

Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation

Stefan Lueger

Deegenbergklinik, Bad Kissingen

Zusammenfassung: Die Frage, inwieweit Klinische Psychologen¹ in der medizinischen Rehabilitation auch psychotherapeutisch tätig sind, wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert. Der Beitrag nimmt zu dieser Frage Stellung, indem zunächst ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Rolle der Klinischen Psychologie in der medizinischen Rehabilitation gegeben wird. Am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation wird aufgezeigt, dass Psychotherapie ein wichtiger Bereich im Tätigkeitsfeld für Psychologen/Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation darstellt. Voraussetzung dafür, dass die Möglichkeiten der Psychotherapie und Klinischen Psychologie in der Rehabilitation wirklich realisiert werden ist jedoch, dass die notwendigen personellen Kapazitäten in der Reha-Klinik vorhanden sind.

Einleitung

Klinische Psychologen gibt es in der Rehabilitation seit Mitte der 70-er Jahre. Die Frage, inwieweit Klinische Psychologen in der medizinischen Rehabilitation beratend und / oder psychotherapeutisch tätig sind, wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert (siehe z.B. Doubrawa, 1995).

Entwicklung der Rolle der Klinischen Psychologie in der medizinischen Rehabilitation

Bereits in Beschreibungen des Tätigkeitsfeldes klinischer Psychologen aus den 80-

er Jahren werden u.a. auch psychotherapeutische Aufgaben genannt.

So gehören nach Kijanski (1987) zum Aufgabengebiet eines Klinischen Psychologen in der medizinischen Rehabilitation neben der psychologischen Diagnostik, der individuellen Beratung, der Mitarbeit beim Gesundheitstraining sowie der Dokumentation der erbrachten Leistungen auch psychologisch-therapeutische Maßnahmen. Zu den psychologisch-therapeutischen Maßnahmen zählen u.a. psychotherapeutisch aufgebaute Einzelgespräche sowie psychotherapeutisch orientierte Gruppen.

Hervorzuheben ist dabei, dass als Kriterium für psychotherapeutische Einzelgespräche mindestens drei Gespräche von jeweils 45 Minuten Dauer und für psychotherapeutische Gruppen mindestens zwei Sitzungen pro Woche und insgesamt fünf Sitzungen während der stationären Heilbehandlung gefordert werden (a.a.O., S. 10). Die Angaben zur Häufigkeit sind insofern von Bedeutung, da ja gelegentlich die These vertreten wurde, dass im engen zeitlichen Rahmen einer Rehabilitation keine Psychotherapie möglich sei.

Ebenso stellt für Vogel (1988) die psychologische Beratung und Therapie einen wichtigen Aufgabenbereich des Psychologen in der Reha-Klinik dar. Psychologische Beratung und Therapie sind erforderlich bei Problemen der Krankheitsbewältigung, bei Patienten mit psychosozialen Problemen und bei Patienten mit psychischen Störungen.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) betont in den aktuali-

sierten Expertenempfehlungen der Reha-Kommission, dass die medizinische Rehabilitation sich auch auf die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung richtet (siehe z.B. VDR, 1996). „Alle Bemühungen um den Rehabilitanden, wie z.B. durch ein Funktionstraining Leistungsverbesserungen zu erreichen, bleiben letztlich erfolglos, wenn der Betroffene nicht lernt, sich auf seine Krankheit oder Behinderung angemessen einzustellen“ (a.a.O., S. 652). Die Empfehlungen lassen sich nach heutigen Maßstäben als Leitlinien mit dem Evidenzgrad III bezeichnen. Bedarf für klinisch-psychologische Leistungen und Interventionen auf der Grundlage unterschiedlicher Psychotherapie-Methoden ergibt sich danach insbesondere aus Problemen im Prozess der Krankheitsverarbeitung. Dazu gehören emotionale Störungen (z.B. Angst und Depressivität), Konflikte in Partnerschaft und Familie, Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens (z.B. soziale Rückzugstendenzen), psychische Beeinträchtigungen, die die körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit oder die psychophysische Stabilität beeinflussen, Probleme mit der Akzeptanz der Erkrankung, Diskrepanzen zwischen Behandlungserwartung und Behandlungsangebot sowie inadäquates Krankheitsverhalten (a.a.O., S. 652).

Psychotherapie ist somit ein sehr wichtiger Bereich heilkundlicher Tätigkeit in der Behandlung psychischer und psychosomatischer, psychisch mitbedingter oder verhaltensabhängiger Erkrankungen (siehe auch Doubrawa, 1988).

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit des Textes wurde jeweils nur die maskuline Form verwendet. Hinter jeder maskulinen Bezeichnung ist stets ein „Innen“ dazu zu denken.

Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1998 wurde die psychotherapeutische Tätigkeit von Klinischen Psychologen geregelt. Die Ausübung von selbstständiger heilkundlicher Psychotherapie setzt eine Approbation voraus. Nach dem Gesetzestext (§ 1 Abs. 3 PsychThG) ist die Ausübung von Psychotherapie „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“. Da im Gesetz keinerlei Angaben über die Dauer der Intervention (Stundenanzahl) gemacht werden, findet also auch während eines drei- bis vierwöchigen Zeitraumes in der Reha-Klinik Psychotherapie statt.

Der Bereich der Rehabilitation ist mittlerweile das zahlenmäßig größte Arbeitsfeld für Psychologische Psychotherapeuten in Institutionen (Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2004). Die Approbation wird zunehmend von den Kostenträgern und Klinikbetreibern wenn nicht als Einstellungs voraussetzung, so doch zumindest als anzustrebende Basiskompetenz erwartet (Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2004).

Die fachliche Weiterentwicklung der Reha-Konzepte in den vergangenen Jahren führte in allen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation, d.h. bei muskuloskeletalen Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, onkologischen und gastroendokrinen Erkrankungen, um nur die wichtigsten zu nennen, zu einer deutlich höheren Gewichtung von psychosozialen Aufgaben in der Rehabilitation und insbesondere von Gesundheitsbildung und Patientenschulung.

Das Psychotherapeutengesetz machte eine neue Bestimmung des Aufgabenfeldes des Diplompsychologen in der medizinischen Rehabilitation in Abgrenzung zum Psychologischen Psychotherapeuten erforderlich. Diskutiert werden gegenwärtig als Aufgabenbereiche des Diplompsychologen der Einsatz von Assessmentverfahren, psychologische Beratung und Verhaltenstraining, Patientenschulung und Gesundheitstraining, die Dokumentation sowie weitere

Aufgabenfelder (z.B. Beteiligung an der internen Qualitätssicherung oder an der internen Fortbildung). Psychotherapeutische Gespräche oder Gruppen dürfen nur von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden, nämlich von Psychologischen Psychotherapeuten, von Diplompsychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten unter qualifizierter Supervision oder von psychotherapeutisch qualifizierten Ärzten.

Zur Bedeutung von Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation

Dass Psychotherapie ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation darstellt, soll am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation verdeutlicht werden. Es werden dazu Untersuchungen kurz aufgeführt, die zeigen, dass psychische Störungen den Verlauf einer koronaren Herzkrankung nachhaltig negativ beeinflussen. Ferner wird auf Studien zurückgegriffen, die sich mit dem Behandlungsbedarf psychischer Störungen in der Rehabilitation befassen. Die angeführten Ergebnisse haben Eingang in die Therapieleitlinien der Fachgesellschaften gefunden.

Negativer Affekt und hier insbesondere Depression gilt heute als koronarer Risikofaktor, der sowohl die Morbidität (koronare Erstereignisse) als auch den Verlauf und die Prognose der chronischen ischämischen Herzkrankheit beeinflusst (z. B. Herrmann-Lingen & Buss, 2002; Barefoot et al., 2000). Depressivität einen Monat nach Herzby-passoperation ist ein Prädiktor der kardialen Mortalität (Borowicz et al., 2002).

In einer Untersuchung der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) wurde ein Fragebogen zum Screening auf psychische Störungen und soziale Probleme erarbeitet, der u.a. die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) nach Herrmann et al. (1995) enthielt (siehe Mittag et al., 2003).

An der Untersuchung nahmen 426 kardiologischer PatientInnen aus mehreren Rehabilitationskliniken bzw. ambulanten Einrichtungen teil. Bei 150 Personen (35,2%) lag mindestens ein auffälliger HADS-Wert (Cut-Off-Wert > 10 für die Ängstlichkeitsskala und > 8 für die Depressivitätsskala) vor. Ähnliche Ergebnisse liegen auch für andere Erkrankungen vor (für den orthopädischen Bereich siehe z.B. Panning, 2000).

Hierbei ist es wichtig anzumerken, dass aus dem Screeningbogen allein natürlich kein Behandlungsbedarf im engeren Sinn abgeleitet werden kann, sondern zunächst nur ein Bedarf an weiterer, gezielter Abklärung der Problematik. In einem weiteren orientierenden diagnostischen Gespräch muss die Behandlungsindikation bei positiv gescreenten Patienten bestätigt und darüber hinaus die Behandlungsmotivation oder -motivierbarkeit des Patienten geklärt werden (Mittag et al., 2003). Die Schätzung von Behandlungsbedarf verlangt außerdem möglichst gut evidenzbasierte Informationen darüber, welche Erfolge unter einer bestimmten Behandlung zu erwarten sind („ability to benefit“; vgl. Raspe, 2003). Dennoch zeigen die Untersuchungen, dass in der medizinischen Rehabilitation ein erheblicher Bedarf für Psychotherapie vorliegt.

Neue Studien aus der Arbeitsgruppe um Härter und Bengel zur Prävalenz psychischer Störungen in der medizinischen (somatischen) Rehabilitation belegen diese These. Härter et al. (2004) gehen beispielsweise davon aus, dass 16,4% bis 25,0% der Patienten in der medizinischen Rehabilitation (unterschiedlich je nach Hauptdiagnose) eine psychische Störung haben und schreiben weiter: „Es ist damit zu rechnen, dass jeder vierte bis sechste Rehabilitand eine behandlungsbedürftige komorbide psychische Störung aufweist.“

Die Tatsache, dass psychische und soziale Risikofaktoren zur Entstehung der koronaren Herzerkrankung (KHK) beitragen und deren Prognose negativ beeinflussen, wird auch in den Leitlinien zur Behandlung der KHK berücksichtigt. So fordert die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) in ihren Leit-

linien zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung, die in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) erstellt wurden, dass beim Risikofaktoren-Management der KHK-Patienten die individuellen psychosozialen Risikofaktoren berücksichtigt werden sollen. Ggf. seien geeignete unterstützende, psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen einzuleiten (Dietz & Rauch, 2003, S. 509).

Psychotherapeutische Ansätze in der medizinischen Rehabilitation

Eine strikte Trennung zwischen klinisch-psychologischen Interventionen und Psychotherapie ist in der Praxis oftmals sehr schwierig, da klinisch-psychologische Interventionen je nach der besonderen Situation im Einzelfall mehr oder weniger ausgeprägt auch psychotherapeutischen Charakter haben können (Vogel et al., 1995). Besonders zeigt sich dieses Problem in der diagnosebezogenen Gruppenarbeit (vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2000). So wird z.B. in der Gruppe „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung“ meist ein themenzentrierter Ansatz verfolgt, der psychotherapeutische Gruppenarbeit mit eher pädagogisch orientierter Veränderung von Verhaltensweisen verbindet, wobei die beiden Schwerpunkte je nach Zusammensetzung der Gruppe unterschiedlich gewichtet sein können (siehe z.B. Mittag & Ohm, 1987).

Von der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) wurde ein Stufenschema zur Erfassung und Behandlung psychischer Störungen und von Verhaltensstörungen entwickelt (DGPR, 2000). Das Stufenschema ist in [Tabelle 1](#) in verkürzter Form wiedergegeben.

Der Tabelle kann entnommen werden, bei welchen Problembereichen Psychotherapie in der kardiologischen Rehabilitation zum Einsatz kommt. Auch hier zeigt sich,

dass eine strikte Trennung zwischen klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen schwierig ist. In der Tabelle wurde das Problem dadurch gelöst, dass Psychotherapie mehrfach mit dem Zusatz „gegebenenfalls (ggf.)“ versehen wurde.

Psychotherapie kommt in der kardiologischen Rehabilitation bei negativen Affekten wie Depression oder Angst zum Einsatz. Sie kann aber auch bei Störungen der Krankheitsverarbeitung, bei Risikoverhalten oder bei Belastung durch bevorstehende medizinische Untersuchungen und Eingriffe erforderlich sein.

Was die therapeutischen Verfahren angeht, so werden vornehmlich verhaltenstherapeutische Interventionen angewendet (vgl. Wagner-Haase, 1995) und dabei v.a. Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (siehe z.B. Ellis & Hoellen, 1997; Scholz, 2001).

Das psychotherapeutische Vorgehen soll im Folgenden an einem Beispiel aus dem Reha-Alltag illustriert werden.

Ein 52jähriger Patient mit Hinterwandinfarkt und anschließender Gefäßdilatation (PTCA) mit Stentimplantation wird zum Psychologen geschickt, da er vor seinem Infarkt wegen Depressionen krank geschrieben und in nervenärztlicher Behandlung war. Die antidepressive Medikation wurde mit Eintritt des Herzinfarkts abgesetzt.

Folgende medizinische Risikofaktoren liegen bei dem Patienten vor: Es besteht eine Hyperlipoproteinämie (erhöhte Cholesterinwerte). Außerdem hatte er ca. 20 Zigaretten pro Tag geraucht, was er seit seinem Herzinfarkt eingestellt hat.

Die psychosoziale Situation des Patienten stellt sich folgendermaßen dar: Der Patient ist in einer leitenden Position tätig und übt noch verschiedene Zusatzaufgaben aus. Auffällig sind bei dem Patienten sein extremer Perfektionismus und sein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis. Wenn er etwas macht, dann immer nur ganz oder gar nicht! Zuletzt sei er völlig erschöpft und entscheidungsschwach gewesen, wurde

mit seiner Arbeit nicht mehr fertig und hatte Angst, dass ihm alles über den Kopf wachse. Sein Perfektionsstreben, gepaart mit hoher Verausgabungsbereitschaft, führte bei ihm zu einem ausgeprägten Burn-out-Syndrom. In der Hospital Anxiety and Depression Scale, zu Beginn seines Heilverfahrens durchgeführt, weist der Patient keine auffälligen Werte auf.

Das therapeutischen Team gibt folgende Rückmeldung zu dem Patienten: Die Stationschwester beschreibt ihn als sehr korrekt, ansonsten unauffällig. In der Koronar-gymnastik macht der Patient sehr gewissenhaft bei allen Übungen mit, wobei die Sporttherapeutin bei ihm die Gefahr sieht, dass er sich überfordern könnte.

Der Patient ist sehr motiviert und bereit zu Verhaltensänderung. Auch hier zeigt sich das für ihn typische „ganz oder gar nicht“. Er erzählt im ersten Gespräch, dass er erkannt habe, dass er mehr an sich selbst denken müsse und sich auch schon einige Veränderungen überlegt habe. So wolle er sich beruflich zurückstufen lassen und seine leitende Position sowie einige seiner Zusatzaufgaben abgeben. Der Patient wurde vom Psychotherapeuten behutsam damit konfrontiert, dass diese Überlegungen für ihn sicher hilfreich sind, dass er aber er aber damit sein Problem nicht löse. Noch wichtiger sei es für ihn, seinen Perfektionismus und die dahinter stehenden Ängste (z.B. Angst zu versagen, Angst vor Kritik) in der Therapie anzugehen, da ansonsten die Gefahr bestehe, dass er sich wieder überfordere. Der Patient einigte sich daher mit dem Therapeuten auf das Ziel, „lernen, nicht perfekt zu sein“.²

In den folgenden sechs Therapiestunden kamen Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie zum Einsatz. Es wurden die dem Perfektionismus des Patienten zugrunde liegenden Einstellungen identifiziert. Besonderer Wert wurde dar-

² Zusätzlich nahm der Patient an weiteren psychologischen Angeboten teil, und zwar an der Gruppe „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung“, am Nichtrauchertraining (zur Stabilisierung seiner Nikotinabstinenz) sowie am Autogenen Training.

auf gelegt, konkrete Beispiele aus dem Klinikalltag heranzuziehen (z.B. „Wenn ich in der Koronargymnastik nicht alle Übungen mitmachen kann, dann ist das eine persönliche Niederlage für mich!“). Der Patient lernt in der Therapie, seine Einstellungen zu hinterfragen und zu modifizieren (kognitive Disputation). Neben der kognitiven Ebene kam dem Disputieren auf der Verhaltensebene besondere Bedeutung zu. Der Patient sollte seine neue Einstellung im Klinikalltag in Form von Hausaufgaben auch praktisch ausprobieren (z.B. Kleidungsstücke unaufgeräumt im Zimmer liegen lassen, in der Koronargymnastik Pausen einlegen, bei engen Terminen sich Zeit lassen und einige Minuten zu spät kommen).

Der Patient lernt in der Therapie, es sich zuzugestehen, auch einmal nicht perfekt zu sein. Gerade die praktischen Übungen sind für ihn besonders hilfreich. Sie stellen für ihn kleine Erfolgserlebnisse dar und vermitteln ihm neues Selbstwertgefühl. Am Ende der Therapie ist der Patient nach ei-

genen Angaben wesentlich freier und lebendiger. (Zitat: „Vor meinem Infarkt habe ich nur noch funktioniert. Jetzt habe ich wieder begonnen zu leben!“) Er kann in seinem Infarkt eine Chance für einen Neuanfang sehen.

Schlussfolgerungen

Psychotherapie stellt einen wichtigen Bereich im Tätigkeitsfeld des Psychologischen Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation dar. Allerdings sei hier nochmals darauf verwiesen, dass die psychotherapeutische Kompetenz nur einen Teil der fachlichen Kompetenz des Psychologischen Psychotherapeuten ausmacht. Ein ausschließliches psychotherapeutisches Selbstverständnis führt leicht zur Vernachlässigung des allgemeinen psychologischen Fachwissens (siehe auch Doubrawa, 1988). Zum Tätigkeitsfeld des Psychologischen Psychotherapeuten in der Rehabilitation gehören neben Psychotherapie auch

alle Aufgabenbereiche des Diplompsychologen, insbesondere des Klinischen Psychologen (Worringen, 2003).

Die Durchführung von Psychotherapie setzt jedoch voraus, dass entsprechende Kapazitäten in der Reha-Klinik vorhanden sind. Auch wenn die Rehabilitation sich weiterentwickelt hat, so besteht auch heute noch in den Reha-Kliniken in der Regel ein Stellschlüssel von etwa einem Psychologen auf 100 Patienten. Angemessen wäre ein Verhältnis von Psychologen- bzw. Psychotherapeutenstellen zu Reha-Betten von 1:60 bis 1:50, je nach Indikation, wie es die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bereits 1992 gefordert hatte (siehe zusammenfassend Buschmann-Steinhage & Dorenburg, 2001), wobei ein Psychologischer Psychotherapeut im Psychologenteam sein sollte, der die Fachaufsicht für Diplompsychologen und sich in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befindlichen Diplompsychologen bei der

Tabelle 1: Behandlung psychischer Störungen / Verhaltensstörungen in der kardiologischen Rehabilitation (nach DGPR, 2000)

Problembereich	Therapieziel(e)	Therapie(planung)
Negativer Affekt (z. B. Depression)	Abbau von: <ul style="list-style-type: none"> depressiven Denkinhalten und Verarbeitungsstrategien Vermeidensverhalten (überzogener) Kontrollambitioniertheit ausgeprägter Feindseligkeit überhöhter Ärgerbereitschaft Aktivitätsaufbau (positiver Verstärker) Förderung positiver Denkinhalte Entängstigung Entspannungsfähigkeit	Psychotherapie (z. B. kognitive VT, GT) Krisenintervention Entspannungstraining (Angst) Beratung (ggf. auch Angehörige) Empfehlung zur Pharmakotherapie (Depression)
Störungen der Krankheitsverarbeitung (Coping) / Fehlverarbeitung von kardiologischen Interventionen	Modifikation inadäquater Krankheitsverarbeitung oder Krankheitsmodelle Förderung von internalen Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen Mobilisierung sozialer Unterstützung	Ggf. Psychotherapie (z. B. GT, VT) Psychologische Beratung (ggf. auch Angehörige) Information im Rahmen des Gesundheitstrainings
Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Übergewicht, Hypertonus) / Häufung von Risikofaktoren (z. B. metabolisches Syndrom) / mangelnde Compliance	Förderung von Motivation zur Verhaltensänderung Modifikation des Risikoverhaltens	Gesundheitstraining (multidisziplinär) Sonstige problem- oder diagnose-orientierte Gruppenarbeit Raucherentwöhnung (z. B. VT) Entspannungstraining (Hypertonie) Ggf. Biofeedback (Hypertonie)) ggf. Psychotherapie (z. B. VT) ggf. Beratung Angehöriger Empfehlung zur Diätberatung Empfehlung zur Pharmakotherapie
Unzureichendes Stressmanagement	Erkennen stressinduzierter Reize und daraus resultierender Reaktionen Bewusstmachung kognitiver Bewertungsprozesse Veränderung irrationaler Einstellungen / Erwartungen Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen Abbau von Selbstüberforderungstendenzen Entspannungsfähigkeit Besseres Zeitmanagement	Stressbewältigung (SBT) Psychologische Beratung Entspannungstraining Ggf. Biofeedback
Belastung durch bevorstehende medizinische Untersuchungen und Eingriffe	Entängstigung Entspannungsfähigkeit	Vorbereitung auf medizinische Eingriffe Ggf. Psychotherapie (z. B. VT) Psychologische Beratung Entspannungstraining Atembiofeedback
Organisch bedingte kognitive (zerebrale) Störungen	Verbesserung der zerebralen Leistungsfähigkeit	Hirnleistungstraining (fakultativ PC)

Hervorhebung von „Psychotherapie“ durch den Verfasser.

Im Original gibt es noch die Spalten „weiterführende Diagnostik“ und „Evaluation“, die hier aus Platzgründen nicht wieder-gegeben wurden.

Ausübung von Teilaufgaben der heilkundlichen Psychotherapie übernehmen kann.

Literatur

Barefoot, J.C., Brummett, B.H., Helms, M.J., Mark, D.B., Siegler, I.C. & Williams, R.B. (2000). Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery

disease. *Psychosomatic Medicine*, 62, 790-795.

Borowicz, L., Royall, R., Grega, M., Selnes, O., Lyketsos, C. & McKhann, G. (2002). Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics*, 43, 464-471.
 Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (2000). KTL – *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der me-*

dizinischen Rehabilitation. Berlin: Selbstverlag.

Buschmann-Steinhage, R. & Dorenburg, U. (2001). Qualitätssicherung psychologischer Leistungen in der Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Anpassungsstörungen und Veränderungspotentiale. Beiträge zur 19. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in*

- der Rehabilitation (S. 261-269). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR). (2000). Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 2): Psychische Ebene. *Herz / Kreislauf*; 32, 294-297.
- Dietz, R. & Rauch, B. (2003). Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 92, 501-521.
- Doubrawa, R. (1988). Probleme und Chancen in der Kooperation zwischen Ärzten und Psychologen in der Rehabilitationsklinik. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Der Psychologe in der Rehabilitationsklinik, Bd. 2, Klinische Psychologen und Ärzte als Team in der Rehabilitationsklinik. Referate und Berichte von der Tagung des Arbeitskreises Klinische Psychologen im BDP, Sektion Klinische Psychologie* (S. 33-46). Frankfurt: Selbstverlag.
- Doubrawa, R. (1995). Klinische Psychologie in Rehabilitationskliniken. Psychotherapie und/oder psychologische Beratung. In E. Bürckstümmer, J. Burmeister, G. Winkler & K. Würthner (Hrsg.), *Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen. Beiträge der 13. Psychologischen Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen* (S. 37-44). Regensburg: Roderer.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). *Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie – Reflexionen und Neubestimmungen*. München: J. Pfeiffer.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)*. Bern: Huber.
- Herrmann-Lingen, C. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt: VAS.
- Härter, M., Baumeister, H., Hahn, D. & Bengel, J. (2004). Psychische Störungen bei Rehabilitanden mit chronischen körperlichen Erkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/VDR (Hrsg.). *Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 2004 in Düsseldorf* (S. 306-307). DRV-Schriften, Band 52.
- Kijanski, H.-D. (1987). Das Aufgabengebiet des Klinischen Psychologen in der Rehabilitation wegen allgemeiner Erkrankungen. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Der Psychologe in der Rehabilitationsklinik, Bd. 1. Berichte und Referate von der Tagung des Arbeitskreises Klinische Psychologen in Reha-Kliniken im BDP, Sektion Klinische Psychologie* (S. 6-14). Frankfurt: Selbstverlag.
- Mittag, O. & Ohm, D. (1987). Themenzentrierte Gruppenarbeit in der stationären Rehabilitation nach Herzinfarkt. In P. Esser (Hrsg.), *Psychologische Gruppenarbeit im Rahmen der Rehabilitation von Herzpatienten* (S. 27-39). Stuttgart: Enke.
- Mittag, O., Budde, H.-G., Eisenriegler, E., Engel, S., Herrmann-Lingen, C., Jokiel, R., Langosch, W., Lueger, S., Mai, B., Niehues, U., Schoel, M. & Maurischat, C. (2003). *Teststatistische Überprüfung eines Screeningbogens zur Erfassung psychischer Störungen und sozialer Probleme von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation* (Abschlussbericht). Lübeck: Institut für Sozialmedizin.
- Panning, S. (2000). Psychologisches Screening in der somatisch orientierten Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Kompetenz und Qualität Klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (S. 14-27). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Raspe, H. (2003). Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Theorie, Konzept, Methodik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 63, 259-264. (Themenschwerpunkt: Bedarfsermittlung in der medizinischen Rehabilitation: Konzepte, Forschung, Praxis; hrsg. von H. Raspe, R. Deck & O. Mittag)
- Scholz, W.-U. (2001). *Weiterentwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1996). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger*. Deutsche Rentenversicherung 51 (10-11), 633-665.
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im BDP (Hrsg.). VPP aktuell, 11. Berlin: Selbstverlag. (Beitragstitel, Erscheinungsjahr, Seitenzahl?)
- Vogel, H. (1988). Zum Selbstverständnis des Klinischen Psychologen in der Rehabilitationsklinik. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik, Band 2* (S. 47-67). Frankfurt: Selbstverlag.
- Vogel, H., Lehr, D., Ohm, D. & Schumacher, H.-L. (1995). Psychotherapie während der stationären Rehabilitation körperlich Kranker. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 265-275.
- Wagner-Haase, M. (1995). Verhaltenstherapie als psychotherapeutische Methode in der Rehabilitation. In E. Bürckstümmer, J. Burmeister, G. Winkler & K. Würthner (Hrsg.), *Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen. Beiträge der 13. Psychologischen Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen* (S. 179-197). Regensburg: Roderer.
- Worringen, U. (2003). Psychologie in der Rehabilitation – Berufspraxis. In A. Schorr (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie als Profession* (S. 481-493). Bern: Hans Huber.

Stefan Lueger

Psychologischer Psychotherapeut
Deegenbergklinik
Burgstr. 21
97688 Bad Kissingen