



Thorsten Meyer  
Jürgen Bengel  
Markus Antonius Wirtz  
(Hrsg.)

# Lehrbuch Rehabilitations- wissenschaften

# Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften

# **Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften**

Thorsten Meyer, Jürgen Bengel, Markus Antonius Wirtz (Hrsg.)

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Heidi Höppner, Berlin; Heike Kubat, Feldbach;  
Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Birgit Stubner, Regensburg; Ursula Walkenhorst,  
Osnabrück; Claudia Winkelmann, Berlin

**Thorsten Meyer**  
**Jürgen Bengel**  
**Markus Antonius Wirtz**  
(Hrsg.)

# Lehrbuch Rehabilitations- wissenschaften

Unter Mitarbeit von

Olaf Adam  
Tugba Aksakal  
Kübra Annac  
Eleonore Anton  
Julia Balzer  
Hans-Helge Bartsch  
Harald Baumeister  
Thomas Becker  
Johann Behrens  
Axel Benning  
Harald Berger  
Matthias Bethge  
Jerome Bickenbach  
Eva Maria Bitzer  
Birna Bjarnason-Wehrens  
Andrea Bökel  
Patrick Brzoska  
Anna Levke Brütt  
Rolf Buschmann-  
Steinhage  
Claudia China  
Ursula Costa  
Ruth Deck  
Jörg Dirmaier  
Stephan Dettmers  
Carolin Dresch  
Sieglinde Luise Ellger-  
Rüttgardt

Sabine Erbstößer  
Christoph Egen  
Hermann Faller  
Erik Farin-Glattacker  
Wilma Funke  
Albrecht Gebhardt  
Christian Gerlich  
Bernhard Greitemann  
Harald Gruber  
Christoph Gutenbrunner  
Arthur Günthner  
Hans-Günter Haaf  
Petra Hampel  
Martin Härter  
Allen Heinemann  
Désirée Herbold  
Rainer Kaluscha  
Uwe Koch-Gromus  
Sabine C. Koch  
Swantje Köbsell  
Volker Köllner  
Mirjam Körner  
Tobias Knoop  
Christian Krauth  
Gert Krischak  
Dieter Küch  
Matthias-Peter Limbach  
Erwin Lohmer

Norbert Lübke  
Susan Magasi  
Wilfried Mau  
Anke Menzel-Begemann  
Johannes Michalak  
Oskar Mittag  
Ralph Möhler  
Matthias Morfeld  
Katja Nebe  
Gisela Nellessen Martens  
Silke Neudert  
Heike Ohlbrecht  
Katrin Parthier  
Holger Pfaff  
Klaus Pfeifer  
Hartmut Pollmann  
Birgit Prodingler  
Oliver Razum  
Laura Retznik  
Andrea Reusch  
Christian Rexrodt  
Carla Sabariego  
Lasse B. Sander  
Ferdinand Schliehe  
Matthias Schmidt-  
Ohlemann  
Michael Schuler  
Anja Alexandra Schulz

Konrad Schultz  
Bernhard Schwaab  
Helga Seel  
Julia Siegmüller  
Rainer Stachow  
Katarina Stengler  
Andre Strahl  
Gerold Stucki  
Gordon Sudeck  
Hürrem Tezcan-Güntekin  
Jürgen Theissing  
Christiane Tilly  
Edwin Toepler  
Rosemarie Tüpker  
Sebastian Voigt-Radloff  
Heiner Vogel  
Claus-W. Wallesch  
Gudrun Wansing  
Karl Wegscheider  
Jochen Wehrmann  
Joachim Weis  
Felix Welti  
Katharina Wollmann  
Julia Wolke  
Yüce Yılmaz-Aslan  
Lia York  
Pia Zollmann  
Rüdiger Zwerenz

**Thorsten Meyer**, Prof. Dr., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

**Jürgen Bengel**, Prof. Dr. Dr., Universität Freiburg, Institut für Psychologie

**Markus Antonius Wirtz**, Prof. Dr., Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung für Forschungsmethoden

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Gesundheitsberufe  
z. Hd.: Barbara Müller  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Barbara Müller  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlagabbildung: Morsa Images, Getty Images  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod  
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2022

© 2022 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96067-8)

(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76067-4)

ISBN 978-3-456-86067-1

<https://doi.org/10.1024/86067-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	11
<hr/>	
<b>I Theoretische Grundlagen der Rehabilitation</b> .....	15
<b>I.A Konzeptuelle Grundlagen der Rehabilitation</b> .....	17
<b>I.A.1 Modelle von Gesundheit und Krankheit</b> .....	18
<i>Heike Ohlbrecht</i>	
<b>I.A.2 Definitionen der Rehabilitation und zentraler Begriffe</b> .....	28
<i>Thorsten Meyer, Jürgen Bengel und Markus Antonius Wirtz</i>	
<b>I.A.3 Das ICF-Modell der funktionalen Gesundheit</b> .....	42
<i>Jerome Bickenbach und Gerold Stucki</i>	
<b>I.B Akteure der Rehabilitation</b> .....	57
<b>I.B.1 Zielgruppen der Rehabilitation</b> .....	58
<i>Jerome Bickenbach, Carla Sabariego, Gerold Stucki mit einem zusätzlichen Beitrag von Rolf Buschmann-Steinhage</i>	
<b>I.B.2 Berufsgruppen in der Rehabilitation</b> .....	70
<i>Matthias Schmidt-Ohlemann</i>	
<b>I.B.3 Reha-Team</b> .....	84
<i>Mirjam Körner</i>	
<b>I.B.4 Leistungsträger in der Rehabilitation</b> .....	94
<i>Rolf Buschmann-Steinhage</i>	
<b>I.B.5 Rehabilitation in der Ausbildung von Berufsgruppen des Reha-Teams in Deutschland</b> .....	103
<i>Wilfried Mau und Laura Retznik</i>	

<b>I.C Systeme der Rehabilitation</b> .....	113
<b>I.C.1 Historische Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland</b> .....	114
<i>Ferdinand Schliehe</i>	
<b>I.C.2 System der Rehabilitation in Deutschland</b> .....	126
<i>Helga Seel</i>	
<b>I.C.3 Rehabilitationssysteme im internationalen Vergleich</b> .....	139
<i>Oskar Mittag und Birna Bjarnason-Wehrens</i>	
<b>I.C.4 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation</b> .....	150
<i>Katja Nebe</i>	
<b>I.C.5 Formen der Rehabilitation</b> .....	162
<i>Matthias Schmidt-Ohlemann</i>	
<b>I.D Disziplinäre Perspektiven in der Rehabilitation</b> .....	175
<b>I.D.1 Perspektive der Medizin</b> .....	176
<i>Christoph Gutenbrunner und Gert Krischak</i>	
<b>I.D.2 Perspektive der Psychologie</b> .....	188
<i>Jürgen Bengel und Oskar Mittag</i>	
<b>I.D.3 Perspektiven der Heil- und Sonderpädagogik</b> .....	198
<i>Sieglinde Luise Ellger-Rüttgardt</i>	
<b>I.D.4 Perspektive der Soziologie und der Disability Studies</b> .....	205
<i>Gudrun Wansing und Swantje Köbsell</i>	
<b>I.D.5 Perspektive der Sozialen Arbeit</b> .....	215
<i>Stephan Dettmers und Silke Neuderth</i>	
<b>I.D.6 Perspektive der Pflegewissenschaft</b> .....	226
<i>Johann Behrens</i>	
<b>I.D.7 Perspektive der Therapiewissenschaften</b> .....	237
<i>Julia Balzer und Julia Siegmüller</i>	
<b>I.D.8 Perspektiven der Versorgungsforschung</b> .....	247
<i>Gisela Nellessen-Martens und Holger Pfaff</i>	
<b>I.D.9 Perspektive der Rechtswissenschaft</b> .....	257
<i>Felix Welti</i>	
<b>I.D.10 Perspektive der Gesundheitsökonomie</b> .....	267
<i>Christian Krauth</i>	



<b>II</b>	<b>Forschung und Forschungsmethoden in den Rehabilitationswissenschaften</b>	279
<b>II.A</b>	<b>Grundlagen der Forschung und Forschungsmethoden in den Rehabilitationswissenschaften</b>	281
<b>II.A.1</b>	<b>Entwicklung der Rehabilitationsforschung in Deutschland</b> <i>Rolf Buschmann-Steinhage und Uwe Koch</i>	282
<b>II.A.2</b>	<b>Evidenzbasierung der Rehabilitation</b> <i>Thorsten Meyer</i>	294
<b>II.B</b>	<b>Forschungsansätze und -designs</b>	307
<b>II.B.1</b>	<b>Studiendesigns zur Konzept- und Interventionsentwicklung</b> <i>Thorsten Meyer und Christiane Tilly</i>	308
<b>II.B.2</b>	<b>Studiendesigns zur Bewertung der Wirksamkeit von Reha- bilitationsmaßnahmen</b> <i>Mathias Bethge, Karl Wegscheider und Markus Antonius Wirtz</i>	319
<b>II.B.3</b>	<b>Studiendesigns zur Implementierung</b> <i>Erik Farin-Glattacker und Markus Antonius Wirtz</i>	332
<b>II.C</b>	<b>Merkmalerfassung/Assessment</b>	343
<b>II.C.1</b>	<b>Personbezogene Merkmale in der Rehabilitation</b> <i>Ruth Deck, Sabine Erbstößer und Pia Zollmann</i>	344
<b>II.C.2</b>	<b>Diagnostische Methoden und Reha-Assessment in der Rehabilitation</b> <i>Matthias Morfeld, Gabriele Helga Franke und Thorsten Meyer</i>	356
<b>II.C.3</b>	<b>Merkmale von Intervention und Versorgung</b> <i>Ralph Möhler und Erik Farin-Glattacker</i>	369
<b>II.C.4</b>	<b>Umweltfaktoren in der Rehabilitation</b> <i>Anke Menzel-Begemann, Susan Magasi und Allen Heinemann</i>	377
<b>II.C.5</b>	<b>Outcomes in der Rehabilitation</b> <i>Matthias Morfeld und Thorsten Meyer</i>	387

<b>II.D Allgemeine Merkmale der Forschungsorganisation in den Rehabilitationswissenschaften</b> . . . . .	399
<b>II.D.1 Literaturrecherche und Datenbanken in den Rehabilitationswissenschaften</b> . . . . .	400
<i>Katharina Wollmann und Sebastian Voigt-Radloff</i>	
<b>II.D.2 Forschungsförderung in den Rehabilitationswissenschaften</b> . . . . .	411
<i>Katrin Parthier und Hans-Günter Haaf</i>	
<b>II.D.3 Ethische Grundlagen und Datenschutz in den Rehabilitationswissenschaften</b> . . . . .	425
<i>Hürrem Tezcan-Güntekin, Axel Benning und Anne-Kathrin Exner</i>	
<b>II.D.4 Qualitätssicherung in der Forschung</b> . . . . .	436
<i>Carolin Dresch, Anja Alexandra Schulz und Markus Antonius Wirtz</i>	
<b>II.D.5 Partizipative Forschungsansätze</b> . . . . .	448
<i>Anna Levke Brütt</i>	
<b>II.D.6 Publikationsstandards in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung</b>	456
<i>Anja Alexandra Schulz, Carolin Dresch und Markus Antonius Wirtz</i>	
<b>II.D.7 Sozialmedizinische Begutachtung</b> . . . . .	470
<i>Heiner Vogel, Harald Berger und André Strahl</i>	
<hr/>	
<b>III Rehabilitative Versorgung in der Praxis</b> . . . . .	481
<b>III.A Interventionen</b> . . . . .	483
<b>III.A.1 Physikalische Therapie</b> . . . . .	484
<i>Bernhard Greitemann, Julia Wolke und Désirée Herbold</i>	
<b>III.A.2 Sport- und Bewegungstherapie</b> . . . . .	495
<i>Klaus Pfeifer und Gorden Sudeck</i>	
<b>III.A.3 Ernährungstherapie</b> . . . . .	506
<i>Albrecht Gebhardt und Olaf Adam</i>	
<b>III.A.4 Entspannungsverfahren und Achtsamkeit</b> . . . . .	520
<i>Claudia China und Johannes Michalak</i>	
<b>III.A.5 Patientenschulung und Gesundheitsbildung</b> . . . . .	531
<i>Andrea Reusch und Hermann Faller</i>	

<b>III.A.6</b>	<b>Psychologische Beratung und Psychotherapie</b> . . . . .	540
	<i>Jürgen Bengel, Lia York und Oskar Mittag</i>	
<b>III.A.7</b>	<b>Ergotherapie</b> . . . . .	550
	<i>Ursula Costa und Birgit Prodingler</i>	
<b>III.A.8</b>	<b>Künstlerische Therapien in der Rehabilitation</b> . . . . .	560
	<i>Harald Gruber, Sabine Koch und Rosemarie Tüpker</i>	
<b>III.A.9</b>	<b>Soziale Arbeit</b> . . . . .	569
	<i>Tobias Knoop und Eleonore Anton</i>	
<b>III.A.10</b>	<b>Nachsorge</b> . . . . .	580
	<i>Ruth Deck und Jürgen Theissing</i>	
<b>III.A.11</b>	<b>E-Mental- und E-Behavioural-Health</b> . . . . .	592
	<i>Lasse B. Sander, Rüdiger Zwerenz und Harald Baumeister</i>	
<b>III.B</b>	<b>Versorgungsübergreifende Konzepte</b> . . . . .	601
<b>III.B.1</b>	<b>Klassifikationssysteme in der Rehabilitation</b> . . . . .	602
	<i>Christoph Gutenbrunner, Andrea Bökel, Christoph Egen und Rainer Kaluscha</i>	
<b>III.B.2</b>	<b>Besondere Versorgungskonzepte innerhalb der Rehabilitation</b> . . . . .	613
	<i>Matthias Bethge und Dieter KÜch</i>	
<b>III.B.3</b>	<b>Reha-Management – Integration der Rehabilitation in das Versorgungssystem</b> . . . . .	624
	<i>Christian Rexrodt, Edwin Toepler und Erwin Lohmer</i>	
<b>III.B.4</b>	<b>Qualitätssicherung</b> . . . . .	638
	<i>Erik Farin-Glattacker und Eva Bitzer</i>	
<b>III.B.5</b>	<b>Diversität</b> . . . . .	648
	<i>Patrick Brzoska, Yüce Yılmaz-Aslan, Tuğba Aksakal, Kübra Annaç und Oliver Razum</i>	
<b>III.B.6</b>	<b>Interaktion und Kommunikation</b> . . . . .	658
	<i>Martin Härter und Jörg Dirmaier</i>	
<b>III.C</b>	<b>Indikationen und Zielgruppen</b> . . . . .	671
<b>III.C.1</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation</b> . . . . .	672
	<i>Désirée Herbold und Bernhard Greitemann</i>	

<b>III.C.2</b>	<b>Psychosomatische Rehabilitation</b> . . . . .	685
	<i>Volker Köllner</i>	
<b>III.C.3</b>	<b>Suchtrehabilitation</b> . . . . .	695
	<i>Arthur Günthner und Wilma Funke</i>	
<b>III.C.4</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b> . . . . .	706
	<i>Joachim Weis und Hans-Helge Bartsch</i>	
<b>III.C.5</b>	<b>Kardiologische Rehabilitation</b> . . . . .	714
	<i>Bernhard Schwaab</i>	
<b>III.C.6</b>	<b>Neurologische Rehabilitation</b> . . . . .	726
	<i>Claus-Werner Wallesch</i>	
<b>III.C.7</b>	<b>Rehabilitation bei chronischen Atemwegserkrankungen</b> . . . . .	738
	<i>Konrad Schultz, Matthias Limbach und Michael Schuler</i>	
<b>III.C.8</b>	<b>Rehabilitation bei Erkrankungen der Haut</b> . . . . .	749
	<i>Jochen Wehrmann</i>	
<b>III.C.9</b>	<b>Rehabilitation bei gastroenterologischen und Stoffwechselerkrankungen</b> . . . . .	759
	<i>Hartmut Pollmann</i>	
<b>III.C.10</b>	<b>Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen</b> . . . . .	770
	<i>Rainer Stachow und Petra Hampel</i>	
<b>III.C.11</b>	<b>Geriatrische Rehabilitation</b> . . . . .	780
	<i>Norbert Lübke</i>	
<b>III.C.12</b>	<b>Psychiatrische Rehabilitation</b> . . . . .	790
	<i>Katarina Stengler und Thomas Becker</i>	
<hr/>		
<b>Anhang</b> . . . . .		801
<b>Herausgeber</b> . . . . .		803
<b>Autorinnen und Autoren</b> . . . . .		804
<b>Hinweise zu Zusatzmaterialien</b> . . . . .		814
<b>Sachwortverzeichnis</b> . . . . .		815

# Vorwort

*Rehabilitation – die Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts.* So kennzeichneten Gerold Stucki und Kollegen vor einigen Jahren den Gegenstand der Rehabilitationswissenschaften. Nach den großen Fortschritten in der Prävention und der Heilung von Erkrankungen sollte der Fokus der Gesundheitsversorgung mehr auf die Gruppe von Menschen gelegt werden, die nicht gesund sind, nicht gesund werden, und die mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag umgehen müssen. Epidemiologischer Hintergrund sind die Zunahme chronischer Erkrankungen und ein längeres Leben. Damit gehen körperliche, seelische sowie soziale Beeinträchtigungen und folglich Einschränkungen im Alltagsleben einher.

Rehabilitation dient dabei einem gesellschaftlich hochrelevanten, übergeordneten Zweck: dem Erhalt oder der Verbesserung von Funktionsfähigkeit, insbesondere gesellschaftlicher Teilhabe, sowie der Förderung von Selbstbestimmung. Durch die Einführung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrem Modell der funktionalen Gesundheit hat die Rehabilitation einen gemeinsamen konzeptuellen Rahmen erhalten, der weltweit zu ihrem wichtigsten Orientierungspunkt geworden ist. Der Stellenwert der Rehabilitation ist insbesondere durch die Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auch politisch gestärkt worden. Die UN-BRK fordert u. a. das Recht auf umfängliche gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ein, und formuliert die Bereitstellung rehabilitativer

Dienste als eine zentrale Anforderung an die unterzeichnenden Staaten. Ebenso stellt die Veröffentlichung des World Report on Disability von WHO und Weltbank 2011 einen (gesundheits-)politischen Meilenstein dar. Neben grundlegenden Angaben zur Häufigkeit und Diversität von Behinderung, ihre Abhängigkeit von sozialen Kriterien und ungenügenden medizinischen und rehabilitativen Versorgungsangeboten verweist dieser Bericht auch auf die Notwendigkeit qualitativvoller praxisorientierter Forschung: „Good rehabilitation practice uses research evidence“ (S. 120).

Diese Entwicklungen haben in den letzten 20 Jahren auch in Deutschland den Diskurs und die Gesetzgebung beeinflusst. Das neunte Sozialgesetzbuch, das übergeordnete Sozialrecht zu Rehabilitation und Teilhabe, wurde 2001 verabschiedet – zeitgleich und mit inhaltlichen Parallelen zur ICF. Es repräsentiert einen Paradigmenwechsel in der Unterstützung von Menschen, die mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit leben: Weniger Fürsorge, Versorgung und Fremdbestimmung, mehr Ermöglichung und Selbstbestimmung. Diese Zielsetzung findet wenige Jahre später in der UN-BRK sein politisches Pendant und aktuell in der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes. Inwieweit ist jedoch dieser grundlegende Wandel in der Praxis der Rehabilitation angekommen?

Dies ist eine der Fragen, die sich die Rehabilitationswissenschaften zu stellen hat, die sie auch an sich selbst richten muss. Noch 2000 kennzeichneten Jürgen Bengel und Uwe Koch die Rehabilitationswissenschaften als *eine junge Disziplin auf dem Weg der Selbstfindung*. Mitt-

lerweile ist sie reifer geworden, und dieses Ergebnis können wir mit diesem Kompendium, das mit Unterstützung vieler namhafter Kolleginnen und Kollegen entstanden ist, dokumentieren. Zugleich ist sie auf dem Weg der Selbstfindung noch lange nicht am Ziel angekommen – was in einem so heterogenen Praxisfeld wie der Rehabilitation auch nicht verwundern darf. Rehabilitationswissenschaften sind als eigenständige Fachdisziplin immer noch nicht so selbstverständlich, wie sie sein sollten: nicht an den medizinischen Fakultäten, den sozialwissenschaftlichen und den psychologischen Fachbereichen, den Pflegewissenschaften, um nur einige zentrale Ausbildungsfelder zu nennen. Ihre Förderung ist breiter geworden, aber weiterhin wird sie maßgeblich von der Gesetzlichen Rentenversicherung geprägt, nur zu einem kleinen Teil von der Gesetzlichen Krankenversicherung oder auch den Leistungsträger sozialer Rehabilitation.

Ziel des vorliegenden Lehrbuches ist eine Einführung in das Feld der Rehabilitationswissenschaften. Es soll dabei sowohl Studierenden als Ausgangspunkt der Auseinandersetzung dienen, als auch Praktikerinnen und Praktikern sowie Forscherinnen und Forscher im Feld der Rehabilitation und in ihren Bezugsdisziplinen, die sich in unterschiedlichen Bereichen orientieren wollen. Der Text ist in drei große Teile gegliedert. Im ersten Teil widmet es sich den *theoretischen Grundlagen der Rehabilitation*. Hier werden Modelle von Gesundheit und Krankheit, zentrale Begrifflichkeiten der Rehabilitation definiert und das ICF-Modell der funktionalen Gesundheit eingeführt. Es folgt ein Abschnitt über unterschiedliche Akteurinnen und Akteure der Rehabilitation: ihren Zielgruppen, den Professionen in der Rehabilitation, dem Reha-Team sowie den Leistungsträgern. Daran schließt sich eine Darstellung verschiedener Aspekte der Systeme der Rehabilitation an: dazu gehört eine Darstellung ihrer historischen Entwicklung, von Rehabilitationssystemen im internationalen Vergleich, ihrer gesetzlichen Grundlagen, ihrer unterschiedlichen Formen. In einem weiteren

grundlegenden Abschnitt führt das Buch in neun unterschiedliche disziplinäre theoretische Perspektiven auf die Rehabilitation ein: der Medizin, der Psychologie, der Soziologie und Disability Studies, der Rehabilitationspädagogik, der Sozialen Arbeit, der Pflegewissenschaften, der Therapiewissenschaften, der Versorgungsforschung, der Rechtswissenschaften und der Gesundheitsökonomie.

Der zweite Teil des Buches widmet sich der *Forschung und den Forschungsmethoden*. So wie die Perspektiven auf die Rehabilitation vielfältiger geworden sind, so sind auch die methodischen Zugänge breiter geworden. Wir haben davon abgesehen, einzelne methodische Zugänge oder Verfahren darzustellen, da dies den Umfang dieses Buches gesprengt hätte. Daher haben wir uns in diesem Teil auf grundsätzliche Themen konzentriert: die Grundlagen der Forschung und ihrer Methoden in den Rehabilitationswissenschaften in ihrer historischen Entwicklung sowie aus der Perspektive der Evidenzbasierung. Aufbauend auf dem Modell zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen gibt dieser Teil einen Überblick unterschiedlicher Forschungsansätze und -designs: Studien zur Konzeptentwicklung, zur Bewertung von Maßnahmen, zu ihrer Implementierung. Ein dritter, für die Forschungspraxis besonders relevanter Teil, thematisiert unterschiedliche Aspekte der Merkmalerfassung wie Merkmale von Personen, von Interventionen bzw. der Versorgung, von Umweltfaktoren, von Outcomes sowie generell diagnostischen Methoden und Reha-Assessment in der Rehabilitation. Der Teil schließt mit einem Abschnitt zu allgemeinen Merkmalen der Forschungsorganisation in den Rehabilitationswissenschaften. Hier finden sich Kapitel zur Literaturrecherche und Datenbanken, zur Forschungsförderung, zu ethischen und Datenschutzgrundlagen, zur Qualitätssicherung, zu partizipativen Forschungsansätzen sowie zu Publikationsstandards.

Der dritte Teil des Buches bezieht sich auf die rehabilitative Versorgung in der Praxis. Neben einer Bandbreite an unterschiedlichen In-

terventionen – Physikalische Therapien, Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungstherapie, Entspannungsverfahren/Stressbewältigung und Achtsamkeitsbasierten Interventionen, Patientenschulung und Gesundheitsbildung, Psychologische Beratung und Psychotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Soziale Arbeit, Nachsorge und eHealth – stellen insbesondere versorgungsübergreifende Konzepte einen wichtigen Gegenstand rehabilitationswissenschaftlicher Auseinandersetzung dar. Dazu gehören rehabilitationsrelevante Klassifikationssysteme, besondere Versorgungskonzepte, die Integration rehabilitativer Versorgung in weitere Versorgungsbereiche, Qualitätssicherung, Diversität sowie Interaktion und Kommunikation. Dieser Teil schließt mit einer Einführung in zwölf unterschiedliche Zielgruppen bzw. Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation.

Es wird dabei deutlich, dass trotz des Umfangs dieses Werkes es sich immer nur um eine Einführung handeln kann. Wir als Herausgeber mussten unseren Autorinnen und Autoren zumuten, ihr Interessens- und Forschungsgebiet auf nur wenigen Seiten darzustellen – das musste den Allermeisten schwerfallen, und unser Dank geht an alle Autorinnen und Autoren und hoffen auch im Sinne aller Leserinnen und Lesern das richtige Maß an Tiefe, Beleg, Ausführlichkeit und Differenzierungsgrad für das Lehrbuch gewährleisten zu können.

Ein Lehrbuch setzt unweigerlich Schwerpunkte, die sich aus der beruflichen Biografie der Herausgeber ergeben. Primär werden in den Kapiteln Aspekte der medizinischen Reha-

bilitation von chronisch kranken Menschen thematisiert, greifen aber an verschiedenen Stellen Aspekte der beruflichen und sozialen Rehabilitation mit auf. Die Erstellung dieses Buches konnte wichtigen Entwicklungen der Coronapandemie mit ihren Auswirkungen auf die Rehabilitation und auch die Rehabilitationswissenschaften noch nicht behandeln. Uns war es wichtig, die Kernmerkmale der modernen rehabilitativen Versorgung und der Rehabilitationswissenschaften in ihren grundlegenden und definierenden Merkmalen zu charakterisieren, die im Wesentlichen unabhängig von den besonderen Herausforderungen in Zeiten der Pandemie maßgeblich sind.

Es bleibt uns an dieser Stelle ganz herzlich zu danken: an erster Stelle allen Autorinnen und Autoren für ihre wundervollen Beiträge, ihre Geduld und ihre Disziplin in den verschiedenen Phasen der Erstellung dieses Buches. Und ganz wichtig: wir haben wieder viel von Euch und Ihnen lernen dürfen! Ein besonderer Dank geht zudem an das Freiburger Team mit Katharina Schade und Lia York sowie an das Bielefelder Team mit Betül Hazim für die akribische Erstellung von Übersichten und Durchsichten von Texten und Literaturverzeichnissen, und Nadja Scheiblich für die Unterstützung bei Übersetzungen. Ein besonderer Dank geht an Frau Barbara Müller vom Hogrefe-Verlag, die immer mit viel Überblick und mit Geduld gekoppeltem Enthusiasmus zum Gelingen dieses umfassenden Buchs beigetragen hat.

Bielefeld und Freiburg im Januar 2022  
Thorsten Meyer, Jürgen Bengel, Markus Wirtz





# I Theoretische Grundlagen der Rehabilitation



# I.A

## Konzeptuelle Grundlagen der Rehabilitation

Rehabilitation greift auf geteilte Vorstellungen der an der Rehabilitation Beteiligten zurück. Die folgenden drei Beiträge greifen Themen auf, die als zentrale konzeptuelle Grundlagen der Rehabilitation gelten können. Das Verständnis von Rehabilitation als Gegenstand der Rehabilitationswissenschaften steht hier im Fokus, und es wird deutlich, dass dieses Verständnis aktuell im Wandel ist und einer Annäherung aus verschiedenen Perspektiven bedarf. Eine konzeptuelle Grundlage aktueller Definitionen, sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Diskurs, stellt das Modell der funktionalen Gesundheit der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähig-

keit, Gesundheit und Behinderung (ICF) der WHO dar, dem ein eigenes Kapitel gewidmet ist. Zentral ist hier das Verständnis von Funktionsfähigkeit – *functioning* – als primär Zieldimension von Rehabilitation. Dieser Teil des Lehrbuchs setzt allerdings noch einen Schritt vor der Rehabilitation an und beginnt mit der grundsätzlichen Frage nach Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Wann ist ein Mensch gesund, wann ist er krank? An welchen Punkten beginnt die Behandlungsbedürftigkeit? Diese Vorstellungen prägen den Umgang mit den Menschen in der Rehabilitation, die ihre Zielgruppe konstituieren.

# I.A.1 Modelle von Gesundheit und Krankheit

Heike Ohlbrecht

Gesundheit und Krankheit sind Themen, die die Menschen seit jeher bewegten. In früheren Zeiten war das pure Überleben davon abhängig, von Krankheiten verschont zu bleiben bzw. diese zu überstehen. Krankheiten zählten zu den großen Plagen der Menschheit. Um ihre Entstehung und Vermeidung rankten sich zahlreiche Mythen und Versuche ihrer Erklärung: Sie wurden als göttliche Botschaften und Strafen, als schicksalhaft oder als abhängig von Gestirnen etc. interpretiert. Auch die Gesundheit galt als kaum beeinflussbar. In der griechischen Antike beispielsweise wurde sie als ein äußeres Gut, vergleichbar mit vererbtem Reichtum, Ansehen sowie körperlicher Kraft und Schönheit, verstanden (van der Eijk, 2011), das sich der individuellen Kontrolle weitgehend entzog. Dieses Kapitel thematisiert unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit. Es zielt auf folgende Fragen:

- Worauf basieren die Auffassungen von Gesundheit und Krankheit?
- Worin unterscheiden sich biomedizinische von biopsychosozialen Krankheitsmodellen?
- Welche Krankheitsdimensionen lassen sich voneinander unterscheiden?
- Was zeichnet Modelle von Gesundheit aus?
- Welches Gesundheitsmodell prägt die Rehabilitation?

## I.A.1.1 Grundlagen des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, die nur in ihrer Dualität zu verstehen sind. Beide Begriffe eint, dass deren Definition von der professionellen Deutung, der soziokulturellen Umwelt, den Alltags- und Laientheorien sowie der subjektiven Einschätzung abhängig ist.

Im Alltagsverständnis ist Gesundheit gegeben, wenn keine Krankheit vorliegt bzw. keine krankheitswertigen Symptome das Wohlbefinden beeinträchtigen. Aber Krankheitserfahrungen sind sehr unterschiedlich, beispielsweise ist die Unterscheidung zwischen gesund vs. krank nicht einfach, wenn es sich um eine schleichende oder chronisch-persistierende Erkrankung handelt. Es gibt zudem eine Kluft zwischen der objektiv feststellbaren Erkrankung im Sinne eines Befundes und dem subjektiven Empfinden der Betroffenen. Dies ist nicht die einzige unscharfe Trennlinie: Auch die Frage, wann und welche Krankheitszeichen als objektivierbare Diagnosen anerkannt werden, ist ein vielgestaltiger Aushandlungsprozess. Neben, aber nicht unabhängig von professionellen Kategorien sowie Definitionen von Gesundheit und Krankheit, z. B. durch die Medizin, bestimmt auch das Alltagsverständnis von Gesundheit und Krankheit und die dazugehörigen Laien- bzw. Alltagstheorien den Umgang mit diesen Phänomenen.

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur biomedizinische, sondern auch soziale Tatbestände (Gadamer, 1990) und soziale Konstruk-

tionen (Faltermaier, 2017), d.h., es sind nicht nur Zustände, die individuell erfahrbar und durch die Medizin objektiv beschreibbar sind, sondern sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf überindividuelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit rekurren, die unabhängig vom einzelnen Erleben vorhanden sind, sich im gesellschaftlichen Wissensvorrat abgelagert haben und dadurch das Handeln und Denken aller Beteiligten beeinflussen. Zu Gesundheit und Krankheit als soziale Tatbestände gehören nicht nur die Medizin, die Kliniken, Ärztinnen und Ärzte sowie die Gesundheitsberufe, sondern auch kulturelle Praktiken und soziale Repräsentationen (Flick, 1998) im Sinne von gesellschaftlich geteilten Überzeugungen, die historisch und soziokulturell variabel sind. Jede Krankheitsdiagnose gibt immer auch die medizinische Sichtweise und die soziokulturelle Einstellung einer bestimmten Epoche wieder. So spiegeln sich die zentralen Annahmen einer Epoche „[...] auch im Verständnis von Gesundheit und Krankheit; es zeigt sich darin, wie sich die Menschen einer Epoche ihre Krankheiten erklären, wie sich eine Gesellschaft organisiert, um die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, welche gesellschaftlichen Institutionen und Spezialisten sie dafür vorsieht und ausbildet, wie viele Ressourcen sie dafür einsetzt“ (Faltermaier, 2017, S. 49).

Der historische Blick zeigt, dass sich Krankheitskonzepte und die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit kontinuierlich wandeln (Herzlich & Pierret, 1991), sodass es bis heute keinen überzeitlichen Krankheits- und noch weniger Gesundheitsbegriff gibt, möglicherweise auch nicht geben kann.

### I.A.1.2 Historische Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs

Jede gesellschaftliche Entwicklungsphase hat ihre eigenen Vorstellungen über Gesundheit, ihre spezifischen Ansichten sowie Modelle

über Krankheitsentstehung, -vermeidung und -behandlung, die sich z. T. auch widersprechen können. Im Mittelalter wurden beispielsweise ungünstige Stellungen der Planetenkonstellationen als Ursache für Pestausbrüche angesehen oder Krankheiten als göttliche Strafen und Mahnungen gedeutet. Ein Denkmodell, welches in der Antike entstand und bis ins 18. Jahrhundert sehr wirkmächtig bleiben sollte, umfasste die Vorstellung von vier Körpersäften, deren jeweilige Mischung und Konstitution die Gesundheit beeinflusst und Krankheiten verursacht (Humoralpathologie).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann sich die naturwissenschaftliche Vorstellung von Krankheit durchzusetzen und damit die Betrachtung von Krankheiten als Folge pathologischer Organveränderungen. Die naturwissenschaftliche Wende der Medizin wird insbesondere mit der von Rudolf Virchow (1821–1902) begründeten Zellularpathologie in Verbindung gebracht. Seither setzt sich das (bio)medizinische Krankheitsmodell durch, das auch heute noch für das *kurative* Gesundheitsversorgungssystem wirkmächtig ist, welches sich auf die Behandlung von Krankheiten fokussiert (Faltermaier, 2017; Franke, 2012). Damit endete historisch eine Phase der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als zusammenhängende Phänomene. Diese Sichtweise war bis Mitte des 19. Jahrhunderts durchaus vorhanden, z.B. in Form der *Diätetik*, als ein Programm für eine gesunde Lebensweise, das durch Ärzte wie Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836) etc. propagiert wurde.

Die naturwissenschaftlich geprägte Medizin rückte nun die Betrachtung von Krankheit und deren lokalisierbare Ursachen, die es in den Organen zu verorten und/oder auf immer kleineren Ebenen des Gewebes, der Zellen, Moleküle und Enzyme etc. zu untersuchen und zu objektivieren galt, ins Zentrum ihrer Aufmerksamkeit. Dies führte in der Konsequenz dazu, dass „die Krankheit von der Person und ihrem Leben“ getrennt wurde, da Krankheit immer mehr als ein Defekt in den menschlichen Orga-

nen angesehen wurde (Faltermaier, 2017, S. 51). Ein ganzheitlicher Blick auf den erkrankten Menschen ging tendenziell immer mehr verloren, da die naturwissenschaftliche Medizin sich auf den menschlichen Körper und dessen immer kleinere Einheiten fokussierte.

Der Gesundheitsdiskurs ist historisch jünger als der Krankheitsdiskurs. Auch wenn es bereits in der Antike Überlegungen zur Gesundheit gab – und in diesem Zusammenhang zur guten und maßvollen Lebensführung –, war das ärztliche Handeln seit jeher v. a. auf das Erkennen und Abwehren von Krankheiten gerichtet. Die Mehrzahl der bekannten Modelle befasst sich somit mit Krankheit und weniger mit Gesundheit (Franke, 2012). Das Verständnis von Gesundheit/Krankheit ist nicht nur historisch und kulturell variabel, sondern unterscheidet sich je nach Perspektive (naturwissenschaftlich-somatisch; medizinisch-biologisch, psychologisch, soziologisch, juristisch, politisch, gesundheitswissenschaftlich). Im Folgenden werden eine Auswahl der unterschiedlichen disziplinären Perspektiven wie auch eine historische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit vorgestellt (vgl. zur weiterführenden Lektüre Franke, 2012; Herzlich & Pierret, 1991). Bei den ausgewählten Modellen handelt es sich gleichwohl um die derzeit wirkmächtigsten.

### I.A.1.3 Krankheitsmodelle

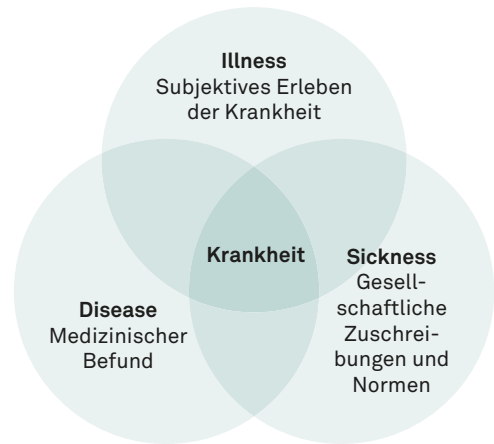
In modernen Gesellschaften ist Krankheit dasjenige Ereignis, das ärztliches Handeln auslöst und damit den „Urgrund der sozialen Institution Medizin“ (Franzkowiak, 2018) darstellt. Im medizinischen Diskurs wird Krankheit als Störung der normalen Funktion der Organe verstanden und es ist „[...] die Aufgabe der medizinischen Diagnostik, aus der Messung unterschiedlicher somatischer Parameter und der Abwägung ihrer Ergebnisse möglichst zuverlässig die Diagnose einer Krankheit vorzunehmen“ (Faltermaier, 2017, S. 39). Für die Medi-

zin bedeutet Krankheit daher Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten (Franzkowiak, 2018). Aus soziologischer Sicht wurde Gesundheit als Voraussetzung für sozialen Status und Erfolg definiert oder als die Fähigkeit, gesellschaftliche Aufgaben und Rollen (z. B. die Berufsrolle) adäquat auszuführen (Parsons, 1964). Somit kann Krankheit als Störung oder Abweichung von den normalen Bedingungen sowohl der biologischen als auch der sozialen menschlichen Existenz verstanden werden. Aus strukturfunktionalistischer Sicht ist Gesundheit eine der funktionalen Vorbedingungen der Mitglieder sozialer Systeme, Krankheit ist hingegen dysfunktional. Die Medizin betrachtet „[...] zwar Krankheit auch strukturellfunktional, tut dies jedoch primär auf der biologisch-organismischen Ebene“ (Radoschewski, 2000, S. 168).

Ein wirkmächtiges Paradigma ist in diesem Zusammenhang das *biomedizinische Krankheitsmodell*, welches sich im Zuge der naturwissenschaftlichen Wende der Medizin durchgesetzt hat. Ende des 19. Jahrhunderts konnte anhand der Keimtheorie nachgewiesen werden, dass Mikroorganismen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten haben. Diese Entdeckung führte zu der Annahme, dass jede Störung ein typisches Symptombild in sich trägt und es eine direkte kausale Verbindung zwischen dem Einfluss von Mikroorganismen und der Entstehung von Krankheiten gibt (Roch & Hampel, 2019). Das durch Robert Koch (1843–1910) begründete Infektionsmodell zur Erklärung der Entstehung von Krankheiten sowie andere Modelle, die die verursachenden Faktoren weniger in äußeren Erregern als auf konstitutionsspezifischer, genetischer, enzymatischer, immunologischer etc. Ebene verorten, zählen zu den klassischen biomedizinischen Modellen. Krankheit ist in der Tradition dieses Paradigmas ein rein körperliches/biologisches Geschehen. Der kranke Mensch wird lediglich als Instanz eines pathologischen Prozesses angesehen und der „[...] körperlich-somatische Teil und der psy-

chische Teil des Menschen werden *getrennt* betrachtet“ (Faltermaier, 2017, S. 55).

Angeichts der Beschränkung des biomedizinischen Modells auf das Verständnis von Krankheit als ein körperliches Phänomen und der Vernachlässigung der sozialen, psychischen und verhaltensbezogenen Aspekte von Krankheiten sowie der Trennung von Körper und Psyche (Leib-Seele-Dualismus) forderte der amerikanische Sozialmediziner George L. Engel in den 1970er-Jahren ein neues Modell zur Betrachtung von Krankheit (Engel, 1977). Das *biopsychosoziale Modell*, welches Engel in die Diskussion einbrachte, beruht auf der Auffassung, dass eine Abweichung von der Norm beispielsweise keine hinreichende Erklärung für das Auftreten von Krankheit ist, denn das individuelle Erleben der Krankheit spielt eine ebenso entscheidende Rolle. Krankheit ist nach diesem Modell nicht mehr länger etwas, das passiv hingenommen wird, sondern es bestehen Möglichkeiten, über die psychischen und sozialen Faktoren auf das Erkrankungsrisiko oder bei bestehenden Krankheiten auf den weiteren Verlauf aktiv Einfluss zu nehmen, d.h., das aktiv handelnde Individuum rückt stärker in den Mittelpunkt der Betrachtung (Roch & Hampel, 2019). Engel thematisierte dies folgendermaßen: „Um eine Grundlage für das Verständnis von Krankheitsdeterminanten und für die Einführung zweckmäßiger Formen der Behandlung und der Gesundheitsversorgung abzugeben, muss ein medizinisches Modell auch den Patienten mit einbeziehen, den sozialen Zusammenhang, in dem er lebt [...]“ (Engel, 1977, S. 132). Dieser Paradigmenwechsel hin zu einer biopsychosozialen Betrachtung von Krankheit trägt daher dem Umstand Rechnung, dass sich das Phänomen Krankheit innerhalb von drei Bezugssystemen konstituiert: dem subjektiven Erleben der Beschwerden und Beeinträchtigungen, der medizinischen Beobachtung und Diagnostik der Befunde sowie der gesellschaftlich-sozialen Zuschreibung und Codierung der Krankheit und Krankenrolle (bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und sozialrechtli-



**Abbildung I.A.1.1:** Drei Dimensionen von Krankheit

chen Komponenten). So ist, wie in Abbildung I.A.1.1 dargestellt, der objektive Tatbestandteil der Krankheit (*Disease*) vom Zustand des subjektiv erlebten Krankseins (*Illness*) und von der sozialen Rolle der erkrankten Person (*Sickness*) zu unterscheiden.

Auf dem biomedizinischen sowie dem biopsychosozialen Krankheitsmodell beruhen derzeit die wirkmächtigsten Annahmen zum Verständnis von Krankheiten. Krankheit wird in medizinischen Lehrbüchern aus biomedizinischer Sicht weiterhin als objektiv verifizierbare Störung von körperlichen Funktionen oder Systemen verstanden, die auf eine erkennbare Ursache zurückzuführen und von einer feststellbaren Gruppe von Anzeichen und Symptomen begleitet ist. Auch wenn es mittlerweile zum *Mainstream* gehört, sich auf das biopsychosoziale Krankheitsmodell zu berufen, welches das reduktionistische biomedizinische Modell abgelöst haben sollte, machen sozialwissenschaftlich orientierte Autorinnen und Autoren deutlich, „[...] dass der ausgerufene Paradigmenwechsel von einer biomedizinischen zu einer holistischen, biopsychosozialen Medizin kaum stattgefunden hat“ (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 11). Gegen eine einseitige somatisch-biologische Betrachtungsweise spricht die Doppelbestimmtheit von Krankheit, denn jede

Krankheit ist gleichzeitig ein organisches Prozessgeschehen wie auch eine spezifische soziale Lebensform, die von den betroffenen Personen gedeutet werden muss. Die medizinisch-körperliche Seite des Krankheitsgeschehens ist nach Uta Gerhardt (1976) nur ein Teilaspekt des Krankheitsmanagements, welches sich in dem Begriff der Patientenkarriere, als ein Alternieren zwischen Patientendasein und Post- bzw. Prä-Patientenstatus, besser begreifen lässt. Eine pathogenetische, am dominanten biomedizinischen Krankheitsmodell der Medizin orientierte Sichtweise von Gesundheit/Krankheit greift darüber hinaus zu kurz, da Gesundheit und Krankheit nicht klar voneinander unterschieden werden können und Krankheit nicht allein biologisch-organisch verursacht ist, sondern auch gesellschaftlich produziert und subjektiv – z.B. in der Krankheitsbewältigung – gedeutet wird. Durch die Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen, die einen langen und phasenhaften Verlauf haben, ist der Begriff der Krankheit inzwischen uneindeutig geworden. Die ambivalente Dynamik des medizinischen Fortschritts führt beispielsweise zu „gesünderen“ chronisch Kranken (Aronowitz, 1998) und gleichzeitig zu potenziell kranken Gesunden (z.B. durch Medikalisierungsprozesse in der Gesellschaft). Mit dem vermehrten Auftreten von chronischen Erkrankungen wird das Leben mit diesen (chronisch-degenerativen) Krankheiten (als medizinisch-diagnostische Entitäten) typisch: „Wesentlich wird dann, ob und wie prävalente Krankheiten oder Gesundheitsstörungen sich für die Betroffenen auswirken und wie diese Wirkungen verhindert, reduziert oder verzögert werden können oder anders ausgedrückt, welche Qualität der gewonnenen Lebenszeit gegeben wird“ (Radoschewski, 2000, S.166). Der tradierte medizinische Krankheitsbegriff als Abweichung von biologischen Normen (strukturellen oder funktionalen), insbesondere auch bei der Betrachtung und Behandlung von psychischen Erkrankungen, greift daher zu kurz und Fragen der Sicherstellung einer gesundheitsbe-

zogenen Lebensqualität über die Lebensspanne im Sinne beispielsweise der rehabilitationsmedizinischen Perspektive werden immer bedeutender.

#### I.A.1.4 Gesundheitsmodelle

Gesundheit ist als Phänomen schwer zu fassen. So richtig in den Blick rückt sie erst im Vergleich zu ihrem vermeintlichen Gegenteil, zur Krankheit. Im Alltagsverständnis scheint Gesundheit vorzuliegen, wenn Krankheit fehlt. Bei genauerem Hinsehen ist Gesundheit jedoch nicht einfach nur die Abwesenheit von Krankheit, denn wer diagnostiziert krank ist, kann sich nichtdestotrotz gesund fühlen, wie auch umgekehrt gilt, wer sich gesund fühlt, kann dennoch krank sein. Was Expertinnen und Experten als objektive Befunde heranziehen, muss sich mit dem subjektiven Erleben von Betroffenen nicht decken. Hans-Georg Gadamer hat es treffend so formuliert: „Gesundheit ist nicht etwas, das sich bei der Untersuchung zeigt, sondern etwas, das gerade dadurch ist, dass es sich entzieht“ (Gadamer, 1990, S. 40). Da die Medizin lange Zeit fast ausschließlich auf Krankheit ausgerichtet war, standen Fragen nach der Gesundheit nicht im Mittelpunkt: „Gesundheit war gewissermaßen eine Grenzkategorie, die Krankheit ihre *Negativität*, weshalb man von einem *negativen* Gesundheitsbegriff sprechen kann“ (Wils & Baumann-Hölzle, 2019, S. 33). Der Übergang von einem negativen Gesundheitsbegriff hin zu einem positiven, ressourcenorientierten Gesundheitsbegriff, d.h. einer „[...] Transposition von einer auf Schadensbegrenzung und Schadensreparatur gerichteten Praxis auf eine gesundheitsförderliche und gesundheitsoptimierende Sichtweise“ (ebd., S. 34), vollzog sich allmählich.

Die bekannteste moderne Umschreibung von Gesundheit, jenseits eines pathogenetischen Zugriffs, findet sich erstmals in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948: „Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, seelischen



und sozialen Wohlbefindens [engl.: *well-being*] und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen. Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Lage, sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen“ (World Health Organization, 1948). In dieser zukunftsweisenden Definition kam bereits früh zum Tragen, dass Gesundheit nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit beschrieben werden kann, sondern sich als Wohlbefinden auf unterschiedlichen Ebenen – der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene – ausdrückt. Mit diesem Gesundheitsbegriff wird nicht behauptet, Gesundheit sei mit Wohlbefinden identisch, sondern mit dieser Definition trägt die WHO dem Umstand Rechnung, dass Gesundheit – mit ihren physischen, psychischen und sozialen Aspekten – für Wohlbefinden von Belang ist. Auch wenn diese Definition aufgrund ihres utopischen, statischen sowie perfektionistisch-überhöhten Charakters stark kritisiert wurde, gelang es mit dieser Definition, ein neues Konzept von Gesundheit einzuführen und die einseitig biologischen Modelle, die von psychischen und sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit absahen, abzulösen.

Mit der salutogenen Wende, angestoßen durch den amerikanisch-israelischen Soziologen Aaron Antonovsky, setzte sich seit den 1970er-Jahren ein erweitertes Verständnis von Gesundheit durch, welches überaus wirkmächtig wurde. Im Gegensatz zum pathogenetischen biomedizinischen Blick, welcher nach der Verursachung von Krankheit fragt, rückte Antonovsky die Frage danach, was Menschen gesund erhält, in den Vordergrund. Antonovsky (1997) wies darauf hin, dass statt der dichotomen Einteilung in gesund vs. krank die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als ein dynamisches Kontinuum entlang dieser beiden Pole ein besseres Verständnis ermöglichen. Das Kontinuum bewegt sich zwischen den Polen von maximaler und minimaler Gesundheit (Faltermaier, 2017). Menschen sind in der

Regel nie völlig gesund oder krank, sondern auch gesunde Menschen kennen Anteile von Krankheit bzw. Missempfindungen, ebenso wie kranke Menschen auch gesunde Anteile in sich tragen. Das Modell der Salutogenese fragt danach, wie die Gesundheit gestärkt werden kann und warum Menschen trotz widriger Umstände dennoch gesund sein können sowie welche Widerstandsressourcen auf unterschiedlichen Ebenen (individuell, sozial und kulturell) dafür notwendig sind. Es gehört zur Grundüberzeugung des Salutogenesemodells, dass Stressoren und Risiken zum Leben dazugehören und es nicht darum geht, diese vollständig auszuschließen. Eine zentrale Einflussgröße für die Frage, an welcher Stelle des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit sich Menschen verorten, ist der Kohärenzsinne. Dieser wird von Antonovsky als eine biografische Disposition von Individuen beschrieben: Es handelt sich um „eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann“ (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 29). Der Kohärenzsinne führt dazu, dass das Leben als geordneter, verstehbarer und bewältigbarer Prozess wahrgenommen werden kann, der nicht frei von Stressoren ist. Vielmehr wird die Frage nach den erforderlichen Widerstandsressourcen relevant, um diesen Stressoren begegnen zu können. In der Folge des Salutogenesemodells verstärkte sich die Aufmerksamkeit für Fragen der Gesundheitsförderung und die Erforschung von Schutz- sowie Resilienz-faktoren und Gesundheitsressourcen nahm einen Aufschwung.

Mit der Ottawa-Charta der WHO von 1986 setzte sich ein neues gesundheitspolitisches Leitbild durch, welches diese Gedanken aufgreift und von der Verhütung von Krankheiten

auf die Förderung der Gesundheit umstellt. In diesem Dokument wird erstens im Hinblick auf die Aufrechterhaltung und Hervorbringung von Gesundheit das aktiv handelnde Subjekt in den Vordergrund gerückt und zweitens die Förderung von Gesundheit in den jeweiligen sozialen Umwelten zum neuen gesundheitspolitischen Leitbild erhoben. Damit wird Gesundheitsförderung nicht mehr primär als Verhütung von Krankheiten verstanden, sondern die spezifischen sozialen Lebensumstände, die Gesundheit fördern, aber auch bedrohen können, rücken in den Fokus der Aufmerksamkeit: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (World Health Organization, 1986).

Dieser Ansatz erfährt in den nächsten Jahren weitere Differenzierungen (z.B. Jakarta-Deklaration 1997, Bangkok-Charta 2005), um das Ziel, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auf unterschiedlichen Settingebenen, zu erreichen, aber auch eine weitere Schärfung des Gesundheitsbegriffs in Richtung eines dynamischeren Verständnisses zu erzielen. Das WHO-Regionalbüro für Europa weist in diesem Zusammenhang auf die Unterscheidung zwischen objektivem und subjektivem Wohlbefinden hin. Ersteres verweist zunächst und v.a. auf die Lebensbedingungen von Menschen und ihre Chancen, ihr „[...] größtmöglichstes Gesundheitspotenzial zu verwirklichen“ (World Health Organization, 1986). Subjektives Wohlbefinden ist hingegen mit den tatsächlichen Lebenserfahrungen und, darauf aufbauend, mit den faktischen Vorstellungen von einem gelingenden Leben verknüpft. Mit dieser Unterscheidung lehnt sich

die WHO implizit an den von Amartya Sen und Martha Nussbaum Ende der 1980er-Jahre entwickelten Fähigkeitenansatz an – dem sog. *Capability Approach*. Im Rahmen dieses Ansatzes werden anstelle von materiellem Reichtum (z.B. Einkommen), Nutzen (z.B. Freude, Wunscherfüllung) oder Grundgütern die positiven Freiheiten und Fähigkeiten eines Menschen, das von ihm „[...] mit guten Gründen geschätzte Leben“ tatsächlich führen zu können (Sen, 2005, S. 94), in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Fähigkeiten versteht Sen dabei als „Funktionsweisen“ – genauer: als die Fähigkeit einer Person, die Dinge tun zu können, die sie aus guten Gründen mag, und die sein zu können, die sie gerne sein möchte (ebd., S. 95). Der Fokus liegt also nicht beim Lebensunterhalt, sondern bei den tatsächlichen *Verwirklichungschancen*, was in den Augen der WHO die Chance auf eine gesundheitsförderliche Lebensweise unabdingbar einschließt. Gesundheit stellt im Rahmen des Capability Approach also eine „basic capability“ dar (Nussbaum, 1999, S. 57). In dieser Tradition steht auch der Gesundheitsbegriff, wie er von Hurrelmann (2010) entwickelt wurde. Demnach ist Gesundheit ein Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist dann ein Zustand, welcher einen Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude empfinden und erfahren lässt (Hurrelmann, 2010). Gesundheit ist, um es auf den Punkt zu bringen, „[...] the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical and emotional challenges“ (Huber et al., 2011, S. 62).

2001 verabschiedete die WHO die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Mit dieser Klassifikation steht eine international einheitliche Systematik für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit von Menschen zur Verfügung (vgl. Kap. I.A.3). Die ICF ermöglichte den Pers-

pektivwechsel hin zu einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und berücksichtigt auch konzeptuell bei der Einschätzung der Funktionsfähigkeit und damit einhergehender Teilhabechancen von Menschen den gesamten Lebenskontext. Mit der ICF verfolgt die WHO das Ziel, eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten zu ermöglichen. Das ICF-Modell wurde insbesondere für die medizinische Rehabilitation in Deutschland sehr wirkmächtig, denn die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX als übergeordnetes Ziel der Rehabilitation eine neue Gewichtung erhalten (vgl. Kap. I.A.2).

### I.A.1.5 Ausblick

Es gibt trotz umfangreicher Bemühungen und einer langjährigen Diskussion keinen Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff, auf den sich alle Beteiligten einigen konnten. War Gesundheit früher ein Appendix des Krankheitsbegriffs, so setzt sich mehr und mehr ein dynamischer sowie ressourcenorientierter Gesundheitsbegriff durch. Trotz des postulierten Paradigmenwechsels von der Patho- zur Salutogenese muss jedoch konstatiert werden, dass der Diskurs nach wie vor durch eine krankheitsorientierte medizinische Betrachtung dominiert wird: „Obwohl sich also durch die genannten Schwerpunktverschiebungen ein positives Gesundheitsideal herausgebildet hat, bleibt die Salutogenese in der Medizin weitgehend ungenutzt“ (Gangl, 2015, S. 4). Es gibt aber Kräfteverschiebungen im medizinischen Feld. Angesichts der Veränderung im Krankheitspanorama, insbesondere der Zunahme von chronischen Erkrankungen, werden die Bereiche der präventiven, rehabilitativen und auch unterstützenden Medizin immer bedeutsamer. Die Rehabilitationsmedizin und die rehabili-

tative Versorgung basieren aufgrund ihres ICF-Bezuges und des Auftrages, Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen, auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und adressieren ihre Maßnahmen stärker an die individuelle Lebens- und Teilhabesituation von Menschen.

Insgesamt betrachtet ist der Wandel von der biomedizinischen zur biopsychosozialen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit jedoch noch nicht vollständig vollzogen. Dieser ist jedoch zwingend erforderlich, da die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit in spätmodernen Gesellschaften fließender wird und der Wandel im Krankheitsspektrum zu neuen Herausforderungen, insbesondere auch auf Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses, der medizinischen Versorgung und des Lebens mit bedingter Gesundheit bzw. Krankheit, führt.

Gesundheit und Krankheit haben jeweils eine objektive, subjektive und soziale Dimension. Ob Menschen sich als gesund oder krank empfinden, muss mit dem objektiven medizinischen Tatbestand jedoch nicht übereinstimmen und auch die soziale Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit ist in hohem Maße einem Wandel unterlegen. Es scheint nach wie vor leichter zu sein, Krankheiten zu identifizieren, als über Gesundheit nachzudenken. Möglicherweise setzt sich auch – trotz aller Fortschritte im Ringen um eine theoretische Fundierung des Gesundheitsbegriffs – wieder stärker eine reduktionistische Tendenz durch, wie einige Autorinnen und Autoren befürchten, da Krankheiten heute in einem nicht gekanntem Ausmaße auf einzelne biochemische Mechanismen und molekulare Zielbestimmungen zurückgeführt werden können (Wils & Bauman-Hölzle, 2019), womit die Subjektivität der Krankheitserfahrung wieder ins Hintertreffen gerät und ein holistischer, salutogener Ansatz aus dem Blick geraten könnte. Andererseits werden die komplexen Entstehungsbedingungen von Krankheiten und deren Verbreitung wie auch soziale Folgen durch Ausbrüche

wie beispielsweise die COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 neu vor Augen geführt und ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Krankheiten und deren Entstehungsmechanismen auf biologischer, psychologischer und gesellschaftlich-sozialer Ebene zu verstehen, deren Folgen abzumildern und das Gesundheitshandeln positiv zu beeinflussen, wird immer dringlicher und ist eine medizinische wie auch gesellschaftliche Aufgabe.

In diesem Zusammenhang ist es wenig sinnvoll, Pathogenese und Salutogenese gegeneinander zu positionieren, sondern es gilt, nach einer integrativen Konzeption zu suchen, die beiden Herangehensweisen ihren Raum lässt, um Krankheit und Gesundheit zu verstehen. In den Etikettierungen „gesund“ und „krank“ schwingen immer auch empirisch-naturalistische, biologisch-medizinische als auch subjektiv-evaluative und sozial-normative Gesichtspunkte mit. Dies verlangt nach einer integrativen, multifaktoriellen, ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und warnt vor einer zu engen Betrachtungsweise dieser Phänomene.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Aronowitz, A. (1998). *Making sense of illness: Science, society and disease*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bengel, J. B., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flick, U. (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Franzkowiak, P. (2018). Krankheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 604–616). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Gadamer, H.-G. (1990). Philosophie und praktische Medizin. In H.-G. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge* (S. 121–132), Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gangl, V. (2015). „Gesundheit“ ist mehrdimensional: Grundlagen einer Gesundheitsbildung. *Magazin Erwachsenenbildung.at*, 24, 1–11. Verfügbar unter <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf>
- Gerhardt, U. (1976). Krankenkariere und Existenzbelastung. *Zeitschrift für Soziologie*, 5(3), 215–236. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1976-0302>
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1991). *Kranke gestern, Kranke heute*. München: C. H. Beck.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Nussbaum, M. C. (1999). *Gerechtigkeit oder das Gute Leben. Gender Studies*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Parsons, T. (1964). *Social structure and personalities*. New York: Free Press.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43(3), 165–189. <https://doi.org/10.1007/s001030050033>
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 1–19). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9>
- Roch, S. & Hampel, P. (2019). Modelle von Gesundheit und Krankheit. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 247–255). Berlin: Springer.
- Sen, A. (2005). *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- van der Eijk, P. (2011). Geschichte der Medizin. Gesundheit - Eigenverantwortung oder Schicksal? *Deutsches Ärzteblatt*, 108(44), 2330–2332.
- Wils, J.-P. & Baumann-Hölzle, R. (2019). *Die normative Idee des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845280509>
- World Health Organization. (1948). *Satzung der Weltgesundheitsorganisation*. Genf: World Health Organization. Verfügbar unter <https://www.bgbl.de>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: World Health Organization. Verfügbar unter [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

## I.A.2 Definitionen der Rehabilitation und zentraler Begriffe

Thorsten Meyer, Jürgen Bengel und Markus Antonius Wirtz

Rehabilitationswissenschaften müssen wie jede Wissenschaft Rechenschaft über ihren Untersuchungsgegenstand und über die zentralen Begrifflichkeiten, die relevante sprachliche Abgrenzungen des Feldes ermöglichen, ablegen. Im ersten Teil dieses Beitrags wird eine Perspektive auf die Rehabilitation formuliert, die das Grundverständnis des Begriffs Rehabilitation für das vorliegende Lehrbuch charakterisiert. Diese Perspektive ist maßgeblich von einem gesundheitlichen, im engeren Sinne auch medizinischen Verständnis von Rehabilitation geprägt, sie ist zugleich offen für ihren Bezug zu weiteren Feldern der Rehabilitation. Diese Perspektive ist zudem kompatibel mit einem Verständnis von Rehabilitation, das seine Verankerung im deutschen Sozialrecht gefunden hat (vgl. Kap. I.C.4). Sie hat außerdem den Anspruch, die aktuell sehr aktive internationale Diskussion um den Rehabilitationsbegriff aufzugreifen und dafür anschlussfähig zu sein. Neben der Annäherung an den Begriff der Rehabilitation führen wir in einem zweiten Teil weitere prägende Begriffe und Konzepte der Rehabilitationswissenschaften ein.

- Was bedeutet *Rehabilitation* aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht?
- Welche Bedeutungen haben weitere, für die Rehabilitationswissenschaften zentrale Begriffe wie *Behinderung*, *Funktionsfähigkeit*, *Teilhabe*, *Inklusion*, *Partizipation*, *Selbstständigkeit*, *Selbstbestimmung*, *Lebensqualität*, *Salutogenese*, *Ressourcenorientierung*, *Empowerment*?
- In welchem Verhältnis stehen diese Begriffe und Konzepte zueinander?

### I.A.2.1 Rehabilitation

Es liegen verschiedene Zugänge zum Verständnis von Rehabilitation vor. Im Folgenden nähern wir uns der Rehabilitation im ersten Schritt über ihre Ausgestaltung in der Praxis, anschließend über das im deutschen Sozialrecht verankerte Verständnis. Daran anknüpfend stellen wir konzeptuelle Definitionen vor, die eine direkte Anschlussfähigkeit an ein internationales Verständnis von Rehabilitation und Rehabilitationswissenschaften ermöglichen.

#### I.A.2.1.1 Perspektive der Praxis

Um zu verstehen, was Rehabilitation *ist*, im Gegensatz zu dem, was sie sein *soll*, besteht ein Zugang zur Definition von Rehabilitation über die Praxis der Rehabilitation. Rehabilitation wäre in diesem Sinne genau das, was in einer Rehabilitationseinrichtung getan wird. Eine gute Beschreibung dieser Praxis entspräche dann der Bedeutung von Rehabilitation. Eine solche Definition hat allerdings ihre konzeptuellen Schwierigkeiten. Unter anderem werden in einer Rehabilitationseinrichtung Dinge getan, die auch im Bereich der Hausärzte und -ärztinnen, im Krankenhaus, oder auch in der ambulanten Physiotherapie üblich sind, sodass sich die Frage der Spezifität von Rehabilitation stellt. Mit anderen Worten: Nicht alles was in einer Rehabilitationseinrichtung passiert, ist auch Rehabilitation. Zugleich erfolgt Rehabilitation durchaus auch außerhalb der Mauern