damit verbundenen Prozess des vernünftigen Abwägens unterstützen. Die vorliegenden Empfehlungen wurden systematisch anhand der besten vorliegenden Evidenz formuliert und in einem aufwendigen Prozess von Wissenschaftlern und Klinikern konsentiert. Sie bilden eine praxisorientierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei bestimmten Problemlagen.

Gender

Trotz einzelner empirischer Hinweise reicht die vorliegende Evidenz nicht aus, um geschlechtsspezifische Empfehlungen für psychologische Interventionen abzuleiten (vgl. Mittag & Grande, 2008). Unterschiede in der psychosozialen Lebenslage, Sozialisation und in den Rollenstereotypen von Frauen und Männern beeinflussen jedoch rehabilitationsbezogene Erwartungen und Ziele, Emotionsregulation, Krankheitsbewältigungsstrategien, Inanspruchnahmeverhalten bzw. -barrieren gegenüber spezifischen Angeboten (z. B. körperliches Training) und die Möglichkeiten nachhaltiger Lebensstilmodifikation unter Alltagsbedingungen. In Gruppenangeboten sollten deshalb nach Möglichkeit mindestens zwei Teilnehmer eines Geschlechts zur Gruppe gehören. Insbesondere geschlechtsspezifische psychosoziale Aspekte der Krankheit, des Krankheitsverhaltens und der Krankheitsfolgen sollten in psychologischen Interventionen thematisiert werden.

Zentrale Funktion der Ärzte

Bestimmte Empfehlungen, in denen es um die Indikationsstellung für psychologische Interventionen geht (z. B. Depressions- und Angstscreening, Empfehlungen 1-3), adressieren explizit die Gruppe der Ärzte. Diese Empfehlungen wurden auf Grundlage der Ergebnisse der o. g. ausführlichen Erhebung zu den Strukturen und zur Praxis in den Einrichtungen formuliert. In dieser Befragung zeigte sich, dass die Ärzte in den meisten Einrichtungen eine zentrale Steuerungsfunktion haben und die Zuweisung der Rehabilitanden zu bestimmten Interventionen durch den (aufnehmenden) Arzt geschieht. Selbstverständlich wäre es optimal, wenn die Feststellung bestimmter psychologisch relevanter Problemlagen und die Anberaumung entsprechender Maßnahmen durch den Psychologen erfolgen könnten. Dies würde allerdings voraussetzen, dass der Psychologe mit allen Rehabilitanden ein Aufnahmegespräch führt, was in den meisten Einrichtungen aufgrund der Personalsituation nicht zu leisten ist.

Routinemäßiges psychologisches Screening

In der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation bleibt psychische Komorbidität oft unerkannt (Härter et al., 2004). Daher wird in den Praxisempfehlungen zu einem routinemäßigen, standardisierten psychologischen Screening aller Rehabilitanden geraten, um die Entdeckungsrate psychischer Komorbidität (insbesondere Depression und Angst) zu verbessern und eine bedarfsgerechte Zuweisung zu psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionen zu ermöglichen. Außerdem wird ein routinemäßiges, standardisiertes Screening empfohlen, das sich auf lang andauernde psychosoziale Belastungen, soziale Isolation sowie Probleme in Bezug auf Erwerbstätigkeit bezieht.

Psychologisch fundierte Interventionen durch das Reha-Team

In den Praxisempfehlungen wird die Anwendung verschiedener psychologisch fundierter Interventionen durch das Reha-Team empfohlen. Zwei wichtige Interventionen sollen an dieser Stelle kurz erläutert werden: Die „Motivierende Gesprächsführung“ und die „Handlungs- und Bewältigungsplanung“.

Motivierende Gesprächsführung: Motivierende Gesprächsführung ist eine von Miller und Rollnick (2009) entwickelte klientenzentrierte, zielgerichtete Beratungsmethode zur Förderung der Motivation für Verhaltensänderungen. Bei dieser Methode wird davon ausgegangen, dass jede Person über ein großes Veränderungspotenzial, Motivation und Ressourcen verfügt. Aufgabe des Therapeuten ist es, natürliche Veränderungsprozesse zu unterstützen, indem Ambivalenzen erfasst und aufgelöst werden. Motivierende Gesprächsführung basiert auf den folgenden vier Grundprinzipien: (a) Empathie ausdrücken; (b) Diskrepanzen entwickeln; (c) Widerstand umlenken; (d) Selbstwirksamkeit fördern. Ursprünglich wurde die Motivierende Gesprächsführung vor allem im Suchtbereich genutzt; inzwischen liegen auch Studienergebnisse für die Wirksamkeit in verschiedenen anderen Anwendungsbereichen vor (z. B. Nikotinabusus oder Übergewicht) (vgl. Dunn et al., 2001; Rubak et al., 2005).

Handlungs- und Bewältigungsplanung: Gute Vorsätze in Bezug auf Gesundheitsverhalten (z. B. körperliche Aktivität oder gesunde Ernährung) werden häufig nicht in die Tat umgesetzt („Intentions-Verhaltens-Lücke“). Die Umsetzung von Intentionen in (Gesundheits-)Verhalten kann durch den Einsatz von Selbstregulationsstrategien wie der Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden. Im Rahmen der **Handlungsplanung** formuliert der Patient konkrete Pläne, wann, wo und wie er bestimmtes Verhalten umsetzen möchte. Bei der **Bewältigungsplanung** werden Barrieren antizipiert und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt. Auf diese Weise können Intentionen auch dann umgesetzt werden, wenn Hindernisse auftauchen. Studienergebnisse belegen, dass Gesundheitsverhalten in verschiedenen Bereichen (z. B. körperliche Aktivität, gesunde Ernährung) durch den Einsatz von Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden konnte (Snihotta et al., 2005; Verplanken et al., 1999).

Bedeutung der Nachsorge

Im Rahmen einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation können komorbide psychische Störungen (z. B. Depression, Angst, PTBS) selbstverständlich nicht umfassend behandelt werden. Deswegen ist eine langfristige, individuelle Nachsorge erforderlich, in deren Kontext die Entwicklung relevanter Problemlagen weiter verfolgt und bei Bedarf eine weiterführende Behandlung eingeleitet werden kann. Auch umfassendere Lebensstiländerungen (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität) können in der Rehabilitation oft lediglich initiiert werden. Die Nachsorge stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar, Lebensstiländerungen zu verstetigen und hierdurch die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu steigern (Deck et al., 2012).

Hier wird daher Nachsorge als ein integraler Bestandteil der Rehabilitation empfohlen. Die Rehabilitanden sollen von den Mitarbeitern der Reha-Einrichtung individuelle Empfehlungen zur Nachsorge erhalten. Dabei sollen etablierte Strukturen genutzt werden (z. B. Herzgruppe), in deren Rahmen Gesundheitsbildung und psychologische Aspekte Berücksichtigung finden sollten. Die zentrale Instanz für die Initiierung und Koordination weiterer Nachsorgeleistungen ist der Hausarzt. Darüber hinaus kann (in Abstimmung mit dem Rehabilitanden) eine Nachsorge durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen (z. B. telefonisch oder per Internet).

2. Danksagung

Wir danken den Experten, die an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitwirkten. Außerdem möchten wir den Kollegen aus den psychologischen Abteilungen sowie den Chefarzten der Rehabilitationseinrichtungen dafür danken, dass sie sich so zahlreich an unseren Befragungen beteiligt haben und hierdurch wichtige Impulse lieferten. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den Rehabilitanden, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben. Unser Dank gilt auch der Deutschen Rentenversicherung Bund, ohne deren Finanzierung dieses Projekt nicht hätte realisiert werden können.

3. Interessenskonflikte

Alle Experten, die an der Erstellung der Praxisempfehlungen beteiligt waren, füllten eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten aus, die sich am AWMF-Formular zur Erklärung von Interessenskonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben orientiert. Von keinem der Experten wurden bedeutsame Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Praxisempfehlungen angegeben.

4. Teil A: Psychische Funktionen

4.1 Depression und Angst

- 1** Alle Rehabilitanden sollen im Aufnahmegespräch durch den Arzt mittels geeigneter Screening-Fragen auf Depression und Angst gescreent werden. Hierfür können beispielsweise die Screening-Fragen aus dem PHQ-4² genutzt werden.

Cave: Symptome wie Erschöpfung, Libidoverlust oder Appetitverlust können auch unabhängig von einer Depression auftreten (z. B. postoperativ oder bei einer Herzinsuffizienz). Dies soll beim Depressions-Screening bzw. der Depressions-Diagnostik berücksichtigt werden.
- 2** Nach **3-4 Tagen** soll bei allen Rehabilitanden eine Statuserhebung anhand eines Fragebogens (z. B. PHQ-9; HADS) durchgeführt werden. Die persönliche Mitteilung des Testergebnisses soll durch den Arzt oder Psychologen erfolgen.

Cave: Symptome wie Erschöpfung, Libidoverlust oder Appetitverlust können auch unabhängig von einer Depression auftreten (z. B. postoperativ oder bei einer Herzinsuffizienz). Dies soll beim Depressions-Screening bzw. der Depressions-Diagnostik berücksichtigt werden.
- 3** Wenn das Screening zu Beginn der Reha oder die Statuserhebung nach 3-4 Tagen **positiv** ausfallen, soll folgendermaßen vorgegangen werden:

 - Entscheidung durch den Arzt oder den Psychologen, ob die Indikation für eine vertiefende Diagnostik / psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist
 - Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite
 - Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
 - Falls ein Rehabilitand mit einem auffälligen Befund ein Gespräch mit dem Psychologen ablehnt, soll der Arzt ein motivierendes Gespräch mit dem Rehabilitanden führen
- 4** Das gesamte Reha-Team soll bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome einer Depression oder Symptome von Angst achten. Wenn entsprechende Hinweise bemerkt werden, sollen der Arzt oder der Psychologe darüber informiert werden.
- 5** Für die vertiefende Diagnostik gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. Sie kann in Form einer Exploration erfolgen und durch die Anwendung eines Fragebogens (z. B. Beck-Depressions-Inventar) ergänzt werden. Wenn Unsicherheit in Bezug auf die Diagnose oder die Behandlung besteht, sollte ein psychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Konsil eingeleitet werden.

² Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 49 bis 50 im Überblick aufgeführt.

- 6** Wenn die vertiefende Diagnostik **positiv** ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:
- Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung
 - Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite
 - Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden über seine Störung und die Therapiemöglichkeiten)
 - Psychotherapeutisches Einzelgespräch (für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden)
 - Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
 - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
 - Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassbrief
 - Nachsorgeempfehlung im Entlassbrief:
 - Evtl. Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie
 - Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt
 - Wiederholte Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt im dreimonatlichen Abstand, bis keine depressive Symptomatik / Angstsymptomatik mehr vorliegt
 - Falls die Depression / Angst drei Monate nach Ende der Rehabilitation weiter besteht und noch keine weiterführende Behandlung erfolgt: Weiterführende (evidenzbasierte) Behandlung, die durch den Hausarzt initiiert wird. Dies schließt ggf. eine antidepressive Medikation mit ein.

- 7** Am **Ende des Reha-Aufenthaltes** soll bei **allen** Rehabilitanden eine Verlaufskontrolle anhand eines Fragebogens (z. B. PHQ-9; HADS) durchgeführt werden. Die Verlaufskontrolle ist sinnvoll, da sich eine depressive Symptomatik auch erst während der Rehabilitation entwickeln kann. Die persönliche Mitteilung des Testergebnisses soll durch den Arzt oder Psychologen erfolgen.

- 8** Wenn die Verlaufskontrolle am Ende des Reha-Aufenthaltes **auffällige Werte** zeigt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:
- Evtl. Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
 - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
 - Dokumentation des Screening-Befundes bzw. des Verlaufs der depressiven Symptomatik / der Angstsymptomatik im Entlassbrief
 - Nachsorge-Empfehlung im Entlassbrief:
 - Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt
 - Wiederholte Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt im dreimonatlichen Abstand, bis keine depressive Symptomatik / Angstsymptomatik mehr vorliegt
 - Falls die depressive Symptomatik / Angstsymptomatik drei Monate nach Ende der Rehabilitation weiter besteht und noch keine weiterführende Behandlung erfolgt: Weiterführende (evidenzbasierte) Behandlung, die durch den Hausarzt initiiert wird. Dies schließt ggf. eine antidepressive Medikation mit ein.

4.2 Anpassungsstörung, Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung

- 9 Im Aufnahmegespräch soll der Arzt bei allen Rehabilitanden auf Symptome einer Anpassungsstörung (nach ICD) achten bzw. diese erfragen. Wenn der Verdacht auf eine Anpassungsstörung besteht, soll folgendermaßen vorgegangen werden:

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite
- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
- Psychoedukation / Beratung
- Entscheidung durch den Arzt oder Psychologen, ob Indikation für eine psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist

- 10 Im Aufnahmegespräch soll der Arzt Rehabilitanden identifizieren, die ein potenziell traumatisches Erlebnis hatten (wie z. B. eine Reanimation, Miterleben des Versterbens eines Bettnachbarn, Reoperation in kurzfristigem Abstand, wiederholte ICD-Schockabgabe).

Falls ein potenziell traumatisches Erlebnis vorliegt, sollen der Arzt oder der Psychologe die Symptome einer akuten Belastungsreaktion (ABR) oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) explorieren.

Bei Verdacht auf eine ABR oder PTBS soll im Rahmen eines psychologischen Einzelgesprächs eine vertiefende, leitlinienorientierte Diagnostik der ABR / PTBS erfolgen (s. beispielsweise Leitlinien der AWMF: www.awmf.org/; zuletzt gesichtet: November 2011). Für die vertiefende Diagnostik gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden.

Cave: ABR/PTBS sind selten!

- 11 Falls eine ABR oder eine PTBS diagnostiziert wird, soll im Rahmen eines psychologischen Einzelgesprächs eine psychosomatische Grundversorgung (z. B. durch Stabilisierung / Psychoedukation) erfolgen. Außerdem sollen der behandelnde Arzt, der Psychologe sowie das gesamte Team den Verlauf beobachten. Wenn keine Besserung der Symptomatik eintritt, soll eine evidenzbasierte Therapie begonnen bzw. vorbereitet werden.

- 12 Bei Akuter Belastungsreaktion / Posttraumatischer Belastungsstörung, schwerer Depression sowie Herzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV) muss individuell geprüft werden, ob ein Entspannungstraining **im Einzelsetting** hilfreich sein könnte. Rehabilitanden mit diesen Problemlagen sollten **nicht** am Entspannungstraining **im Gruppensetting** teilnehmen.

4.3 Affektdurchlässigkeit/ -labilität

- 13** Der Arzt sowie das gesamte Reha-Team sollen bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Anzeichen von Affektdurchlässigkeit/-labilität achten. Wenn solche Anzeichen beobachtet werden, soll der Rehabilitand durch den Arzt oder den Psychologen über die Störung und ihren voraussichtlich passageren Charakter informiert werden. Der Rehabilitand soll außerdem darüber aufgeklärt werden, dass es sich **nicht** um eine Depression handelt. Eventuell ist eine Einbeziehung der Angehörigen sinnvoll.

4.4 Kognitive oder Verhaltensstörungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

- 14** Bei postoperativen Rehabilitanden (insbesondere nach längeren/wiederholten OP's) und Rehabilitanden mit Z. n. komplizierter Reanimation soll der Arzt im Aufnahmegespräch auf kognitive oder Verhaltensstörungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns achten und diesbezüglich eine Exploration durchführen. Evtl. können Rating-Skalen zur Erfassung von kognitiven oder Verhaltensstörungen zum Einsatz kommen.
- Außerdem soll das gesamte Team (insbesondere Ärzte, Psychologen und Pflegepersonal) bei dieser Gruppe von Rehabilitanden während des Aufenthaltes auf Anzeichen einer kognitiven oder Verhaltensstörung achten.
- Bei Verdacht auf ein entsprechendes Defizit soll eine orientierende neuropsychologische Untersuchung stattfinden, die folgende Bereiche umfasst: Aufmerksamkeit/ Konzentration, Visuomotorik, Gedächtnis/ Lernfähigkeit, Exekutivfunktionen.
- Die Differenzialdiagnosen Depression und Demenz sollen besondere Beachtung finden.
- Bei einem auffälligen Befund der orientierenden neuropsychologischen Untersuchung soll die zeitnahe Einleitung einer umfassenden neurologischen oder neuropsychologischen Diagnostik und Behandlung erfolgen.

4.5 Weitere psychische Komorbidität

- 15** Der Arzt soll bei der Aufnahme aller Rehabilitanden auf das Vorliegen weiterer psychischer Komorbidität achten. Zusätzlich sollen Arzt, Psychologe und das gesamte Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome weiterer psychischer Komorbidität achten. Bei Verdacht auf eine psychische Störung soll eine vertiefende Diagnostik erfolgen. Für die vertiefende Diagnostik psychischer Störungen gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. Sie kann in Form einer Exploration erfolgen und durch die Anwendung standardisierter Instrumente ergänzt werden.
- Falls weitere psychische Komorbidität festgestellt wird, soll eine evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung begonnen bzw. vorbereitet werden.

4.6 Akute psychische oder psychosoziale Probleme; Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung

- 16** Bei der Aufnahme soll der Arzt bei allen Rehabilitanden auf folgende Aspekte achten bzw. folgende Themen explorieren:

- Akute psychische oder psychosoziale Probleme bzw. Belastungen
- Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung

Zusätzlich soll das gesamte Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf das Vorliegen der o. g. Problemlagen achten.

Bei schwerwiegenden Problemen oder Belastungen soll ein psychologisches bzw. psychotherapeutisches Einzelgespräch oder bei Bedarf eine psychologische Krisenintervention erfolgen. Für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden.

5. Teil B: Körperfunktionen

5.1 Implantierter Kardiofibrillator (ICD)

- 17** Bei Rehabilitanden mit Z. n. (wiederholter) ICD-Schockabgabe sollen der Arzt oder der Psychologe Symptome einer Akuten Belastungsreaktion bzw. einer Posttraumatischen Belastungsstörung explorieren. In diesem Zusammenhang sollen auch zukunftsbezogene Ängste (z. B. vor erneuter ICD-Schockabgabe) berücksichtigt werden. Falls Auffälligkeiten festgestellt werden:
- Siehe Modul Anpassungsstörung, Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung
 - Hinweis auf Selbsthilfegruppen

5.2 Hypertonie

- 18** Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden mit Hypertonie erfassen, ob eine ausreichende Akzeptanz / Compliance in Bezug auf die Medikamenteneinnahme vorliegt. Wenn dies nicht der Fall ist, sollen Psychoedukation und Adhärenzförderung erfolgen (z. B. durch Aufklärung über erwünschte und unerwünschte Wirkungen der Medikation).

Wenn Zusammenhänge zwischen Stress und Hypertonie erkennbar sind, soll eine Zuweisung zum Entspannungstraining und Stressbewältigungstraining erfolgen.

5.3 Herzrhythmusstörungen

- 19** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfassen, ob Herzrhythmusstörungen vorliegen, die als störend empfunden werden und die trotz Behandlung persistieren. Wenn dies der Fall ist, sollen möglichst durch den Arzt die folgenden psychoedukativen Maßnahmen erfolgen:
- Förderung der Akzeptanz (unabänderlicher) Herzrhythmusstörungen
 - Eventuell: Förderung der Akzeptanz einer (lebenslangen) Medikamenteneinnahme (z. B. von Marcumar ®) sowie unvermeidlicher Nebenwirkungen
 - Eventuell: Förderung der Akzeptanz eines ICDs

5.4 Sexualleben

- 20** Das Sexualleben soll bei allen Rehabilitanden (d. h. Männern und Frauen) aktiv angesprochen werden. Dies kann durch den Arzt oder Psychologen geschehen. Als Zeitpunkt bieten sich z. B. das Aufnahmegespräch, Informationsveranstaltungen oder Patientenvorträge an. Die empfohlene Gruppengröße der Informationsveranstaltungen / Patientenvorträge liegt bei 10-15 Personen. Die Besprechung des Sexuallebens sollte in andere Themen eingebettet sein („ein Thema unter anderen Themen“).

Falls ein Rehabilitand in Bezug auf das Sexualleben weiteren Gesprächsbedarf hat, soll ein Einzelgespräch mit dem Arzt oder Psychologen anberaumt werden.

6. Teil C: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren

6.1 Lang andauernde psychosoziale Belastungen

- 21** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfragen, ob lang andauernde psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft oder im Beruf) vorliegen. Hierfür können entsprechende Screening-Fragen genutzt werden³. Insbesondere bei Frauen soll zusätzlich danach gefragt werden, ob eine lang andauernde Belastung durch Haus- und Familienarbeit bzw. Doppelbelastung vorliegt.

Eine vertiefte Exploration soll durch den Arzt im Rahmen des Aufnahmegesprächs und / oder im Rahmen weiterer Kontakte mit dem Arzt und / oder Psychologen erfolgen. Wenn entsprechende Belastungen vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Bei Bedarf: Stressbewältigungstraining (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank/; zuletzt gesichtet: November 2011). Das Stressbewältigungstraining soll durch einen Diplom-Psychologen oder einen M.Sc. in Psychologie (konsekutiver Masterstudiengang) geleitet werden.
- Bei Bedarf: Entspannungstraining
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch

- 22** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfragen, ob eine soziale Isolation besteht. Hierfür können beispielsweise Screening-Fragen nach Albus (2008)⁴ genutzt werden.

Zusätzlich sollen Arzt, Psychologe und das gesamte Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes darauf achten, ob eine soziale Isolation besteht.

Wenn ein starker sozialer Rückzug bzw. fehlende soziale Unterstützung festgestellt werden, soll bei Bedarf ein psychologisches Einzelgespräch erfolgen.

- 23** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfragen, ob Belastungen durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten vorliegen. Hierfür kann eine entsprechende Screening-Frage⁵ genutzt werden.

Wenn entsprechende Belastungen vorliegen:

- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
- Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter

^{3, 4, 5} Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 49 bis 50 im Überblick aufgeführt.

6.2 Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit

- 24** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen dafür in Frage kommenden Rehabilitanden die subjektive Erwerbsprognose erfassen. Hierfür können beispielsweise die Screening-Fragen aus der SPE-Skala genutzt werden⁶. Auch der Einsatz anderer Screening-Instrumente ist möglich (z. B. SIBAR, SIMBO oder das Würzburger Screening; siehe auch www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/diagnostik-screening; zuletzt gesichtet: November 2011).

Bei einem auffälligen Screening-Befund soll eine Exploration der beruflichen Problemlagen durch den Arzt oder den Sozialarbeiter stattfinden.

Bei besonderen beruflichen Problemlagen:

- Berufsbezogenes Beratungsangebot
- Nach Möglichkeit medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
 - Informationen zur MBOR sind erhältlich unter www.medizinisch-berufliche-orientierung.de; zuletzt gesichtet: November 2011
 - Das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung zur Durchführung der MBOR kann unter folgendem Link eingesehen werden: www.reha-wissenschaften-drv.de → Reha-Konzepte → Konzepte → Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

Falls psychologisch relevante Problemlagen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Frühzeitige Einbeziehung der Psychologischen Abteilung. Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
- Bei Bedarf: Vertiefende Diagnostik (z. B. in Form einer Exploration, evtl. ergänzt durch einen Fragebogen wie z. B. den „AVEM“ oder den „WAI“)
- Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

6.3 Rauchen

- 25** Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden den Raucherstatus erfragen (Raucher; Nicht-Raucher; Ex-Raucher, d. h. rauchfrei seit > 6 Monaten).

Wenn der Rehabilitand Raucher ist, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, soll bestimmt werden
- Den Rauchern soll dringend empfohlen werden, mit dem Rauchen aufzuhören (Empfehlung erfolgt durch das gesamte Team)
 - Das gesamte Team soll das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ umsetzen
 - Die Raucher sollen (z. B. im Rahmen einer Informationsveranstaltung oder durch Informationsmaterial) darüber unterrichtet werden, welche Angebote es zur Tabakentwöhnung gibt und wie die Angebote aufgebaut sind

⁶ Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 49 bis 50 f. im Überblick aufgeführt.

- 25 → Die Raucher sollen (auf freiwilliger Basis) an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Tabakentwöhnung teilnehmen (einzeln oder Gruppe) (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank/; zuletzt gesichtet: November 2011). Gegebenenfalls kann zusätzlich eine Nikotin-Ersatz-Therapie oder eine pharmakologische Intervention erfolgen.
- Alle Rehabilitanden, die in den letzten sechs Monaten eine Tabakabhängigkeit zeigten, sollen über ambulante Hilfsangebote zur Tabakentwöhnung informiert werden, wie z. B. über mögliche Präventionskurse der Krankenkassen oder über Angebote im Internet wie beispielsweise: www.rauchfrei.info; www.dkfz.de; www.bzga.de (zuletzt gesichtet: November 2011).
- Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf den Raucherstatus erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassbericht der Reha-Einrichtung gegeben.

6.4 Bewegungsmangel

- 26 Der Arzt und / oder der Physio- oder Sporttherapeut sollen bei allen Rehabilitanden erfragen, ob ein Bewegungsmangel vorliegt. Ausreichende Bewegung heißt laut den aktuellen Empfehlungen der WHO (2010) für **Erwachsene ab 18 Jahren**:

- Mindestens 150 Minuten moderat-intensive aerobe körperliche Aktivitäten (z. B. zügiges Gehen) pro Woche oder
- Mindestens 75 Minuten intensive aerobe körperliche Aktivität (z. B. Laufen)
- Intensive und moderate Aktivitäten können gemischt werden
- Dauer einer Einheit mindestens 10 Minuten
- Für zusätzliche Gesundheitseffekte sollten Erwachsene das Ausmaß an moderat-intensiver körperlicher Aktivität auf 300 Minuten pro Woche ausweiten oder 150 Minuten pro Woche intensiv aerob körperlich aktiv sein
- Zusätzlich 2 x pro Woche Kräftigungsübungen für alle großen Muskelgruppen

Für **Erwachsene ab 65 Jahren** gibt es zwei zusätzliche Empfehlungen der WHO (2010):

- Erwachsene dieser Altersgruppe mit eingeschränkter Mobilität sollen zur Verbesserung des Gleichgewichts und zur Sturzprophylaxe mindestens 3 Mal pro Woche körperlich aktiv sein
- Wenn Erwachsene dieser Altersgruppe aufgrund ihres Gesundheitszustands die empfohlene Menge an körperlicher Aktivität nicht durchführen können, sollen sie körperlich so aktiv sein, wie ihre Fähigkeiten und Verfassung es erlauben

Falls Bewegungsmangel vorliegt, sollen folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung) z. B. durch den Physio- oder Sporttherapeuten
- Das gesamte Team soll das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ umsetzen
- Der Rehabilitand soll gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Physio- oder Sporttherapeuten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen kann hierbei hilfreich sein.
- Motivierung des Rehabilitanden zur Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe

- 26 → Nachsorgeempfehlung im Entlassbericht:
- Empfehlung zur Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe
 - Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf ausreichende Bewegung erfolgen. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Bewegungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Bewegungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

6.5 Fehlernährung

- 27 Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden im Rahmen der Aufnahme feststellen, ob Fehlernährung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, sollen folgende Maßnahmen anberaumt werden:
- Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung) z. B. durch den Ökotrophologen oder Diätassistenten
 - Das gesamte Team soll das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ umsetzen
 - Die Rehabilitanden sollen gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Ökotrophologen oder Diätassistenten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen kann hierbei sinnvoll sein.
 - Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf die Ernährung erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassbericht der Reha-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Ernährungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Ernährungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

6.6 Ungenügende Adhärenz

- 28 Der Arzt sowie das gesamte Reha-Team sollen bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf eine ausreichende Adhärenz achten. Wenn eine ungenügende Adhärenz vorliegt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:
- Gespräch mit dem Arzt
 - Evtl. psychologisches Einzelgespräch
 - Bei Bedarf soll versucht werden, die Akzeptanz einer lebenslangen Medikamenteneinnahme (sowie unvermeidlicher Nebenwirkungen) bei den Rehabilitanden zu fördern
 - Das gesamte Team soll das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ umsetzen

Anmerkung: Eine niedrige Adhärenz kann damit zusammenhängen, dass dem Rehabilitanden der Nutzen einzelner Interventionen nicht klar ist. Bei geringer Adhärenz soll daher sichergestellt werden, dass der Nutzen der Interventionen deutlich wird.

7. Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Fragen⁷ für Rehabilitanden mit KHK

PHQ-4 (Löwe et al., 2010)				
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐

Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) (Mittag & Raspe, 2003)	
Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:	
1. Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können? (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)	
☐ sicher	☐ eher ja ☐ unsicher ☐ eher nein ☐ auf keinen Fall
2. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre allgemeine Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?	
☐ nein	☐ ja
3. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Rentenanspruch aus Gesundheitsgründen (Erwerbsminderungsrente) zu stellen?	
☐ nein	☐ ja ☐ habe bereits einen Rentenanspruch gestellt

Soziale Isolation (Albus, 2008)		
	ja	nein
Leben Sie alleine?	☐	☐
Haben Sie eine oder mehrere Personen, denen Sie vertrauen können und auf deren Hilfe Sie im Falle einer Krankheit zählen können?	☐	☐

⁷ Alle hier aufgeführten Fragen/Instrumente dürfen lizenzfrei verwendet werden.

**Lang andauernde psychosoziale Belastungen
(angelehnt an Albus, 2008 und Küch et al., 2011)**

	Überhaupt nicht	Eher weniger	Eher mehr	Stark oder sehr stark
Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Lebenspartner, Ihren Kindern oder Ihrer Familie?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter besonderen beruflichen Belastungen (z. B. Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit der Arbeit, anderes)?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Arbeitslosigkeit oder finanziellen Schwierigkeiten?	☐	☐	☐	☐

Literaturverzeichnis

- Albus, C. (2008). Allgemeine Anamnese. In: C. Herrmann-Lingen, C. Albus & G. Titscher (Hrsg.), *Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen* (S. 185-191). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation*, 51, 316-325.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de → Fachbereiche → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Strukturqualität
- Dunn, C., DeRoo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1192-1197.
- Küch, D., Arndt, S., Grabe, A., Manthey, W., Schwabe, M. & Fischer, D. (2011). UKS – Ultra-Kurz-Screening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.), *Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf* (96-106). Bonn : Deutscher Psychologen Verlag.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86-95.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Mittag, O. & Grande, G. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. *Rehabilitation*, 47, 98-108.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation*, 42: 169-174.
- Mittag, O. & Reese, C. (im Druck). Die Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Methoden und Ergebnisse. *Die Rehabilitation*.
- Mittag, O., Reese, C., Gülich, M. & Jäckel, W. H. (2012). Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Vergleich zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*. (online first 1.2.2012, DOI: 10.1055/s-0031-1301271)
- Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2012). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51, 142-150.
- Reese, C., Spieser, A. & Mittag, O. (2012). Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Zusammenfassung der Evidenz und der Empfehlungen aus systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien. *Die Rehabilitation*. (online first 6.6.2012, DOI: 10.1055/s-0031-1295446)
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Sniehotta, F. F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U. & Völler, H. (2005). Longterm effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 244-255.
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits and the effects of forming implementation intentions on behavior and cognition. *European Journal of Social Psychology*, 29, 591-604.
- World Health Organisation (2010). Global recommendations on physical activity for health. www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html, Abruf: 9.11.2011.

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen



Deutsche
Rentenversicherung