

W. Mau¹
M. Gülich²
C. Gutenbrunner³
B. Lampe⁴
M. Morfeld⁵
S. R. Schwarzkopf⁶
U. C. Smolenski⁷

Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation*

*Educational Objectives in the New Interdisciplinary Subject „Rehabilitation, Physical Medicine, Naturopathic Treatment“ under the 9th Revision of the Federal Medical Training Regulations
Joint Recommendations of the German Society of Rehabilitation Science and the German Society of Physical Medicine and Rehabilitation*

Zusammenfassung

Die 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte, die am 1. Oktober 2003 in Kraft trat, beinhaltet den neuen obligatorischen Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“. Er bietet erstmals die Möglichkeit, bereits im Medizinstudium die Inhalte der Rehabilitation entsprechend ihrer Bedeutung nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO und dem neuen Sozialgesetzbuch IX sowie die Möglichkeiten der Physikalischen Medizin und Naturheilverfahren umfassend und praxisnah allen Studierenden zu vermitteln. Da die konkreten Inhalte dieses Querschnittsbereichs bisher nicht definiert waren, haben die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation sich zum Ziel gesetzt, gemeinsame Rahmenempfehlungen zu Lehrstandards zu erarbeiten. Als Teil dieser Lehrstandards werden in diesem Beitrag Empfehlungen zu Lernzielen vorgestellt. Sie sollen den Lehrverantwortlichen der medizinischen Fakultäten eine umfassende Orientierung ermöglichen. In einzelnen Themengebieten sollen zusätzlich zu Kenntnissen

Abstract

In October 2003 the 9th revision of the Federal Medical Training Regulations (Approbationsordnung) came into effect. The new compulsory interdisciplinary subject „Rehabilitation, Physical Medicine, Naturopathic Treatment“ offers the opportunity to teach all students in comprehensive concepts of Rehabilitation such as the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the WHO and the new book 9 of the German Social Code (SGB 9), as well as Physical Medicine and Naturopathic Treatment. Since the content of this new subject has not been defined up to date a joint task force of the German Society of Rehabilitation Science and the German Society of Physical Medicine and Rehabilitation was founded in order to recommend teaching standards. As part of these teaching standards educational objectives are introduced in this article. They should guide the persons in charge of teaching the subject in the medical faculties. In some areas the students should acquire profound abilities and skills in addition to knowledge. The medical faculties may focus on different educational targets according to their individual teaching profile.

Institutsangaben

¹ Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

³ Institut für Balneologie und Medizinische Klimatologie der Medizinischen Hochschule Hannover

⁴ Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte

⁵ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

⁶ Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München

⁷ Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Hinweis

*Dieser Artikel wird in den Zeitschriften „Die Rehabilitation“ und „Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin“ veröffentlicht

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wilfried Mau · Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin ·
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · 06097 Halle (Saale)
E-mail: wilfried.mau@medizin.uni-halle.de

Bibliografie

Rehabilitation 2004; 43: 337 – 347 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-828349
ISSN 0034-3536

vertiefend auch Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben werden. Bei der konkreten Umsetzung des Lernzielkatalogs sollen die einzelnen Fakultäten entsprechend dem Profil ihres Lehrangebots weitere Akzente setzen.

Schlüsselwörter

Neue Approbationsordnung · Querschnittsbereich Rehabilitation · Physikalische Medizin · Naturheilverfahren · Lernziele

Key words

Federal Medical Training Regulations · rehabilitation · physical medicine · naturopathic treatment · educational objectives

Präambel

Bis zum Jahr 2003 wurde die Rehabilitation – wie auch die Physikalische Medizin – im Medizinstudium nur in einem kleinen Teil des so genannten „Ökologischen Stoffgebietes“ dargestellt bzw. je nach Schwerpunktsetzung in unterschiedlichen Fächern „mitgelehrt“. Die Bedeutung dieser Maßnahmen für die Versorgung chronisch Kranker, deren Zahl durch den demografischen Wandel sowie die Verschiebung des Krankheitsspektrums u. a. infolge neuer wissenschaftlicher und technischer Entwicklungen steigt, wurde in der ärztlichen Ausbildung somit nicht angemessen berücksichtigt.

Mit der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.6.2002, die am 1. Oktober 2003 in Kraft trat, haben sich wesentliche Änderungen ergeben [1]. Die Ausbildung soll mehr praxis- und patientenbezogen sowie fächerübergreifend gestaltet werden. Damit sind grundlegende Ziele von wenigen seit mehreren Jahren praktizierten Refomstudiengängen der Humanmedizin auch für den Regelstudiengang deutlicher formuliert, wie die enge Vernetzung grundlagenmedizinischer, klinischer und psychosozialer Aspekte für das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, die Praxisorientierung, die Interaktions- und Kommunikationsausbildung sowie die Förderung des eigenverantwortlichen Lernens [2].

Es werden Themen einbezogen, die über die akutmedizinisch orientierte Behandlung hinausgehen. Hierzu gehört die Betonung der Rehabilitation und ihrer Grundlagen im Medizinstudium: Bereits im §1 Abs. 1 ist u. a. festgeschrieben, dass die Ausbildung zum Arzt

- die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation,
- praktische Erfahrungen im Umgang mit den Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren,
- Grundkenntnisse der Einflüsse der Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln soll.

Die Umgestaltung der ärztlichen Ausbildung soll ein biopsychosoziales Verständnis der Kranken fördern. Dazu dient eine stärkere Verzahnung des theoretischen und klinischen Unterrichts der beiden Studienabschnitte einschließlich der geforderten verstärkten Beteiligung der psychosozialen Fächer [3]. Um eine fächerübergreifende und patientenbezogene Ausbildung zu ge-

währleisten, wird sich das Studium nicht mehr nur an den einzelnen Fachgebieten orientieren, sondern an zwölf zusätzlichen Querschnittsbereichen. Der neue Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ bietet erstmals die Möglichkeit, bereits im Medizinstudium die Inhalte der Rehabilitation entsprechend ihrer Bedeutung nach dem neuen Sozialgesetzbuch IX sowie die Möglichkeiten der Physikalischen Medizin und Naturheilverfahren umfassend und praxisnah zu vermitteln.

Das ist gerade für chronische Krankheiten von hoher Relevanz. Sie können definitionsgemäß mit akutmedizinischen Mitteln nicht geheilt werden – wohl aber kann das Gesundheitsversorgungssystem dazu beitragen, dass die Betroffenen trotz chronischer Krankheiten ihr alltägliches Leben möglichst selbstständig bewältigen können. An dieser Stelle liegt die zentrale Aufgabenstellung der Rehabilitation, an der auch akutmedizinisch tätige Ärzte in Klinik und Praxis durch zunehmenden Kontakt mit Menschen mit Behinderungen beteiligt sind. Es geht somit zunehmend – und zwar auch in der Akutmedizin – darum, nicht nur funktionale Verbesserungen zu erzielen, sondern auch die Wiedereingliederung bzw. Teilhabe am Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen.

Dabei ist der Zusammenhang zwischen Rehabilitation und der Förderung von Gesundheit (salutogenetische Perspektive) von großer Bedeutung [4]. Den Studierenden sollte im Teilbereich Rehabilitation nahe gebracht werden, dass die Identifizierung und Förderung des Selbsthilfepotenzials des Patienten eine wichtige Strategie der Wiedereingliederung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme ist. Hierunter sind Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. interne Kontrollüberzeugungen, aber auch förderliche Aspekte in den umweltbezogenen Kontextfaktoren zu sehen. Zeitgleich muss es aber auch um die Identifikation von Barrieren und deren Abbau gehen, die einer Erfolg versprechenden Wiedereingliederung des Patienten im Wege stehen.

Von Bedeutung für die ärztliche Ausbildung sind grundsätzlich auch emotionale Lernziele, die sich z. B. auf die Veränderung von Interessenslagen und auf die Entwicklung dauerhafter Werthaltungen beziehen. Es ist wichtig, dass die Studierenden der Medizin in einer positiv-begleitenden und vor allem positiv-aktivierenden Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen geprägt werden, die über eine vorwiegend akutmedizinische und kurative Orientierung deutlich hinausgeht. Diese übergreifenden Ziele werden in dem vorliegenden fachspezifischen Lernzielkatalog nicht gesondert genannt.

Zudem soll die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens gefördert werden. Die Studierenden müssen die Grundprinzipien der Rehabilitation kennen und anwenden können. Dazu zählen insbesondere

- das zugrunde liegende biopsychosoziale Krankheitsmodell,
- die Ausrichtung der Diagnostik und Therapie an der funktionalen Gesundheit, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO definiert wird,
- die Kooperation im multiprofessionellen Team unter Einschluss von funktionellen, psychologischen und edukativen Therapieelementen sowie Maßnahmen zu beruflicher und sozialer Wiedereingliederung.

Auftrag der Kommission

Mit der neuen Approbationsordnung sind nun Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren in einem eigenständigen Bereich gesetzlich verpflichtend zu lehren und zu prüfen, ohne dass dafür bisher konkrete anerkannte Standards existieren. Aus diesem Grund hat der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) die Kommission „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (Sprecher: Prof. Dr. W. Mau) beauftragt, Rahmenempfehlungen zu Lehrstandards für den Bereich Rehabilitation im neuen Querschnittsbereich gemeinsam mit der Initiativgruppe der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), vertreten durch Prof. Dr. U. C. Smolenski, zu erarbeiten. Sie werden zusammengeführt mit Empfehlungen der DGPMR zu Lehrstandards für die Bereiche Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Als Teil dieser Lehrstandards wurden Empfehlungen zu Lernzielen zusammengestellt, die in diesem Beitrag vorgestellt werden.

Intention und Adressaten des Lernzielkatalogs

Für das ärztliche Handeln ist es notwendig, in Grundzügen theoretische Kenntnisse in den verschiedenen Themengebieten auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes zu erwerben. Die neue Approbationsordnung fordert in verstärktem Maße, dass Studierende Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben [5]. Sie sollen intellektuelle und kommunikative Fähigkeiten erwerben, d. h. erworbenes Faktenwissen im konkreten Bezug zu Patienten kompetent anwenden. Studierende sollen ebenso manuelle und technische Fertigkeiten erwerben, wie z. B. die selbstständige Durchführung und Interpretation von Untersuchungsmethoden.

Der vorliegende Lernzielkatalog gibt den Lehrverantwortlichen der medizinischen Fakultäten eine bisher fehlende umfassende Orientierung über die Themengebiete, die im Rahmen des Querschnittsbereichs gelehrt werden sollen. Zur Fokussierung geben die Autoren in einzelnen Themengebieten an, wo vertiefend zu Kenntnissen auch Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben werden sollen. Bei der konkreten Umsetzung des Lernzielkatalogs sollen die einzelnen Fakultäten entsprechend dem Profil ihres Lehrangebots Akzente setzen. Das ist notwendig, damit

1. den sehr heterogenen Voraussetzungen zur Umsetzung der Lehre im Querschnittsbereich Rechnung getragen wird, die

2. die Studierenden nicht mit Detailwissen überfrachtet werden.

Die Lehre auf der Grundlage des Lernzielkatalogs sollte auf die Vermittlung eines notwendigen Basiswissens über Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren aller Ärztinnen und Ärzte abzielen. Der Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie sie in spezialisierten Versorgungsbereichen (Rehabilitationseinrichtungen u. a.) benötigt werden, bleibt Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung und ist nicht Ziel des Medizinstudiums.

Zentrale Lernzielbereiche der Rehabilitation

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Als unverzichtbarer Lernzielbereich ist das Krankheitsfolgenmodell der WHO, die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), zu nennen [7,8]. Die ICF stellt ein allgemein akzeptiertes Rahmenkonzept und eine Klassifikation zur Erfassung der funktionalen Gesundheit dar. ICF-Lehrmaterialien sind unter der URL: www.vdr.de über den Bereich Rehabilitation erhältlich.

Die in unserem heutigen finanziell angespannten Gesundheitssystem in ihrer Bedeutung gewandelte Rehabilitation erfordert ein multi- und interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit der einzelnen Person. Dies erfordert ein kompetentes, ärztlich geleitetes Team. Nicht nur die biologischen, sozialen, psychologischen und individuellen Aspekte, sondern auch die vier Komponenten (Körperstruktur und Körperfunktion, Aktivität und Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) der ICF werden in diesem Rehabilitationsmanagement integriert.

Zur Kernkompetenz des Rehabilitationsprozesses in der Praxis gehört die Kenntnis des Rehab-Cycles (Zyklus aus Assessment, Assignment, Intervention und Evaluation) und die Umsetzung der ICF (Abb. 1) zur strukturierten Identifikation der Probleme des einzelnen Patienten als eine wichtige Voraussetzung. Zur Beurteilung der funktionalen Gesundheit und der Kontextfaktoren

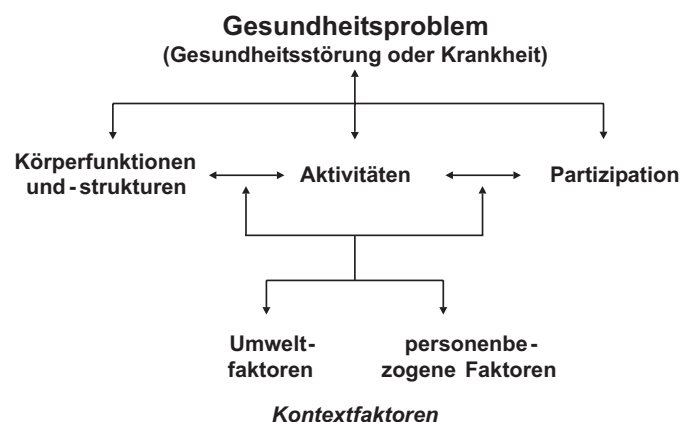


Abb. 1 Das ICF-Modell der WHO (aus [7] mit freundlicher Genehmigung).

ist zu Beginn der Therapie ein Assessment für die Erstellung eines Rehabilitationskonzeptes notwendig. Während des Reha-Prozesses werden durch regelmäßige Assessments der Verlauf und das endgültige Outcome erfasst. Hierbei handelt es sich um ein multidisziplinäres Assessment mit dem Schwerpunkt patientenorientierter Verfahren und klinischer Funktionsdiagnostik neben Instrumenten und Tests für den Bereich der Partizipation und Kontextfaktoren.

Die ICF-Komponenten erlauben die Darstellung unterschiedlicher Perspektiven in der Rehabilitation. Die Frührehabilitation erfolgt im Zusammenhang mit der akutmedizinischen Versorgung. Rehabilitationsmaßnahmen nach allgemeinen Antragsverfahren finden in der Regel bei chronischen Erkrankungen statt. Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Realisierung der Erwerbstätigkeit, die mit der Erkrankung vereinbar ist, das zentrale Thema.

Es ist davon auszugehen, dass sich die ICF nach entsprechender jeweiliger Anpassung in Praxis, Lehre und Forschung aber auch in Bereichen des Qualitätsmanagements und Gesundheitswesens wie z.B. Versicherungen, Begutachtungen durchsetzen wird. Als neue und gemeinsame Kommunikationsbasis wird die ICF die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Kliniken, der Gesundheitseinrichtungen und der politischen Ebenen verbessern und fördern [9]. Es ist zu erwarten, dass das ICF-basierte Rehabilitationsmanagement auch die rehabilitativ-medizinische Berufsausbildung und im gesundheitspolitischen Bereich das Case-Management und die Ressourcenallokation beeinflussen wird.

Das aktuelle, ICF-basierte Rehabilitationsmanagement sollte gerade auch in der medizinischen Ausbildung ein zentrales Thema darstellen, um den heutigen gesundheitspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen in der Praxis besser gerecht zu werden. Im Vordergrund steht hier, trotz dieser Vorgaben der Versorgung und den Bedürfnissen des einzelnen Patienten unter medizinisch-ethischen Gesichtspunkten nachzukommen.

Psychosoziale Interventionen

Als Beispiel für die lernzielrelevante Kooperation im multidisziplinären Rehabilitationsteam ist die vielfach unverzichtbare Zusammenarbeit mit psychosozialen Berufsgruppen hervorzuheben. Die Vielzahl psychosozialer Probleme und die notwendige Unterstützung der in der Regel chronisch kranken Rehabilitanden bei der aktiven Krankheitsbewältigung haben in den letzten Jahren zu einer Zunahme von Entwicklungen im Bereich psychosozialer Interventionen geführt, die als integraler Bestandteil der Therapie von Krankheitsfolgen entsprechend einem biopsychosozial ausgerichteten Modell gelten. Eine erste Übersicht von Interventionen und ihrer Bedeutung für bestimmte chronische Erkrankungen findet sich bei Koch et al. [10]. Psychosoziale Behandlungselemente gehören mittlerweile als fester Bestandteil zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Im Vordergrund stehen dabei Konzeption und Einleitung von Maßnahmen bzw. Hilfen zur Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen (z.B. Psychoonkologie) in Einzel- und Gruppentherapie, Unterstützung bei Lebensstiländerungen (Rauchen, Übergewicht, Bewegung etc.) sowie die Durchführung umfassender beispielsweise kognitiv-verhaltentherapeutisch ausgerichteter In-

terventionen bei Rückenschmerzen mit Inhalten zu Stressabbau, Entspannung, Arbeitsplatzproblemen etc. [11,12]. Darüber hinaus gilt es als wesentliches Ziel psychosozialer Interventionen, die Ausrichtung des Lebensstils der Patienten an ihrer chronischen Erkrankung zu fördern und mithin sicherzustellen [13]. Wesentlicher Bestandteil sind hier Konzeption und Durchführung von strukturierten Patientenschulungen oder -trainings zur Verbesserung der Compliance [14,15]. Nach wie vor findet die Vermittlung rehabilitationspsychologisch ausgerichteten Wissens in der medizinischen Ausbildung nur wenig Berücksichtigung. Es gilt zukünftig verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte bei der Behandlung chronisch Kranker verstärkt in das Studium einzubringen, zumal die Wirksamkeit dieser Interventionen als mittlerweile belegt gelten kann [16,17].

Physikalische Medizin und Naturheilverfahren

In der Physikalischen Medizin erlernen die Studierenden das Erkennen von Funktions- und Strukturstörungen und ihre Behandlung mit den Methoden der Physikalischen Therapie unter präventiver, kurativer und rehabilitativer Zielsetzung [18–21]. Dabei nutzt die Physikalische Medizin eigene Wirkprinzipien, die insbesondere auf physiologischer Ebene beruhen und funktionelle Adaptationsprozesse, spezifische Trainingsprozesse sowie motorische und kortikale Lernprozesse in der Verhaltensänderung umfassen.

Als wesentliche Elemente sind neben der Diagnostik in der Physikalischen Medizin die physikalischen Therapiemittel zu lehren als befundgerechte und planmäßig serielle Anwendung der spezifischen Therapiearten unter physiologischer, physikalischer und therapeutischer Wirkung. Wesentlicher Punkt ist die Therapieplanung und Erfolgskontrolle als ureigenste ärztliche Aufgabe mit Erstellung eines Gesamtkonzeptes zielgerichteter An- und Verordnungen von aufeinander abgestimmten und an den Schäden und Funktionsdefiziten orientierten physikalischen Therapiemaßnahmen. Die Therapieplanung erfolgt individuell, wird dokumentiert und aktualisiert. Für eine sachgerechte Therapiesteuerung ist eine fortlaufende Erfolgskontrolle von funktionellen Therapiefortschritten notwendig, die ebenfalls vom Arzt geleistet werden muss. Dabei muss den Studierenden vermittelt werden, dass es im physikalisch-medizinischen Team nicht die Aufgabe des Arztes ist, den Therapeuten zu ersetzen, sondern dass er sein allgemeines medizinisches und speziell physikalisch-medizinisches Know-how einbringen muss, um den Therapieprozess adäquat zu steuern.

In Therapie, Rehabilitation und Prävention werden funktionell adaptive Mechanismen sowie psychische Fähigkeiten genutzt, unter denen die Förderung des kreativen und erfolgreichen Umgangs mit Belastungen von besonderer Bedeutung ist. Ziel ist es, dem Wunsch des Patienten entgegenzukommen und eine aktive ressourcenmobilisierende Rolle in der Krankheitsbewältigung und Therapie selbst zu übernehmen. Dies entspricht auch dem Vorgehen der klassischen Physikalischen Medizin und der Naturheilverfahren, die im deutschsprachigen Raum eine besondere Stellung einnehmen [22–24]. Die klassischen Naturheilverfahren sind hier in das schulmedizinische Konzept eingebunden, während sich im angloamerikanischen Sprachraum der Termi-

nus, „complementary and alternative medicine“ durchgesetzt hat.

Zusammenfassend sollte den Studierenden vermittelt werden, dass sich die Physikalische Medizin in einem Paradigmenwechsel befindet. Verändertes Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Behinderung ist eben verbunden mit der Neubewertung der Bedeutung struktureller Veränderungen, funktioneller Störung oder Lebensqualität des Patienten.

Ausblick

Die gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation bietet mit dem umfassenden Lernzielkatalog zum Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ einen Rahmen, der zur Standardisierung des Lehrangebots vor dem Hintergrund der heterogenen Voraussetzungen an den medizinischen Fakultäten beiträgt.

Zur konkreten Förderung und Überprüfung des in der neuen Approbationsordnung intendierten patienten-/problemorientierten und fachübergreifenden Denkens und Handelns plant die Kommission als nächstes die Zusammenstellung von Lehrmaterialien und Verfahren zum Leistungsnachweis. Die Weiterentwicklung von erfolgreichen Lehrveranstaltungen im neuen Querschnittsbereich ist ein längerfristiger Prozess, für den die Kommission gern Anregungen entgegennimmt.

Dank

Die Autoren danken allen, die an der Entwicklung der Empfehlungen mitgewirkt haben, insbesondere Frau Prof. Dr. C. Uhlemann, Institut für Physiotherapie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, für ihren Beitrag im Abschnitt Naturheilverfahren des Lernzielkatalogs und Herrn Dr. S. Kothe, Leiter des Ärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt, für seine kritische Durchsicht und Anregungen im Abschnitt Rehabilitation des Lernzielkatalogs, vor allem zu sozialmedizinischen Aspekten.

Lernzielkatalog

1 Rehabilitation im Querschnittsbereich

1.1 Grundlagen der Rehabilitation

1.1.1 Demografie und Epidemiologie

Kenntnisse

- Theoretische Grundlagen des demografischen Übergangs
- Definition von Mortalität und Fertilität
- Definition von Ziffern, Quoten, Proportionen
- Definition Bevölkerungsbestand, Bevölkerungsbewegung, Bevölkerungsbilanz
- Verwendung einer Sterbetafel zur Projektion von Reha- und Pflegebedarf
- Einschätzung der demografischen Entwicklung im internationalen Vergleich

1.1.2 Akut und chronisch Kranke

Kenntnisse

- Definition der WHO für chronische Erkrankungen
- Epidemiologie chronischer Erkrankungen
- Differenzierung in der Behandlung und Rehabilitation von akut und chronisch erkrankten Personen
- Kenntnisse der wichtigsten chronischen Erkrankungen in ihrer medizinischen, versorgungspolitischen und auch rehabilitativen Bedeutung
- Differenzierung zwischen chronisch Kranken aus den klassisch somatischen Bereichen sowie aus den Bereichen Sucht sowie Psychosomatik

1.1.3 Krankheitsfolgenmodell der WHO – International

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Kenntnisse

- ICF als Grundlage für ein multi- und interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit einer Person und somit als Basis für die rehabilitative Diagnostik, Assignment, Intervention und für die Evaluation der Ergebnisse
- Umsetzung der ICF im Überblick und Einsatz an ausgewählten Patientenbeispielen zur Verdeutlichung der Prinzipien
- Definition und Umsetzung der Dimensionen der ICF an praktischen Beispielen
- Definition des Zielproblems und des Rehabilitationszieles des Patienten unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen
- Definition der Mediatoren und Instrumente/klinische Tests und Festlegung der jeweils notwendigen multidisziplinären Interventionen mit der dazugehörigen Dokumentation (Rehabilitationsplanung) aus der Perspektive des Patienten und der Perspektive der Health Professionals
- Primäre Dokumentation und Verlaufsdokumentation des Rehabilitationspatienten
- Prinzipien der multidisziplinären Teamleitung und multidisziplinären Dokumentation im Sinne des Qualitätsmanagements

1.1.4 Finanzierung und Leistungsträger der Rehabilitation

Kenntnisse

- Kenntnisse der historischen Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland
- Grundkenntnisse über Sozialstaatsprinzipien (Solidarität, Subsidiarität, Fürsorge, Bismarck- vs. Beveridge-Modell)
- Kenntnisse über die Träger in der Sozialversicherung in Deutschland und ihre Zuständigkeiten
- Kenntnisse über Art, Form und Ausmaß der Leistungserbringung
- Rehabilitation im internationalen Vergleich

1.1.5 Rechtliche Grundlagen

Kenntnisse

- Kenntnisse der Sozialgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland
- Kenntnisse über Versicherungsprinzipien (Sozialversicherung)
- Besondere Fokussierung auf SGB V, VI und IX
- Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme anhand von Modellpatienten, Kenntnis über die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen

- Prinzip der Freiwilligkeit
- Datenschutz

1.2 Diagnostik in der Rehabilitation

1.2.1 Beurteilung der funktionalen Gesundheit und der Kontextfaktoren (Assessmentverfahren)

Kenntnisse

- Individuelle Erfassung der Beeinträchtigungen eines Patienten in der Rehabilitation in den Dimensionen Körperfunktion und -struktur, Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren
- Analyse der Zusammenhänge zwischen den Beeinträchtigungen der Körperfunktion und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Darauf basierend Ableitung von möglichen Interventionsansätzen sowie die Beurteilung der Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und -prognose.
- Aufbau und Durchführung eines multidisziplinären Assessments
- Einsatz der wichtigsten/häufigsten Instrumente und klinischen Tests
- Dokumentation der multidisziplinären Assessmentergebnisse bei Aufnahme, im Verlauf und bei Abschluss der Rehabilitation
- Literatur der häufigsten Assessmentverfahren
- Weiterentwicklung und Grenzen von standardisierten Assessmentverfahren

Fähigkeiten, Fertigkeiten

- Einsatz des ICF-Modells an praktischen Beispielen
- Erfassen der individuellen Einschränkungen in den Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen und Aktivitäten des einzelnen Rehabilitationspatienten basierend auf der ICF, dem Prozess- und Modellblatt
- Praktische Durchführung eines Assessments zur Beurteilung der funktionalen Gesundheit, der Partizipation und der Kontextfaktoren zur Erstellung eines Rehabilitationskonzeptes
- Einsatz der häufigsten Assessmentinstrumente (insbesondere patientenorientierte Verfahren und klinische Funktionsdiagnostik) in der Rehabilitation (z.B. isometrische Muskelkraftmessung, Range of Motion, FIM, BARTHEL, SF-36, neuropsychologische Testung)

1.2.2 Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit, -potenzial und -prognose

Kenntnisse und Fähigkeiten

- Differenzierung zwischen Rehabilitationsbedarf und -bedürftigkeit
- Kenntnis und Anwendung der Kriterien zur Beurteilung der Rehafähigkeit
- Kenntnis und Einschätzung der Problematik der Rehamotivation
- Kenntnis der Begrifflichkeit und Bedeutung von Rehapotenzial und Rehaprognose
- Überblick über die Rehaprognose allgemein sowie über Prädiktoren von Rehaergebnissen
- Fähigkeit zum Erkennen und Begründen von Rehabedarf im Einzelnen

1.2.3 Sozialmedizinische Beurteilung

Kenntnisse

- Definitionen von Arbeitsunfähigkeit, Leistungsvermögen im Erwerbsleben mit positivem und negativem Leistungsbild in Abgrenzung zur zusätzlichen Berücksichtigung sozialrechtlicher Aspekte bei teilweiser und voller Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)
- Schwerbehinderung mit Grad der Behinderung (GdB)
- Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufen
- Arbeitsschritte von der sozialmedizinischen Datenerhebung zur Beurteilung

1.3 Rehabilitationsziele

Kenntnisse

- Kenntnis der Hauptziele in der Rehabilitation: Vermeidung einer Verschlechterung, Erhaltung oder Verbesserung der funktionalen Gesundheit in den ICF-Dimensionen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren
- Vermittlung von ICF basierten Ansatzpunkten: kurative, rehabilitative und präventive Strategie
- Patientenbezogene Definition der Rehabilitationsziele zu Beginn und im Verlauf unter Berücksichtigung der jeweiligen multi- sowie interdisziplinären Umsetzungsmöglichkeiten
- Individuelle Berücksichtigung von potenziell ungünstigen oder günstigen Verhaltensgewohnheiten und Umweltfaktoren bei der Definition und Evaluation der Rehabilitationsziele sowie gezielte Umsetzung in der Behandlungsstrategie
- Bedeutung dieser zielorientierten Strategie sowohl für den jeweiligen Patienten als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten für die Gesellschaft

1.4 Einleitung (Assignment) und Steuerung des Rehabilitationsprozesses

Kenntnisse

- Kenntnis der Einleitung (Assignment) einer Rehabilitation mit Indikationsstellung und Zuweisung zu Rehabilitationsinterventionen und -programmen
- Einschätzung der Stellung/Möglichkeiten des Haus-/Facharztes beim Zugang (inkl. Rehabilitations-Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung) und der Nachsorge
- Definition und Umsetzung des Assignments mit Beratung des Patienten, der behandelnden Ärzte, anderer Leistungserbringer und Kostenträger bez. der situationsbezogenen optimalen Versorgungsstruktur sowie die Indikationsstellung und Zuweisung zu rehabilitativen Versorgungsleistungen
- Umsetzung der rehabilitativen Interventionen, bestehend aus der individuellen Rehabilitationsplanung mit Festlegung der Rehabilitationsziele, basierend auf dem Assessment, sowie der Planung und Steuerung aller Maßnahmen während eines Rehabilitationszyklus (Case-Management)
- Erstellung eines individuellen multidisziplinären Rehabilitationskonzeptes basierend auf der ICF
- Kenntnis der Zusammensetzung und der Kooperation eines multidisziplinären Rehabilitationsteams
- Regelmäßige Evaluation der Beeinträchtigungen der behandelten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation im multidisziplinären Rehabilitationsteam
- Beurteilung der Evaluationsergebnisse unter Berücksichtigung der individuell mit der/m PatientIn vereinbarten Reha-

bilitationsziele und entsprechende Adaptation der Interventionen

1.5 Konzepte der rehabilitativen Intervention

1.5.1 Frührehabilitation

Kenntnisse

- Definition, Phasen und Konzept der Frührehabilitation
- Zielsetzung, Definition, Indikationskriterien und Leistungserbringung der umfassenden (indikationsübergreifenden sowie indikationsspezifischen) und ergänzenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus
- Erforderliche Struktur- und Prozessqualität für die Frührehabilitation
- Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der Rehabilitation

1.5.2 Ambulante und stationäre Rehabilitation

Kenntnisse

- Definition, Voraussetzungen, Ziele und Elemente der Rehabilitation nach allgemeinen Antragsverfahren und Eilverfahren
- Erforderliche Struktur- und Prozessqualität für die Rehabilitation
- Angebote und Differenzialindikationen ambulanter und stationärer Rehabilitation

1.5.3 Vernetzung mit verschiedenen medizinischen Versorgungskonzepten

Kenntnisse

- Definition der Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung
- Rehabilitation als Teil von Disease-Management-Programmen und integrierter Versorgung
- Nachsorge einschließlich Funktionstraining und Rehabilitationssport nach einer rehabilitativen Maßnahme
- Bedeutung der Selbsthilfegruppen im Rehabilitationsprozess

1.5.4 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der Rehabilitation

Kenntnisse

- Grundsätzliche Kenntnis über die Differenzierung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege
- Kenntnisse der Differenzierung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und deren Zuordnung zu verschiedenen Formen und Möglichkeiten der rehabilitativen Intervention
- Entwicklung verschiedener konkreter Interventionen auf diesen Ebenen
- Kenntnisse über die Möglichkeiten im Sozialrecht zu Prävention
- Besondere Kenntnisse zu betrieblicher Prävention und Rehabilitation

1.5.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere berufsbezogene Maßnahmen

Kenntnisse

- Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation
- Stufenweise Wiedereingliederung

- Voraussetzungen und Formen verschiedener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher Berufsförderungsleistungen)

1.6 Methoden der rehabilitativen Intervention

1.6.1 Physikalische Therapie

Kenntnisse

- Befundgerechte und planmäßige serielle Anwendung kinetischer und mechanischer sowie elektrischer, thermischer, aktinischer und physikochemischer Wirkqualitäten in Prävention, Kuration und Rehabilitation
- Physikalische und physiologische Wirksamkeit, Applikation, Indikationen und Kontraindikationen und Limitationen der Teilgebiete, Methoden und Therapiemittel sowie von Konzepten
- Erstellung eines Therapieplanes, d. h. ärztliche Verordnung als Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes von An-/Verordnungen und an Schäden und Funktionsdefiziten orientierten physikalischen Therapiemaßnahmen
- Vermittlung von Kenntnissen der Teilgebiete: Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie, Medikomechanik, Massagetherapie, manuelle Therapie, Elektrotherapie, Hochfrequenz- und Ultraschalltherapie, Inhalationstherapie, Hydrotherapie, Wärme- und Kälteträgertherapie
- Vermittlung der Ergotherapie als funktionsorientierte Bewegungstherapie mit dem Ziel einer größtmöglichen Selbstständigkeit im täglichen Leben und der Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung (Die Vermittlung der Inhalte erfolgt im Abschnitt zur physikalischen Therapie.)
- Kenntnisse über Neuropsychologische Verfahren, Logopädie, Dysphagie-Screening und Therapie, Hilfsmittelversorgung, rehabilitative Diätetik und rehabilitative Pflege und deren Integration in die geplante rehabilitative Intervention
- Schmerzevaluation mit den geeigneten Instrumentarien und daraus folgender multidisziplinärer Ansatz der Schmerztherapie (medikamentös, psychologisch, physiotherapeutisch, interventionell)

1.6.2 Psychosoziale Interventionen in der Rehabilitation

Kenntnisse

- Kenntnisse psychosozialer Krankheitsfolgen und Prozesse der Krankheitsverarbeitung
- Kenntnisse psychologischer Diagnostik als Voraussetzung gezielter Interventionen: Beschreibung, Differenzierung und Analyse psychosozialer Belastungen, psychischer und psychosomatischer Symptome und Störungen, der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Bewertung kognitiver Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit
- Kenntnisse über Methoden psychologischer Diagnostik (Exploration, Interview, Beobachtungen, Fragebogen/Absessmentverfahren übergreifend und krankheitsspezifisch)
- Kenntnisse über Indikationsstellung zu rehabilitationspsychologischen Maßnahmen, orientiert:
 - am Ausmaß psychosozialer Belastung,
 - an der individuellen, familiären und beruflichen Lebenssituation,
 - an der Phase der Krankheitsbewältigung sowie
 - an der Motivation und Behandlungsbereitschaft

- Definition spezifischer Module der psychosozialen (psychologischen) Rehabilitation, Grundlagen der psychotherapeutischen Interventionen allgemein, insbesondere Kenntnisse von Interventionen der klinischen Psychologie, der Neuropsychologie, der Psychiatrie, der Psychosomatik, der Gesundheitspsychologie und der Rehabilitationspsychologie
- Kenntnisse der Differenzierung verschiedener Kriterien und Ansatzpunkte der psychologischen Interventionen:
 - Zielperson (Patient, Angehörige, soziales Umfeld),
 - Anlass (Krankheitsbewältigung, psychische Störung, berufliche Integration etc.),
 - Methode (Diagnostik, Beratung, Psychotherapie, Patientenschulung, Gesundheitsförderung),
 - Zeitpunkt (Beginn, Verlauf der Maßnahme, Nachsorge),
 - Intensität,
 - Setting (Einzel oder Gruppe)
- Kenntnisse über Maßnahmen zur Motivierung für Rehabilitationsmaßnahmen und über spezielle psychologische Interventionen während der Rehabilitationsmaßnahme ggf. mit Fortsetzung im Anschluss (z. B. Kurzpsychotherapie, Entspannungstraining, neuropsychologisches Training, psychologische Schmerzbehandlung als Teil einer multidisziplinären Therapie, beschäftigungstherapeutische Komponente der Ergotherapie)

1.6.3 Patientenschulung und -information in der Rehabilitation

Kenntnisse

- Definition von Gesundheitsbildung und -erziehung nach klassischen Konzepten
- Kenntnisse über Gesundheitsförderung, Differenzierung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren sowie entsprechender Interventionsstrategien
- Zielsetzungen strukturierter Patiententrainings und deren spezifische Zusammensetzung (indikationsspezifisch)
- Kenntnisse über die typische Durchführung von Patientenschulungen mit Beteiligung verschiedener Berufsgruppen in der Rehabilitation
- Strategien zur Vermittlung von indikationsspezifischen Kenntnissen sowie ihre pädagogischen Grundlagen
- Motivationsstrategien und Selbstmanagement-Kompetenzen
- Kenntnisse über Krankheitsbewältigungsstrategien

1.6.4 Sozialarbeit in der Rehabilitation

Kenntnisse

- Kenntnisse über die wichtigsten an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen
- Kenntnisse über die Aufgaben und Möglichkeiten der Sozialarbeit bei der Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme vom Akutkrankenhaus aus
- Kenntnisse über die Stellung der Sozialarbeit im Rehabilitationsprozess
 - Integrationshilfen
 - Einbindung familiärer Unterstützungspotenziale in den Rehabilitationsprozess
 - Unterstützung bei arbeitsrechtlichen und beruflichen Aspekten
 - Herstellung der Verbindung zwischen Rehabilitand und Arbeitgeber

- Aufklärung über Rente und Einleitung weiterer sozialrechtlicher Prozesse (Grad der Behinderung, Pflegeüberleitung etc.)

1.7 Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Wirksamkeit

Kenntnisse

- Gesetzliche Grundlagen von Qualitätsmanagement und -sicherung in der medizinischen Rehabilitation
- Maßnahmen der Leistungsträger und -erbringer (Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement)
- Professionalisierung der Rehabilitation (Rehakommission, rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände, Leitlinienprogramme u. a.)
- Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation (Leitlinien, Health Technology Assessments, systematische Reviews)

2 Physikalische Medizin im Querschnittsbereich

2.1 Spezielle Verfahren der Diagnostik in der Physikalischen Medizin

Kenntnisse

- Kenntnisse zur allgemeinen und speziellen Anamnese zur Erkennung und Bewertung von lokalen und den Gesamtorganismus betreffenden Funktionsstörungen (gebietsbezogene Funktions- und Schmerzanamnese, Be- und Entlastungsanamnese, Therapiemittelanamnese)
- Allgemeine und spezielle klinische Untersuchung als komplexe Funktionsanalyse der betroffenen Organe und Organsysteme sowie des Gesamtorganismus und Einbeziehung der Funktions- und Leistungsanalyse, der komplexen Funktionsuntersuchung des Bewegungssystems, einer gewebsbezogenen Strukturanalyse einschließlich manualmedizinischer Untersuchung, diagnostischer Lokalanästhesie und Schmerzpunktanalyse
- Wertigkeit und Einsatz funktionsbezogener Messverfahren unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Gesichtspunkte einschließlich der Bewertung der Aktivität. Vermittelt werden sollen funktionsbezogene Messverfahren (Beweglichkeit, Muskelfunktion, Stand- und Ganganalyse, Elektrodiagnostik speziell Muskulatur), Bewegungsanalysen, kardiologische und pulmonologische Funktion, Algometrie und die Beurteilung des Gewebezustandes)

2.2 Methoden der Diagnostik in der Physikalischen Medizin

Kenntnisse

- Kenntnisse zu bildgebenden Verfahren zur Beurteilung von Struktur und Funktion unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Gesichtspunkte, Indikationsstellung und Aussagefähigkeit für das therapeutische und rehabilitative Konzept (Sonographie, Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie)
- Kenntnisse zu Laboruntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Belastbarkeit. Vermittelt werden Kenntnisse zur Basisdiagnostik, Verlaufskontrolle krankheitsspezifischer Laborparameter und belastungsrelevanter Stoffwechselfparameter
- Grundkenntnisse zur orientierenden neuropsychologischen Befunderhebung.

2.3 Therapieplanung

Kenntnisse

- Kenntnisse zur Therapieplanung als ärztliche Aufgabe, als Gesamtkonzept zielgerichteter An-/Verordnungen von aufeinander abgestimmten und an Schäden und Funktionsstörungen orientierten physikalischen Therapiemaßnahmen unter Zuhilfenahme individuell dokumentierter und aktualisierter Assessments

Fähigkeiten, Fertigkeiten

- Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Erstellung des Behandlungsplanes und dessen Umsetzung im Team

2.4 Teilgebiete, Methoden und Therapiemittel der Physikalischen Therapie

Kenntnisse

- Kenntnisse zu befundgerechten und planmäßig seriellen Anwendungen kinetischer und mechanischer sowie elektrischer, thermischer, aktinischer und physikochemischer Wirkqualitäten in Prävention, Kuration und Rehabilitation (exemplarisch im Teilgebiet Krankengymnastik)
- Physikalische und physiologische Wirksamkeit, Applikation, Indikationen, Kontraindikationen und Limitationen der Teilgebiete, Methoden und Therapiemittel sowie Konzepte
 - Krankengymnastik: passive Massnahmen, Bewegungstherapie, Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage und mit Geräten, Atmungs- und Entspannungstherapie. Konzepte wie PNF, Bobath, Brügger u. a.
 - Ergotherapie: Funktionstraining, Selbsthilfetraining, Versorgung mit Hilfsmitteln, neuropsychologisches Training, ablenkende Übungsbehandlung, Gelenkschutz, Anpassung an häusliche und berufliche Umgebung, Arbeitstherapie
 - Medizinische Trainingstherapie (Sporttherapie): Trainingsformen wie Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordination. Konzepte der medizinischen Trainingstherapie, Gruppentraining, Funktionstraining
 - Medikomechanik als funktionelle Behandlung mit mechanischen Therapiegeräten und Hilfsmitteln: medizinisches Gerätetraining, Orthesen, Rollstuhltraining, u. a.
 - Manuelle Therapie: diagnostische Prinzipien, Weichteiltechniken, Mobilisation und neuromuskuläre Techniken als Therapie
 - Massagetherapie: klassische Massage, Reflexzonenbehandlung, apparative Massage, manuelle Lymphdrainage und Komplexe Physikalische Entspannungstherapie
 - Elektrotherapie: Gleichstrom, Nieder- und Mittelfrequenzstrom
 - Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Dezimeterwelle, Mikrowelle
 - Ultraschalltherapie: Ultraschall als Gleich- und Impulschall, Phonophorese
 - Fototherapie: Heliotherapie, Lichttherapie, Ultraviolettherapie
 - Inhalationstherapie: apparative Inhalation, Freiluftinhalation
 - Wärme- und Kälte-trägertherapie: Eis, Kältgepackungen, Kataplasmen, Kaltluft/-gas, Kältekammer, Durchflutungsmanschetten
 - Hydrotherapie: Waschungen, Wickel, Auflagen, Packungen, Güsse/Bäder, Abreibungen

- Balneotherapie/Klimatotherapie: Bäder, Trinkkuren, Inhalationen, Packungen/Spülungen, Klimatotherapie, Thalassotherapie

2.5 Diagnostische und therapeutische Prinzipien eines therapeutischen und rehabilitativen Konzeptes

Kenntnisse

- Erkennen und Bewerten von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen, Aktivitäts- und Partizipationsstörungen unter dem Aspekt von Rehabilitationsbedürftigkeit und -potenzial des Patienten mit dem Ziel des planvollen Einsatzes der rehabilitativen Intervention und zur Bewertung des Rehabilitationsergebnisses
 - Sensomotorische Tests: Spurverfolgungstests, komplexe Geschicklichkeitstests
 - Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostiktests: basale Körperfunktion (Vigilanz, Atmung, Kreislauf), Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, Barthel, FIM), Lebensqualität (SF-36), Erfassung sozialer Integration (z. B. aus dem IRES), funktionelle Leistungsfähigkeit (ERGOS), Schmerzverarbeitung
 - Patientenschulung und -information (funktionsbezogen, erkrankungsspezifisch, risikobezogen) und Vorstellung eines praktischen Konzeptes (Rückenschule, Nichtrauchertraining)
 - Musik- und Kunsttherapie: Anbahnung und Aufbau non-verbaler Kommunikation, Lösung von Kommunikations- und Beziehungsproblemen, Krankheitsverarbeitung
 - Körperorientierte Psychotherapie: Entspannungstechniken, psychoanalytische Orientierung, verhaltenstherapeutische Verfahren
 - Rehabilitative Diätetik: Schaffung optimaler körperlicher Voraussetzungen für die Rehabilitation, Ernährungsschulung

3 Naturheilverfahren im Querschnittsbereich

3.1 Definition, Klassifizierung und Abgrenzung der Naturheilverfahren

Kenntnisse

- Definition der Naturheilverfahren:
 - Definitionen über die „Natürlichkeit“ der Therapiemittel vs. Definitionen über die physiologische Reaktionen (sog. therapeutische Physiologie)
 - Begriffsabgrenzung Naturheilverfahren vs. Naturheilkunde (Art und Charakter naturphilosophischer Erklärungsansätze, rituelle Anteile der Naturheilkunde)
 - Begriffe komplementäre Medizin und alternative Therapien
 - Therapiemittel der klassischen Naturheilverfahren (Wärme und Kälte, Strahlung [inkl. Licht], Bewegung, Phytotherapeutika, Verhaltensänderung [z. B. Konzepte der Ordnungstherapie])
- Wirkprinzipien der klassischen Naturheilverfahren:
 - Systematik der Adaptationsphysiologie und Beeinflussung gestörter physiologischer Regelsysteme, Auslösung autoregulativer Prozesse auf physischer und psychischer Ebene, Aktivierung körpereigener Regulationsressourcen
 - Differenzierung präventiver, kurativer und rehabilitativer Ansätze der Naturheilverfahren

- Spezifische Anamnese:
Ergänzung der krankheitsbezogenen Anamnese durch
 - eine vertiefte vegetative Anamnese (z.B. Atmung, Herz-Kreislauf-Funktionen, Verdauung, Schlafverhalten),
 - reaktionsprognostische Indikatoren (Wärme- und Kälteempfindlichkeit, Reaktionen auf therapeutische Reize, „typische“ Krankheitsverläufe u. a.) und
 - gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung u. a.)
- Spezielle klinische Untersuchung:
 - Erfassen vegetativer Phänomene und reflektorischer Zusammenhänge (Herzfrequenz, Atmung, Blutdruckverhalten (Orthostase), Herz-Atmungs-Koordination, Hautdurchblutung, vegetative Reaktionen auf Testreize, kuti-viszerale Reflexe, Bindegewebszonen, Muskeltonus u. a.)
 - Erfassen psychosozialer Faktoren (Beziehungen innerhalb Familie und dem näheren Freundeskreis, Beruf, Gesellschaft)

3.2 Spezielle klinische Untersuchung Fähigkeiten

- Untersuchungstechniken vegetative Phänomene (Herzfrequenz, Atmung, Blutdruckverhalten (Orthostase), Herz-Atmungs-Koordination, Hautdurchblutung,
- Untersuchung vegetativer Reaktionen auf Testreize
- Untersuchung reflektorischer Zusammenhänge, z. B. kuti-viszerale Reflexe, Bindegewebszonen, Muskeltonus

3.3 Therapiemittel der klassischen Naturheilverfahren Kenntnisse

- Inhalte, Indikationen und Kontraindikationen der klassischen Naturheilverfahren:
 - **Hydrotherapie**
Waschungen, Wickel, Packungen, Voll- und Teilbäder, Güsse
 - **Bewegungstherapie**
somatisch orientierte Konzepte: passive Bewegungen, aktive Bewegungstherapie, Koordinationstraining, sensorimotorische Muskelaktivierung, propriozeptives Training
Psychosomatisch orientierte Konzepte: Entspannungstherapie und Körperwahrnehmungsschulung
 - **Massagen**
klassische Massage, Bindegewebsmassage, Fußreflexzonenmassage, Segmentmassage, Periostbehandlung, Kolonmassage
 - **Ernährungstherapie**
Vollwerternährung, Diäten mit systematischer (zeitlich begrenzter) Umstellung der Ernährung, Fastentherapie (Heilfasten)
 - **Phytotherapie**
Grundlagen zur Phytopharmakologie, innerliche und äußerliche Applikationsformen
 - **Ordnungstherapie**
Verhaltensbezogene, sinnstiftende und chronobiologische Ansätze der Ordnungstherapie

3.4 Komplexe Konzepte auf Grundlage der klassischen Naturheilverfahren

Kenntnisse

- **Kneipp-Konzept** (Hydrotherapie, Ernährungstherapie, Phytotherapie, Bewegungstherapie, Ordnungstherapie)
- **Funktionelle Bewegungslehre**
- **Diätetisch orientierte Kuren** (Fastenkuren, Mayr-Kuren etc.)

3.5 Weitere und alternative Naturheilverfahren, Charakterisierung und Abgrenzung

Kenntnisse

- **Akupunktur**
Wirkungsphysiologische Hypothesen zur Akupunktur als Schmerztherapie sowie als energetische Regulationstherapie, Formen und Techniken der Akupunktur, relevante Indikationen zur Akupunktur, Kontraindikationen
- **Neuraltherapie**
Wirkungsphysiologische Hypothesen zur Neuraltherapie, Abgrenzung zur diagnostischen und therapeutischen Lokalanästhesie, Methoden und Techniken, Indikationen und Kontraindikationen
- **So genannte ausleitende Verfahren**
Schröpfkopfbehandlung, Schröpfkopfmassage, Baunscheidtieren, Bluteigel, Aderlass
- **Weitere Verfahren**
Symbioselenkung, Bachblütentherapie, Aromatherapie, Elektroakupunktur etc.

3.6 Evaluation

Kenntnisse

- Patientenzentriertes Outcome zur Abbildung der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF-Kriterien
- Beurteilung der vegetativen Reaktionslage und des Wohlbefindens

3.7 Therapieplanung

Kenntnisse

- Indikationen der Naturheilverfahren bei chronischen Schmerzsyndromen des Bewegungssystems, vegetativen Regulationsstörungen, Erschöpfungssyndromen, chronischen Befindlichkeitsstörungen, psychosomatischen Störungen, sekundär chronischen Befindlichkeitsstörungen im Rahmen systemischer Erkrankungen
- Präventionskonzepte
Einsatz im Sinne der Primärprävention
Einsatz im Sinne der Sekundärprävention z.B. bei metabolischem Syndrom, Adipositas, Venenkrankheiten, COPD, Infektanfälligkeit, Stressbelastungen
Kurse zur Anleitung und Selbstbehandlung (z.B. Kneippsche Hydrotherapieverfahren, Ernährung, Stressbewältigung)

Literatur

- ¹ Approbationsordnung für Ärzte. Bundesgesetzblatt, 2002: 2405–2435
- ² Burger W, Dudenhausen JW, Kiessling C, Scheffner D, Wilke A. Reform des Medizinstudiums: Positive Erfahrungen an der Charité Berlin. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100 (11): A686–A689
- ³ Strauß B, Köllner V. Die neue Approbationsordnung: Eine Chance für die psychosozialen Fächer. Psychother-Psychosom-Med-Psychol 2003; 53: 43–46
- ⁴ Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise. Köln: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 2001
- ⁵ Dahmer J. Ausbildungsziel „Arzt“. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A2033–A2036
- ⁶ Mau W, Kusak G. Umsetzung der neuen Approbationsordnung für Ärzte im Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“ an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Rehabilitation, eingereicht zur Publikation
- ⁷ Ewert T, Cieza A, Stucki G. Die ICF in der Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2002; 12 (3): 157–162
- ⁸ Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil 2002; 24 (17): 932–938
- ⁹ Seger W, Schian HM, Steinke B, Heipertz W, Schuntermann M. Gesundheits-, sozial-, gesellschafts- und organisationspolitische Auswirkungen der Anwendung der ICF auf eine integrierte Rehabilitation – Vision der Umsetzung und ihrer Folgen. Gesundheitswesen 2004; 66 (6): 393–399
- ¹⁰ Koch U, Lucius-Hoene G, Stegie R. Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1988
- ¹¹ Basler H-D. Chronische Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Psychologisches Trainingsprogramm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2001
- ¹² Basler H-D, Jäkle C, Kröner-Herwig B. Incorporation of cognitiv-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers. Patient Educ Couns 1997; 31: 113–124
- ¹³ Koch U, Bengel J. Rehabilitation. In: Schwarzer R (Hrsg): Enzyklopädie Gesundheitswissenschaften. Göttingen: Hogrefe, im Druck
- ¹⁴ Petermann F, Beys M, Brüggemann S, Petermann U. Konzeption und Erfolge des ambulanten Asthma-Verhaltenstrainings. Prävention und Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation 1993; 2: 70–80
- ¹⁵ Reusch A, Worbach M, Vogel H, Faller H. Ziele, differenzielle Aspekte und Rahmenbedingungen von Patientenschulungen (Themenheft). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2003; 16 (4)
- ¹⁶ Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 1999; 80 (1–2): 1–13
- ¹⁷ Tulder M van, Ostelo R, JWS V, Linton S, Morley S, Assenndelft W. Behavioural treatment for chronic low back pain (Cochrane Review). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004
- ¹⁸ Einsingbach T. Sportphysiotherapie und Rehabilitation. Stuttgart: Thieme, 1992
- ¹⁹ Fialka-Moser V. Kompendium der Physikalischen Medizin. Wien, New York: Springer, 2001
- ²⁰ Gutenbrunner C, Weimann G. Krankengymnastische Methoden und Konzepte. Berlin, Heidelberg: Springer, 2004
- ²¹ Schmidt KL, Drexel H, Jochheim K-A. Lehrbuch der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. Stuttgart, Jena, New York: Fischer, 1995
- ²² Hentschel H-D. Naturheilverfahren in der ärztlichen Praxis. Köln: Dt. Ärzteverlag, 1991
- ²³ Schimmel K-C. Lehrbuch der Naturheilverfahren. Stuttgart: Hippokrates, 1990
- ²⁴ Werner G. Checkliste physikalische und rehabilitative Medizin – Naturheilverfahren. Stuttgart: Thieme, 2000