

1 Grundlagen

1.1 Psychosoziale Perspektiven: das biopsychosoziale Modell und chronische Krankheit

Die Rentenversicherung als Träger der medizinischen Rehabilitation verpflichtet sich in ihrem Ansatz einer biopsychosozialen Medizin in Anlehnung an die ICF-Klassifikation (DIMDI 2010, Schuntermann 2008). Dieser Ansatz leitet sich aus dem bekannten umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO (1948) ab, der Gesundheit mit »vollkommenem körperlichem, seelisch-geistigem und sozialem Wohlbefinden« gleich setzt. Es ist kritisch anzumerken, dass dieses Konzept gewissermaßen wohlfeil und damit wieder unverbindlich ist. Unter diesen Rettungsschirm passt jeder! Das heißt aber noch lange nicht, dass dadurch eine bessere Medizin oder Rehabilitation geschieht.

Was ist also dann das Machbare und was das Wünschenswerte an diesem Modell?

Bio: Der Anspruch auf eine biologische Begründung der Medizin bezieht sich auf die medizinisch-naturwissenschaftlichen Kompetenzen. Durch die strikte medizinische Ausrichtung der Rehabilitation ist dieser Bereich hinreichend abgedeckt. Die Strukturvorgaben der Rentenversicherung (Bernhard 2008) sehen z. B. fachärztliche Standards in der Leitung und Bemessungsgrundlagen für Ärzte (wie für Psychologen, künstlerische und Bewegungstherapeuten sowie Pflege) vor. Außerdem muss bald nach Aufnahme eine frühzeitige Sicht der Versicherten durch einen Facharzt erfolgen. Die medizinische Versorgung soll auf hohem Niveau gesichert werden. Gleichzeitig haben Rehabilitations-Einrichtungen enge Grenzen bezüglich einer umfassenden Diagnostik oder medizinischen Therapie. Insofern wird die biologisch-medizinische Kompetenz auch dafür benötigt, die Grenzen des Reha-Settings für eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit von klinischen Störungen rechtzeitig festzustellen.

Psycho: Der Einsatz psychologischer Behandlungsmethoden definiert die Psychosomatik und rechtfertigt damit die Wortwahl. Im Rahmen dieses Buches kann die aktuelle Psychotherapie-Debatte über die Wirkung allgemeiner und/oder spezifischer Faktoren nicht nachgezeichnet werden. Auf entsprechende Literatur wie Wampolds spannende »Great Psychotherapy Debate« (2001) wird verwiesen. Definitiv hat sich in den Reha-Kliniken eine hoch kompetente und auf den eigenen Arbeitsbereich spezialisierte psychotherapeutische Kompetenz entwickelt. Kritisch ist anzumerken, dass die eingesetzten Psychotherapie-Verfahren

unter Reha-Bedingungen bisher nur rudimentär evaluiert worden sind (z.B. Arbeitskonflikt-bezogene Psychotherapie: Hillert, Koch und Edlund 2007). Vergleichsstudien oder randomisierte klinische Studien als methodischer Goldstandard fehlen. So sind zwar die großen Psychotherapieschulen in der Rehabilitation vertreten, aber ihre kontextbezogene Wirksamkeit müssen wir erst noch nachweisen. Die qualitätssichernden Maßnahmen der Rentenversicherung helfen dabei nicht, weil sie nur die Erfüllung der Strukturen, nicht aber die Umsetzung der Inhalte belegen. Hier wäre zu wünschen, dass die Rentenversicherung als Träger und Motor der Rehabilitationswissenschaften mehr steuernde Funktionen übernimmt. Als Charakteristika der Reha-spezifischen Konzepte könnte man ohne Anspruch auf Vollständigkeit nennen:

- Kompetenz im Einsatz psychotherapeutischer Techniken bei bildungs- und psychotherapiefernern Schichten und im Umgang mit primär nicht introspektions- und verbalisierungsfähigen oder -willigen Patienten: Menschen, die mit ihren persönlichen Voraussetzungen und Herausforderungen in keiner psychosomatischen Akutklinik aufgenommen würden;
- die Ausrichtung auf die Arbeitswelt und die Integration der sozialmedizinischen Perspektive in den psychotherapeutischen Prozess;
- indikative Gruppenkonzepte, die sowohl störungsspezifisch als auch bezogen auf berufliche Herausforderungen entwickelt wurden;
- Patientenschulung durch den umfangreichen Einsatz psychoedukativer Maßnahmen in sog. »Vorträgen«;
- die Fokussierung auf Ressourcen und Resilienz auch bei erheblichen psychischen Defiziten; die Ausarbeitung von Reha-Therapiestandards in Anlehnung an Leitlinien der Fachgesellschaften (DRV 2011) sowie – bei aller gebotenen Kritik – die umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger.

Alle diese Aspekte begründen die Feststellung, dass in der psychosomatischen Rehabilitation besondere, herausfordernde, reizvolle Arbeitsbedingungen vorzufinden sind.

Sozial: Es ist eine Kernaussage dieses Buches, auch als Ausdruck der eigenen Erfahrungen in der psychosomatischen Rehabilitation, dass der Bezug auf die Arbeitswelt und die berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten, der in diesem sozialen Kontext als »Versicherter« angesprochen wird, ein Spezifikum dieses Fachbereiches darstellt. Während psychosomatische Akutkliniken praktisch ganz auf die psychische Gesundheit abheben, stehen in der Rehabilitation Aspekte der Teilhabe und Aktivität, der Anpassung an die Lebensverhältnisse bzw. deren Modifikation, der Arbeitsfähigkeit bzw. der Abwendung längerfristiger beruflicher Leistungseinschränkungen im Vordergrund. Der Fokus auf den sozialen Bereich prägt in besonderer Weise die Rehabilitation psychischer Störungen. Die Orientierung an der ICF statt der ICD verweist in besonderer Weise auf die Berücksichtigung von funktionellen, aktivitätsbezogenen und partizipativen Dimensionen des Krankseins. Zwangsläufig werden dadurch auch Aspekte der Kontext- und Personfaktoren zum Gegenstand der professionellen Arbeit.

Daraus ergibt sich, dass die psychosomatische Rehabilitation als eigener Bereich im Sinne einer Psychosozialen Medizin innerhalb der medizinischen Psycho-Fächer beschrieben und neben die »großen Schwestern« psychosomatische Medizin bzw. Psychiatrie und Psychotherapie gestellt werden kann. Das bisherige Selbstverständnis als »Wurmfortsatz der Psychiatrie« oder als »Hinterstube der Psychosomatik« wird weder der aktuellen und zukünftigen Bedeutung noch den spezifischen Herausforderungen der Rehabilitation psychischer Störungen gerecht. Es ist paradox, dass ca. achtmal so viele Rehabilitations-Behandlungsplätze vorgehalten werden wie in der Akutpsychosomatik, aber die Rehabilitation im Mainstream der sog. Psycho-Fächer kaum wahrgenommen wird – und wenn doch, dann allenfalls um sich über die Fehlallokation von Versicherungsgeldern zu beklagen zuungunsten psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten. Dieser Vorwurf ist auch deshalb nicht berechtigt, als es ja glücklicherweise eine reichhaltige, hoch differenzierte und seit Jahrzehnten gewachsene *psychiatrische* Rehabilitation mit erheblicher Durchlässigkeit des Systems gibt (Rössler 2004) – wovon der Psychosomatiker nur träumen kann. Denn auch in der Psychosomatik gibt es Menschen, für die längerfristige schützende und stützende Lebensräume wünschenswert wären. Die akut psychosomatischen Kliniken sind darauf im Sinne der Lebens- und Alltagsorientierung oft nicht zureichend ausgerichtet und fokussieren tendenziell auf die Symptomatik und die intrapsychischen Konflikte. Die psychiatrischen Reha-Einrichtungen sind aber häufig emotional wie kognitiv unterfordernd, weil sie ein anderes, deutlich mehr bzw. anders leistungsgewandeltes Publikum haben. So bleiben der psychosomatischen Reha oft nur Maßnahmen, die aus der beruflichen Rehabilitation oder der fachspezifischen Nachsorge abgeleitet werden können, eine Tatsache, deren Veränderung eine der zukünftigen Herausforderungen der psychosomatischen Rehabilitation darstellt.

Als eigenes Gebiet im Bereich der Psycho-Fächer definiert eine als Psychosoziale Medizin verstandene psychosomatische Rehabilitation jedenfalls spezifische Perspektiven, die dieses Arbeitsgebiet durchaus »sexy« machten (s. Vorwort).

An dieser Stelle soll auch kurz die Debatte um Konzepte zum Verständnis chronischer Erkrankungen dargestellt werden, wie sie z.B. von Schaeffer (2009) zusammengefasst wird. Danach wurden in einer sehr fruchtbaren Diskussionsphase in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in Erweiterung eines medizinischen Bezugs einige wichtige Theorien entwickelt, die im Prinzip bis heute fortwirken, ohne dass es zu einer relevanten Annäherung oder gar Integration kam: Es handelt sich um eine interaktionstheoretische, eine stresstheoretische und eine gesellschaftstheoretische Position.

Die interaktionsspezifische Perspektive stellt das Krankheitserleben und die Bewältigung der Krankheitssituation in den Mittelpunkt und ist mit den Namen z.B. von Erving Goffman und Anselm Strauss verbunden. Fokus ist hier, wie eine als soziales Konstrukt verstandene Krankheit im gesellschaftlichen Kontext ausgehandelt und bewältigt wird. Dabei wurde den Kranken als Akteuren des Geschehens (und nicht nur als Kranken und Leistungsempfängern) erstmals Aufmerksamkeit geschenkt. Deren subjektive Realität und Handeln sei von der Besonderheit geprägt, dass »chronic illness is here to stay« (Schaeffer 2009,

S.19). Damit sind Probleme der Bewältigung, der Phasen der Krise und Rekonvaleszenz, und ständig wechselnder Anpassungsleistungen verknüpft. Diese müssen zwangsläufig zu Störungen der Biographie, der Identität und des Alltags- und Familienlebens führen. Die Autoren betonen, dass von diesen Herausforderungen nicht nur die Kranken, sondern auch die Angehörigen und professionellen Helfer betroffen sind und zwar in Form von Rückkopplungs-Prozessen, die derselben Instabilität unterliegen und eine hohe Flexibilität erfordern. Im weiteren Verlauf der Theorieentwicklung traten die Berücksichtigung biographischer Gesichtspunkte als Variablen im Krankheitsprozess – »chronic illness as biographical disruption« (Bury in Schaeffer 2009) – hinzu. Auch die Gegebenheiten der jeweiligen Lebensphasen und ihrer Übergänge (Transitionen) wurden diskutiert. Auf der Handlungsebene schließlich wurden die Patienten als »Ko-Produzenten« verstanden und untersucht bezüglich ihrer Ressourcen, den Selbststeuerungserfordernissen und dem verfügbaren sozialen Netz. Zuletzt wurden zunehmend Resilienz Aspekte in die Debatte eingeführt.

Die stresstheoretische Debatte fokussiert auf das Bewältigungsgeschehen und ist im Wesentlichen mit dem Copingkonzept von Lazarus verbunden. Danach ist die Frage des Stresses durch Krankheit v. a. eine Frage der individuellen und subjektiven Bewertung der Situation, und die Zielrichtung des Copings besteht in der Belastungsreduktion. In Anwendung auf die chronischen Krankheiten wird die Bedeutung der »Ereignisaufschichtungen« durch den komplexen und variablen Krankheitsprozess betont (Schaeffer 2009, S.29f.). Es muss danach zwischen verschiedenen negativen Stressoren durch die chronische Störung unterschieden werden, den alltäglichen, den chronischen und den kritischen Ereignissen. Auch für sie gilt, dass sie sich in subjektiven Krankheitsvorstellungen niederschlagen, denen als kognitiven Repräsentationen insbesondere für die Art möglicher Interventionen von innen und außen zentrale Bedeutung zukommt.

Der gesellschaftstheoretische Ansatz schließlich betrachtet chronische Krankheit unter dem Aspekt sozialer Veränderungen. Im Rahmen der modernen Risikogesellschaft hat der Einzelne demnach erheblich an Freiheit, aber eben auch an Verantwortung gewonnen. Das »frei gesetzte Individuum« muss sich seine eigene Normalität schaffen. Der chronisch Kranke muss sich analog selbst »managen«. Das »persönliche Budget« der Sozialgesetzgebung findet sich z. B. hier wieder. Kritischen Widerspruch findet dieser Standpunkt in der sozialepidemiologischen Ungleichheitstheorie, auf die an anderer Stelle im Buch ausführlicher eingegangen wird (► Kap. 1.7). Diese betont die sozial-strukturellen Determinanten, zu denen z. B. gehört, dass untere soziale Schichten durch eine höhere Krankheitslast und eine reduzierte Lebenserwartung, durch einen relativen Ressourcenmangel und vermehrte gesundheitliche Risikoverkettungen gekennzeichnet sind, sodass nicht von einer vollkommen zufälligen Verteilung von Potenzialen und Ressourcen ausgegangen werden kann. Deshalb, so lautet die Konsequenz, muss auch die Bewältigung chronischer Krankheit immer individuumorientiert und gleichzeitig strukturorientiert sein.

In einer aktuellen Bewertung der Situation kommt Schaeffer zu der Einschätzung, dass die vergangenen 30 Jahre für diese Debatte verlorene Jahre waren.

Trotz intensiver Forschungen sei es bei einem theoretischen »Flickenteppich« geliebt: Aspekten wie der Patientenperspektive oder dem Langzeitverlauf chronischer Krankheit werde kaum Beachtung geschenkt, generalisierende Meta-Studien fehlen ebenso wie Vorschläge zur Integration der sich ja z. T. ohnehin überschneidenden Theorien. Auch bilde die Diskussion kaum ab, dass es in den letzten Jahrzehnten zu einem massiven Wandel im Bereich chronischer Krankheiten gekommen sei. Viele früher tödlich verlaufende Erkrankungen wie Mukoviszidose, HIV-Infektion oder Karzinomerkrankungen verlaufen heute chronisch progredient oder lassen sich mit bleibenden Einschränkungen heilen, was zu neuen Formen der »sick role« führe. Dadurch ergeben sich Notwendigkeiten, Lebenslauf- und Krankheitsbewältigungs-Theorien miteinander zu verknüpfen. Und auch im Spektrum der Interventionen und Unterstützungsbedarfe und -möglichkeiten ergeben sich daraus neue Fragen und Antworten.

1.2 Menschenbilder

Wer in der Rehabilitation arbeitet, muss sich im Zusammenhang mit dem Fachgebiet Gedanken über das eigene Menschenbild, über das die Reha tragende Menschenbild und über sein Rollenverständnis machen. Diese Thematik der medizinischen oder ärztlichen Anthropologie beschreibt Hahn (1988, S. XIII) folgendermaßen:

»Die Frage nach [...] den Eigenarten, Möglichkeiten und Grenzen des Menschen in einem weiteren Sinne schließt auch für den Arzt die Reflexion der genannten und ungenannten Voraussetzungen ein, die den sozialen Stellenwert des ärztlichen Denkens und Handelns ausmachen.«

Kaum ein Lehrbuch bezieht solche Inhalte heute noch in Betracht. Unsere Leitbilder sind heute weitgehend auf die Begriffe Patienten- (gleich Kunden-)Orientierung, wissenschaftliche Goldstandards und Rationalisierungsgebote beschränkt.

Frühere Stimmen, die über diese Engführung hinausweisen, werden kaum mehr wahrgenommen. So diskutierten der Mediziner und Schriftsteller C. Emmrich (alias P. Bamm) und die Naturphilosophin H. Conrad-Martius schon vor Jahrzehnten (Conrad-Martius und Emmrich 1951), dass »die allgemeinen Erklärungsversuche, die die experimentelle Naturwissenschaft bisher unternommen hat, ähnlich gescheitert sind wie die spekulativen Systeme früherer Naturphilosophien« (a. a. O., S. 21). In ihren Disputen kommen sie zum Ergebnis, dass physiko-chemische Gesetzmäßigkeiten zwar die Erfolge der modernen Medizin begründen, dass aber zum Verständnis der Lebensvorgänge in Organismen weitere Dimensionen wie beispielsweise »Wachstum, Fortpflanzung, Heilungstendenz« (a. a. O., S. 31) erklärt werden müssten. Wünschenswert sei daher, »[...] dass gerade Philosophen Entwürfe aufstellten, die sich hinterher empirisch bewahrhei-

ten ließen [...]« (a. a. O., S. 27). In der Neurobiologie sehen wir dies in den letzten Jahren in Ansätzen erfüllt, wenn abstrakte psychotherapeutische Konzepte wie das Bindungssystem (Buchheim et al. 2008) oder komplexe Wahrnehmungsphänomene wie der Schmerz (Lieberman und Eisenberger 2009) mit bildgebenden Verfahren untersucht und reproduzierbare »biologische« Ergebnisse erzielt werden. Wenn Conrad-Martius und Emmrich auch feststellen, dass gelten sollte: »Was sich im Naturwissenschaftlichen als empirisch erwiesen herausgestellt hat, muss auch im philosophischen Bereich verbindlich sein – und umgekehrt« (a. a. O., S. 24), dann verweist das darauf, dass sich geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Betrachtungsweisen ergänzen und nicht in ausschließende Konkurrenz treten müssen. Immerhin zeigen die Einrichtung eines Lehrstuhl für Spiritual Care an der Ludwig-Maximilians-Universität München oder studentische Initiativen zu »Medizin und Menschlichkeit« (www.medizinundmenschlichkeit.de), dass diese anthropologische Tradition der Medizin nicht völlig verloren geht.

Worin liegt der Gewinn? Im Rahmen dieses Buches und unter Beachtung des Handlungsrahmens der Rehabilitation soll betont werden, dass ein stabiles und umfassend anthropologisches Wertegebäude dazu beitragen kann, medizinische, therapeutische und für Gesunde wie Kranke relevante soziale Entscheidungen jenseits aktueller partei- und finanzpolitischer Gegebenheiten danach zu treffen, wie »dem Menschen in unserer Gesellschaft« am besten geholfen wird und geholfen werden soll. Zur Verdeutlichung mag der folgende Bericht dienen (Brensell 2012):

»Und in einem meiner Seminare an der Hochschule Ludwigshafen berichtete eine ehemalige Krankenschwester von Veränderungen in ihrer Arbeit. Sie und ihre Kolleginnen waren von einer Unternehmensberatung freundlich aufgefordert worden, eine Liste mit allen »versteckten« Tätigkeiten anzufertigen. Diese seien dann gelistet und zugunsten von Einsparungen und Effizienz aus dem täglichen Arbeitsablauf verbannt worden. Dazu gehörte zum Beispiel, die Zeitung aus dem Briefkasten zu holen und einer Heimbewohnerin zu bringen, die das selbst nicht mehr konnte. Was taten die Pflegerinnen fortan [...] Sie taten es weiter. Nur zusätzlich, heimlich, verdeckt und auf ihre Kosten. Das zeigt, wie Effizienz gesteigert wird. Es geschieht auf Kosten derer, die noch mit den Menschen direkt zu tun haben, nicht nur mit Zahlen. Die Arbeiten und Realitäten verschwinden nicht, sie werden aus den Kostenrechnungen herausgelöscht.«

Und weiter:

»Schon 1995 beschrieb [...] R. W. Connell [...]: Die technokratische Tagesordnung der Manager verallgemeinert sich zum gesellschaftlichen Leitbild, »sie besetzt das Terrain des Sachverständigen und ersetzt Argumente und Begründungen durch Kennziffern und Zahlen. Sie verschließt damit systematisch die Räume für andere Anliegen, für ihre Versprachlichung und für eine Verständigung [...] [Es bekommt in dem obigen Bericht die Aussage] der indischen Aktivistin Metha Patka [...] noch mal mehr Gewicht, [...] dass diejenigen, deren Geld auf dem Spiel steht, mehr zählen als diejenigen, deren Leben auf dem Spiel steht [...]«.

Nach diesem Exkurs, der die Leser zu eigenen Positionsbestimmungen anregen soll, beschränken wir uns aber im Folgenden auf die Erörterung eines Menschenbildes, wie es sich aus der klinischen Erfahrung in der Rehabilitation und aus psychotherapeutischen Konzepten ergibt.

1.2.1 Klinische Fallgeschichten

Ausgangspunkt der Überlegungen zum Menschenbild sind einige kurze Fallgeschichten. Es geht dabei um therapeutische Situationen und Prozesse, die sich erfahrungsgemäß als Herausforderung für die Helfer erweisen. Es kann nicht genug betont werden, dass der Großteil der Patienten in der Rehabilitation die therapeutische Arbeitsbeziehung als hilfreich erlebt und profitiert. Die hier vertretene Hypothese ist aber, dass sich die Qualität und Kompetenz der Therapie in den Grenzsituationen zeigt, in den Prozessen, die intensive Affekte hervorrufen, durch die das eigene Selbstverständnis herausgefordert und Vorurteile aktiviert werden.

Frau T., 41 Jahre

Frau T. stammt aus einer vielköpfigen griechischen Mehrgenerationenfamilie, in der das Füreinanderdasein eine wesentliche Maxime darstellt. Mit 10 Jahren kommt sie nach Deutschland. Sie integriert sich sprachlich und sozial sehr gut, macht eine Ausbildung und ist erfolgreich berufstätig. Sie heiratet einen Landsmann, der sich nach einigen Jahren sehr dysfunktional entwickelt, mit langer Arbeitslosigkeit und wenig verantwortlichem Verhalten gegenüber der Familie mit inzwischen zwei Kindern, die zum Zeitpunkt der Reha im präpubertären Alter sind. Frau T. ernährt als technische Assistentin die Familie und versorgt auch noch weitere Verwandte. Als sie von einer außerehelichen Beziehung des Mannes erfährt, bricht ihr inneres Leitbild der intrafamiliären Aufopferung zusammen. Nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit kommt sie auf Betreiben der Krankenkasse zur Reha. Der psychische Befund ergibt ein depressiv-ängstliches Syndrom und eine Schmerzstörung. Im klinischen Alltag imponiert ihre beständige Klagsamkeit über klinisch wenig objektivierbare Beschwerden im Sinne einer erlernten Hilflosigkeit. Außerdem äußert sie beständig Wünsche, für ihre Probleme Hilfen aus dem Sozialversicherungssystem zu akquirieren. Hintergrund dafür sind vorrangig ihre Klagen, dass ihre Kinder Entwicklungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Auch an den Arbeitgeber hat sie Forderungen, die aber aus Sicht des Klinikteams selbstschädigend sind, weil sie die materielle Sicherheit der Familie gefährden. Bei einem Hausbesuch findet die Sozialarbeiterin eine Eigentumswohnung in einem sozialen Problemviertel, in der alles wie in einem Hochglanz-Magazin für den gehobenen Lebensstil arrangiert ist. Außerhalb des stationären Settings berichtet die Patientin von ihren Wünschen, dass ihre Kinder sich sehr anstrengen müssten, um es einmal besser zu haben als sie. Es wird auch aus der Interaktion mit den Kindern deutlich, dass die geklagten Auffälligkeiten vorwiegend dem Zweck zu dienen scheinen, Hilfen beanspruchen zu können. Frau T. stellt sich vor, dass ihre Kinder so eine bessere Förderung erfahren. Die Pathologisierung der Kinder nimmt sie nicht wahr.

Herr B., 56 Jahre

Herr B. ist ein Beamter im einfachen Dienst, verwitwet nach einer Krebserkrankung der Ehefrau. Eigenheim, 25 Jahre über Südtirolurlaub, Ehren-

amt im örtlichen Schützenverein belegen seine Neigung zur Beständigkeit. Er kommt zur Reha zur Einstellung seines Hypertonus und wegen Schwindelanfällen, als deren Hintergrund vom Hausarzt Panikattacken vermutet werden. Herr B. berichtet ausführlich und beharrlich, minutiös von einer Vielzahl von Einschränkungen, die in ihrer Morosität an Gerhard Poltsches Kabarett denken lassen. Dabei steht im Vordergrund wie sehr er sich durch alltägliche Ärgernisse in dem ruhigen Fluss seines beständigen Lebens beeinträchtigt fühlt. Dahinter wird deutlich, dass er sich – abgesehen von der nachvollziehbaren Trauer um seine Frau – sehr geschickt eingerichtet hat, damit die Belastungen ja nicht überhandnehmen. So grenzt es für ihn schon an »Mobbing«, wenn er mittags durch einen sich verzögernden Dienstgang um 7 Minuten zu spät in die geplante Mittagspause kommt. Im stationären Setting bleiben die Beschwerden vage, im Ergometer tritt der Patient 175 Watt ohne Probleme, er hat normotensive Blutdruckwerte, der Schwindel ist insbesondere in Gruppensituationen »nicht der Rede wert«. Immerhin kommt eine Berentung nicht in Frage, weil er sich sonst zuhause langweilen würde. Wäre die Frau noch am Leben, wer weiß?

Herr S., 48 Jahre

Herr S. ist alleinlebend. Er kommt zur Reha, weil ein erster Rentenantrag negativ beschieden und eine Rehabilitation empfohlen wurde. Anlass für den Rentenantrag ist eine Kombination von Rückenschmerz nach abgelaufenem Bandscheibenvorfall, schädlichem Gebrauch von Alkohol, depressivem Syndrom mit Insuffizienzgefühlen, Antriebslosigkeit und Reizbarkeit. Die Leberwerte sind mäßig erhöht, was sich Herr S. gar nicht erklären kann. Sozial gibt es ein paar Freunde in der Gaststätte um die Ecke, mit denen er gelegentlich zu Fußballspielen des drittklassigen Vereins im Stadtviertel pilgert. Dann hat er seinen Spaß, andere Zuschauer aus der Gruppe heraus zu beschimpfen und zu provozieren. Im Setting wirkt er in der Gruppe gut integriert, ist auch ausgesprochen zuvorkommend gegenüber einigen Mitpatientinnen mit Migrationshintergrund. In der sozialmedizinischen Beurteilung gibt es zwar eine Leistungsminderung bezüglich schweren Hebens und Tragens, damit bleibt er aber für seine letzte Tätigkeit als Arbeiter in einem Autozulieferbetrieb arbeitsfähig. Bei der Besprechung des Befundes beschwert sich Herr S. lautstark über diese Schikane, während »den Russen und Türken alles geschenkt« wird. Mit Mühe kann eine Verständigung erzielt werden. Herr S. kündigt an, es bei »jeder Gelegenheit« so zu machen wie »die ganzen Ausländer« und sich arbeitsunfähig zu melden.

Frau M., 53 Jahre

Bei Frau M. werden nach 5 Jahren der Heilungsbewährung nach einem Mammakarzinom mit Operation, Chemotherapie und Bestrahlung die Leistungseinschränkungen als nicht mehr hindernd eingeschätzt werden und die Schwerbehinderung soll wegfallen. Aufgrund ihres Einspruchs wird eine Rehabilitation bewilligt. Frau M. hat bei den Gutachtern schmerzhaft

Bewegungseinschränkungen, schwere Schlafprobleme, Erschöpfung und Ängste vor einem Rezidiv geltend gemacht. Im stationären Alltag fällt vor allem auf, dass nichts auffällt. Frau M. ist die »Mutter der Gruppe«, immer guter Laune und aktiv, beim Sport die erste und ehrgeizig. In den Visiten und in den Einzelgesprächen ergibt sich ein völlig anderes Bild: Die Patientin berichtet von unerträglichen Schulter- und Armschmerzen auf der Seite der operierten Brust, die sie nicht schlafen lassen und ihr Alltagshandgriffe erschweren. Medikamente lehnt sie ab, weil sie »nicht abhängig« werden will und die bisher auch nichts genutzt hätten. Mit dem widersprüchlichen Verhalten konfrontiert, gibt sie ihre Verbitterung darüber preis, dass ihre Bemühungen um »Anpassung« nicht gewürdigt werden und niemand in der Lage oder willens sei, hinter die Maske zu schauen. Zum ersten Mal nach Jahren nähert sie sich einem Mitpatienten an, ihr Mann hatte sie infolge der Krebserkrankung verlassen. Als sich dieser Patient vertrauensvoll an sie wendet, um ihre Hilfe bei der »Eroberung« einer anderen Mitpatientin zu erbitten, bricht die Fassade zusammen und eine tatsächlich ausgeprägte depressive Störung ist explorierbar, die allerdings keine Neueinschätzung der Leistungsfähigkeit bedingt, da sie psychotherapeutisch zugänglich wirkt.

Diese Fallgeschichten sind kein wissenschaftlich begründeter repräsentativer Querschnitt durch die Klientel der Versicherten in der stationären Rehabilitation. Aber sie stellen eine Zusammenfassung der Erfahrungen von Mitarbeitern in einer Reha-Klinik dar. Die durch die Berichte beim Leser ausgelösten Emotionen sollen verdeutlichen, dass der Verweis auf »Fango und Tango« und die Klagen psychiatrischer Berufsverbände über die »Vergeudung von Ressourcen« in der Psychosomatik an scheinbar Gesunde nicht zutreffend sind. Vielmehr haben wir es mit Patienten zu tun, die den Rehabilitations-Psychosomatiker in erheblichem Maße fordern und die einer qualifizierten und engagierten Arbeitsweise bedürfen.

Das psychotherapeutisch bedeutsame Menschenbild hat drei wesentliche Säulen: die Binnen-Perspektive, also die Sicht auf das psychische Gefüge des Patienten, seine *psychische Struktur*; die *Beziehungsperspektive*, das interaktionelle Geschehen und Bindungsverhalten; die therapeutische Perspektive, das Übertragungsgeschehen und der *psychotherapeutische Prozess*.

1.2.2 Die psychische Struktur und Beziehungsdynamik

Zum »Weltbild« der psychosomatischen Rehabilitation gehört eine theoretisch fundierte Vorstellung von den psychischen Funktionen des Menschen, anders ausgedrückt, von seiner psychischen Struktur. Dabei ist ein besonderer Aspekt der psychosomatischen Rehabilitation, dass sich psychische Störungen und psychische Strukturen in der Bewältigung von Belastungen in der Arbeitswelt manifestieren. Die psychosomatische Rehabilitation erfasst eben nicht nur den psychopathologischen Befund, sondern auch dessen funktionale Auswirkungen im Leben des Patienten. Insofern kann aus den Copingstrategien eines Patienten im

gewissen Umfang auf seine psychische Struktur zurück geschlossen werden. Das ist von erheblicher prognostischer Bedeutung. Im Folgenden orientiert sich die Darstellung am objektbeziehungpsychologischen Konzept, wie es z. B. von Rudolf (1996) bzw. Rudolf und Henningsen (2008) beschrieben wird. Das Konzept beschreibt als psychosomatische Perspektive(n) von Persönlichkeit und Krankheit zunächst die biologische, die personale, die interaktionelle und die soziokulturelle Ebene, die letztlich nur didaktisch auseinander gehalten werden, da sie mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten gleiche oder ähnliche Erscheinungen zu erfassen versuchen. Auf der Ebene der psychischen Struktur stellen Rudolf und Henningsen das Subjekt der Welt der Objekte, der »Anderen« entgegen: »Das Subjekt ist dadurch ausgezeichnet, dass es selber denkt, meint, empfindet, Absichten hat, Wertungen vornimmt; es hat Kognitionen und Emotionen, die auf seinen Erfahrungen basieren« (Rudolf und Henningsen 2008, S. 4). Als Subjekt hat es eine Lebensgeschichte, eine zeitliche und intentionale Ausrichtung, bewusste und unbewusste Regungen, es verfügt über Symbolisierungsfähigkeiten und eine Identität, die strukturgebend wirkt. Insofern es sich mit sich selbst beschäftigt, ist es reflektierend.

Es ist u. a. das Verdienst von Otto F. Kernberg, dass er diese psychoanalytisch begründete Systematik mit klinisch fassbaren Verhaltensweisen von Patienten in Psychotherapie in einen nachvollziehbaren Zusammenhang gestellt hat (Kernberg 1997). So verfügen wir heute über ein Wissen, das erlaubt, von der Gestaltung einer Beziehung auf zugrunde liegende psychische Strukturen zu schließen. Kernberg selbst beschreibt seine klinischen Erfahrungen bei Patienten (mit Persönlichkeitsstörungen) anschaulich so:

»Bei diesen Patienten äußerten sich abwechselnd komplementäre Seiten eines Konfliktes, wie [...] das Ausagieren eines Impulses [...] oder die kontraphobischen Reaktionen gegen diesen Impuls zu anderen Zeiten. Diese Patienten waren sich des eminenten Widerspruchs in ihrem Verhalten bewusst [...] und zeigten einen erstaunlichen Mangel an Betroffenheit in Bezug auf die »Segmentierung« ihrer Psyche. [...] Meine nächste Beobachtung war, dass jeder dieser wechselseitig nicht akzeptierbaren, »abgespaltenen« Ichzustände eine spezifische, recht auffällige Übertragungsdisposition des Patienten repräsentierte. [...] Ich stellte allmählich fest, dass diese Phänomene mit beeindruckender Regelmäßigkeit auftraten [...] frühe, konflikthafte Objektbeziehungen werden in der Übertragung vorzeitig und in Verbindung mit voneinander abgespaltenen Ichzuständen aktiviert. [...] [Sie] können als die schwankende Aktivierung dieser Ichzustände aufgefasst werden, die »unverdaute« internalisierte Objektbeziehungen repräsentieren.« (Kernberg 1997, S. 14–16).

Kernberg stellt so dar, wie in Arzt-Patient-Beziehungen durch einen klaren theoretischen Bezug ein zunächst kaum nachvollziehbares zwischenmenschliches Verhalten als Ausdruck von Beziehungserfahrungen und psychischer Struktur verständlich und letztlich einer therapeutischen Behandlung zugänglich wird (s. a. Veit 2010; ► **Tab. 1.2**).

Die Objektbeziehungpsychologie i. S. Rudolfs charakterisiert die psychische Struktur unter Rückgriff auch auf Kernbergs Arbeiten, der wiederum Erkenntnisse anderer Psychoanalytiker integriert hat. Dieser Ansatz beschreibt den Begriff Objektbeziehung als einen psychischen Innenraum, gestaltet von früheren und aktuellen Erfahrungen und getragen von der Intentionalität des Subjekts