

## Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

### VORTRÄGE ZUR FACHTAGUNG 2003

Forschungsprojekte zur stationären  
psychosomatischen Behandlung:  
Fragestellungen, Ergebnisse,  
therapeutische Umsetzung



**Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale**

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: [psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de](mailto:psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de)

[www.rhoen-klinikum-ag.com](http://www.rhoen-klinikum-ag.com)

# VORTRÄGE

## ZUR FACHTAGUNG 2003

Forschungsprojekte zur stationären  
psychosomatischen Behandlung:  
Fragestellungen, Ergebnisse,  
therapeutische Umsetzung



**Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale**

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: [psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de](mailto:psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de)

[www.rhoen-klinikum-ag.com](http://www.rhoen-klinikum-ag.com)

# Inhalt

	<b>Vorwort</b> .....	3
Kapitel 1	<b>Die sozialmedizinische Relevanz der Rehabilitation älterer Arbeitnehmer</b> .....	4
	<i>Dr. med. Hanno Irle</i>	
Kapitel 2	<b>Der Stellenwert berufsbezogener Probleme für die medizinische Rehabilitation</b> .....	14
	<i>Dr. med. Reinhard Legner</i>	
Kapitel 3	<b>Behandlungsrealität und Forschung Das Konzept der Psychosomatischen Klinik</b> .....	20
	<i>Dr. med. Rudolf J. Knickenberg</i>	
Kapitel 4	<b>Forschungsfragen und kooperative Forschungsansätze in der Psychosomatischen Rehabilitation</b> .....	33
	<i>Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel</i>	
Kapitel 5	<b>EDV-Training als Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation</b> .....	38
	<i>Dipl.-Psych. Christine Gerhard</i>	
Kapitel 6	<b>Berufsbezogene Gruppentherapie bei älteren Arbeitnehmern: Themen, Behandlungstechniken, Veränderungspotential</b> .....	45
	<i>Dr. phil. Dipl.-Psych. Lothar Schattenburg</i>	
Kapitel 7	<b>Diagnostik und Behandlung minimaler kognitiver Beeinträchtigungen</b> .....	50
	<i>Stefanie Wagner</i>	
Kapitel 8	<b>Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke: Eine Übersicht</b> .....	56
	<i>Dipl.-Psych. Jürgen Matzat</i>	
Kapitel 9	<b>Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke: Versorgungsangebot – Inanspruchnahme – Wirksamkeit</b> .....	60
	<i>Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel, Dr. med. Franz Bleicher</i>	
Kapitel 10	<b>Wie lassen sich mehr Patienten zur Bearbeitung berufsbezogener Probleme motivieren? Differenzierung und Optimierung berufsbezogener Therapieansätze</b> .....	68
	<i>Dr. phil. Dipl.-Psych. Lothar Schattenburg</i>	
Kapitel 11	<b>Die berufliche Belastungserprobung als therapeutisches Modul: Kurz- und langfristige Ergebnisse einer kontrollierten Studie</b> .....	76
	<i>Dipl.-Psych. Rüdiger Zwerenz</i>	
	<b>Autoren</b> .....	81

# Vorwort

An der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt sind seit 1997 seitens der Klinik durch Dr. med. Franz Bleichner und Dr. med. Dirk Gustson in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Manfred Beutel, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Justus Liebig Universität Gießen, Forschungsprojekte durchgeführt worden, die an der Schnittstelle von stationärer Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation die Effekte von beruflichen Belastungserprobungen und auf berufliche Konflikte bezogene Gruppentherapien überprüfen. Diese Projekte zu beruflichen Trainingsmaßnahmen wurden zwischenzeitlich weitgehend abgeschlossen. Forschungsansätze zu den Themen „Minimale kognitive Einbußen“ und „Selbsthilfegruppen“ sind 2002 begonnen worden.

Auf der Fachtagung am 12. Juni 2003 haben wir die Ergebnisse in Sachen berufliche Rehabilitation bzw. die Untersuchungsansätze zum Thema „Kognitive Einbußen bzw. Selbsthilfegruppen“ den Kosten- und Leistungsträgern sowie der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Allen Vortragenden und engagierten Diskutanten sei auch an dieser Stelle noch einmal gedankt. Die uns freundlicherweise zur Verfügung gestellten Manuskripte und Folien haben wir in diesem Band der Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt zusammengefasst. Er dokumentiert den Stand der Forschung und den erfolgreichen Abschluss der ersten Studien. Unsere Forschungsbemühungen müssten ohne den engagierten Einsatz aller Mitarbeiter und der bereitwilligen Mitarbeit der Patienten scheitern. Besonders erwähnt werden soll, stellvertretend für alle Mitarbeiter, Frau Vorndran, Sozialpädagogin, die in der Betreuung der Patienten, bei der Vermittlung und während der Durchführung der beruflichen Belastungserprobungen tätig war. Diese wären nicht durchführbar ohne die Bereitschaft zahlreicher Bad Neustädter Betriebe, die Praktikumsstellen in den unterschiedlichsten Berufszweigen anbieten.

Unser Dank gilt allen Beteiligten, und hier insbesondere der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen Essen, für die Förderung der Forschungsprojekte.

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg  
Ärztlicher Direktor

Jörg Rieger  
Geschäftsleitung

Dr. med. Franz Bleichner  
Chefarzt

Dr. Hanno Irle

## **Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:**

### **Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung**

#### **Die sozialmedizinische Relevanz der Rehabilitation älterer Arbeitnehmer**

Sehr geehrter Herr Rieger, sehr geehrter Herr Knickenberg,  
lieber Herr Legner; sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich für die Einladung zu dieser Fachtagung ganz herzlich bedanken. Die Terminierung dieser Veranstaltung ist von Ihnen, Herr Rieger, zweifellos glücklich gewählt: Die sozialmedizinische Relevanz der Rehabilitation älterer Arbeitnehmer: Dieses Thema hat in den letzten Wochen ja eine plötzliche Dynamik entwickelt, die bei der Planung der Veranstaltung für mich noch nicht absehbar war. Mit dem von der Rürup-Kommission präsentierten Vorschlag zur stufenweisen Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ist jetzt – zumindest vordergründig – eine Problematik in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt, die bislang eher tabuisiert worden ist.

#### **► DEMOGRAFISCHE VERÄNDERUNGEN UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF ARBEITSMARKT UND FRÜHVERRENTUNG**

Dass auf die bundesrepublikanische Gesellschaft erhebliche demografische Veränderungen zukommen, ist ja bereits seit geraumer Zeit bekannt. So hatte der Deutsche Bundestag schon im Jahr Oktober 1992 eine Enquête-Kommission eingesetzt, die den Namen „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ getragen hatte.

Im Schlussbericht der Enquête-Kommission, der im März 2002 vorgelegt wurde, sind die Probleme, die sich auf die Gesellschaft, insbesondere aber auch auf die Arbeitswelt, die Unternehmenskultur, aber auch die Auswirkungen auf Gesundheits- und Alterssicherungssystem beziehen, ausführlich erörtert worden.

Ohne weitere Zuwanderung wird die Bevölkerung in Deutschland bei gleich bleibender Geburtenziffer bis zum Jahr 2050 auf unter 60 Millionen, die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter von heute 46 auf 27 Millionen sinken. Die Proportionen im Altersaufbau werden sich deutlich zugunsten älterer Bevölkerungsschichten verschieben. 2040 wird die Hälfte der Bevölkerung über 50 Jahre und älter sein.

Gleichzeitig nimmt die Lebenserwartung der Menschen kontinuierlich zu. In den letzten 160 Jahren ist ein linearer Zuwachs von jährlich drei Monaten zu verzeichnen; während

dies anfangs durch geringere Säuglingssterblichkeit und Behandlung von Infektionskrankheiten vor allem die jüngeren und mittleren Altersstufen betraf, setzt sich dieser Trend inzwischen auch im sogenannten „dritten und vierten Alter“ fort.

Bis zum Jahr 2050 wird mit einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung in Deutschland um mindestens vier Jahre gerechnet. Ein jetzt geborenes Mädchen hat aufgrund der statistischen Berechnungen zu 45% die Chance, 100 Jahre alt zu werden.

Seit den 1980er Jahren (Kohorten 1923 und jüngere) hat sich der Zeitpunkt des Rentenzugangs dagegen kaum noch verändert. Allerdings haben sich erhebliche Verschiebungen zwischen den Rentenarten ergeben. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei Altersrenten betrug im Jahr 2001 für Männer 62,6 Jahre und 62,9 Jahre für Frauen. Es hat sich damit in den letzten Jahren – ausgehend von 62 Jahren als Ausgangsbasis 1998 – zwar nur geringfügig, aber kontinuierlich erhöht. Bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit betrug das Rentenzugangsalter im Jahr 2001 bei den Männern 52,02 Jahre und bei den Frauen 50,20 Jahre. Das faktische Rentenzugangsalter liegt damit heute bei 60,13 Jahren (Männer) bzw. bei 60,94 Jahren (Frauen).

Wie allgemein bekannt, führen die geburtenstarken Jahrgänge nicht nur zu Ungleichgewichten in der Altersverteilung der Bevölkerung, sondern demnächst auch im Arbeitskräfteangebot. Letzteres wird zunächst nur gering absinken, da die geburtenstarken Jahrgänge vorerst im erwerbsfähigen Alter bleiben. Allerdings ist diese zahlenmäßige Konstanz mit einer starken internen Alterung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter verbunden. Wenn diese Altersjahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden, steht ein wesentlicher Teil des heutigen Arbeitskräfteangebotes nicht mehr zur Verfügung und wird auch nicht vollständig ersetzt werden.

Diese absehbaren Veränderungen stehen allerdings in deutlichem Widerspruch zur bisherigen Entwicklung in der Arbeitswelt. Hier hat sich in den letzten Jahren eine scheinbar paradoxe Entwicklung abgezeichnet: Während die Bevölkerung insgesamt altert, sind die Belegschaften immer jünger geworden. So hat sich etwa in der Industrie gerade in den letzten Jahren der Anteil der Älteren an den Beschäftigten durch die „altersselektive“ und jugendzentrierte Personalpolitik der Betriebe drastisch vermindert. Bis dato ist die Frühverrentung ja auch ein – von der Politik durchaus gewünschtes – Mittel der Arbeitsmarktpolitik gewesen, um damit die bestehende Arbeitslosigkeit in gesellschaftlich akzeptabler Form zu mindern.

Dies gilt auch für die vorzeitige Berentung wegen Erwerbsminderung. Die arbeitsmarktbedingten Berentungen bei Erwerbsminderung haben in den vergangenen Jahrzehnten einen beträchtlichen Umfang eingenommen. Durch den weitgehend verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt ist ihr Anteil derzeit auf etwa 20 bis 30% zu beziffern. Insbesondere Versicherte mit teilweise eingeschränktem, aber nicht aufgehobenem qualitativen und quantitativen Leistungsvermögen haben bei fehlendem Arbeitsplatz von dieser Möglichkeit, aus dem

Erwerbsleben auszuscheiden, in den letzten Jahren erheblichen Gebrauch gemacht. Und dies – obwohl sie zum Zeitpunkt der vorzeitigen Berentung aus medizinischer bzw. gutachterlicher Sicht häufig noch über ein Restleistungsvermögen verfügt haben, das ihnen eine Verwertung ihrer Arbeitskraft unter anderen Arbeitsmarktbedingungen zweifellos noch erlaubt hätte.

Ob dem Arbeitsmarkt tatsächlich die entscheidende Rolle bei der bisherigen Senkung des Rentenalters zukommt, muss bislang allerdings dahin gestellt bleiben. In fast allen westlichen Ländern ist das Rentenalter im letzten Vierteljahrhundert um etwa fünf Jahre nach unten verschoben worden, auch dort, wo Arbeitslosigkeit kein zentrales Problem ist. Der Arbeitsmarkt spielt nach der Auffassung von einzelnen Experten (z. B. Prof. Baltes vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin) eine viel geringere Rolle als allgemein angenommen. Es kommen sicherlich noch andere Faktoren für die bisherige Absenkung des Renteneintrittsalters hinzu: In der modernen Gesellschaft wird der Mensch eher zu Freizeitaktivitäten hingeführt, die dann auch andere subjektive Erwartungen an das Rentenalter zur Folge haben. Umgekehrt gibt es keine spezifische „Arbeitskultur“ für ältere Menschen.

► **ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DEN ARBEITSMARKT:  
„NUTZUNG DES HUMANKAPITALS“**

Es ist bereits mittelfristig absehbar, dass der demografische Wandel vor den Betrieben nicht halt machen wird. Die Betriebe stehen vor der Herausforderung, ihre bisherigen personalpolitischen Strategien überdenken und eine qualitative Antwort auf die Alterung der Belegschaften finden zu müssen. Aufgrund des demografischen Wandels müssen die Unternehmen überprüfen, ob sie es sich wie bisher leisten können, das in den älteren Arbeitskräften schlummernde Humankapital ungenutzt zu lassen. In dem Maße, wie sich die Erwerbsbiografien aber nach hinten verlängern, erscheint es unausweichlich, Strategien zur Förderung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsproduktivität der älteren Arbeitskräfte zu entwickeln. Schon in sechs, sieben, acht Jahren wird es einen großen Bedarf an Arbeitskräften geben, der nur durch ältere Menschen zu decken ist.

► **QUANTITATIVE AUSWIRKUNGEN DER DEMOGRAFISCHEN ENTWICKLUNG  
AUF DEN MEDIZINISCHEN REHABILITATIONSBEDARF:**

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung sind – rein auf den zahlenmäßigen Rehabilitationsbedarf bezogen – nur schwer abzuschätzen.

Wie sieht die Ausgangslage aus? Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden hat sich in der Rentenversicherung in den letzten Jahrzehnten kaum verändert. In der Angestelltenversicherung ist der Rehabilitand im Durchschnitt 50,5 Jahre alt, in der Arbeiterrentenver-

sicherung 49,6 Jahre. Hierbei sind allerdings erhebliche indikationsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Bei Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation ergibt sich ein Durchschnittsalter von 43,8 Jahren, bei Patienten mit orthopädischen Erkrankungen beträgt dies 49 Jahre, bei Herz-Kreislaufkrankungen 51,7 Jahre. Männliche Rehabilitanden sind im Schnitt zwei Jahre älter als Frauen.

Was die zukünftige Entwicklung durch den demografischen Wandel betrifft, so gibt es bekanntlich unterschiedliche Modelle zur Abschätzung des medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfs. Eine optimistische Variante geht davon aus, dass die Verlängerung der Lebensarbeitszeit auch mit einem altersmäßigen Hinausschieben schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen verbunden ist (Kompression der Morbidität). Nach dieser These bleiben die Menschen auf Grund gesünderer Lebensweise, verbesserter Hygiene, besserer und gesünderer Ernährung, verbesserten Arbeitsschutzbestimmungen und der Nutzung medizinisch-technisch besserer Verfahren und Behandlungsmethoden für die Zeit ihres Erwerbstätigkeit länger oder sogar ganz von funktionalen Einschränkungen ihrer Lebensführung verschont. Für diese These spricht, dass 60- bis 80-jährige in den letzten 25 Jahren durchschnittlich fünf gute Jahre gewonnen haben. Der heute 65-jährige ist also körperlich und geistig eher mit einem 60-jährigen von damals vergleichbar und damit auch in der Lage, seine Arbeitskraft für einen längeren Zeitraum zu nutzen.

Die pessimistische Variante zur Einschätzung des zukünftigen Rehabilitationsbedarfes geht davon aus, dass sowohl die Gesamtmorbidität im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung als auch die altersspezifische Morbidität auf Grund des medizinisch-technischen Fortschritts (frühzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten bei einer Verlängerung der Überlebenszeiten und Chronifizierung der Krankheiten) sowie aufgrund des individuellen gesundheitlichen Fehlverhaltens ansteigt (Medikalisierungsthese). Da es immer häufiger gelingt, lebensbedrohliche Erkrankungen in jüngeren Jahren zu verhindern oder zu heilen, erreichen immer mehr Menschen ein Alter, in dem Krankheiten mit einer langen Latenzzeit sowie chronische Beeinträchtigungen zunehmen (Tumorerkrankungen, Verschleißerscheinungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, dementielle Abbauprozesse). Demnach wären die letzten Berufs- und Lebensjahre vermehrt von Multimorbidität, funktionalen Einschränkungen sowie einer erhöhten und verlängerten Pflegebedürftigkeit begleitet und würden darum zwangsläufig auch höhere Kosten verursachen.

Als Synthese beider Modelle gilt das bimodale Konzept. Es prognostiziert, dass sich der Gesundheitszustand der nachkommenden Generation langfristig verbessert, gleichzeitig aber auch der Anteil behinderter, gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger älterer Menschen zunehmen wird.

Sozialepidemiologische Untersuchungen zur sozialen Ungleichheit bei Morbidität und Mortalität in angelsächsischen und skandinavischen Ländern legen nahe, dass sowohl Kompressions- als auch Medikalisierungsthese für sich genommen feststellbar sind, allerdings für unterschiedliche soziale Schichten zutreffen. Für die obere Mittelschicht ist die Kompression von Krankheit

schon weitestgehend eine Realität. Das untere Fünftel der Gesellschaft hingegen hat am Fortschritt in der Medizin in den letzten Jahren dagegen nur in geringem Umfang partizipiert.

Die Auswirkungen dieser Tendenzen auf den quantitativen Rehabilitationsbedarf lassen sich nur schlecht abschätzen. Einerseits kann damit gerechnet werden, dass sich die verschiedenen Gesundheitsprobleme der Arbeitnehmer durch die zusätzlich gewonnenen Jahre im Schnitt erst in einem signifikant höheren Lebensalter bemerkbar machen.

Andererseits haben gerade die jüngeren Arbeitnehmer, die unter Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit leiden, noch eine – im Vergleich zu heute – längere Lebensarbeitszeit vor sich. Hieraus würde sich für diese Gruppe der Rehabilitanden also ein intensiverer medizinischer Rehabilitationsbedarf ableiten.

Für die Rehabilitation bedeutet dies aber, dass auch diese Versicherten ein Anrecht darauf haben, bei einem Verbleib im Erwerbsleben nach allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten unterstützt zu werden.

#### ► **AUSWIRKUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS AUF DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION UNTER QUALITATIVEN GESICHTSPUNKTEN**

Wie sehen nun die spezifischen Bedürfnisse des älteren Arbeitnehmers aus, der sich mit dem Ziel der beruflichen Reintegration in der medizinischen Rehabilitation befindet?

Aus der somatischen Perspektive gesehen ist Altern als biologischer Vorgang anzusehen. Hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfes gibt es keine spezifischen Erkrankungen des alternenden Menschen, ebenso wenig, wie es einen monokausalen Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit gibt. Allerdings weisen bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen und funktionale Einschränkungen eine deutliche Altersabhängigkeit auf. Normale Alterungsprozesse, Krankheiten und Fähigkeitsstörungen lassen sich nicht immer sicher voneinander trennen. Mit zunehmendem Lebensalter treten Krankheiten aufgrund eingeschränkter Reparaturmechanismen, einer verringerten homöostatischen Regulation und einer daraus folgenden insgesamt niedrigeren Widerstandsfähigkeit und erhöhten Anfälligkeit für somatische Störungen gehäuft auf, zumal eine lange Expositionszeit für chemische, biologische, physikalische, biologische, technologische und soziale Umweltfaktoren vorliegt. Dies erklärt das Überwiegen chronischer Krankheiten und der Multimorbidität in der zweiten Lebenshälfte. Als die drei dominierenden körperlichen Grunderkrankungen im Alter sind die Gefäßerkrankungen mit ihren Folgeschäden wie Herzinfarkt und Schlaganfall, die Osteoporose sowie die Arthrose zu nennen. Die Gefäßerkrankungen werden vor allem durch die Risikofaktoren Rauchen, erhöhter Blutzucker, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, erhöhter Harnsäuregehalt des Blutes, Übergewicht und Bewegungsarmut begünstigt, wobei das Erkrankungsrisiko mit einer Zunahme von Risikofaktoren nicht linear, sondern exponentiell ansteigt.

Sowohl hinsichtlich des Zeitpunktes ihres Auftretens als auch hinsichtlich ihrer Schwere und ihres Verlaufs können diese Erkrankungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, aber auch langfristig durch gesundheitsbewusste Lebensführung erheblich beeinflusst werden. Sekundärprävention und Gesundheitstraining werden damit auch zukünftig zentrale Aufgaben der medizinischen Rehabilitation darstellen. Die medizinische Rehabilitation wird sich in ihrem konzeptionellen Ansatz weiter in dieser Richtung profilieren müssen, um den Einzelnen zur erforderlichen Lebensstiländerung zu befähigen.

Der gesundheitliche Zustand älterer Menschen – und hierbei beziehe ich mich sowohl auf das „dritte“ als auch auf das „vierte Alter“ ist aber nicht nur von körperlichen Faktoren abhängig, sondern auch als ein Ergebnis aus mehreren Dimensionen im Lebensverlauf anzusehen: den materiellen, psychischen und sozialen Umwelt- und Lebensbedingungen. Schon Simone de Beauvoir hat in ihrem großen Essay „La Vieillesse“ (zu deutsch: Das Alter) darauf hingewiesen, dass zwischen physiologischen und psychologischen Gegebenheiten enge Wechselbeziehungen bestehen, die mit zunehmendem Alter deutlicher zutage treten. Unter psychologischer Perspektive gesehen, fällt es älteren Menschen schwerer, neues zu lernen. Die Umstellungsfähigkeit als Bestandteil der „mechanischen“ Intelligenz ist sicherlich eine Domäne jüngerer Altersgruppen; sie nimmt bereits ab dem dritten Lebensjahrzehnt ab. Die pragmatische Intelligenz einschließlich sprachlicher Fähigkeiten und Kulturtechniken nimmt dagegen mit höherem Alter eher zu. In diesem Zusammenhang sind auch die Begriffe „Weisheit“, „Besonnenheit“ und „emotionale Intelligenz“ zu nennen. Ältere Versicherte verfügen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen über eine deutlich bessere soziale und kommunikative Kompetenz, die auch im Erwerbsleben zum Ausdruck kommt.

Einschlägige empirische Befunde liefern zudem keinen Hinweis darauf, dass zwischen Lebensalter und Leistungsfähigkeit ein eindeutig negativer Zusammenhang besteht. Menschen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren sind zumindest im Durchschnitt nicht weniger leistungsfähig als jüngere. Mit dem Alter findet allenfalls ein Wandel in der Art der Leistungsfähigkeit im Sinne einer Verschiebung zwischen altersspezifischen Stärken und Schwächen statt. Untersuchungen in altersgemischten Unternehmen konnten zudem zeigen, dass die Lernfähigkeit und Innovationsbereitschaft sehr viel mehr von den Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit neuen Herausforderungen und unsicheren Situationen als mit dem Lebensalter zu tun hat. Vielfach verfügen gerade ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über spezifische Erfahrungen, die für den Erfolg von Unternehmen unverzichtbar sind. Sie verlieren nur dann an Flexibilität und Leistungsfähigkeit, wenn sie lediglich mit Routineaufgaben betraut und mit ihrer Arbeit unterfordert sind. Umgekehrt können Flexibilität und Innovationsfähigkeit durch entsprechende Fördermaßnahmen und Strukturen erhalten und sogar erweitert werden.

Untersuchungen zum Beschwerdeprofil im höheren Berufsalter sprechen zwar dafür, dass ein höheres Berufsalter quantitativ mit mehr Beschwerden einhergeht. Es gibt aber kein qualitativ anderes Beschwerdeprofil von Älteren. Für die älteren in der Produktion beschäftigten Arbeitnehmer bedeutet das eine nochmals erhöhte Prävalenz der physischen

Beschwerden, für die Schreibtisch- und Angestellten-Berufe einen entsprechenden Übergang an psychischen Beschwerden.

Auch was manifeste psychische Erkrankungen betrifft, so weisen beispielsweise manifeste Depressionen keine Altersabhängigkeit auf: Die epidemiologischen Daten zeugen damit auch von der im Alter erhaltenen psychischen Widerstands- und Anpassungsfähigkeit! Diese ist als Fähigkeit des Menschen anzusehen, nach Eintreten von Anforderungen und Verlusten das frühere psychische Anpassungs- und Funktionsniveau wiederherzustellen. Die sogenannte „adaptive Ich-Plastizität“ wird immer wieder unterschätzt.

Die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit ist aber stark von der subjektiven Bewertung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten – und damit vom Selbstkonzept – beeinflusst. Ältere Menschen tendieren dazu, ihre kognitive Leistungsfähigkeit – vor allem ihre Leistungen im Bereich des Lernens und des Gedächtnisses zu unterschätzen. In mehreren psychologischen Untersuchungen konnten Lern- und Gedächtnisleistungen aber schon dadurch nachhaltig verbessert werden, indem Rückmeldungen über die tatsächlich erzielten Leistungen erteilt wurden und damit eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit gefördert wurde. Weiterhin zeigen Untersuchungen aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung, in denen subjektive Krankheitstheorien sowie Kontrollüberzeugungen (Überzeugung, die Situation verändern zu können) erfasst wurden, dass ältere Menschen eher dazu tendieren, mögliche Rehabilitationserfolge zu unterschätzen. Ein negatives Selbstkonzept trägt dazu bei, dass die tatsächlich gezeigten Leistungen (Performanz) die potentielle Leistungsfähigkeit (Kompetenz) erkennbar unterschreiten. Somit können die Erkenntnisse der Rehabilitationsforschung bei ihrer Umsetzung dazu beitragen, dass ältere Menschen zu einer realistischen Einschätzung ihrer körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit gelangen. Dies ist sicherlich auch ein Ansatzpunkt für die medizinische Rehabilitation, die sich mit der Problematik des älteren Arbeitnehmers bislang nur am Rande auseinandergesetzt hat. Hier ist ja in einem geschützten Raum die Möglichkeit zum „Probehandeln“ gegeben, ohne dass gleich gravierende negative Konsequenzen befürchtet werden müssen.

► **KONSEQUENZEN FÜR DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION DURCH VERÄNDERTE ARBEITSMARKTANFORDERUNGEN (STIEGENDE QUALIFIZIERUNG, „TERTIÄRISIERUNG“, RATIONALISIERUNG, PSYCHOMENTALE BELASTUNG)**

Beim Blick auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes, für den zukünftig rehabilitiert werden muss, dürfen die tief greifenden Wandlungen nicht übersehen werden. Änderungen in den Produktions- und Fertigungsverfahren, zunehmende Automatisierung und Rationalisierung sowie die veränderte Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen haben zur Ausweitung des tertiären Sektors geführt. Für die Zukunft ist mit einer weiteren Expansion des Dienstleistungssektors zu rechnen. Dies ist der einzige Bereich, der seit den 70er Jahren überhaupt ein Beschäftigungswachstum aufzuweisen hatte, wohingegen die Anzahl der

Erwerbstätigen in der Industrie und der Landwirtschaft geschrumpft ist. Bei der prognostizierten „Tertiärisierung“ geraten allerdings die klassischen Dienstleistungszweige wie Banken, Versicherungen, Handel und Öffentlicher Dienst zunehmend unter Rationalisierungsdruck. Dagegen werden für die sozialen, personenbezogenen und unternehmensnahen Dienstleistungen weiterhin hohe Wachstums- und Beschäftigungspotenziale prognostiziert, während die produktionsorientierten Tätigkeiten vermutlich weiterhin rückläufig sein werden.

Zudem geht der Trend zu immer mehr anspruchsvolleren Tätigkeiten mit der Folge weiter steigender Qualifikationsanforderungen. So wird der Bedarf an Hoch- und Fachhochschulabsolventen in Deutschland auch weiterhin wachsen. Die Qualifizierung aller Erwerbspersonen und lebenslanges Lernen werden zu Schlüsselgrößen für die zukünftige Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung, die sowohl in der medizinischen Rehabilitation, aber auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verstärkt berücksichtigt werden müssen.

Nicht nur der Arbeitsmarkt, sondern auch die gesamte Arbeitstätigkeit und das Lebensumfeld unterliegen einem tiefgreifenden Wandel. Die gegenwärtig noch übliche individuelle Arbeitskarriere wird zur Ausnahme werden. Berufsaus- und -weiterbildungen mit entsprechender psychomentaler Belastung entwickeln sich zu lebensbegleitenden Forderungen. Heutige Anstellungsverhältnisse werden durch Leihfirmen mit für den Arbeitnehmer ständig wechselnden Arbeitsumständen ergänzt. Diese führen möglicherweise zum Verlust von Identifikationen der Betriebsangehörigen, was mit Verunsicherungs- und Insuffizienzgefühlen einhergehen kann. Mit der Einführung von Produktionsphilosophien, wie sie unter dem Etikett „just in time“ oder „outsourcing“ zusammen gefasst werden, dürften die von den Arbeitnehmern wahrgenommenen Abhängigkeiten steigen. Aus diesen kann rasch das Gefühl der mangelnden Beeinflussbarkeit und des Ausgeliefertseins resultieren. Es hat ja bereits eine kaum zu beeinflussende Spirale von Produktinnovation und rasanter Marktwirkbarkeit begonnen. Dies kann neben zunehmender Variabilität und Komplexität auch einen permanenten psychischen Druck zur Folge haben. Die Internationalisierung der Wirtschaft und verminderte Ressourcen fördern diesen Prozess, auf den der einzelne Arbeitnehmer zunächst nicht vorbereitet ist.

Arbeitslosigkeit, Tele- oder Heimarbeit und virtuelle Teams bergen zudem die Gefahr, soziale Unterstützungsnetze zu zerstören, die einen wesentlichen präventiv-gesundheitsfördernden Faktor darstellen. Bei der Berufstätigkeit wird es zukünftig vermutlich zu einer stärkeren Polarisierung kommen. Auf der einen Seite spielen Partizipation und aktives Gefordertwerden in Gruppen- und Teamarbeit eine wesentliche Rolle. Auf der anderen Seite werden soziale Kontakte für den einzelnen eingeschränkt; die Arbeit wird entpersönlicht. Die einen sind seltener zu Hause, die anderen häufiger. Der Dresdner Arbeitsmediziner Scheuch befürchtet, dass die Auflösung traditioneller Karriereentwicklungen, traditioneller betrieblicher und sozialer Strukturen möglicherweise Persönlichkeitseigenschaften fördert, die aus dem für die Herz-Kreislauf-Epidemiologie wichtigen Typ A-Verhalten als Risikofaktoren übrig geblieben sind: Aggressivität und Erholungsunfähigkeit. Es ist nichts Neues, dass auch innerhalb des Arbeitslebens erworbene Verhaltensweisen die Um-

gebung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Die explosionsartig sich entwickelnde Internationalisierung der Wirtschaft eröffnet neue Chancen für Arbeitgeber, aber auch für Arbeitnehmer: Risiken durch das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Kulturen sowie sozialer Destruktionsprozesse werden dabei oft unterschätzt. Das Auseinanderbrechen sozialer Unterstützungsnetze in Arbeit und Umwelt vermindert die Widerstandsfähigkeit gegenüber Unsicherheit und erhöht das Belastungserleben in Arbeit und Freizeit.

Erwerbsarbeit wird zukünftig noch stärker wechseln mit Qualifizierung und Nichterwerbsarbeit. Arbeitslosigkeit wird zum normalen Bestandteil der Lebensarbeitszeit. Durch die Gefahr der Arbeitslosigkeit kommt es zu wachsendem Druck auf die Erwerbstätigen. Unsicherheit kann sich zu einem dauernden Bestandteil in Arbeit und Umwelt entwickeln.

All dies sind Problembereiche, die zukünftig verstärkt in der medizinischen Rehabilitation Beachtung finden müssen – und dies gilt sowohl für die somatischen als auch die psychosomatischen Fachabteilungen.

Im Rahmen des indikativen Gruppenangebotes hat sich hier in den letzten Jahren ein – aus meiner Sicht recht erfreulicher – Trend ergeben, indem die Arbeitsplatzproblematik zunehmend Eingang in das therapeutische Angebot gefunden hat. Dies gilt für Stressbewältigung und Entspannungstraining in gleicher Weise wie zum Beispiel für indikative Gruppen zur Bewältigung von psychosozialen Konflikten am Arbeitsplatz. Auch das rehabilitative Angebot für sozialmedizinisch stark gefährdete Risikogruppen – ich denke hier an die zahlreichen potentiellen bzw. manifesten Rentenantragsteller – hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahren erweitert.

#### ► RESÜMEE:

Zum Schluss meiner Ausführungen möchte ich noch einmal zusammenfassen: Durch präventive Strategien sind nicht alle Krankheiten und Behinderungen in späteren Berufs- und Lebensphasen zu beseitigen. Der Verbleib in der Arbeitswelt wird gerade für ältere Arbeitnehmer, die demnächst länger im Berufsleben stehen werden, von zunehmender Notwendigkeit und Bedeutung sein. Die medizinische Rehabilitation steht hier vor erheblichen Herausforderungen, wenn sie die zukünftigen demografischen und arbeitsmarktbezogenen Veränderungen ernst nehmen will. Gerade den älteren Versicherten muss bei potenziell zunehmender psychosozialer Belastung die Möglichkeit gegeben werden, im Arbeitsprozess bestehen zu können. Die sogenannte „Verschwendung von Humankapital“ werden wir uns wohl nicht mehr langfristig leisten können. Von gesellschaftlicher Seite aus gilt es, die – bislang nur in Ansätzen erkennbare – „Kultur für den älteren Arbeitnehmer“ weiter zu entwickeln. Aber auch in der medizinischen Rehabilitation muss verstärkt auf die Erfordernisse älterer Arbeitnehmer eingegangen werden. In ihrem Beitrag zur sogenannten „Ausschöpfung des Humankapitals“ hat die medizinische Rehabilitation auch die Aufgabe, Investitionen in den Gesundheitszustand des älteren Arbeitnehmers durch ein ent-

sprechend angepasstes Leistungsangebot zu erbringen. Die Frage, wie dieser Anspruch inhaltlich eingelöst werden kann, wird uns in den nächsten Jahren weiter beschäftigen. Eine wichtige Grundlage für die Auseinandersetzung sind die in der medizinischen Rehabilitation gewonnenen Forschungsergebnisse. Auf diesem Feld haben Herr Prof. Beutel und Herr Dr. Bleichner mit ihrer in Gießen und Bad Neustadt angesiedelten Arbeitsgruppe vor einigen Jahren Neuland betreten; die von der BfA geförderte und bereits abgeschlossene Studie zur Adaption älterer Arbeitnehmer an berufliche Veränderungen hat mit der Entwicklung und Evaluation eines spezifischen Behandlungsprogramms aus meiner Sicht wichtige Impulse für die Umsetzung in den therapeutischen Alltag ergeben. Wir werden heute sicherlich noch ausführlicher Gelegenheit haben, fachliche Einzelheiten zu erörtern.

Aller Voraussicht nach findet dieses inhaltliche Engagement ab Anfang nächsten Jahres seine Fortsetzung in einem weiteren, von der BfA geförderten Forschungsprojekt. Dieses wird sich unter der bewährten Projektleitung von Prof. Beutel und Dr. Knickenberg mit der Diagnostik und Therapie leichter kognitiver Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation beschäftigen und ist damit – gerade unter sozialmedizinischen und gutachterlichen Aspekten – von besonderem Interesse. Ich bin gespannt auf die Diskussion der weiteren Ergebnisse und möchte mich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken.

## Der Stellenwert berufsbezogener Probleme für die medizinische Rehabilitation

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, dass ich heute Gelegenheit habe, aus Sicht eines Sozialmediziners der Rentenversicherung zum Stellenwert berufsbezogener Probleme für eine medizinische Rehabilitation zu sprechen.

Solange ich für die Rentenversicherung sozialmedizinisch tätig bin, und dies sind mittlerweile nahezu 15 Jahre, haben wir versucht, teilweise mit Erfolg, teilweise mit weniger Erfolg, den Stellenwert berufsbezogener Probleme für die medizinische Rehabilitation in den Fokus einerseits der eigenen Verwaltung, andererseits der Institutionen, die rehabilitative Maßnahmen für unsere Versicherten durchführen, zu rücken.

Die Rentenversicherung, und dies sollte man sich immer wieder vergegenwärtigen, versichert, neben dem Risiko „Alter“ und dem Risiko, seinen Lebensunterhalt durch Tod des Partners zu verlieren, insbesondere auch das Risiko, aus Krankheitsgründen nicht mehr in der Lage zu sein, durch Erwerbsarbeit seinen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Wenn das qualitative bzw. das quantitative Leistungsvermögen eines Versicherten in erheblichem Ausmaß eingeschränkt ist (für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bzw. auch für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes) hat er entweder einen dauerhaften oder zeitlich befristeten Anspruch auf eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente aus der Solidargemeinschaft. Er entrichtet dann weniger oder gar keine Beiträge mehr für die Rentenversicherung und ist somit, wenn ich das so ausdrücken darf, ein für die Solidargemeinschaft, was die Rentenversicherung angeht, „verlorener Fall“.

Das Bestreben der medizinischen Rehabilitation, aber natürlich auch der beruflichen Rehabilitation (jetzt Leistungen zur Teilhabe) war es schon immer, diesen „Leistungsfall“ der Rentenversicherung entweder zu vermeiden oder doch zumindestens zeitlich hinauszuschieben. Der Grundsatz Rehabilitation vor Rente hat nach wie vor Gültigkeit. Dies bedeutet natürlich nicht, dass bei jedem Versicherten, der einen Antrag auf eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente stellt, eine Rehabilitation „vorgeschaltet“ werden muss. Dies würde diesem Grundsatz nicht gerecht, zumal wir wissen, dass bei bereits gestelltem Rentenantrag die Erfolgsaussichten einer medizinischen Rehabilitation, bezogen auf das Ziel, eine Berentung zu vermeiden, leider gering sind.

Sehr wohl bedeutet der Grundsatz Rehabilitation vor Rente aber, dass, wenn der Versicherte selbst einen Antrag auf Teilhabe in Form einer medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt hat, alles getan werden muss, um mit einer problemadäquaten rehabilitativen Maßnahme sein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden.

Im Gesetz definiert sind persönliche Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Versicherter Anspruch auf eine Leistung zur Teilhabe hat. Diese Voraussetzungen haben sich selbstverständlich auch durch das Inkrafttreten des SGB IX nicht geändert, sie sind kodifiziert im SGB VI. Hier ist ausgeführt (§10), dass für Leistungen zur Teilhabe die Versicherten dann die persönlichen Voraussetzungen erfüllt haben, wenn 1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und 2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann und bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann.

Dies bedeutet, dass ohne eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder Minderung sowie ohne das Vorliegen einer positiven Reha-Erfolgsprognose (Terminus technicus) eine Leistung zur Teilhabe zu Lasten der Rentenversicherung bis auf wenige Ausnahmen (CANachkur; zum Teil Kinderheilverfahren) nicht durchgeführt werden kann. Natürlich bedeutet dies nicht, dass die Abwendung einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einziges Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist, hier hat ja das SGB IX sehr umfassende Ziele von Leistungen zur Teilhabe definiert, die eben nur teilweise unter Kostenträgerschaft der Rentenversicherung als Zielvorstellung Bestand haben.

Berufsbezogene Probleme spielen, und dies zeigt sich immer wieder sowohl in den Angaben der Versicherten zum subjektiven Grund der Rehabilitation, als auch in den Entlassungsberichten aus den Reha-Kliniken, sowohl als „Ursache für die Rehabilitationsbedürftigkeit, als auch als eine in der Rehabilitation zu bearbeitende Problematik“ eine wesentliche Rolle.

Selbstverständlich führen berufsbezogene und tätigkeitsspezifische Belastungen, seien sie nun körperlicher oder psychomentaler Natur; zu Funktionsstörungen, die dann, ohne nun immer als Berufserkrankungen anerkannt zu sein, eine Leistung zur Teilhabe durch die Rentenversicherung notwendig machen. Auch altersbedingte körperliche Probleme und das Nachlassen kognitiver Fähigkeiten im Alter bei gleichbleibender Belastung in der beruflichen Tätigkeit können Ursache für die Notwendigkeit einer Leistung zur Teilhabe sein.

Diese Aspekte spielen bei der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe bzw. bei der Beantwortung der Frage durch den Sozialmediziner der Rentenversicherung, ob eine Leistung zur Teilhabe zu Lasten der Rentenversicherung notwendig ist oder nicht, eine erhebliche Rolle. Voraussetzung dafür, dass hier eine adäquate Beurteilung vorgenommen werden kann, ist selbstverständlich eine möglichst genaue Kenntnis der Arbeitsbedingungen, unter denen ein Versicherter, der einen Antrag zur Teilhabe gestellt hat, tatsächlich tätig ist. Im Moment versuchen wir dies, soweit eine Begutachtung mit körperlicher Untersuchung nicht erfolgt (und dies ist in der überwiegenden Mehrzahl der Anträge von Leistungen zur Teilhabe inzwischen der Fall), über Selbstauskunftsbögen von Versicherten sowie über Arbeitgeberanfragen in Erfahrung zu bringen. Diese Informationen liegen zusammen mit

den Informationen über körperliche und psychomentele Funktionseinschränkungen der antragstellenden Versicherten der Beantwortung der Frage nach dem Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen zu Grunde. Hier gibt es sicherlich noch Aspekte, die wir nicht erfassen, wie z.B. den Aspekt der Arbeitsplatzzufriedenheit, der sicherlich wesentlich mit darüber entscheidet, wie subjektiv belastet sich ein Versicherter selbst einschätzt.

Bis vor, sagen wir, 20 Jahren hat die Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe in Form von medizinischer Rehabilitation weit mehr unter dem „Erholungsaspekt“ für die Versicherten betrachtet, als dies jetzt der Fall ist. Ich erinnere mich noch sehr gut an meine Anfangszeit bei der Rentenversicherung vor 15 Jahren, damals fragte mich ein juristischer Abteilungsleiter, als die Diskussion über die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation für einen Versicherten diskutiert wurde: „Wird die Rehabilitation dem Versicherten denn schaden“. Dies zeigt, unter welchem Aspekt medizinische Rehabilitation damals teilweise gesehen wurde.

In den darauffolgenden Jahren, insbesondere durch die Tätigkeit der Rehakommission sowie der Kommission berufliche Reha wurde klar herausgearbeitet, dass ohne Bezugnahme zur beruflichen Situation und den konkreten Arbeitsplatzproblemen von Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht optimal effektiv sein können. Wir (d.h. die für die RV tätigen Sozialmediziner) haben erst in den letzten Jahrzehnten gelernt, wie wichtig die Erhebung einer beruflichen Anamnese für die sozialmedizinische Entscheidungsfindung ist. Wir haben, manchmal zum Leidwesen der Rehabilitationskliniken, in dem gemeinsam herausgegebenen Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation nochmals eindringlich darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, nicht nur eine Bezeichnung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von Rehabilitanden anzugeben, sondern tatsächlich konkret die Belastung am Arbeitsplatz zu beschreiben. Dass dies auch ein wesentlich die Qualität des Reha-Entlassungsberichtes mitbestimmendes Item ist, müssen alle, die (freudig oder weniger freudig) am peer review Verfahren teilnehmen, akzeptieren.

Ziel der Leistung der Teilhabe in Form einer medizinischen Rehabilitation ist entweder das Verbleiben in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, oder eine Wiedereingliederung in diese Tätigkeit bzw. als Mindestziel, das Erreichen einer Leistungsfähigkeit von mehr als 6 Stunden für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Immer schon hat es im Leistungsspektrum der Rentenversicherung Leistungen gegeben, bei denen medizinische und berufliche Rehabilitation einander ergänzen, zu nennen sind hier insbesondere die Leistungen in RPK-Einrichtungen sowie die Leistungen medizinisch-beruflicher Rehabilitation der Phase II bei Versicherten mit neurologischen oder orthopädischen Störungen. Hier gibt es ein Ineinandergreifen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Die berufliche Rehabilitation in diesen Leistungen ist meist ausgerichtet auf die Wiederherstellung grundlegender Fertigkeiten, die eine Teilnahme am Arbeitsmarkt ermöglichen oder die Hinführung zu neuen Tätigkeiten, wenn die alte Tätigkeit, bedingt durch Funktionseinbußen, nicht mehr ausgeübt werden kann.

Diese Leistungen sind jedoch sehr zeitaufwendig und kommen somit nur für einen geringen Teil der Versicherten in Frage.

In den letzten Jahren, nicht zuletzt angestoßen durch Überlegungen der Kommission beruflicher Reha und, und dies möchte ich besonders betonen, auch auf Eigeninitiative von Rehabilitationskliniken, wird als Angebot der medizinischen Rehabilitation in manchen Kliniken eine Belastungserprobung angeboten, in manchen Kliniken werden, ganz konkret auf die letzte Tätigkeit des Versicherten bezogenen Funktionseinbußen festgestellt (Imba, EFL, Ergos) und gezielt „beübt“. Für somatische Funktionseinbußen ist dies sicherlich ein guter Weg, für das Training psychomentaler Fertigkeiten wie kognitiver Belastbarkeit oder auch sozialer Fertigkeiten, die notwendig sind, um überhaupt am Erwerbsleben teilnehmen zu können, sind diese Konzepte jedoch nur bedingt geeignet. Hier eignen sich Belastungserprobungen, möglichst an konkreten Arbeitsplätzen weitaus besser, um auch für den Versicherten nachvollziehbare Probleme darzustellen und diese dann gezielt zu bearbeiten. Es kann über diese Therapieangebote eine Erhöhung der Wiedereingliederungsquote in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit erreicht werden, wenngleich groß angelegte wissenschaftliche Untersuchungen, die diese Frage beantworten, aufgrund methodischer Probleme schwierig sind und die berufliche Wiedereingliederung auch von vielen anderen Faktoren abhängig ist, die teilweise gar nicht objektiv erfasst werden können.

Ideal wäre es, wenn, und dies setzt natürlich voraus, dass wohnortnahe Rehabilitation erfolgt, der Arbeitsplatz gemeinsam mit dem Versicherten aufgesucht werden könnte und er, gegen Ende der medizinischen Rehabilitation, konkret einige Tage an seinem alten Arbeitsplatz tätig sein könnte. Hier könnten dann noch bestehende Defizite sehr viel konkreter erkannt werden und wenn möglich, behoben werden.

Ich kenne einige Ansätze für solche Maßnahmen. Insbesondere in der Therapie von Versicherten mit neurologischen Störungen hat sich erwiesen, dass, wenn die Therapeuten aus der stationären Rehabilitation gemeinsam mit dem Rehabilitanden den Arbeitsplatz besuchen und ihn bei der Wiedereingliederung in die alte Tätigkeit begleiten, eine hohe Wiedereingliederungsrate erreicht werden kann. Dieses Verfahren ist jedoch sehr personal- und zeitaufwendig und kann sicher, auch unter Berücksichtigung der häufig wohnortsfernen Rehabilitation, nicht in größerem Umfang in die Routine eingeführt werden.

Da die genannten Angebote für Versicherte nicht flächendeckend vorgehalten werden können, und natürlich auch nicht jeder Versicherte ein solches spezielles Angebot braucht, müssen wir uns als sozialmedizinisch tätige Ärzte für die Rentenversicherung die Frage stellen, wie wir zu einer besseren Zuordnung von Rehabilitanden zu bestimmten Rehabilitationsangeboten kommen, konkret, wie es uns gelingen kann, den „richtigen Versicherten in die richtige Rehabilitationseinrichtung“ zu schicken. Ich hatte eingangs schon darauf hingewiesen, dass sich unsere Kenntnis des Arbeitsplatzes der Rehaantragsteller im Moment im wesentlichen auf Selbstauskunftsbögen und teilweise Auskünfte der Arbeitgeber beschränkt, die Betriebsärzte sind leider nur selten eingebunden. Dabei hätten gerade die

Betriebsärzte genau die Kenntnisse des konkreten Arbeitsplatzes und häufig auch der gesundheitlichen Situation der Rehaantragsteller; die es uns ermöglichen würden, gezielte Zuweisungen von Rehabilitanden in bestimmte Rehabilitationskliniken vorzunehmen. Im Moment ist es häufig noch so, dass die Auswahl der Rehabilitanden erst in der Rehaklinik erfolgt, wir verlagern als Rentenversicherung also einen Teil der medizinischen Sachaufklärung in die Rehaklinik, was nicht eigentlich die Aufgabe der Rehaklinik ist.

Ziel muss es also sein, die Betriebsärzte aber auch die niedergelassenen Ärzte noch mehr als bisher in den gesamten Ablauf der medizinischen Rehabilitation von der Antragstellung bis zur Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz einzubinden. Ich kenne einige „Projekte“, die dies versuchen, in den meisten Fällen funktionieren diese „Projekte“ jedoch nur über gute persönliche Beziehungen zwischen den Ärzten der Rentenversicherung und den Betriebsärzten, gerade von Großbetrieben. Eine obligatorische Einbindung der Betriebsärzte in die Rehabilitation findet bisher nicht statt.

Wesentlich für den Erfolg einer medizinischen Rehabilitation ist auch, wie motiviert ein Versicherter für eine medizinische Rehabilitation ist. Auch hier fehlt uns im Moment häufig die entsprechende Motivation. Es gibt zwar auch hier Selbstbeurteilungsskalen, die die Motivation von Versicherten abfragen, ob diese für die Unterscheidung von motivierten bzw. nicht motivierten Rehaantragstellern geeignet sind, möchte ich bezweifeln.

Die momentane Praxis, Entscheidungen über die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation weitgehend nach Aktenlage zu treffen, bringt uns um die Möglichkeit, über eine Begutachtung mit Befragung und körperlicher Untersuchung Motivation von Versicherten zu erfragen bzw. zu beurteilen. Ob wir als Rentenversicherungsträger auf die Dauer gut beraten sind, viele Entscheidungen nur nach Aktenlage zu treffen, sollte diskutiert werden. Es ist zu erwarten, dass die finanziellen Möglichkeiten der Rentenversicherung, Leistungen zur Teilhabe zu erbringen, nicht größer, sondern kleiner werden. Es wird unter Berücksichtigung dieser Entwicklung immer wichtiger, Rehabilitation als Leistung zu „priorisieren“, d.h., die Versicherten zu identifizieren, die eine Leistung zur Teilhabe benötigen, bei denen aber andererseits auch die Erfolgsaussicht einer solchen Leistung groß ist. Eine nahezu ausschließliche Entscheidung aufgrund von Befundberichten ist wohl mit einer größeren „Irrtumswahrscheinlichkeit“ behaftet, als eine Entscheidung, die sich auf eine Befragung und Untersuchung von Versicherten durch einen sozialmedizinischen Gutachter stützt.

Auf die Probleme, die auf die Sozialmedizin der Rentenversicherung zukommen, falls tatsächlich Rehabedarf im Sinne des SGB IX von jedem möglichen Träger umfassend festgestellt werden muss, möchte ich hier gar nicht eingehen.

► LASSEN SIE MICH ZUSAMMENFASSEN:

Insgesamt haben sowohl die Rentenversicherungsträger als auch die Institutionen, in denen medizinische Rehabilitation erfolgt, in den letzten Jahren den Stellenwert berufsbezogener Probleme für die medizinische Rehabilitation erkannt und versuchen, durch spezielle Angebote in der medizinischen Rehabilitation berufsbezogenen Probleme zu erkennen und gezielte Angebote für die Bewältigung dieser Probleme zu machen. Sicherlich sind hier noch manche Fragen offen, auch Forschungsbedarf sehe ich hier noch, es ist wichtig, dass eine wissenschaftliche Legitimation für die Implementierung solcher berufsbezogener Elemente in der medizinischen Rehabilitation erfolgt. Sie verursachen ja auch höhere Kosten, und dies ist nur dann zu rechtfertigen, wenn, unter Berücksichtigung der begrenzten finanziellen Ressourcen, der Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe mit dem entsprechend höheren finanziellen Aufwand auch der Erfolg der Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung verbessert werden kann.

Berufsbezogene Probleme von Versicherten haben für die medizinische Rehabilitation, sowohl was die Auswahl von Rehabilitanden als auch was das Angebot in der ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation angeht, einen hohen Stellenwert. Diesem Stellenwert wird durch die vielfältigen Angebote in der medizinischen Rehabilitation heute sehr viel besser Rechnung getragen, als noch vor 2 Jahrzehnten, jedoch gibt es nichts Gutes, was sich nicht verbessern lässt. Notwendig ist meines Erachtens nach eine bessere Einbindung der Betriebsärzte in den Prozess der medizinischen Rehabilitation, notwendig ist auch eine gezieltere Auswahl von Versicherten für entsprechende Angebote, notwendig ist aber auch eine umfassende wissenschaftliche Aufarbeitung der gewonnenen Erkenntnisse, nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der begrenzten finanziellen Ressourcen und deren optimalen Einsatz. Auch die bessere Einbeziehung berufsbezogener Probleme in „nachgehende Leistungen“ zur Teilhabe ist erforderlich.

Sowohl die Kostenträger als auch die Rehakliniken sind zu weiteren Anstrengungen aufgerufen. Ich wünsche mir abschließend, dass die aus meiner Sicht sehr gute und intensive Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Rehakliniken so fortgesetzt wird, den Sozialmedizinern der Rentenversicherung, und hier darf ich sicherlich auch für den Kollegen Irle sprechen, ist auch in Zukunft an einer engen Zusammenarbeit mit den Rehakliniken sehr gelegen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

## Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:

Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung

## Behandlungsrealität und Forschung

Das Konzept der Psychosomatischen Klinik

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt unterteilt sich in zwei Behandlungsbereiche: Die Abteilung Krankenhaus – Chefarzt Dr. Bleichner – hält 180 Betten, die Abteilung Rehabilitation – Chefarzt Dr. Knickenberg – 160 Betten vor.

Bei insgesamt 3200 Aufnahmen 2002 betragen die Verweildauern in der Abteilung Krankenhaus 36 und in der Abteilung Rehabilitation 39,5 Tage.



### Aufteilung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt:

- Abteilung Krankenhaus, CA Dr. Bleichner,  
180 Betten
- Abteilung Rehabilitation, CA Dr. Knickenberg,  
160 Betten

**Aufnahmen 2002:** gesamt 3201

Krankenhaus: 1805

Rehabilitation: 1396

**Verweildauern 2002:** 36 bzw. 39,5 Tage

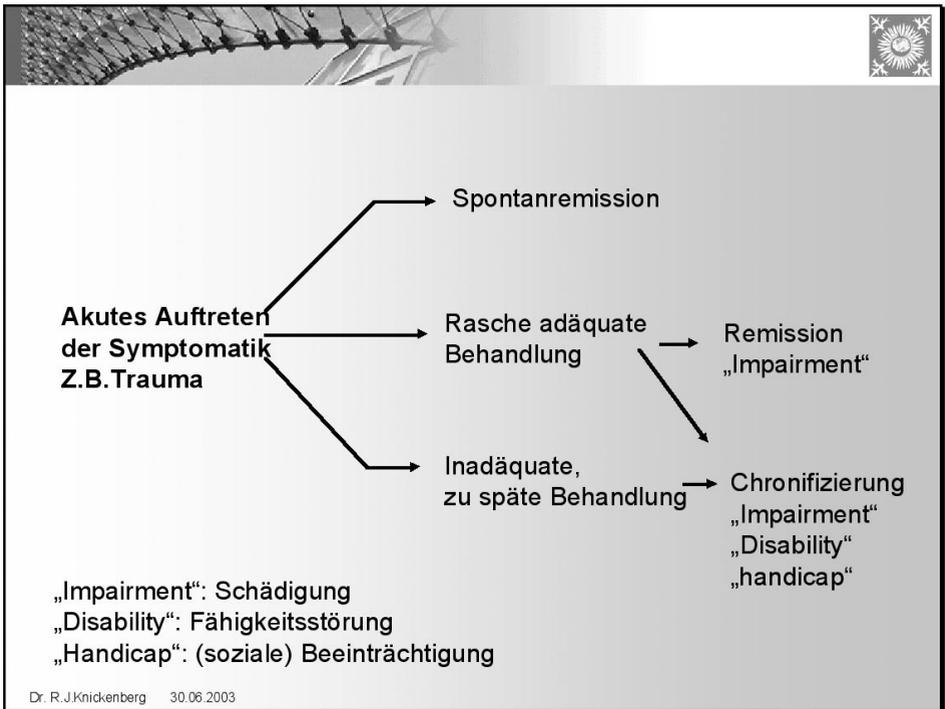
In der nachfolgenden Abbildung sind die wichtigsten in der Klinik behandelten Diagnosen aufgeführt. Dabei bestehen Schwerpunkte in der Behandlung der affektiven Störungen, der somatoformen Schmerzstörung, des Tinnitus, der Anorexie und Bulimie. Letztere Diagnosegruppe findet sich auf der Tabelle entsprechend des ICD-10 unter Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 50-59).



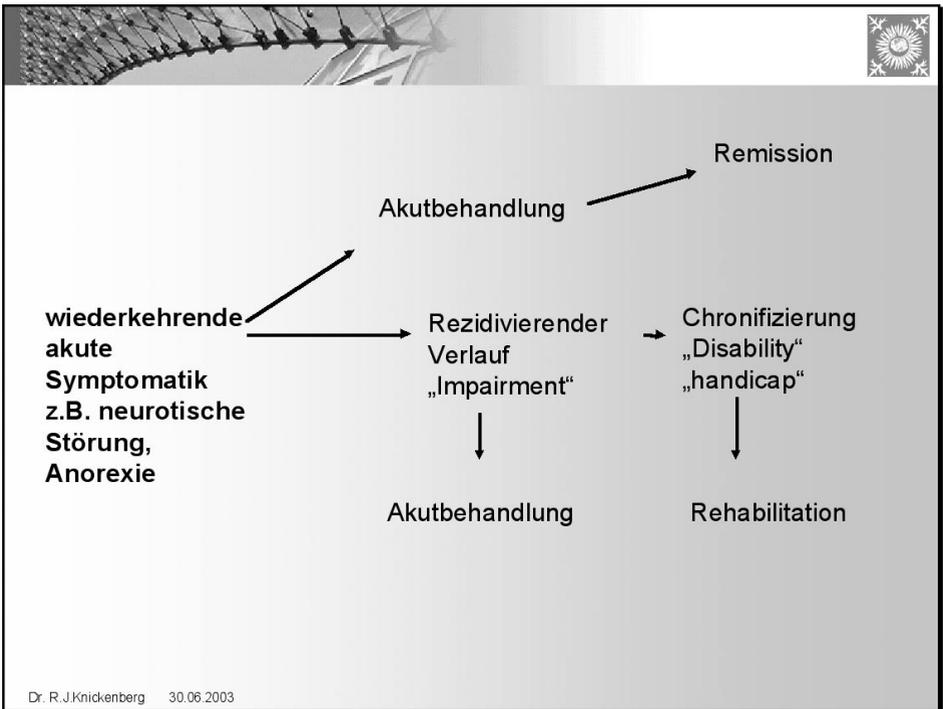
## Diagnosestatistik

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19):	0,4%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29):	1,1%
Affektive Störungen (F30-F39):	49,8%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48):	34,6%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59):	10,7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69):	3,0%

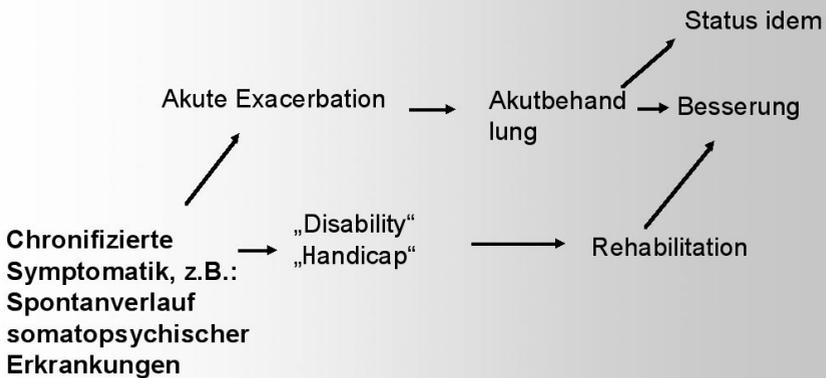
Formal betrachtet lassen sich das akute Auftreten einer Symptomatik von einer rezidivierenden und einer chronifizierten Symptomatik unterscheiden. Wie die Abbildung zeigt, kann das akute Auftreten eines Symptoms, etwa eines Traumas, spontan remittieren oder auch über eine rasche adäquate Behandlung gebessert werden. Ein Impairment (Schädigung) im Sinne der internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigung (alle ICDH) ist möglich und könnte z. B. in wiederkehrenden Alpträumen bestehen. Bei einem ungünstigen Verlauf oder auch bei inadäquater oder zu später Behandlung besteht das Risiko einer Chronifizierung mit der Ausbildung einer „Disability“ (Fähigkeitsstörung) und eines „Handicaps“ (soziale Beeinträchtigung). Für die traumatische Belastungsstörung würde dies bedeuten können, dass der Patient nicht mehr an den Ort der Traumatisierung, etwa als Bankangestellter in die Bank nach Überfall, zurückkehren kann und sich die Angstsymptomatik auch auf andere Bereiche ausdehnt, so dass er Kontakt zu seinem genuinen sozialen Umfeld zu meiden beginnt.



Eine wiederkehrende akute Symptomatik ist überwiegend bei allen neurotischen Erkrankungen zu erwarten, wobei eine Exazerbation eine Akutbehandlung erforderlich macht und auch Schädigungsfolgen entweder über die Akutbehandlung oder auch im Rahmen einer stärkeren Chronifizierung durch rehabilitative Maßnahmen angegangen werden kann. Dabei beruhen gerade rehabilitative Maßnahmen auch auf der Berücksichtigung eingeschränkter oder fehlender Copingstrategien und auf Fähigkeitsstörungen etwa im beruflichen Bereich bzw. im gesamten sozialen Umfeld.



Eine chronifizierte Symptomatik findet sich bei primär chronisch verlaufenden somatopsychischen Erkrankungen, wobei es auch häufig an Copingstrategien fehlt (psychogenes Asthma, Schmerzzustände im Rahmen orthopädischer Erkrankungen). Auch die somatoformen Störungen neigen zu einem chronifizierten Verlauf, ebenso schwere neurotische Erkrankungen. In diesen Fällen stehen die Fähigkeitsstörungen und die sozialen Beeinträchtigungen im Vordergrund und erfordern rehabilitative Maßnahmen. Akuten Exazerbationen bedürfen der Akutbehandlung.



Bei dem Angebot einer psychosomatischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung stellt sich gleich die Frage, nach welchen Kriterien die Erkrankung den Abteilungen zugeordnet und wie entsprechend die Frage nach der Zuständigkeit der Kosten- und Leistungsträger geklärt werden.

Im Sinne des biopsychosozialen Modells werden somatische Erkrankungen nicht nur in ihrem Auftreten, sondern auch in ihrem Verlauf und der ggf. eintretenden Chronifizierung durch die Persönlichkeitsvariablen des einzelnen Patienten, dessen sozialen Umfeldes und die Versorgungsstrukturen bestimmt. Wendet man die Theorie zur Krankheitsentstehung und Chronifizierungsbedingungen der Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie an, so entsteht die folgende Modellvorstellung:

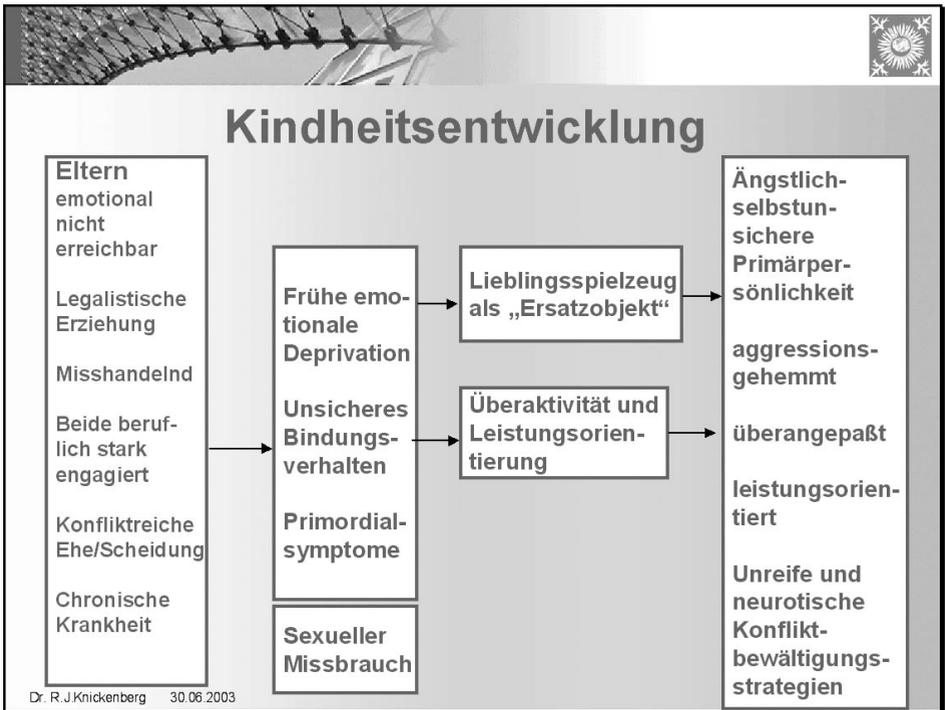


## Akute Erkrankung und Chronifizierungsbedingungen

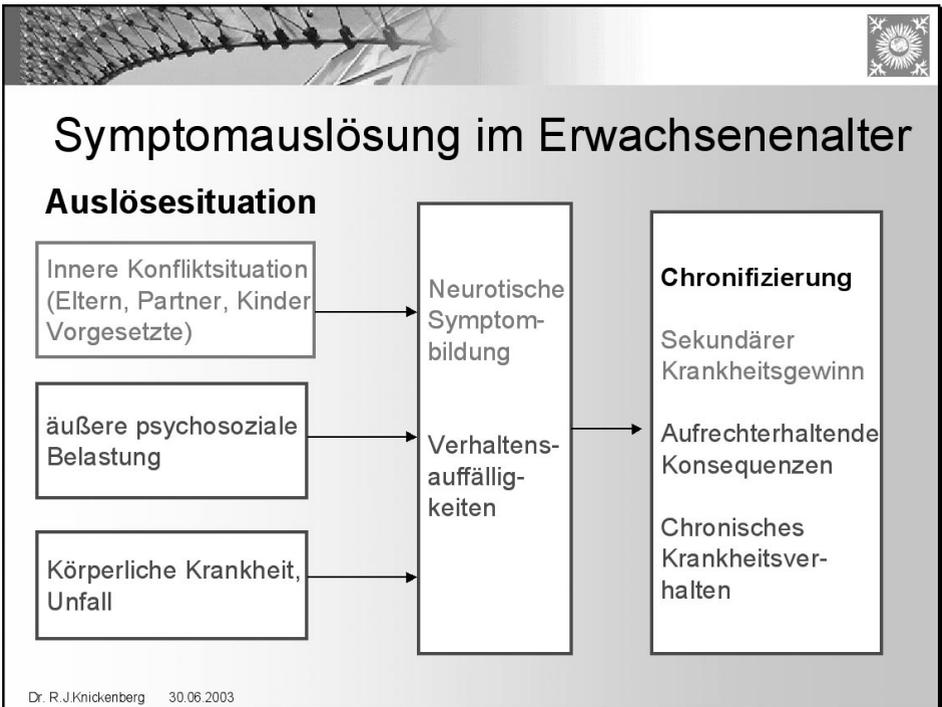
- **In der auslösenden Situation wird ein kindlicher Konflikt aktualisiert und über die Symptombildung neutralisiert**
- **Eine sekundäre Fixierung erfolgt über aufrechterhaltende Konsequenzen im aktuellen Bedingungsgefüge**
- **Chronifizierender Eigenverlauf somato-psychischer Erkrankungen**

Dr. R.J.Knickenberg 30.06.2003

Grob skizziert ist die Vorstellung der Tiefenpsychologie zur Entstehung einer akuten Symptomatik in der auslösenden Situation begründet, in der ein kindlicher Konflikt aktualisiert und dann über die Symptombildung neutralisiert wird. Die Symptomatik kann spontan oder auch nach einer angemessenen Behandlung remittieren und anlässlich weiterer ähnlicher auslösender Situationen erneut akut auftreten. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist die sekundäre Fixierung an die aufrechterhaltenden positiven Konsequenzen gebunden. Die Symptomatik steht also in einer engen Interaktion mit der Umwelt im weitesten Sinne und hat für den Betroffenen wichtige Auswirkungen im beruflichen und privaten Leben. Die Symptomatik wird aufrecht erhalten, wenn der Betroffene über die Symptomatik hinsichtlich an ihn gestellten Anforderungen, emotionaler Konflikte und Entscheidungsnotwendigkeiten oder realen Belastungen in Beruf und Familie kurzfristig entlastet wird. Unabhängig davon kann gerade bei somatopsychischen Erkrankungen, also den Psychosomatosen im engeren Sinne, der Eignungsverlauf zur Fixierung und Chronifizierung führen.



Aus psychodynamischer Sicht gibt es Risikofaktoren im Elternhaus, die die Kindheitsentwicklung negativ beeinflussen können. Auf der Abbildung sind einige dieser Faktoren in dem linken Kasten dargestellt. Dazu gehören emotional nicht erreichbare oder misshandelnde Eltern, ein durch strenge Gesetze und Verbote gekennzeichnete Erziehung mit überproportional harten Strafen. Auch wenn beide Elternteile beruflich stark engagiert sind oder selbst eine konfliktreiche Ehe führen bzw. in Scheidung leben, kann dies die Kindheitsentwicklung belasten. Auch chronische Krankheiten eines oder beider Elternteile können sich ungünstig auf die Kindheitsentwicklung auswirken. Diese Faktoren sind nicht in jedem Fall und in jeder Familie als negativ einzuschätzen, können sich unter ungünstigen Umständen aber belastend auswirken. Daraus resultiert für das Kind möglicherweise eine emotionale Deprivation und in den ersten Lebensjahren damit ein unsicheres Bindungsverhalten im Sinne von Bowlby. Das Kind kann Primordialsymptome entwickeln und möglicherweise eine gestörte Entwicklung auch hinsichtlich der Ablösung von Übergangsobjekten und die Verlagerung der Beziehungswünsche seitens des Kindes auf Ersatzobjekte aufweisen. Es kann eine Überaktivität und / oder ausgeprägte Leistungsorientierung resultieren. Besonders schwerwiegend ist es, wenn die elternteilig belastenden Faktoren durch einen sexuellen Missbrauch in der Familie oder durch die Umgebung des Kindes verschärft wurden. Bis ins Erwachsenenalter hinein dauern die ängstlich-selbstunsicheren, aggressionsgehemmten und überangepassten Haltungen an. Zusammenfassend überwiegen beim Erwachsenen unreife und neurotische Konfliktbewältigungsstrategien. Bei einer entsprechenden, zu den kindlichen Konflikten kor-



respondierenden Konfliktlage im Erwachsenenalter wird dann in der auslösenden Situation die Ausprägung neurotischer Symptome wahrscheinlich und löst über eine Neutralisierung des frühkindlichen Konfliktes zumindest vorübergehend die auslösende Konfliktsituation. Entsprechende Konfliktkonstellationen sind in der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) niedergelegt.

Die Auslösesituation knüpft also an eine innere Konfliktsituation an, reaktiviert diese über Übertragungsphänomene und führt in die neurotische Symptombildung. Diese neurotische Symptombildung kann über den sekundären Krankheitsgewinn in die Chronifizierung führen. Werden an dieser Stelle verhaltenstherapeutische Zugangsweisen zur Erklärung von Chronifizierungen mit hinzugezogen so ist festzustellen, dass die Symptomatik in der Auslösesituation nicht nur eine innere Konfliktsituation neutralisiert sondern auch manifeste Konsequenzen im Verhalten des Einzelnen und in den Auswirkungen auf die Reaktionen im Berufsleben und in der Familie sowie im Freundeskreis mit sich bringt. Auch können äußere psychosoziale Belastungen über die Symptombildung erleichtert werden bzw. körperliche Erkrankungen und Unfälle in ihren Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl des Einzelnen abgemildert werden. Im Sinne einer Verhaltensanalyse sind die aufrecht erhaltenden Konsequenzen beschreibbar und lässt sich das chronische Krankheitsverhalten (Sturm et al.) beschreiben.



## Integratives bio - psycho - soziales Krankheitsmodell

- Genetische Faktoren
- biographische Entwicklung/ Konfliktpathologie
- Bindungsverhalten
- Strukturniveau
- Lebenssituation zum Zeitpunkt des Auftretens**
  
- Subjektives Krankheitsmodell
- Konsequenzen im Bedingungsgefüge
- chronisches Krankheitsverhalten

Dr. R.J.Knickenberg 30.08.2003

Die folgende Abbildung fasst die frühkindlichen Faktoren inklusive der genetischen und die im Erwachsenenalter hinzutretenden Lernvorgänge für eine akute Lebenssituation und noch einmal in der Übersicht zusammen.

Die Abbildung beschreibt Chronifizierungsbedingungen als krankheitsbedingt im Sinne des Eigenverlaufs der Erkrankung, als weiteres in der Auseinandersetzung der Persönlichkeit mit der Erkrankung und der Auseinandersetzung der Umwelt mit der erkrankten Person. Ein vierter Punkt für die Chronifizierung liegt in den Versorgungsstrukturen und in dem noch immer verzögerten Zugang in eine psychosomatische Behandlung. Besonders in ländlichen Gebieten ist eine ambulante psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung nicht flächendeckend, selbst in Großstädten sind häufiger lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen. Es besteht jedoch häufig auch eine ungünstige Allianz zwischen dem Erkrankten, seiner Familie und den behandelnden Ärzten, die sich zunächst über das Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung hinwegsetzen und gemeinsam unter Verleugnung schon vorliegender Untersuchungsergebnisse weiter nach körperlichen Auslösern und Erklärungen für die Symptomatik suchen.

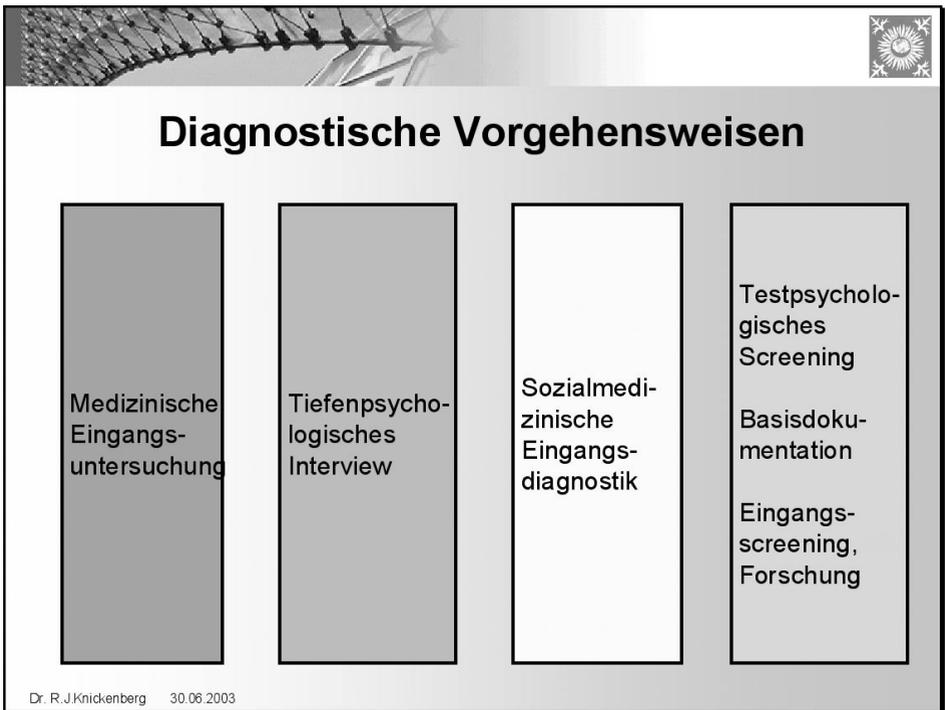


## **Chronifizierungsbedingungen**

### **Ursachen:**

1. Krankheitsbedingte Faktoren
2. Erkrankung und Persönlichkeit
3. Erkrankung und Umwelt
4. Versorgungsstrukturen

Nach der Aufnahme des Patienten wird eine medizinische Eingangsuntersuchung und ein tiefenpsychologisches Interview durchgeführt. Die sozialmedizinische Eingangsdiagnostik gibt ebenso wie das tiefenpsychologische Interview Hinweise auf aufrechterhaltende Bedingungen in der aktuellen Situation. Erfragt werden unter anderem der berufliche Status, Veränderungen am Arbeitsplatz, die finanzielle Situation und die Wohnsituation. Es wird erhoben, ob ein GdB oder MdE besteht und ob seitens des Patienten Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern geltend gemacht werden sollen. Zusammen mit dem testpsychologischen Screening liegt zum Ende der Aufnahmewoche soviel Information vor, dass ein individueller Therapieplan erstellt werden kann. In das testpsychologische Screening gehören auch die Fragen aus der Basisdokumentation und Fragen zur Zuordnung zu verschiedenen Forschungsprojekten. Gemeinsam mit dem Patienten wird dann ein individueller Therapiezielkatalog erstellt und danach mit ihm abgesprochen, welche Behandlungsbausteine sinnvoll sind. Entsprechend der nachstehenden Abbildung werden Behandlungsbausteine zur Behandlung der Konfliktpathologie in Korrespondenz zu der psychodynamischen Entstehung der Symptomatik herangezogen und besonders in der Rehabilitation zusätzlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapiebausteine im Sinne indikationsbezogener Gruppen einbezogen. Auf diese Weise wird gerade bei den chronifizierten, zur Rehabilitation geschickten Patienten die Motivation erhöht. Auch können aufrechterhaltende Fak-



toren im beruflichen Milieu durch spezielle berufsbezogene Gruppen und Trainingsmaßnahmen besonders genutzt werden. Von der Abteilung Krankenhaus ebenso wie von der Abteilung Rehabilitation werden die flankierenden Maßnahmen regelmäßig genutzt. Neben einer Tagesstrukturierung sind übergeordnete Lernziele, insbesondere das Interaktions- und Kommunikationsverhalten beobachtbar zu machen, mehr Körperempfinden zu entwickeln, die eigenen Leistungsgrenzen kennen und akzeptieren zu lernen und über gymnastische Übungen die Leistungsfähigkeit zu verbessern bzw. Schmerzsyndrome gezielt anzugehen. Die sozialtherapeutischen Maßnahmen dienen der Beratung, der Betreuung in den Belastungserprobungen und der Überleitung der Therapie aus dem stationären in den ambulanten Rahmen hinein (ausführlicher siehe Konzept der Psychosomatischen Klinik).



## Individuelle Therapieziel- orientierte Bausteine

- Tiefenpsychologische Gruppentherapie
- Körperbezogene Psychotherapie
- Einzeltherapie
- Entspannungsstraining
- Ergotherapie
  - Diagnose geleitet, Interaktionstraining, Gefühlsausdruck
  - Vorstufe der Belastungserprobung
- Körperliche Aktivierung
  - Gymnastik, Sporttherapie, Ergometertraining,
  - Physiotherapie
- Soziotherapeutische Maßnahmen
- Indikationsbezogene Gruppen
  - Schmerzsyndrome
  - Tinnitus
- Berufsbezogene Gruppen
- Berufsbezogene Trainingsmaßnahmen
  - EDV-Training,
  - Belastungserprobung

Der schematische Therapieaufbau in der Abteilung Rehabilitation wird auf der folgenden Abbildung deutlich.

Zunächst liegt das Schwergewicht neben der Diagnostik auf der Motivation der Patienten mit entsprechendem Einführungstraining und Informationen. Es folgt die an den Ressourcen der Patienten ausgerichtete Therapiezieldefinition und die individuelle Zusammensetzung der Therapiebausteine. Etwa zur Hälfte der stationären Behandlungszeit wird in den Stationsrunden zusammen mit den Patienten eine Zwischenbilanz gezogen, die Behandlung danach gezielt fortgesetzt. Ein wesentliches Augenmerk wird gerade im letzten Drittel der Behandlung auf die Verzahnung mit der Vor- und Nachbehandlung gerichtet. Dabei sind auch die speziellen Nachsorgeangebote der Rentenversicherer, Selbsthilfegruppen und ambulante Psychotherapien sowie die Information des Hausarztes zu berücksichtigen. Im Abschlussgespräch werden mit den Patienten neben der inhaltlichen Reflexion der Therapie der Entlassmodus und die Leistungsbeurteilung festgelegt und besprochen.

Im Sinne einer raschen und umfassenden Benachrichtigung der Kostenträger und Nachbehandler wird der Arztbericht zeitnah zur Entlassung versandt.



## Integrative Therapie/ Reha

- Einführungstraining, Information
- Motivationsarbeit
- Ressourcenorientierte Therapieziel-Definition
- Individuelle tiefenpsychologische und indikative Gruppentherapie
- Zwischenbilanz
- Prä-/ poststationäre Verzahnung
  - Weiterbehandlung, Hausarzt, Selbsthilfe
  - Reha- Nachsorge
- Abschlussgespräch, Entlassmodus, Leistungsbeurteilung

# Forschungsfragen und kooperative Forschungsansätze in der Psychosomatischen Rehabilitation

M. E. Beutel

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, JLU Gießen

Bad Neustädter Fachtagung, 12. Juni 2003



## Rehabilitationswissenschaftliche Forschung

- Seit 80er Jahren erste interne Evaluationsstudien in Rehakliniken
- 1989-91 Reha-Kommission
- seit 1994 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung
- 1996 „Zur Situation rehabilitationswissenschaftlicher Forschung“ (Koch et al.)
  - „erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für rehabilitative Maßnahmen ... und den vergleichsweise geringen Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis“
  - Fehlen reha-spezifischer, wissenschaftlich fundierter Handlungsanweisungen
- seit 1998 Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (BMBF / VDR):  
Rehabilitationsverläufe, Prognose, Evaluation, Patienten in der Rehabilitation, Reha-System

## Aktuelle Themen

- Annäherung an methodische Standards aus Medizin und Psychotherapieforschung („Evidenzbasierung“)
- Herausarbeitung inhaltlicher und methodischer Besonderheiten der Rehabilitation gegenüber akutmedizinischer Versorgung (Zielsetzungen, Versorgungsstrukturen, Zeitperspektiven, Patienten)
- Umsetzung von Forschungsergebnissen in Leitlinien (Ausbildung, Praxis)

## Einige Voraussetzungen für wissenschaftliche Begleitforschung



"What do you think . . . should we get started on that motivation research or not?"

- Anbindung an Forschungsverbund / Universitätsinstitut
- Interdisziplinarität der Forschung
- Multizentrische Studien
- Regelmäßiger Austausch (Konzeption, Rückmeldung, Qualitätssicherung)
- Abstimmung von Forschung mit klinischen Gegebenheiten (Ansprechpartner „vor Ort“)
- „Innovationsbereitschaft“ der Klinik

## Was kann wissenschaftliche Begleitforschung für die klinische Praxis bringen?

- Legitimation nach „außen“
- Kommunikation mit anderen Kliniken, Verbänden, Kostenträgern, u.a.
- Evaluation von Behandlungskonzepten
- Entwicklung / Differenzierung von Konzepten
- Vermittlung von rehabilitationsrelevantem Wissen an Mitarbeiter
- Transfer in andere Kliniken / Kostenträger

### *Forschungsfragen I:*

## Entwicklung rehabilitationsspezifischer Diagnostik

- Validierung von Messverfahren
  - Diagnostik minimaler kognitiver Beeinträchtigungen (Wagner)
- Entwicklung spezieller Fragebogen und Beurteilungsskalen
  - Fragebogen zur Berufsbezogenen Motivation; EDV-Ängste, Gruppenbewertungsbogen, Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Praktische Erprobung
  - Berufliche Belastungserprobung (Zwerenz)

*Forschungsfragen II:*  
**Entwicklung und Evaluation fallgruppen- und  
problemspezifischer Behandlungsansätze**



- Effektivität und Effizienz von Interventionen
  - Adaptation älterer Arbeitnehmer an beruflichen Wandel
    - EDV-Training (Gerhard)
    - Berufsbezogene Gruppentherapie bei älteren Arbeitnehmern
  - Berufliche Reintegration sozialmedizinischer „Problemgruppen“
    - Berufliche Belastungserprobung (Zwerenz)
  - Motivierung zur Bearbeitung berufsbezogener Belastungen
    - Optimierung berufsbezogener Therapieansätze (Schattenburg)
  - Abbau von Zugangsbarrieren zur Selbsthilfe (Höflich)
- Manualisierung, Schulung, Kompetenz und Adhärenz
- Umsetzung und Transfer

*Forschungsfragen III:*  
**Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter  
Rehabilitation**



- Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation
  - Berufliche Belastungserprobung (Zwerenz)
  - Optimierung berufsbezogener Therapieansätze (Schattenburg)
  - berufsbezogene Therapien für Ältere (Gerhard)
  - Diagnostik minimaler kognitiver Einbußen (Wagner)
- Übergang von stationäre in ambulante Selbsthilfe
  - Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke (Höflich, Bleichner)

## Beteiligte KollegInnen und Kooperationspartner



### ***Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale***

- F. Bleichner
- D. Gustson
- E. Kayser
- R.J. Knickenberg
- L. Schattenburg
- A. Vorndran

### ***Kooperationspartner***

- RFB Würzburg
- Institut für Arbeitswissenschaft GhK
- Psychiatrische Klinik JLU Gießen
- CBW Bad Neustadt/ Saale
- Selbsthilfegruppenkontaktstelle Gießen

***Vogelsbergklinik Grebenhain  
Psychosomatische Klinik Roseneck  
Hl. Geist Hospital Frankfurt  
Psychosomatische Klinik Gießen***

## Beteiligte KollegInnen und Kooperationspartner



### ***Forschungsgruppe JLU Gießen***

- Ch. Gerhard
- A. Höflich
- F. Meyer
- St. Wagner
- J. Wiltink
- R. Zwerenz
- DoktorandInnen

### ***Förderung***

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)
- BMBF / VDR Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften

# EDV-Training als Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation \*

Gerhard, C.<sup>1</sup>, Beutel, M.E.<sup>1</sup>,  
Knickenberg, R.J.<sup>2</sup>, Bleichner, F.<sup>2</sup>, Schattenburg, L.<sup>2</sup>  
Bittner, HR.<sup>3</sup>, Freiling, Th.<sup>4</sup>, Martin, H.<sup>4</sup>



<sup>1</sup> Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen

<sup>2</sup> Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale

<sup>3</sup> Christliches Bildungswerk Bad Neustadt/ Saale

<sup>4</sup> Institut für Arbeitswissenschaft der Gesamthochschule Kassel



Rhön Klinikum AG  
Psychosomatische Klinik  
Bad Neustadt/Saale

\* gefördert durch Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (1999-2003)

## Ängste älterer Arbeitnehmer in Bezug auf Computertätigkeit



- **Versagensängste**
  - etwas falsch machen, Daten verlieren oder den Computer beschädigen
  - neues Wissen nicht verarbeiten können
  - Blamage vor jüngeren Kollegen
  - Unverständlichkeit englischer Computersprache
- Angst vor **Kontrollverlust**
- Angst vor **Benachteiligung, Einbußen, Statusverlust**
- Benachteiligung bei betrieblicher Fort- und Weiterbildung

## Einschätzung der Probleme im Umgang mit neuen Technologien



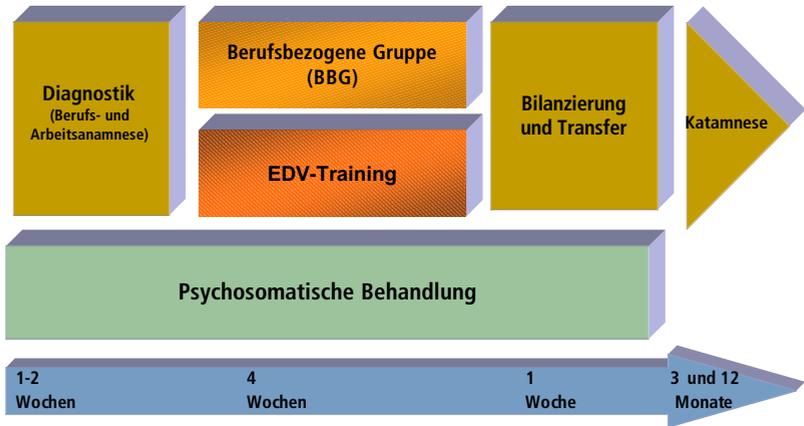
- **Stellenwert der Probleme im Umgang mit neuen Technologien** der über 50-jährigen bei Aufnahme in die psychosomatische Klinik
- **Entwicklung und Durchführung** eines **Computerkurses** im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation
- **Akzeptanz und Wirksamkeit** aus Sicht der EDV-Teilnehmer

## Zielsetzungen des EDV-Trainings



- Abbau von **Vermeidungsverhalten** und **Lernblockaden**
- Abbau von **Berührungängsten** und **Distanz** gegenüber der Computertechnologie
- Erwerb von **Basiskompetenzen**
- Förderung der **Motivation** und **Befähigung** zu **selbständigem weiteren Lernen**

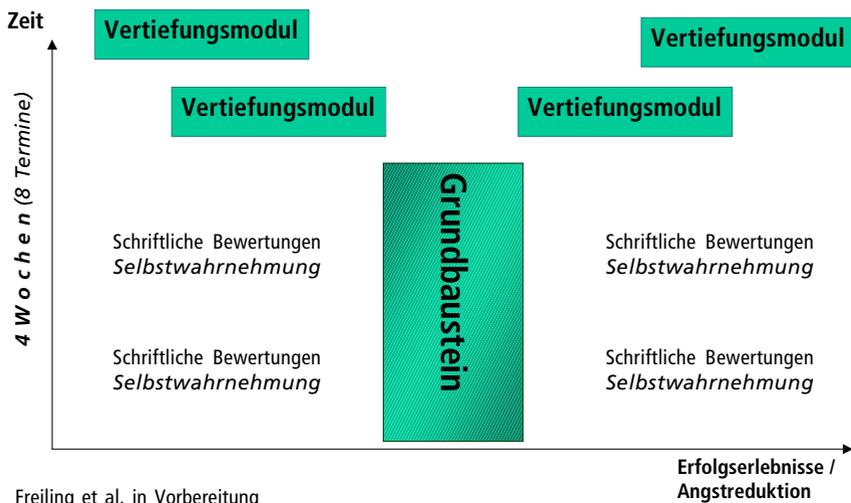
# Einbettung des berufsbezogenen Behandlungsangebotes in die psychosomatische Behandlung



## Kriterien für „berufliche Belastungen“

<i>Einschlusskriterien</i>		EDV-Teilnehmer N=83	
		N	%
1	Arbeitsunfähigkeit (AU) > 12 Wochen	40 (n=83)	48,2
2	Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	74 (n=81)	91,3
3	Berufliche Belastungen als Beitrag zu den Beschwerden	76 (n=81)	93,8
4	Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation	43 (n=73)	58,9
5	Konflikt- und Problembereiche (Beruf)		
	▪ <i>Umgang mit neuen Technologien</i>	51 (n=83)	61,4
	▪ <i>Berufliche Perspektiven</i>	10 (n=83)	12,0
	▪ <i>Arbeitsbewältigung</i>	10 (n=83)	12,0
	▪ <i>Vorgesetzte</i>	5 (n=83)	6,0
	▪ <i>Arbeitskollegen</i>	4 (n=83)	4,8

## EDV-Training im Überblick



## EDV-Training: Grundbaustein

### Grundbaustein (ca. 10 Zeitstunden)

**Element 1** Allgemeines: organisatorische Information und Kennenlerneinheit  
(M=94,3 Min)

**Element 2** Den Computer „begreifen“/Einführung in die Hardware/  
Koordination von Augen, Hand und Maus  
(M=60,1 Min.)

**Element 3** Einstieg in den Umgang mit dem Betriebssystem/  
Erläuterungen von Grund- und Hilfsfunktionen  
(M=137,2 Min.)

**Element 4** Kennenlernen eines Anwendungsprogramms (MS Word)  
(M=268,5 Min.)

**Element 5** Kursreflexion / Anleitung zum selbstorganisierten Lernen  
(M=40Min.)

Freiling et al. in Vorbereitung

## EDV-Training: Vertiefungsmodule

### Vertiefungsmodule (ca. 10 Zeitstunden)

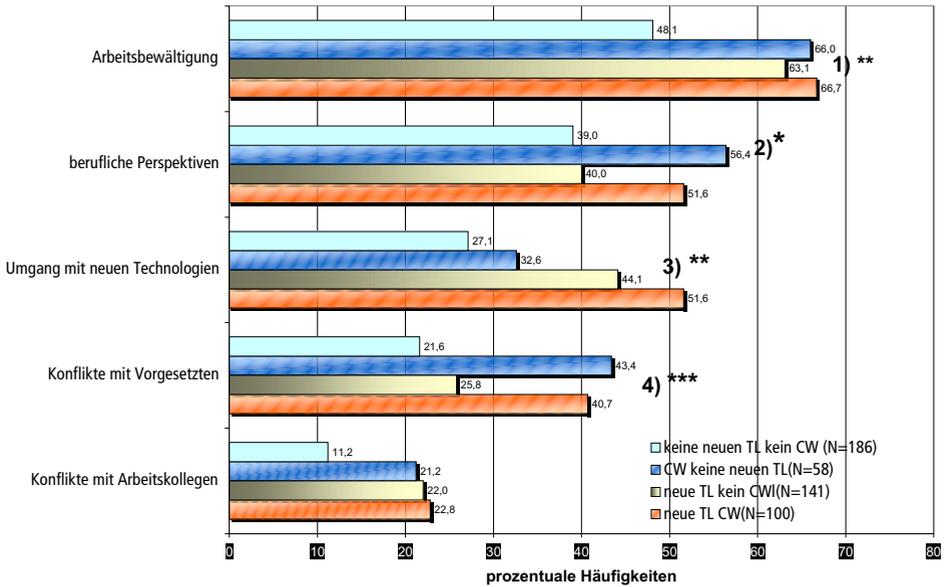
1. Textverarbeitung mit **Word**  
(M=282,2 Min.)
2. Einführung in die Tabellenkalkulation an Hand von Microsoft **Excel**  
(M=113,4 Min.)
3. Umgang mit dem **Internet** / Versenden von elektronischen **Nachrichten** (M=140,2 Min.)
4. **Vertiefung** eines der obigen oder eines der anderen **Themen** nach Absprache (M=25 Min.)

Freiling et al. In Vorbereitung

### Teilnehmer des EDV-Trainings

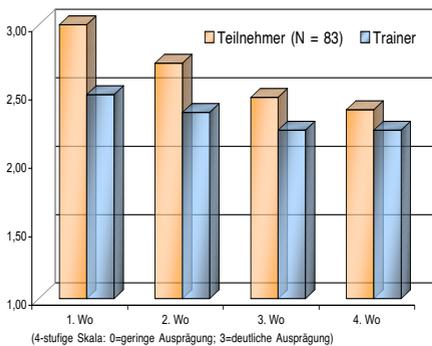
	Frauen N=50 (60,2%)		Männer N=33 (39,8%)		Gesamt <b>N=83</b>	
<b>1 Alter</b>	M= 54,38	SD= 2,55	M= 55,12	SD= 3,09	N= 54,67	SD= 2,78
	N	%	N	%	N	%
<b>2 Familienstand</b>						
verheiratet	22 (n=38)	57,9	22 (n=28)	78,6	44 (n=66)	66,6
geschieden	12	31,6	2	6,1	14	21,2
ledig	3	7,9	3	10,7	6	9,1
verwitwet	1	2,6	1	3,0	2	3,0
<b>3 Erwerbstätigkeit</b>						
vollzeit	23 (n=49)	46,9	23 (n=29)	79,3	46 (n=78)	59,0
teilzeit	14	8,6	1	3,4	15	19,2
selbständig	1	2,0	0	0	1	1,3
arbeitslos	11	22,4	5	17,2	16	20,5
<b>4 AU-Dauer &gt; 12 Wochen</b>	23 (n=50)	46,0	17 (n=33)	51,5	40 (n=83)	48,2
<b>5 Rente</b>						
Antrag gestellt	3 (n=43)	7,0	3 (n=30)	10,0	6 (n=73)	8,2
Rentenantrag beabsichtigt	1 (n=21)	4,8	4 (n=17)	23,5	5 (n=38)	13,2

## Belastungen bei EDV Einführung (neue TL) bzw. Chefwechsel (CW) (N=485)

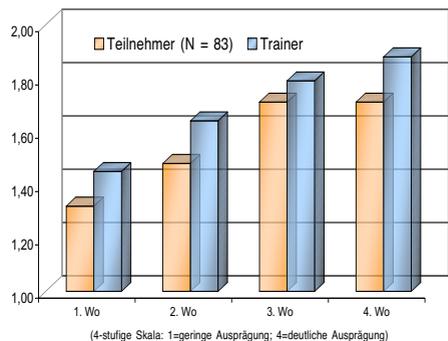


## Einschätzung der Teilnahme am Computerkurs durch Teilnehmer (N= 83) und Anleiter (N=83)

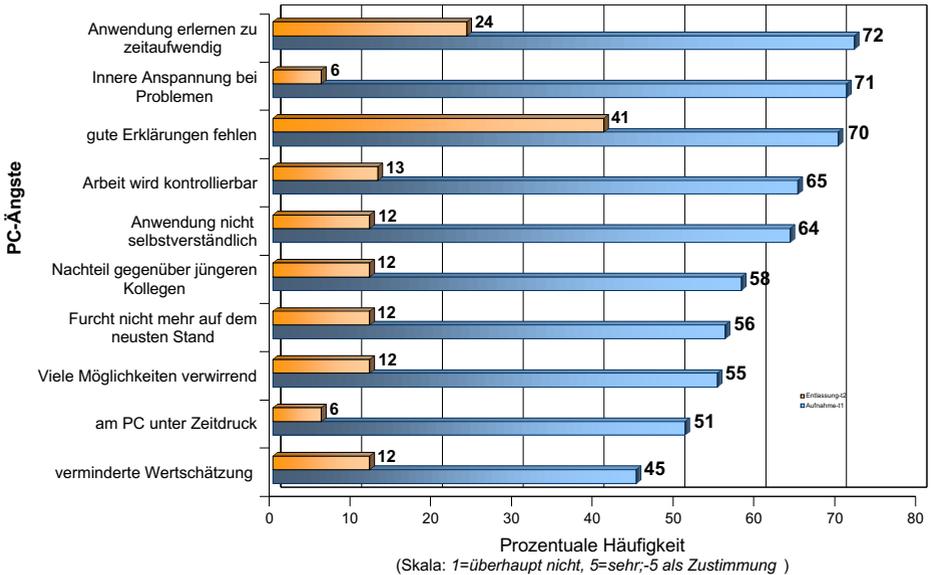
### Unsicherheit im Umgang mit dem PC?



### Eigeninitiative im Kurs?



## Einstellung zum Umgang mit dem Computer am Arbeitsplatz (N=83)



## Schlussfolgerungen

Hoher Stellenwert **EDV-bezogener Belastungen** für Patienten am Übergang zum höheren Lebensalter, v.a. in Kombination mit **Chefwechsel**

**Reduktion** negativer Einstellungen und **Ängste** sowie **Zunahme** von **Eigeninitiative** durch Teilnahme an Kurs, der speziell auf Erfordernisse Älterer zugeschnitten ist

**Einbettung des EDV-Kurses** in berufsbezogenes Therapieprogramm erforderlich

# Berufsbezogene Gruppentherapie bei älteren Arbeitnehmern: Themen, Behandlungstechnik, Veränderungspotential

Schattenburg, L. <sup>1</sup> Gerhard, C.<sup>2</sup>; Beutel, M.E.<sup>2</sup>;  
Knickenberg, R.J.<sup>1</sup>; Bleichner, F.<sup>1</sup>



Rhön Klinikum AG  
Psychosomatische Klinik  
Bad Neustadt/Saale

<sup>1</sup> Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale

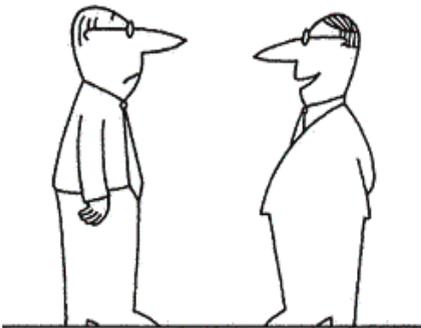
<sup>2</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen



\* gefördert durch Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (1999-2003)

## Einleitung Einleitung

## Berufliche Belastungen älterer Arbeitnehmer



„Yes, and the fact that you’ve been an outstanding employee for 25 years will look great on your resume“

- Rapider gesellschaftlicher und technologischer Wandel der Arbeitsanforderungen
- Zunahme psychomentaler Belastungen von über 50-jährigen Arbeitnehmern begünstigen Entstehung psychosomatischer Erkrankungen
- Ältere Patienten insbesondere durch berufsbezogene Veränderungen (Einführung von EDV-Technologien und Vorgesetztenwechsel) belastet
- die Folgen sind erhöhte Konflikte und Einbußen am Arbeitsplatz und negative Einstellung zur Arbeit

- **Stellenwert berufsbezogener Belastungen** der über 50-jährigen bei Aufnahme in die psychosomatische Klinik
- **Aufarbeitung berufsbezogener Belastungen** im Rahmen einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie
- **Akzeptanz und Wirksamkeit** aus Sicht der Teilnehmer

- Abbau von **Demoralisierung** und **Resignation**
- Zunahme von **Selbstvertrauen** und internaler **Kompetenzüberzeugung**
- Aufbau berufsbezogener **Motivation** und **Initiative**
- Erwerb von sozialen **Problembewältigungsstrategien**
- Entwicklung realistischer beruflicher **Perspektiven** und **Lebensgestaltung**

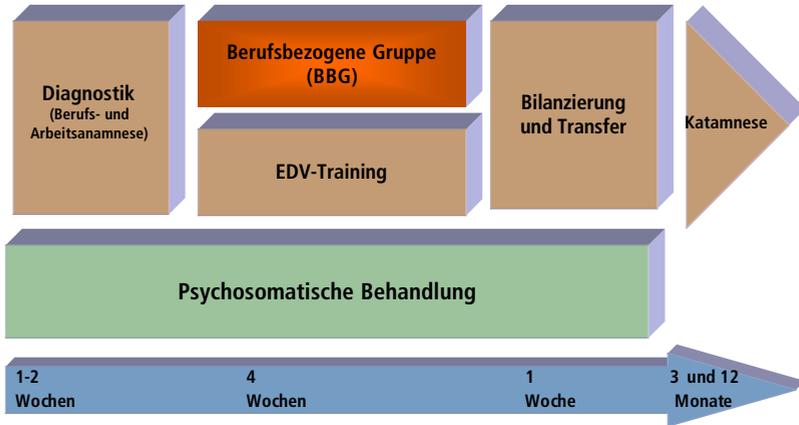
BBG-Teilnehmer/ -Bewerter N=211

	N	N%
<b>Einschlusskriterien</b>		
1 Arbeitsunfähigkeit (AU) > 12 Wochen	77 (n=151)	51,0
2 Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	165 (n=187)	88,2
3 Berufliche Belastungen als Beitrag zu den Beschwerden	161 (n=187)	86,1
4 Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation	114 (n=165)	69,1
5 Konflikt- und Problembereiche		
<i>Berufliche Perspektiven</i>	102 (n=169)	60,4
<i>Arbeitskollegen</i>	46 (n=171)	26,9
<i>Vorgesetzte</i>	67 (n=166)	40,4
<i>Arbeitsbewältigung</i>	111 (n=163)	68,1
<i>Umgang mit neuen Technologien</i>	72 (n=157)	45,9

## Stichprobe Stichprobe

## Teilnehmer der Berufsbezogenen Gruppe (BBG)

	Frauen N=114 (54%)		Männer N=97 (46%)		Gesamt N=211	
<b>1 Alter</b>	M= 53,78	SD= 2,77	M= 53,96	SD= 2,73	N= 53,86	SD= 2,75
<b>2 Familienstand</b>	N	N%	N	N%	N	N%
ledig	6 (n=94)	6,4	3 (n=78)	3,8	9 (n=172)	5,2
verheiratet	52	55,3	67	85,9	119	69,2
geschieden/getrennt lebend	26	27,7	6	7,7	32	18,6
verwitwet	10	10,6	2	2,6	12	7,0
<b>3 Erwerbstätigkeit</b>						
vollzeit	40 (n=101)	39,6	56 (n=79)	70,9	96 (n=180)	53,3
teilzeit	32	31,7	0		32	17,8
selbständig	2	2,0	3	3,8	5	2,8
Hausfrau/Hausmann (ET)	4	4,0	0		4	2,2
arbeitslos	23	22,8	20	25,3	43	23,9
<b>4 AU-Dauer &gt; 12 Wochen</b>	45 (n=83)	54,2	32 (n=68)	47,1	77 (n=151)	51,0
<b>5 Rente</b>						
Antrag gestellt	6 (n=91)	6,6	5 (n=71)	7,0	11 (n=162)	6,8
Rentenantrag beabsichtigt	14 (n=70)	31,8	16 (n=54)	37,2	30 (n=124)	34,5



### Berufsbezogene Gruppe (BBG)

4 Wochen, geschlossene Gruppe, bis zu 12 Teilnehmer

- **Einführung** (1.Stunde)

- |                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| 1 Vorbereitung                   | 2 Vorstellung GL  |
| 3 Zielsetzung / Methodik der BBG | 4 Kennenlernen TN |

- **Exploration** (2. Stunde)

- 1 TN explorieren berufsbezogene Belastungen / Konflikte
- 2 individuelle Zielsetzungen erarbeiten

- **Bearbeitung berufsbezogener Probleme und Konflikte** (3.-7. Stunde)

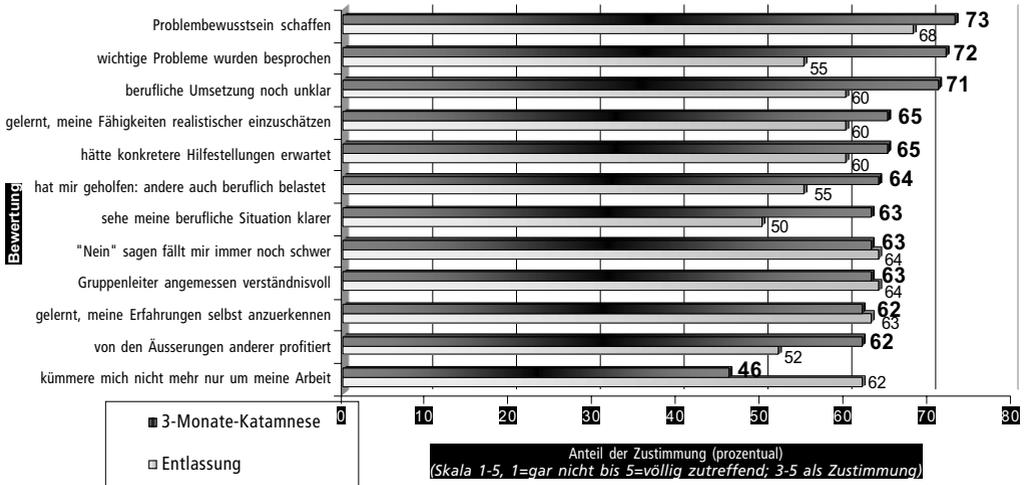
Themenbereiche fokussieren:

- |  |                                     |                   |
|--|-------------------------------------|-------------------|
| 1 Bilanzierung beruflicher Erfahrungen                   | 2 Motivation                        | 3 Eigeninitiative |
| 4 individuelle Bedeutung der Arbeit                      | 5 Balance zwischen Arbeit/ Privatem |                   |
| 6 Möglichkeiten der Entwicklung von Handlungskompetenzen |                                     |                   |

- **Bilanzierung / Bewertung** (8. Stunde)

- 1 Erwartungen/ Zielsetzungen mit tatsächlichem Verlauf der BBG vergleichen
- 2 Transfer von Lösungsansätzen in die berufliche Situation

**Teilnehmer des "Berufsbezogenen Programms"-  
Bewertung der Berufsbezogenen Gruppe (BBG) / N=78  
zu Entlassung und 3-Monate-Katamnese**



## Ausblick Ausblick

- **Mangel** an systematischer **Evaluation** Kurzgruppenpsychotherapien in der psychosomatische Rehabilitation
- **Patientenbeurteilung** der Gruppen am **Ende der Behandlung**;  
nur begrenzt absehbar, inwieweit Einsichten, Erfahrungen und Lösungsansätze am Arbeitsplatz umsetzbar sind (**Transfurmöglichkeit?**)
- **Katamnesebefragung**: Vergleich zu Nichtteilnehmern mit vergleichbaren beruflichen Belastungen

# Diagnostik und Behandlung minimaler kognitiver Beeinträchtigungen

## Stefanie Wagner

- ▶ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie JLU Gießen

In Kooperation mit:

- Rhön-Klinikum Bad Neustadt / Saale
- Klinik für Psychiatrie JLU Gießen



## Altersassoziierte kognitive Veränderungen

- ▶ Intelligenz
  - Fluide Intelligenz (Problemlösen) ↓
  - Kristalline Intelligenz (Wortschatz, Wissen) ↑ →
- ▶ Tempo
  - kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit ↓
- ▶ Gedächtnis
  - Arbeitsgedächtnis ↓
  - Prospektives Gedächtnis ↓
  - Quellengedächtnis (Kontext) ↓
  - Störbarkeit, Ablenkbarkeit, Zerstretheit ↑
- ▶ Aufmerksamkeit
  - „Dual task“ Leistungen ↓
- ▶ Exekutive Funktionen
  - Komplexe zielgerichtete Aktivitäten ↓
- ▶ Visuell-räumlich
  - Erkennen, Reproduktion ↓

## Erkennungsmerkmale des Demenzsyndroms nach DSM-IV (Dauer mindestens 6 Monate)

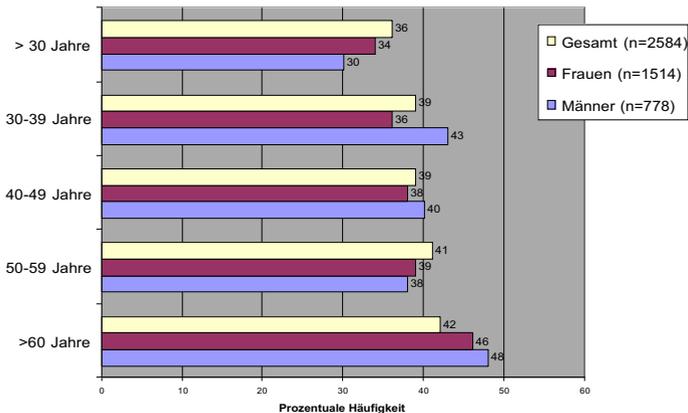
- ▶ Kognitive Störungen
  - . Gedächtnisleistung, bes. Lernen neuer Informationen
  - . Urteilsfähigkeit, Denkvermögen
  - . Zusätzlich mind. ein Symptom: Aphasie (Sprache), Apraxie (Handhabung von Objekten), Agnosie (Erkennen von Objekten), räumliches Erkennen
- ▶ Affektiv/sozial
  - . Affektkontrolle, Antrieb, Sozialverhalten
- ▶ Persönlichkeit
  - . Zuspitzung primärpersönlicher Wesenszüge
  - . qualitative Veränderungen der Persönlichkeit
- ▶ Alltag
  - . soziale, berufliche Funktionen, Alltagsbewältigung
- ▶ Bewußtsein
  - . keine Störung

### Definition: Leichte kognitive Einbußen (DSM-IV) (minimal cognitive impairment, MCI)

- Objektivierbarer Abbau des kognitiven Leistungsniveaus infolge des Alterungsprozesses
- Innerhalb der normalen, altersentsprechenden Grenzen der betroffenen Person
- Probleme, Namen oder Verabredungen zu behalten, oder Schwierigkeiten beim Lösen komplexer Probleme
- Die kognitive Beeinträchtigung geht nicht auf eine spezifische psychische oder neurologische Störung zurück



## Subjektive Gedächtnisschwierigkeiten psychosomatisch Kranker

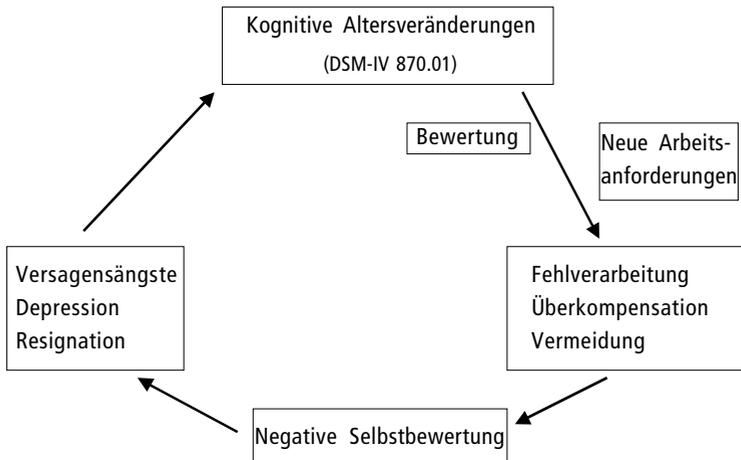


SCL-90: Item 9 (Gedächtnisschwierigkeiten), Skala: 0-4, Zustimmung: 2 (ziemlich) - 4 (sehr stark)

## Probleme bei der Erfassung kognitiver Altersveränderungen

- Nicht einfach durch Fragebögen zu erfassen
- Testergebnisse beeinflusst durch Kultur, Bildung, Sprache, Erfahrung , emotionalen, physischen Status, Testgüte
- Einbußen klein im Verhältnis zur Bandbreite kognitiver Leistungsfähigkeit
- Anfälligkeit Älterer für leistungshemmende Faktoren (z.B. Lärmquellen)
- Demenzverfahren (z.B. MMST) untauglich für die Diagnostik leichter Einbußen
- Umfassende Testbatterie erforderlich zur Bestimmung, welche Leistungen beeinträchtigt sind, keine Ursachendiagnostik

## Circulus vitiosus aus kognitiven Altersveränderungen unangemessener Belastungsverarbeitung und Depression



## Testpsychologische Diagnostik kognitiver Störungen

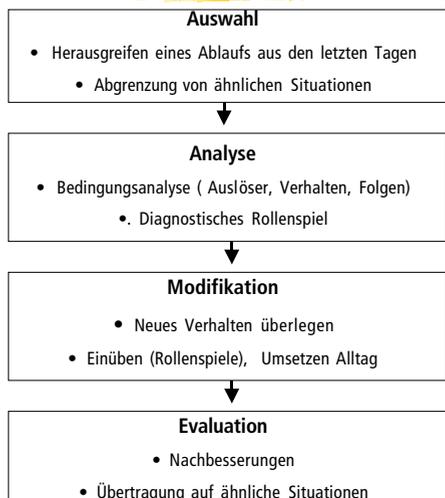
1. Welche Funktionen sind beeinträchtigt (sprachliches, figürliches, gehörs- oder gelesenes Material, global gestört oder Teilleistungen)?
2. Welche kognitiven Ressourcen sind vorhanden?
3. Wie lassen sich Depressionen berücksichtigen?
4. Welche Schlussfolgerungen lassen sich für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ziehen?
5. Wie lassen sich kognitive Leistungen erhalten und fördern?
6. Wie lassen sich Trainingseffekte objektivieren?

## Testbatterie zur Erfassung leichter kognitiver Einbußen

- ▶ Gedächtnis           ▶ FEAG, MAC, Termetest, Tagesplan
- ▶ Problemlösen       ▶ Turm von Hanoi, Computersimulationen
- ▶ Intelligenz          ▶ LPS 50+
- ▶ Aufmerksamkeit   ▶ d2, Reaktionszeitmessung, TAP
- ▶ Depression         ▶ BDI

- \* Demenzverfahren (MMST, DEMTEC) bei leichten kognitiven Einbußen ungeeignet
- \* Neuropsychologische Testbatterien sehr aufwändig und zeitintensiv; Relevanz für berufliche Leistungsbeurteilung
- \* Daher: Validierung von Testverfahren für leichte kognitive Einbußen für die Rehabilitation

## Schritte zur Bearbeitung einer Problemsituation im kognitiven Training



# Schlussfolgerungen



- ▶ Notwendigkeit der Validierung vorhandener Verfahren für Rehabilitation
- ▶ Systematische Beachtung von Anforderungen in Arbeit und Alltag
- ▶ Enger Zusammenhang zu Bewertungs-, Verarbeitungsprozessen und affektiven Störungen
- ▶ Relevanz für sozialmedizinische Beurteilung
- ▶ Entwicklung und Evaluation von kognitivem Training

# Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke:

## Eine Übersicht

### ▶ SELBSTHILFE IN DEUTSCHLAND

ca. 70.000 bis 100.000 Gruppen

ca. 75% der Gruppen im Gesundheitsbereich

➔ **„Psycho“ : ???**

ca. 100 Organisationen in BAGH, DPWV, DHS

➔ **„Psycho“ : unorganisiert**

ca. 300 Selbsthilfe-Kontaktstellen

➔ **„Psycho“ : große Nachfrage**

### ▶ TYPOLOGIE VON SELBSTHILFEGRUPPEN

1) Anonymous-Gruppen

(eigene "Traditionen" und "Schritte")

➔ **Sucht**

2) Selbsthilfe-Organisationen

(Information, Coping, Interessenvertretung)

➔ **Chronische Erkrankung / Behinderung**

3) Gesprächs-Selbsthilfegruppen

(„Gruppentherapie ohne Therapeut“)

➔ **Psychosomatik / Psychotherapie**

▶ SELBSTHILFGRUPPEN UND PSYCHOTHERAPIE

Selbsthilfegruppe **oder** Psychotherapie ?  
**anstatt**  
**vor**  
**neben**  
**nach**

Selbsthilfegruppe als „**psychosoziale Basistherapie**“

▶ KONTAKTSTELLE FÜR SELBSTHILFGRUPPEN

- ➔ Information über Idee und Konzept von SHG
- ➔ Zugang zu bestehenden Gruppen
- ➔ Unterstützung bei der Gründung neuer SHG
- ➔ Beratung von / mit SHG (Supervision)
- ➔ Vermittlung von Räume, Finanzen etc.
- ➔ Hilfe bei Öffentlichkeitsarbeit
- ➔ Drehscheibe zwischen professionellem Versorgungssystem und Selbsthilfesystem
- ➔ Sprachrohr-Funktion

▶ DREI WURZELN EINES FORSCHUNGSPROJEKTS

- 1) Praxis-Erfahrung in der Kontaktstelle und in der DAG SHG
  - a) Anfragen von Profis aus Kliniken (Nachsorge)
  - b) Bezugnahme von Selbsthilfegruppen-Interessenten auf ihre Erfahrung in Kliniken mit Gruppentherapie und mit hilfreichen Kontakten zu Mit-Patienten

## 2) Forschungsinteresse an der Psychosomatischen Uni-Klinik

Psychotherapie-Forschung, Reha-Forschung  
Kontakt zu kooperierenden Kliniken

## 3) Förderinteresse des BKK-Bundesverbandes

im Rahmen seiner Selbsthilfe-Förderung nach § 20, 4, SGB V (Innovation, Inanspruchnahme, Kooperation zwischen Selbsthilfe und professioneller Behandlung)

### ► ZIELE DES PROJEKTS

- Bestandsaufnahme von Selbsthilfegruppen (Kontaktstellen-Erhebung)
- Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter und für Patienten in Kliniken
- Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen
- Wirksamkeit (Katamnese)

### ► „PSYCHO“-SELBSTHILFEGRUPPEN IN DEUTSCHLAND (OHNE KLASSISCHE SUCHTGRUPPEN)

Umfrage bei 266 Selbsthilfe-Kontaktstellen  
Antwort von 220 Selbsthilfe-Kontaktstellen (= 83 %)

**insgesamt Daten von ca. 3.000 „Psycho“- SHG**

davon	ca. 21 %	Angst und Depressionen (einschl. EA)
	ca. 12 %	Trauer / Verlust, Trennung / Scheidung
	ca. 7 %	Essstörungen
	ca. 8 %	Psychiatrische Erkrankungen
	ca. 13 %	Angehörige von psychisch Kranken
	ca. 14 %	ohne "diagnostische" Bezeichnung
	ca. 75 %	

- häufigste Gruppengröße 7 - 12 Personen
- meist mehr als 2/3 Frauen
- etwa die Hälfte älter als 3 Jahre

## ▶ WIRKFAKTOREN IN SHG

- ➔ Modell-Lernen („Coping“-Strategien)
- ➔ Verbalisierung emotionaler Inhalte (Schwäche, Angst, Scham etc.)
- ➔ Korrigierende emotionale Erfahrung (F. Alexander) Wohlwollen, Erhöhung des Selbstwerts
- ➔ Übertragung (?) und Widerstand (?) (wildes Analysieren? ; frühere Therapieerfahrung!)
- ➔ Positive Wertschätzung, Echtheit, Empathie (C. Rogers) „identifikatorische Resonanz“ (gleich Betroffene, Mit-Patienten)
- ➔ „social support“, Gruppenkohäsion, "sense of coherence" (Bindung, Zugehörigkeit, Wertschätzung, Identität)
- ➔ Orientierung, Kontrolle, Selbstwirksamkeit, "locus of control" (aktive Bewältigung, Information, Aufklärung, Wissen, Schulung)
- ➔ Besserungserwartung, Hoffnung ("high hoppers")
- ➔ "helper therapy principle" ("Helfen hilft") "Helfer-High" (Endorphin-Ausschüttung?)
- ➔ Krisenintervention, Streßreduktion durch soziale Unterstützung (emotional, instrumentell, Information)

# Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke

## Versorgungsangebot – Inanspruchnahme - Wirksamkeit

Leitung: Prof. Dr. med M.Beutel (Dipl.-Psych.)  
J. Matzat (Dipl.-Psych.) Leiter der  
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen

Mitarbeiter: A. Höflich (Dipl.-Psych.)  
Dr. F. Meyer (Dipl.-Psych.)

gefördert vom Bundesverband der BKK

## Multizentrische Studie teilnehmende Kliniken:

- Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Bereich Krankenhaus - Dr. med. F. Bleichner
- Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Bereich Rehabilitation - Dr. med. R.J. Knickenberg
- Vogelsbergklinik Grebenhain - R. Thiede
- Heilig-Geist Hospital, Frankfurt/ Main - Dr. W. Merkle
- Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der JLU Gießen - Prof. Dr. Ch. Reimer

# Projektziele



1. Ermittlung des Angebots an Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke
- 2. **Diagnosebezogene Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen an der Schnittstelle zwischen stationärer Psychotherapie und ambulanter Versorgung**
3. Abbau von Zugangsbarrieren durch patienten- und therapeutenbezogene Interventionen

## Anzahl bisher befragter Patienten



- Bisher wurden in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt bei Aufnahme 528 Patienten befragt (Rücklaufquoten zwischen 70 und 90%)
  
- Von 293 Patienten liegt bisher der Entlassungsbogen vor (Rücklaufquoten zwischen 60 und 85%)

# Wie hoch würden Sie den Anteil unter psychosomatischen Patienten schätzen, die vor Klinikaufnahme bereits an einer SHG teilgenommen haben?

## Therapeutenbefragung (N=33)

	Wie viele (%) Patienten haben Ihrer Meinung nach bereits an SHG zu folgenden Themen teilgenommen?	Wie vielen (%) Patienten mit folgenden Störungen würden Sie die Teilnahme an einer SHG empfehlen?
Depression	4,1% (0-20)	44,2% (0-90)
Angst	6,7% (0-30)	51,9% (10-100)
Anorexie/ Bulimie	12,9% (1-40)	65,1% (0-100)
Adipositas	12,0% (1-45)	61,9% (0-100)
Sonstige	7,3% (0-20)	39,4% (10-80)
Durchschnitt	8,6%	53,0%
Alkohol	29,1% (1-80)	92,2% (50-100)

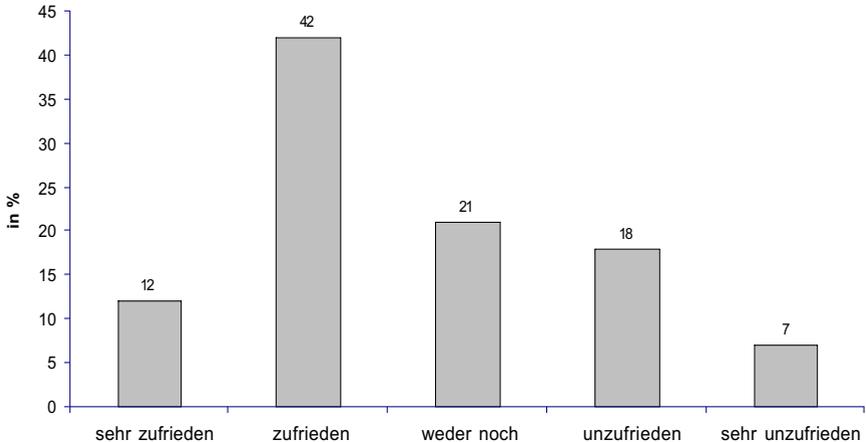
## Teilnahme an SHG I: Patienten bei Aufnahme

	ja	nein
Haben Sie <i>jemals</i> an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?	14 %	86 %

## Teilnahme an SHG II: Patienten bei Aufnahme

	ja	nein
Sind Sie <i>zur Zeit</i> Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?	6 %	94 %

## Zufriedenheit mit SHG-Teilnahme (N=73)



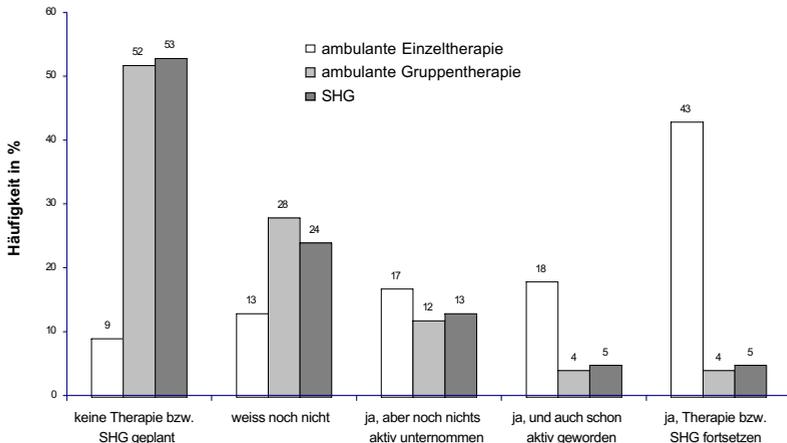
### Gründe für Zufriedenheit:

- Man wird in der Gruppe verstanden, es gibt keine Schuldzuweisungen
- Man wird angenommen wie man ist
- Es gibt einem das Gefühl, nicht alleine zu sein
- Die Selbsthilfegruppe macht mir meine Probleme bewusst

# Gründe für Unzufriedenheit:

- Die Gruppe war ziemlich orientierungslos, ohne Führung
- Keine Struktur, zu langatmig
- Endlose Wiederholungen der Lebensläufe
- Es war wie ein Club

## Was planen die Patienten nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung? (N=286)



## Was könnte Sie abhalten an einer SHG teilzunehmen?

---

- Das Fehlen eines Therapeuten
- Ich möchte meine Probleme nur mit einer kompetenten Person besprechen und nicht publik machen
- Zeit, selbst aktiv werden zu müssen
- Die Entfernung zum Wohnort
- Ich fühle mich in einer Gruppe unwohl
- Wenn ich Bekannte oder Nachbarn dort treffen würde

## Was könnte Sie abhalten an einer SHG teilzunehmen?

---

- War dabei, hat mir nichts gebracht
- Ich weiß nicht, ob es SHG für Depressionskranke gibt
- Dass ich keine finde, die sich mit meinen Problemen befasst
- Ich kenne es nicht
- Was ist eine SHG?

# Schlussfolgerung



- Bei Patienten und Therapeuten besteht ein Bedarf an Informationen, Entscheidungshilfen und Abbau von Barrieren
- ↳ Gezielte Schulung und Information von Patienten und Therapeuten

# Wie lassen sich mehr Patienten zur Bearbeitung berufsbezogener Probleme motivieren? Differenzierung und Optimierung berufsbezogener Therapieansätze

Schattenburg, L.<sup>1)</sup>, Zwerenz, R.<sup>1,2)</sup>, Knickenberg, R. J.<sup>1)</sup>, Vorndran, A.<sup>1)</sup> & Beutel, M. E.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Psychosomatische Klinik  
Bad Neustadt / Saale



<sup>2)</sup> Klinik für Psychosomatik und  
Psychotherapie, J-L-U Gießen



\*Multizentrische Studie mit der Medizinisch- Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien, gefördert durch den VDR und das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes „Rehabilitationsforschung Bayern“.

## Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (1)

- Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept mit fokalthérapeutischer Ausrichtung
- Die Fokussierung auf die Bearbeitung berufsbezogener Belastungen durch den Therapeuten erlaubt nicht nur die bewusste Mitteilung, sondern auch die unbewusste Inszenierung ungelöster arbeits- und leistungsbezogener Konflikte im Hier und Jetzt der Gruppensituation.
- Die Gruppe gewinnt einen „Teamcharakter“, während der Gruppenleiter in der Übertragung z.B. als „Vorgesetzter“, als Repräsentant betrieblicher Vorgesetzter, der Rentenversicherungsträger, etc. erlebt werden kann.

## Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (2) - Inhaltsbereiche



- Motivation zur Auseinandersetzung mit Beruf / Problemen
- Positive / negative Erfahrungen im Beruf (Bilanzierung)
- Persönliche Vorstellungen und Ideale
- Parallelen im Verhalten (Beruf, privat, Gruppe)
- Verbindung zwischen berufsbezogenen Problemen und psychosomatischen Beschwerden
- Persönliche Schwächen und Stärken, eigenes Leistungsbild
- Eigene Anteile an der beruflichen Problematik

## Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (3) - Inhaltsbereiche



- Konflikte mit Kollegen / Vorgesetzten
- Selbstwerterleben im Beruf und sozialen Kontext
- Versagensgefühle, Opferrolle
- Möglichkeiten zur Eigeninitiative
- Regeneration: Balance zwischen Arbeit und Privatem
- Lebens- und Copingstrategien am Arbeitsplatz
- Individuelle Möglichkeiten zur Entwicklung von Handlungskompetenzen

## Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (4) - Rahmenbedingungen

- Teilnehmerzahl:**
- 8 bis maximal 10 Teilnehmer
- Gruppendauer:**
- 90 Minuten, 2 Termine pro Woche über 4 Wochen
- Durchführung:**
- Ein/-e Gruppenleiter/-in und max. ein/-e Hospitand/-in
  - Schulung über Vermittlung der Arbeitsinhalte und Erläuterung des Manuals
- Teilnahme:**
- Erfüllen der Screening-Kriterien
  - Therapeutische Zustimmung
  - Freiwillige Teilnahme durch Patienten
  - Max. 2 Fehltermine

## Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (5)

### Motivationsphase (2x 90 Minuten)

- Information (Interesse wecken)
- Exploration (Ziele erarbeiten)
- Motivation klären

### Bearbeitungsphase (6x 90 Minuten)

- Kathartische Mitteilung von Gefühlen
- Stimulation der Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern
- Spiegelung eigener Konfliktanteile
- Bewusstmachung möglicher Übertragungen
- Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge
- Bilanzierung

## Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (6) - Behandlungsintegrität

- 1) Erstellung eines tiefenpsychologisch orientierten Behandlungsmanuals
- 2) Kriterien für therapeutische Adhärenz, wie z.B.
  - Fokussierung auf berufliche Probleme
  - Abwehrmechanismen wahrnehmen und bewusst machen
  - Übertragungen wahrnehmen und deuten
- 3) Kriterien für therapeutische Kompetenz, wie z.B.
  - Sind Interventionen nachvollziehbar?
  - Sind die Interventionen rasch genug?
  - Kann der Therapeut problemorientiert arbeiten?
- 4) Regelmäßige Videoaufzeichnungen der Gruppe (1 x pro Woche) von bisher 8 Gruppen
- 5) Externe Beurteilung, Reliabilitätsprüfung und Validierung

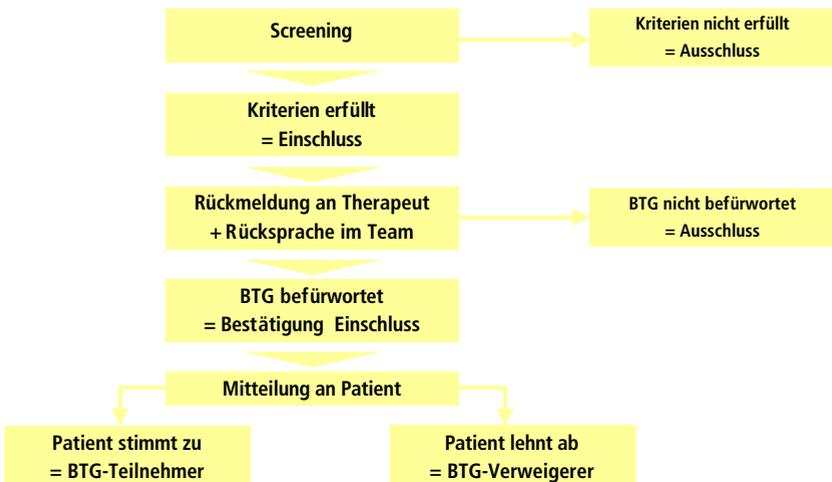
## Methodik – Einschlusskriterien

- **Objektive Kriterien beruflicher Belastung**
  - ✓ Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 12 Wochen im letzten Jahr und/oder
  - ✓ Arbeitslosigkeit (bzw. Zeitrente)
- **Subjektive Kriterien beruflicher Belastung**
  - (mindestens 2 der folgenden 5 Kriterien)
  - ✓ Beeinträchtigung am Arbeitsplatz durch Beschwerden
  - ✓ Überzeugung, dass berufliche Belastungen zur Krankheit beitragen
  - ✓ Unzufriedenheit mit dem Arbeitsbereich
  - ✓ Konflikte am Arbeitsplatz
  - ✓ Befürchtung, den Arbeitsplatz zu verlieren

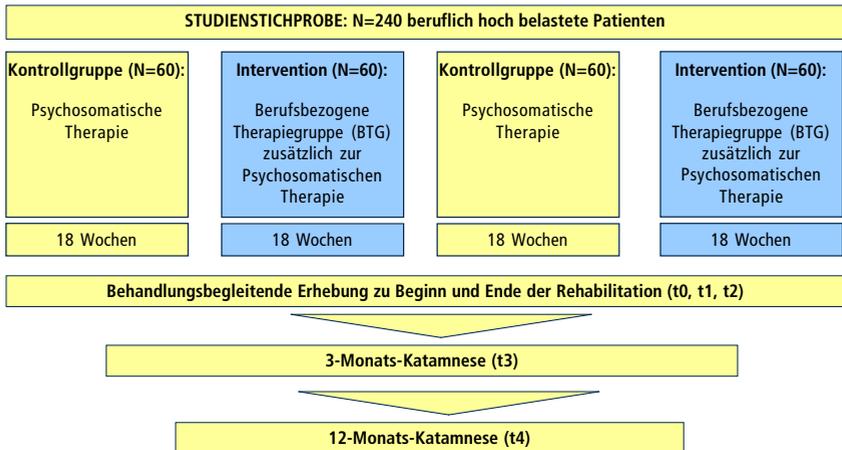
## Methodik - Ausschlusskriterien

- ✓ Akute psychiatrische Erkrankung (Psychose, Sucht, hirnorganische Erkrankung)
- ✓ EU-Rente auf Dauer
- ✓ Erwerbstätigkeit nicht beabsichtigt

## Zuweisung zur Intervention in Bad Neustadt



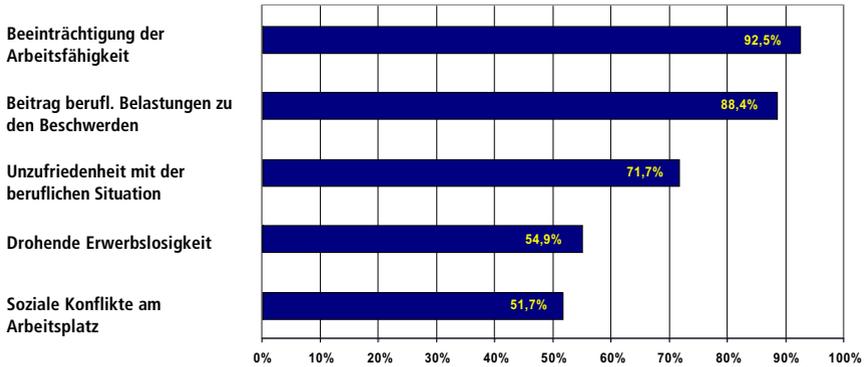
## Methodik – Studiendesign



## Aktueller Stand – Fallzahlen

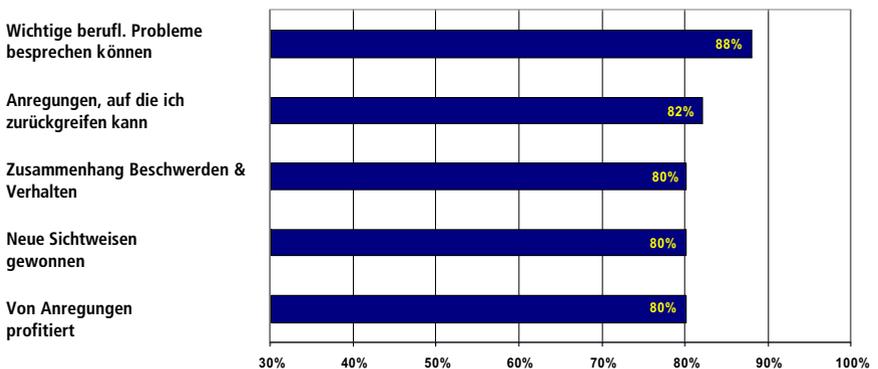
- Studienteilnehmer aktuell (Aufnahme & Entlassung) N=239 (240 geplant)
  - Abbrecher
    - der Intervention N=13 (9%)
    - der Kontrollgruppe N=8 (6%)
  - Verweigerer Intervention N=6 (4%)
  
- Katamneserücklauf (3 Monate) N=108 (von 132)  
 (Kontrollgruppe 1, Intervention 1) 82%

# Art & Ausmaß der beruflichen Probleme bei Klinikaufnahme



Anteil hoher Belastungen (Werte 4-5 auf 5-stufiger Skala) bei den Studienteilnehmern (N=242-267)

# Bewertung der BTG nach Behandlungsende

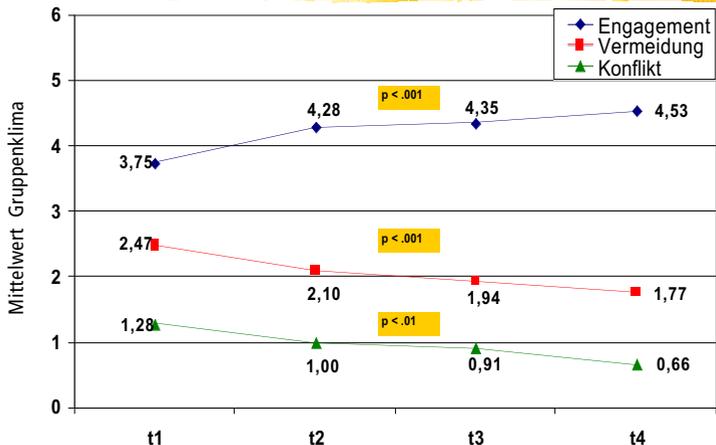


Prozentualer Anteil mit Zustimmung (Werte 3-5 auf 5-stufiger Skala; N=98-100)

# Gruppenklimafragebogen (GCQ-S)

- ⌘ Engagement: Aspekte eines förderlichen Gruppenklimas
- ⌘ Konflikt: Atmosphäre von Ärger und Spannung
- ⌘ Vermeidung und Abhängigkeit: Vermeiden der Thematisierung wichtiger interpersoneller Aspekte, Abhängigkeit vom Leiter, Befolgen von Gruppennormen

## Gruppenklima im Verlauf<sup>1)</sup>



1) Von den ersten 55 Teilnehmern nach der 2., 4., 6. und 8. Gruppenstunde eingeschätzt (GCQ-S nach Mac Kenzie, 1983; deutsch von Tschuschke et al., 1991)

## Die berufliche Belastungserprobung als therapeutisches Modul: Kurz- und langfristige Ergebnisse einer kontrollierten Studie\*

Zwerenz, R.<sup>1,2)</sup>, Schattenburg, L.<sup>1)</sup>, Knickenberg, R. J.<sup>1)</sup>, Vorndran, A.<sup>1)</sup> & Beutel, M. E.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Psychosomatische Klinik Bad  
Neustadt / Saale



<sup>2)</sup> Klinik für Psychosomatik und  
Psychotherapie, J-L-U Gießen

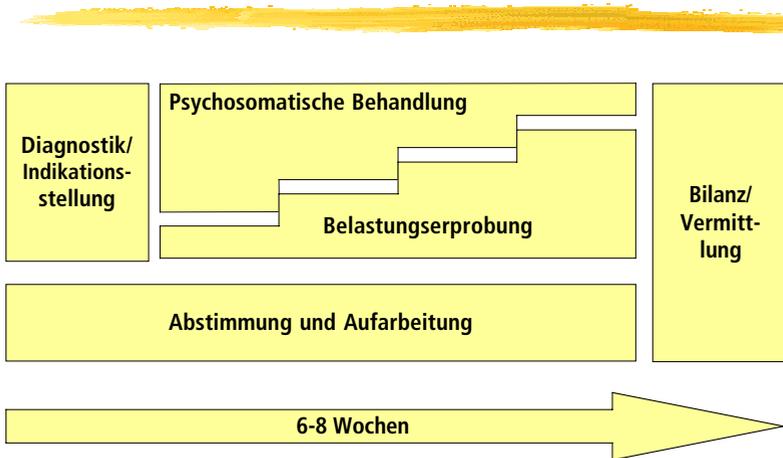


\*Multizentrische Studie mit der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien, gefördert durch den VDR und das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes „Rehabilitationsforschung Bayern“.

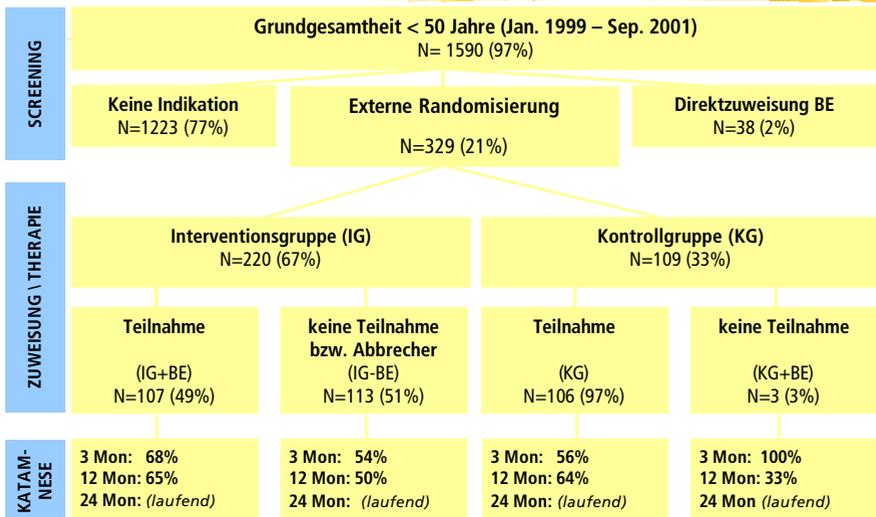
## Hintergrund

- Arbeitsplatzunsicherheit, -verlust und psychomentele Belastungen sind Risikofaktoren für psychische und psychosomatische Erkrankungen.
- Psychische Erkrankungen sind eine Hauptursache der Frühberentung bei unter 50-jährigen (VDR, 1999).
- Längere Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder Rentenbegehren bei Klinikaufnahme sind Prädiktoren für eine schlechtere berufliche Reintegration (Irle et al., 1998).
- Motivationsdefizite stehen häufig der therapeutischen Aufarbeitung berufsbezogener Probleme entgegen (Bürger & Koch, 1995; Bürger et al., 1997).

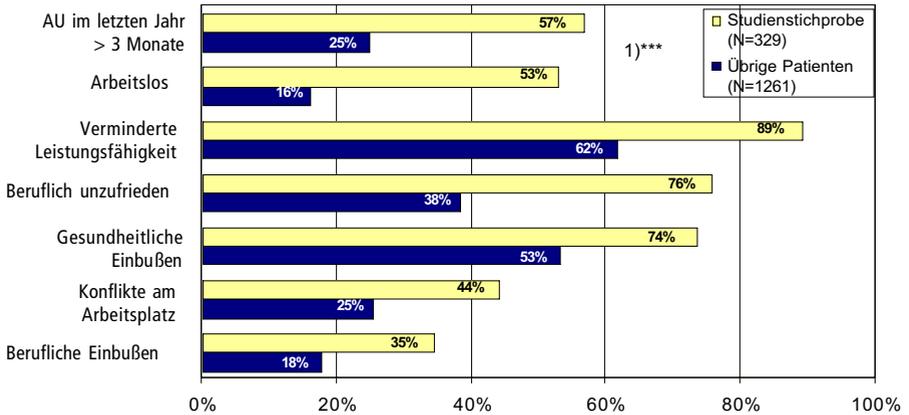
## Einbettung der beruflichen Belastungserprobung (BE) in die psychosomatische Behandlung



## Studiendesign und Fallzahlen

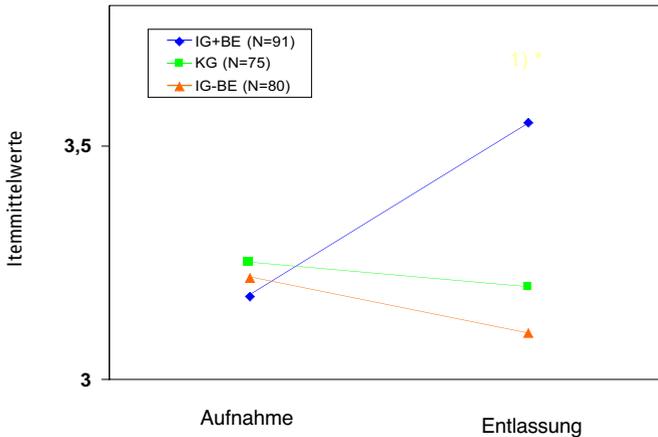


## Berufliche Belastungen in der Studienstichprobe im Vergleich zu den übrigen Patienten



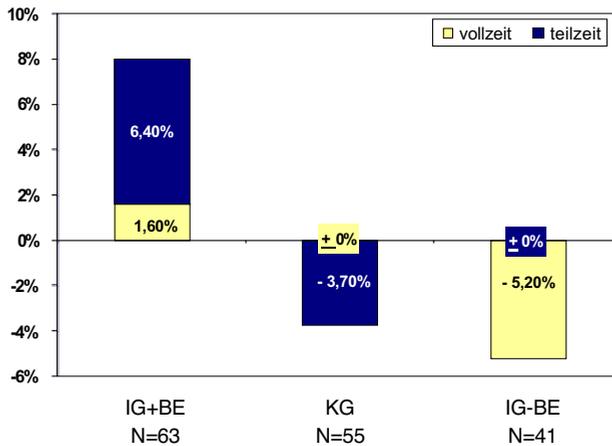
1) alle  $p < .001$

## Subjektive Einschätzung nach Klinikentlassung wieder arbeiten zu können



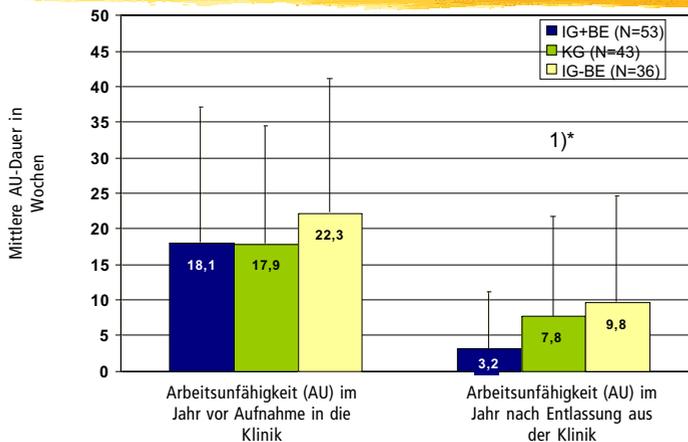
Legende: IG+BE: an Intervention teilgenommen; KG: Kontrollgruppe; IG-BE: an Intervention nicht teilgenommen;  
1) Kovarianzanalyse mit Baseline-Wert als Kovariate;  $p < .05$

## Veränderung des Beschäftigungsstatus nach Klinikentlassung (12-Monats-Katamnese)



Legende: IG+BE: an Intervention teilgenommen; KG: Kontrollgruppe;  
IG-BE: an Intervention nicht teilgenommen

## Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor Aufnahme und nach Entlassung aus der Klinik



1) Kovarianzanalyse mit Baseline-Wert als Kovariate;  $p < .05$

## Zusammenfassung

- Teilnehmer an der Belastungserprobung berichteten am Ende der Behandlung über positivere berufliche Einstellungen und Prognosen für die Wiederaufnahme der Tätigkeit.
- 3 Monate nach Entlassung zeigten sich noch keine Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung in den Untersuchungsgruppen.
- 12 Monate nach Entlassung war eine Zunahme der Beschäftigung bei den Teilnehmern an der BE und eine Abnahme in der Kontrollgruppe sowie bei den Verweigerern/ Abbrechern der BE zu beobachten.
- 12 Monate nach Entlassung war die AU-Dauer in der Gruppe der BE-Teilnehmer am niedrigsten.

## Schlussfolgerungen

Die berufliche Belastungserprobung ...

- ➔ erlaubt eine Konfrontation mit realistischen, berufsbezogenen Anforderungen;
- ➔ unterstützt die Diagnostik und Bearbeitung der Wechselwirkung zwischen dem Störungsbild und der beruflichen Belastungssituation;
- ➔ zeigt erste positive Befunde zur beruflichen Wiedereingliederung.

# Autoren

**Beutel, Manfred, Prof. Dr. med., Dipl.-Psych.**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,  
Justus-Liebig-Universität, Gießen

**Bleichner, Franz, Dr. med.**

Chefarzt Abt. Krankenhaus,  
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

**Gerhard, Christine, Dipl.-Psych.**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,  
Justus-Liebig-Universität, Gießen

**Irle, Hanno, Dr. med.**

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

**Knickenberg, Rudolf J., Dr. med.**

Ärztlicher Direktor, Chefarzt Abt. Rehabilitation,  
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

**Legner, Reinhard, Dr. med.**

Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes,  
Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz, Landshut

**Matzat, Jürgen, Dipl.-Psych.**

Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen

**Schattenburg, Lothar, Dr. phil., Dipl.-Psych.**

Ltd. Psychologe Abt. Rehabilitation,  
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale

**Wagner, Stefanie**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,  
Justus-Liebig-Universität, Gießen

**Zwerenz, Rüdiger, Dipl.-Psych.**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,  
Justus-Liebig-Universität, Gießen