



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schriftenreihe II

VORTRÄGE ZUR FACHTAGUNG
2004

Return to work

Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
als Aufgabe der psychosomatischen
Rehabilitation



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

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

www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
der Rhön-Klinikum AG
Redaktion: Dr. med. Rudolf J. Knickenberg

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

2.000 - 01.05

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

VORTRÄGE ZUR FACHTAGUNG

Return to work

Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
als Aufgabe der psychosomatischen
Rehabilitation

21.04.2004



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

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

www.rhoen-klinikum-ag.com

Inhalt

	Vorwort	3
Kapitel 1	Zusammenfassung –Vortrag Herr Gewinn bei der Tagung am 21.04.2004	4
	<i>Hans Gewinn</i>	
Kapitel 2	Flexible Instrumente zur beruflichen Reintegration: „IRENA“ und „stufenweise Wiedereingliederung“	12
	<i>Dr. med. Hanno Irle</i>	
Kapitel 3	Erwartungen des Kostenträgers an die Leistungsbeurteilung Leitfadenerstellung	29
	<i>Dr. med. Reinhard Legner</i>	
Kapitel 4	Verzahnungsmöglichkeiten zwischen stationärer medizinisch / psychosomatischer Rehabilitation und den Betrieben aus Sicht der BKK. Welche Weichen sind zu stellen?	34
	<i>Barbara Hüllen</i>	
Kapitel 5	Wünsche an die Verzahnung von psychosomatischer Klinik und betriebsärztlichem Dienst	39
	<i>Dr. med. Alfred Schneider</i>	
Kapitel 6	Anforderung an die medizinisch / psychosomatische Reha und ihre Verzahnung mit dem beruflichen Bereich aus Sicht des ÄD	44
	<i>Dr. med. Walther Heipertz</i>	
Kapitel 7	Modelle medizinisch-beruflicher Rehabilitation in Deutschland	56
	<i>Silke Neuderth, Dr. phil. Heiner Vogel</i>	
Kapitel 8	Der integrative, berufsbezogene Therapieansatz in der stationären Rehabilitation	75
	<i>Dr. med. Rudolf J. Knickenberg</i>	
Kapitel 9	Forschungsergebnisse und neue Fragen	88
	<i>Prof. Dr. med. Manfred Beutel, Dipl. Psych. Rüdiger Zwerenz</i>	
	Wissenschaftliche Publikationen zum berufsbezogenen Schwerpunkt	108
	Autoren	110

Vorwort

Auf der Fachtagung „Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung“ am 12. Juni 2003 haben wir wissenschaftliche Fragestellungen, unsere Forschungsergebnisse und deren therapeutische Umsetzung vorgestellt. Am 21. April 2004 haben wir eine weitere Fachtagung zum Thema „Return to work“ veranstaltet.

Wie allgemein bekannt, führen die geburtenstarken Jahrgänge nicht nur zu Ungleichgewichten in der Altersverteilung der Bevölkerung, sondern demnächst auch im Arbeitskräfteangebot. 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 können. Diese absehbaren Veränderungen stehen in deutlichem Widerspruch zur bisherigen Entwicklung in der Arbeitswelt. Während die Bevölkerung insgesamt altert, wurden die Belegschaften immer jünger: Die Industrie verminderte in den letzten Jahren den Anteil der älteren Beschäftigten durch eine altersselektive und jugendzentrierte Personalpolitik. Frühberentung war zeitweise auch ein – von der Politik gewünschtes – Mittel der Arbeitsmarktpolitik, um bestehende Arbeitslosigkeit in gesellschaftlich akzeptabler Form zu mindern.

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung sind, auf den zahlenmäßigen Rehabilitationsbedarf bezogen, nur schwer abzuschätzen. Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden in der Rentenversicherung beträgt in der psychosomatischen Rehabilitation 43,8 Jahre. Der quantitative Rehabilitationsbedarf lässt sich nur schwer abschätzen. Durch medizinische und wissenschaftliche Entwicklung bleibt der Mensch aufgrund gesünderer Lebensweise, verbesserter Hygienebedingungen und gesünderer Ernährung, optimierter Arbeitsschutzbedingungen und der Nutzung medizinisch technisch moderner Verfahren und Behandlungsmethoden für die Zeit seiner Erwerbstätigkeit länger oder sogar ganz von funktionalen Einschränkungen seiner Lebensführung verschont. Es 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.

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 möglicherweise demnächst länger im Berufsleben stehen werden, von zunehmender Notwendigkeit und Bedeutung sein.

Die Medizinische Rehabilitation steht vor großen Herausforderungen, wenn sie die zukünftigen demographischen und arbeitsmarktbezogenen Veränderungen ernst nehmen will. Gerade dem älteren Versicherten muss bei zunehmender psychosozialer Belastung die Möglichkeit gegeben werden, im Arbeitsprozess zu bestehen. Die Verschwendung von Humankapital wird sich diese Gesellschaft absehbar nicht mehr leisten können. In der Medizinischen Rehabilitation muss daher verstärkt auf die Erfordernisse älterer Arbeitnehmer eingegangen werden. Im Beitrag zur Ausschöpfung des Humankapitals hat die Medizinische Rehabilitation die Aufgabe, in den Gesundheitszustand des älteren Arbeit-

nehmers durch angepasste Leistungsangebote zu investieren. Die Frage, wie dieser Anspruch inhaltlich eingelöst werden kann, wird die Beteiligten in den nächsten Jahren weiter beschäftigen. Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt leistet mit ihrer Schriftenreihe II zum Thema „Return to work“ einen Beitrag, wie dieser Anspruch inhaltlich eingelöst werden kann. Die Klinik wird zu diesem Thema auch in den nächsten Jahren weiter berichten.

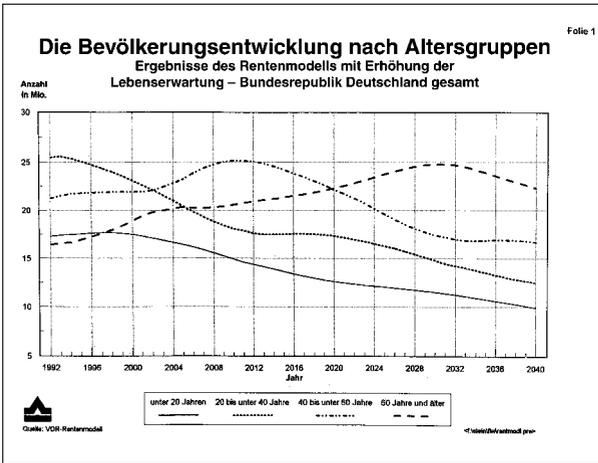
Unser Dank gilt den Referenten, die sich für unsere Veranstaltung zur Verfügung gestellt haben und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, sowie dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen, die sich an dieser Veranstaltung beteiligt haben und die Forschungsprojekte in enger Zusammenarbeit mit uns fördern.

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Ärztlicher Direktor

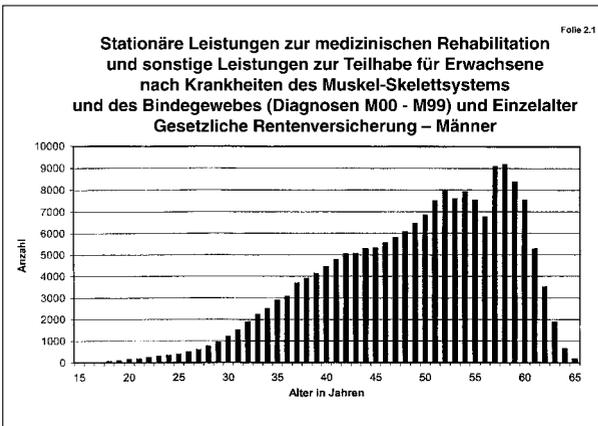
Jörg Rieger
Geschäftsleitung

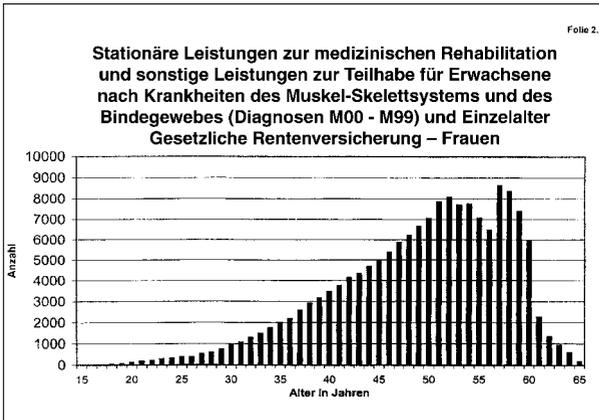
Zusammenfassung – Vortrag Hans Gerwinn bei der Tagung am 21.04.2004

Herr Gerwinn beginnt zunächst damit, zu verdeutlichen, welche Einflussfaktoren sich auf die Rehabilitation auswirken. Zum Zweiten möchte Herr Gerwinn darstellen, wie von der LVA Westfalen auf diese Herausforderung reagiert wird. Daraus soll sich ergeben, in welcher Weise die LVA Westfalen dazu beitragen kann, dass Versicherte zur Arbeit getreu dem Motto der Veranstaltung: „Return to work“ zurückkehren.

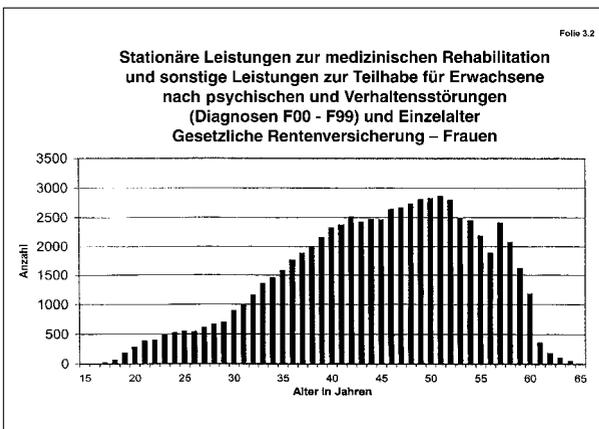
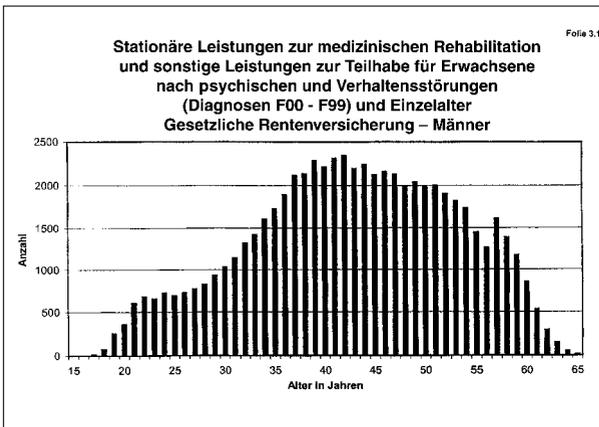


Herr Gerwinn spricht zunächst über die demographische Entwicklung. Es wird zu einem Anstieg der älteren Personen in der Gesamtbevölkerung kommen, während die Zahl der jungen Erwerbstätigen absinkt. (Folie 1) Auf diese demographischen Herausforderungen muss die Rehabilitation reagieren. Zum Zweiten weist Herr Gerwinn darauf hin, dass es in den unterschiedlichen Diagnosefeldern unterschiedliche Inanspruchnahmeraten für die Rehabilitation gibt. Siehe Folien 2.1 und 2.2: Statistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger aus dem Jahr 2002 mit den Zahlen der Erkrankungen des Skelettes, Muskel- und Bindegewebes. Die größte Häufigkeit von Maßnahmen tritt für Männer und Frauen in unterschiedlicher Weise in den jeweiligen Altersgruppen auf. Etwa ab dem 50. Lebensjahr gibt es eine erhöhte Inan-



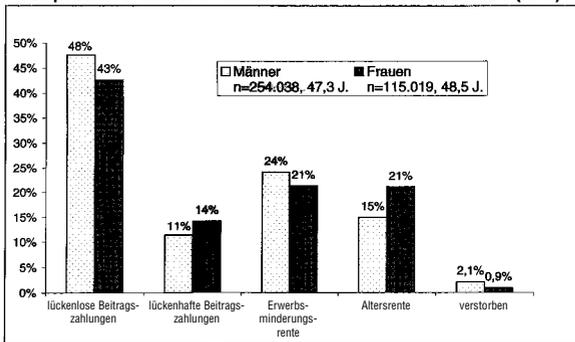


spruchnahme von Maßnahmen in diesem Sektor. Dem gegenüber gibt es im Diagnosefeld der Erkrankungen, die in der psychosomatischen Klinik eine Rolle spielen, eine ganz unterschiedliche Verteilung der Diagnosen F 00 bis F 99 und eine andere Altersverteilung, die hier bereits im Alter von 35 Jahren beginnt. Es lässt sich somit eine klare Linksverschiebung der Inanspruchnahmen für Rehabilitationsleistungen bezüglich verschiedener Diagnosen feststellen. (Folien 3.1 und 3.2) Auf diese Problematik muss die Rehabilitation in konstruktiver Weise reagieren. Herr Gewinn weist in diesem Zusammenhang nochmals auf die entsprechenden geschlechtstypischen Verteilungsmuster hin.



**Sozialmedizinische 5-Jahres-Prognose
für pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 1996 (ArV)**

Folie 4



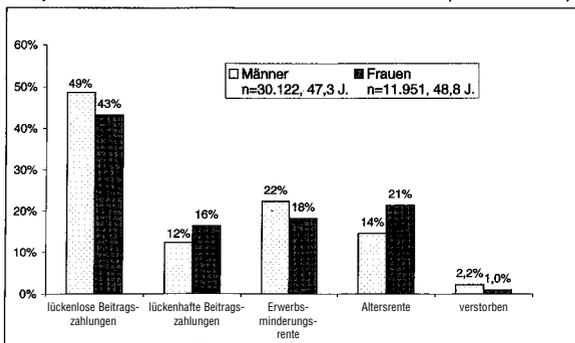
V Abt. 3.3
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) des VDR 1996-2001

(Folien 4 bis 6) Rehabilitationsverlaufsstatistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Hier wird die sozialmedizinische Fünfjahresprognose des Jahres 1996 gezeigt. Es wurde eine Kohorte von 100.000 Versicherten des Jahres 1996 über einen längeren Zeitraum beobachtet. Es wird die Frage gestellt, wie viele von diesen Versicherten lückenlose Beitragszahlungen bei den Männern bzw. bei den Frauen haben. Wie viele haben lückenhafte Beitragszahlungen und wie viele sind in die Erwerbsminderungsrenten abgewandert oder zahlen aus anderen Gründen keine Beiträge mehr. Hier zeigt sich ein relativ hohes Risiko von rund 24 Prozent der Männer, die im Ablauf von fünf Jahren nach Durchführung einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation berentet werden. Dem gegenüber lag das Berentungsrisiko der LVA Westfalen etwas niedriger: 22 Prozent der Versicherten der LVA Westfalen waren fünf Jahre nach Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Erwerbsminderungsrente. Entsprechende Zahlen aus der LVA Westfalen für die allgemeine medizinische Rehabilitation werden zum Vergleich dargestellt.

**Sozialmedizinische 5-Jahres-Prognose
für pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 1996 (LVA Westfalen)**

Folie 5

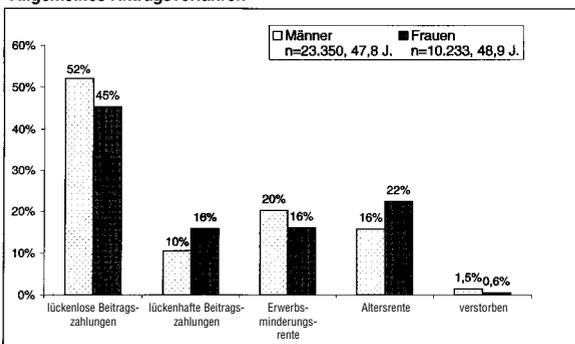


V Abt. 3.3
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) des VDR 1996-2001

**Sozialmedizinische 5-Jahres-Prognose
für pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 1996 (LVA Westfalen)
- Allgemeines Antragsverfahren**

Folie 6

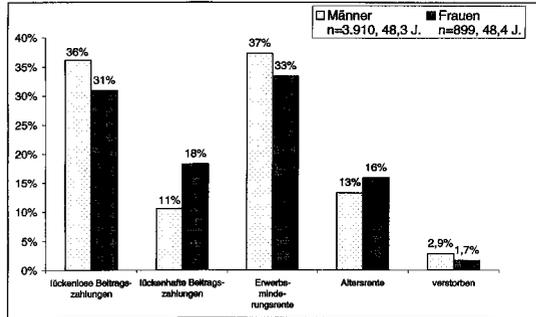


V Abt. 3.3
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) des VDR 1996-2001

Sozialmedizinische 5-Jahres-Prognose für pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 1996 (LVA Westfalen) - AHB-Verfahren

Folie 7



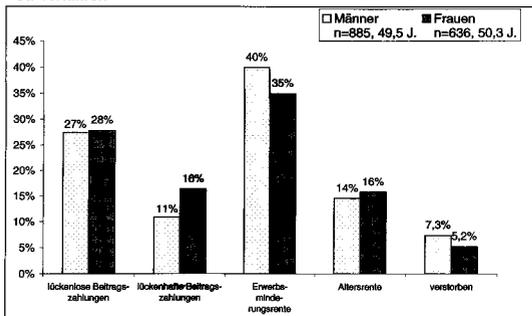
V. Abt. 3.3
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSO) des VDR 1996-2001

(Folie 7) Herr Gewinn weist in diesem Zusammenhang auf eine Nachfrage aus dem Auditorium darauf hin, dass es heute relativ typische Versichertenbiographien gibt, die bezüglich der Beitragszahlungen Lücken aufweisen, sei es durch Arbeitslosigkeitszeiten, Wiederbeschäftigung, Krankengeld etc. Immer wieder kommt es in diesen Erwerbsbiographien zu teils kürzeren, teils längerfristigen Beschäftigungsverhältnissen.

Sozialmedizinische 5-Jahres-Prognose für pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 1996 (LVA Westfalen) - Ca-Verfahren

Folie 8



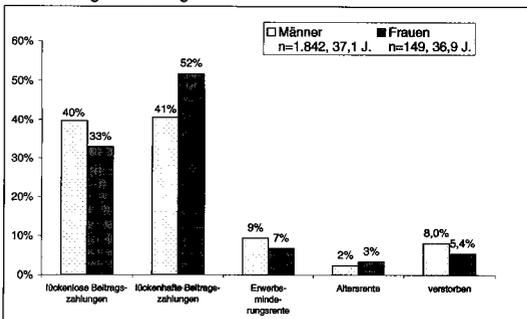
V. Abt. 3.3
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSO) des VDR 1996-2001

Herr Gewinn weist darauf hin, dass besonders interessant die sozialmedizinische Fünfjahresprognose nach AHB sei. (Folie 8) Hier sei bezüglich der AHB-Maßnahmen kein für die weiteren Beitragszeiten wirksames Ergebnis erkennbar. „Der Reparaturbetrieb funktioniert nicht.“ Herr Gewinn weist darauf hin, dass unter den sich abzeichnenden Ergebnissen nach Einsatz von DRG's bezüglich der AHB und anderer rehabilitativer Maßnahmen weiter nachgedacht werden muss.

Sozialmedizinische 5-Jahres-Prognose für pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 1996 (LVA Westfalen) - Entwöhnungsbehandlungen

Folie 9



V. Abt. 3.3
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSO) des VDR 1996-2001

Nächster Punkt ist die sozialmedizinische Fünfjahresprognose nach Ca-Verfahren. (Folie 9) Was die Altersschichtung anbetrifft, kommt es hier zu einem späteren Zeitpunkt als bei anderen Diagnosen zum Ende der

Akutmedizin und Rehabilitation: Die internationale Entwicklung (WHO)



Erwerbsbiographie. Dies sei aber eine genuine Aufgabe der Rentenversicherungsträger.

Letzter Punkt: Entwöhnungsbehandlungen. (Folie 10) Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten ist hier sehr klein; in diesem Bereich scheint es sich besonders zu lohnen, frühzeitig konsequent tätig zu werden. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich hier um ein junges Klientel handelt, und dass insofern eine unterschiedliche Betrachtungsweise vorliegt. An diesem Beispiel fällt aber auf, dass die Entwöhnungsbehandlungen eine standardisierte psychosomatische Behandlung im weitesten Sinne dieses Begriffszusammenhangs darstellen. Hieraus ergeben sich aber auch Anforderungen und Erwartungen an den Einsatz allgemeiner psychosomatischer Verfahren. Dazu kann dann gehören, dass frühzeitiger als bisher in allen Altersstufen mit Behandlung begonnen wird.

Folie 11

Die Aufgaben und Strukturen der Akutstationärsversorgung unterscheiden sich zu sehr von denen der medizinischen Rehabilitation und der Pflege und deren Steuerungsmechanismen, so dass weder das Fallpauschalensystem noch deren Klassifikationssystem als Vergütungsgrundlage auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation übertragbar seien.

Im Gegensatz zu den akutstationären medizinischen Leistungen umfasst der Rehabilitationsprozess auch die Behandlung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Erlebens, Fühlens, Wohlbefindens, die Integrität von Aktivitäten und Wiederherstellung des Leistungsvermögens.

LVA WESTFALEN
Abteilung für Rehabilitation

Hans Gerwinn

Am 31.03.2004 hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger unter der Überschrift: „Rehabilitation und DRG-basiertes Vergütungssystem nicht transferierbar“ Folgendes publiziert: „Die Aufgaben und Strukturen der akutstationären Versorgung unterscheiden sich zu sehr von denen der medizinischen Rehabilitation und der Pflege und deren Steuerungsmechanismen, so dass weder das Fallpauschalensystem, noch andere Klassifikationssysteme als Vergütungsgrundlage auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation übertragbar sind.“ (Folie 11) Herr Gerwinn weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch die Finanzierungsfragen zunehmend entscheidende Einflussfaktoren für die medizinische Rehabilitation sein werden. Insofern muss die Diskussion weiter gehen, wie diese Systeme so konfiguriert werden können, dass sie kostenmäßig nicht aus dem Ruder laufen.

Aus der Sicht der Bundesregierung

Zitat von Herrn Dr. Ulrich Orłowski, Unterabteilungsleiter, Abt. KV, BMG:

„Unter Versorgungsgesichtspunkten kann eine ambulante, wohnortnahe Rehabilitation (auch am bisherigen Akut-Krankenhaus) durchaus sinnvoll sein.“

Als nächsten Punkt führt Herr Gerwin eine Äußerung des Unterabteilungsleiters Dr. Orłowski vom BMG an: „... Die Verkürzung der Verweildauern durch die DRG´s kann zu einer Umwidmung von Akutbetten zu Betten der medizinischen Rehabilitation führen, Planbetten nach § 108 SGB V werden zu Vertragsbetten nach § 111 SGB V.“ (Folie 12) Herr Gerwin weist darauf hin, dass all diese Planbetten gebaut

worden sind mit dualer Finanzierung. Dem gegenüber haben die privaten Träger ihre gesamten Kosten über den Pflegesatz zu erwirtschaften. Hier wird eine Konkurrenz entstehen zwischen dualer Steuerfinanzierung, die mit ganz anderen Kostenstrukturen arbeitet.

Dies sind die heute erkennbaren Einflussfaktoren, mit denen sich die Rehabilitation bezüglich ihrer gesetzlichen Aufgabe, Menschen die volle auch wirtschaftlich eigenverantwortliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, auseinander setzen muss.

WIE KANN IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION EINE BESSERE JUSTIERUNG AUF DIESE AUFGABEN VORGENOMMEN WERDEN?

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die LVA Westfalen seit langen Jahren eine verbesserte Orientierung auf die berufliche Situation in der medizinischen Rehabilitation gefordert hat. Die Bandbreite der derzeit verfügbaren Leistungen für die medizinische Rehabilitation bezieht sich auf die stationären und auf die ambulanten Leistungen. Diese stehen den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegenüber; die im Wesentlichen der Erhaltung eines Arbeitsplatzes, der beruflichen Anpassung, Fortführung der Ausbildung, Umschulung dienen und ergänzt werden durch eine ganze Palette von ergänzenden Leistungen wie Übergangsgelder, Reisekosten usw. Dies mag einen knappen Überblick über die Leistungen der Rentenversicherungsträger geben. Für die kurative Behandlung konzentriert sich der Blick der LVA Westfalen auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit, organ- und diagnosebezogen. Hier sind Heilung, Remission, kausale Therapie nach einem bio-medizinischen Krankheitsmodell zu leisten. Demgegenüber benötigt die medizinische Rehabilitation einen ganzheitlichen Ansatz: Schädigungen, Schädigungs- und Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigungen, Kontext- und Risikofaktoren, funktions- und defizitbezogen stehen hier im Vordergrund. Krankheitsfolgen sollen gemindert werden, Aktivitäten und Partizipation sind die Zielrichtung der medizinischen Rehabilitation. Das Ganze geschieht im Rahmen eines bio-psychosozialen Modells von Krankheit und Behinderung – so sollte es jedenfalls sein.

Kaum ein Zweifel besteht aber darüber, dass die Tagespraxis in vielen Rehabilitationskliniken anders ist. Wie kümmert man sich hier um Schädigungsfolgen Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, wie ermittelt man diese Defizite, welche Diagnoseverfahren werden angewandt, wie und in welcher Form geht man hier an diese Problematik heran? Man findet noch zu oft die althergebrachte, von der balneo-physikalischen Kurvorstellung geprägte Situation. So z. B. im Bereich der Orthopädie, wo im Computerprogramm eines Klinikbetreibers feststand, welche verschiedenen balneo-physikalischen Therapieformen der Rehabilitand bekommen sollte, bevor dieser überhaupt angereist war: Ein individueller Ansatz war hier nicht wieder zu finden und dies bezeichnet Herr Gerwinn als Rehabilitation von gestern, die heute keine Rolle mehr zu spielen habe.

Noch einmal: Ohne Gesetz geht es nicht! Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen. Erstens, um den Auswirkungen einer Krankheit oder körperlich-geistig-seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken. Erwerbsfähigkeit ist schließlich definiert als die Fähigkeit, die Arbeitskraft gewinnbringend verkaufen zu können. Überall da, wo diese Fähigkeit durch Krankheit oder Schwäche der körperlich-geistigen Kräfte gefährdet, erheblich oder schon reduziert ist, leistungsgewandelt ist, hat die LVA Westfalen die Chance und die Möglichkeit, entsprechend für ihre Versicherten fördernd tätig zu werden. Und zwar dann, wenn die Beeinträchtigungen verhindert oder möglichst so vermindert werden können, dass der Versicherte dauerhaft wieder ins Erwerbsleben integriert werden kann. Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor der Rentenleistung, die bei entsprechender Behandlung nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt erbracht werden müssen. An diesem Punkt setzt die LVA Westfalen ein und will die Schnittstelle zwischen der medizinischen Rehabilitation und der eventuell erforderlich werdenden beruflichen Rehabilitation so klein wie irgend möglich machen. Hier gibt sich die Chance, dass der Rentenversicherungsträger auch dann berufliche Maßnahmen zur Rehabilitation durchführen kann, wenn die dafür sonst erforderlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Überall da, wo die Patienten weniger als die sonst für LTA-Leistungen erforderliche Anzahl von Kalendermonaten entrichtet haben, kann die LVA Westfalen berufliche Maßnahmen zur Rehabilitation selbst durchführen, wenn sich die Notwendigkeit für diese Maßnahmen aus der vorangegangenen medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation ergibt. Herr Gerwinn weist in diesem Zusammenhang auf die Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers hin, darüber nachzudenken, wie die Schnittstellen zwischen diesem Bereich so eng gestaltet werden können, dass keine zeitliche Verzögerung zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation eintritt.

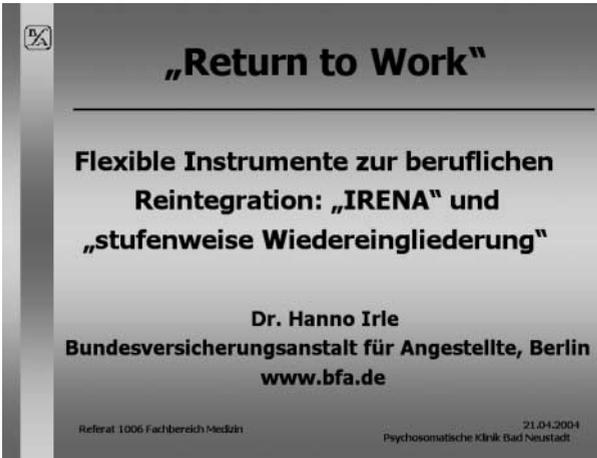
WAS MUSS UNTER DIESEM ASPEKT DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION LEISTEN?

Sie sollte am Ende die Notwendigkeit für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben begründen. Sie stellt fest, in welchen Fällen die Gesamtrehabilitation ohne Maßnahmen am Arbeitsleben nicht gelingen kann. Dies wird sie nur dann leisten können, wenn sie sich in

einer bestimmten Art und Weise organisiert. In jeder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme muss es eine allgemeine Ergonomieschulung geben, die arbeits- und alltagsorientiert gestaltet werden muss. Dies muss auch für die Psychosomatik häufiger Anwendung finden. Das Training defizitärer Motorik, respektive sonstige defizitärer Funktionen, auch im Hinblick auf berufstypische Bewegungsabläufe und sonstige Abläufe (auch bezogen auf Mobbing), muss entsprechend vorgenommen werden. Eine Analyse der spezifischen arbeitsplatztypischen Anforderungen, meist eher bezogen auf eine somatische Funktionsproblematik, muss einhergehen mit einer Vermittlung von autoprotektiven Fähigkeiten unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkung und Beschwerden. Dazu gehört natürlich, dass in der Klinik Vorstellungen darüber bestehen, wie Arbeitsplätze heute gestaltet sind. Im Grunde genommen muss daher eine Fähigkeitsanalyse vorgenommen werden und diesbezüglich müssen die Anforderungsprofile im beruflichen Bereich ermittelt werden. Bei der LVA Westfalen gibt es deshalb die Entscheidung, dass jeder Versicherter, der an einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation teilnehmen soll, vorab darum gebeten wird, eine Beschreibung seines Arbeitsplatzes selbst abzugeben.

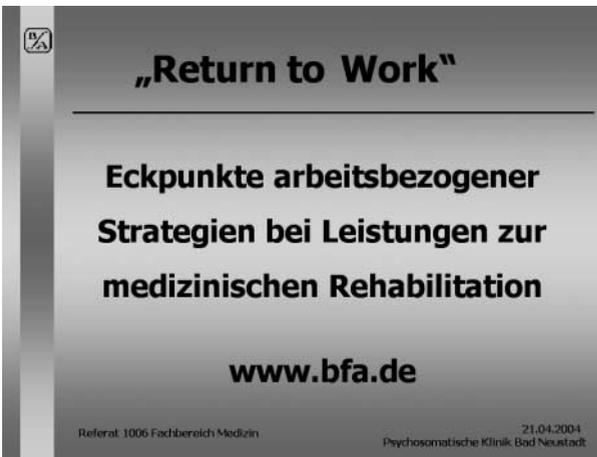
Flexible Instrumente zur beruflichen Reintegration: „IRENA“ und „stufenweise Wiedereingliederung“

EINLEITUNG



Sehr geehrte Damen und Herren!

Das Thema „Return to Work“ weist in Bad Neustadt bekanntlich eine lange Tradition auf. Hier hat man sich frühzeitig mit dem Berufsbezug in der medizinischen Rehabilitation auseinandergesetzt, sei es auf der diagnostischen oder auf der therapeutischen Ebene oder im so genannten „Schnittstellen-Management“, um einen „neudeutschen Begriff“ zu verwenden.



Dies macht auch die Literaturliste deutlich, die dem Tagungsprogramm beigelegt ist. Auch im Eckpunkte-Papier der BfA, auf das ich in diesem Zusammenhang noch einmal hinweisen möchte, ist auf das Engagement aus Bad Neustadt, Würzburg und Gießen an verschiedenen Stellen Bezug genommen worden. Die hier vorgenommenen Ausführungen, die unter dem Titel: „Eckpunkte

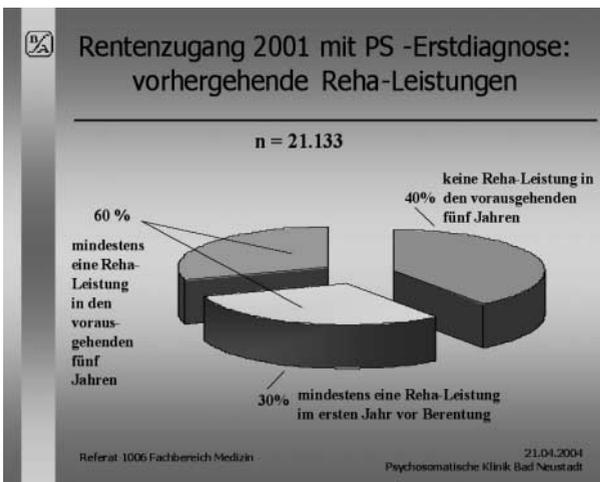
arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ auch im Internet unter www.bfa.de abrufbar sind, sind nach wie vor aktuell.



Ich möchte Ihnen noch einmal kurz das Feld, auf dem wir uns befinden, aus sozialmedizinischer Sicht skizzieren:

Von den etwa 60.000 Frühberentungen im Jahr 2001 ging mit über 20.000 Rentenneuuzugängen allein in der Angestelltenversicherung rund ein Drittel zu Lasten psychischer Störungen als Erstdiagnose. Bei Berücksichtigung des Zweit- und Drittdiagnosenspektrums dürfte die Bedeutung psychischer Störungen noch weit größer sein.

Selbst wenn man die schwierige Arbeitsmarktsituation mit weiterhin verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt berücksichtigt, bleibt mit 68% nicht arbeitsmarktbedingten Frühberentungen ein beachtlicher Anteil übrig, bei dem eine psychische Störung als Erstdiagnose zu einer Berentung geführt hat.



Der Anteil von Teilrenten – also u. a. den Berufsunfähigkeitsrenten nach traditioneller Lesart bzw. den Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung nach dem Rentenreformgesetz – spielt zahlenmäßig keine besonders große Rolle.

Die Frage, wie weit tatsächlich im Vorfeld einer Frühberentung alle rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sind, ist ja auch aus dem politischen Raum wieder-

holt an die Rentenversicherung herangetragen worden. Als Stichwort möchte ich nur den Begriff „frühzeitige Erkennung des Reha-Bedarfs“ nennen.



Etwa 60% der vorzeitig Berenteten hat im vorhergehenden Fünf-Jahreszeitraum immerhin eine medizinische Reha-Leistung in Anspruch genommen, davon rund 30% in dem der Berentung vorausgehenden Jahr. Dies gilt für psychische Erkrankungen in gleicher Weise wie für Versicherte mit somatischen Erstdiagnosen.

Rehabilitanden mit potenziell hohem Rentenrisiko aussehen muss, welche inhaltlichen und welche organisatorischen Voraussetzungen dabei zu berücksichtigen sind, beschäftigt uns ja schon lange.

Bei der praktischen Ausgestaltung kommt sowohl der Reha-Nachsorge als auch der stufenweisen Wiedereingliederung eine zentrale Rolle zu.

In meinen folgenden Ausführungen möchte ich eine Zwei-Teilung vornehmen. Zum einen möchte ich Ihnen einen Überblick über die inzwischen doch recht erfolgreich implementierte intensivierete Reha-Nachsorge berichten. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Frage, wie die Rentenversicherung nach der kürzlichen Neufassung des SGB IX das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung effizient nutzen kann.

Das Problem, wie eine bedarfsgerechte Versorgung der

IRENA
Intensivierte Reha-Nachsorge

Ziele:

- die Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten
- die Verstärkung der Selbstwirksamkeitseffekte
- der nachhaltige Transfer des Gelernten in den Alltag
- die Förderung von persönlicher und sozialer Kompetenz

Referat 1006 Fachbereich Medizin
21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

IRENA:

Das Nachsorgeprogramm IRENA wird seit 1.1.2001 als Regelverfahren durchgeführt. In einem davor liegenden zwei-jährigen Zeitraum fand eine Modellphase statt.

Die Ziele der intensivierten Reha-Nachsorge bestehen mit unterschiedlichen indikationsbezogenen Schwerpunkten in der Fortsetzung des Reha-Prozesses zur Sicherung der

Rehabilitationsziele und in der Festigung der bereits während der Rehabilitation erreichten Rehabilitationsergebnisse. Dazu gehören

- ▶ die Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten
- ▶ die Verstärkung der Selbstwirksamkeitseffekte
- ▶ der nachhaltige Transfer des Gelernten in den Alltag
- ▶ die Förderung von persönlicher und sozialer Kompetenz
- ▶ und die Förderung einer integrativen Gesundheitsversorgung.

Die Empfehlung zu medizinischen Reha-Nachsorgeleistungen kann bei folgenden Indikationen ausgesprochen werden:

IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

Indikationen:

- Krankheiten des Bewegungsapparates
- Herz-Kreislaufkrankheiten
- Neurologische Krankheiten
- Psychische Krankheiten (außer stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen)
- Stoffwechselkrankheiten

Referat: 1006 Fachbereich Medizin
21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt

IRENA-INDIKATIONEN:

- ▶ Krankheiten des Bewegungsapparates
- ▶ Herz-Kreislaufkrankheiten
- ▶ neurologische Krankheiten
- ▶ psychische Krankheiten (außer stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen)
- ▶ Stoffwechselkrankheiten.

IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

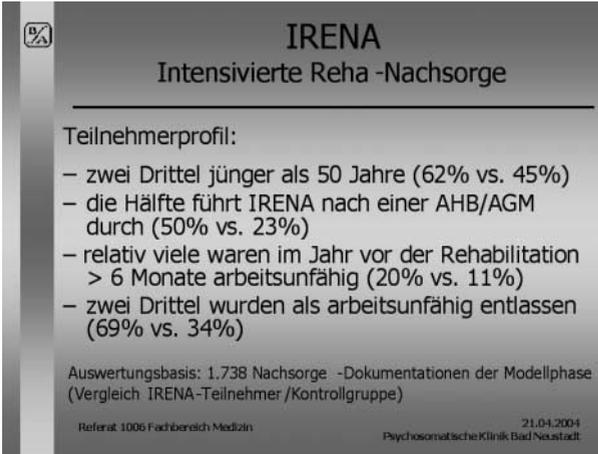
Anspruchsberechtigter Personenkreis:

- Leistung zur medizinischen Rehabilitation (einschl. AHB) auf Kosten der BfA erfolgt
- erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit mindestens 3 h/Tag
- kein Antrag oder Erhalt einer Erwerbsminderungsrente

Referat: 1006 Fachbereich Medizin
21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt

**ANSPRUCHSBERECHTIGTER
PERSONENKREIS:**

Der anspruchsberechtigte Personenkreis muss eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation einschließlich AHB von und auf Kosten der BfA in Anspruch genommen haben, mit einer erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit von mindestens 3 Stunden /Tag entlassen werden, keine Erwerbsminderungsrente erhalten oder beantragt haben und jünger als 60 Jahre alt sein.



IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

Teilnehmerprofil:

- zwei Drittel jünger als 50 Jahre (62% vs. 45%)
- die Hälfte führt IRENA nach einer AHB/AGM durch (50% vs. 23%)
- relativ viele waren im Jahr vor der Rehabilitation > 6 Monate arbeitsunfähig (20% vs. 11%)
- zwei Drittel wurden als arbeitsunfähig entlassen (69% vs. 34%)

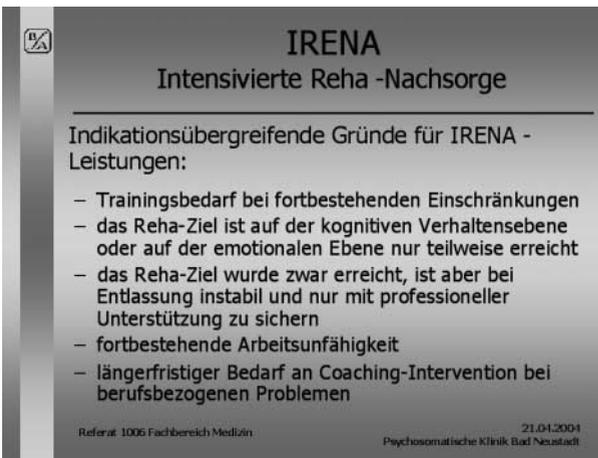
Auswertungsbasis: 1.738 Nachsorge -Dokumentationen der Modellphase (Vergleich IRENA -Teilnehmer /Kontrollgruppe)

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

Als ein typisches Teilnehmerprofil hat sich anhand einer Stichprobe von 1.738 Nachsorge-Dokumentationen aus der Modellphase ergeben: Die IRENA-Teilnehmer waren jünger (fast 2/3 unter 50 Jahre alt) und kränker (die Hälfte kommt aus der AHB in die Nachsorge) als die Rehabilitanden der Vergleichsgruppe. Mehr als doppelt so viele wie in der Vergleichsgruppe waren vor der Rehabilitation über 6 Monate arbeitsunfähig; ebenfalls doppelt so viele Rehabilitanden wurden arbeitsunfähig entlassen.

INDIKATIONSÜBERGREIFENDE GRÜNDE:

Mögliche – indikationsübergreifende – Gründe für IRENA-Leistungen können bestehen in:



IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

Indikationsübergreifende Gründe für IRENA -Leistungen:

- Trainingsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen
- das Reha-Ziel ist auf der kognitiven Verhaltensebene oder auf der emotionalen Ebene nur teilweise erreicht
- das Reha-Ziel wurde zwar erreicht, ist aber bei Entlassung instabil und nur mit professioneller Unterstützung zu sichern
- fortbestehende Arbeitsunfähigkeit
- längerfristiger Bedarf an Coaching-Intervention bei berufsbezogenen Problemen

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

- ▶ Trainingsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen
- ▶ das Reha-Ziel ist auf der kognitiven Verhaltensebene oder auf der emotionalen Ebene nur teilweise erreicht
- ▶ das Reha-Ziel wurde zwar erreicht, ist aber bei Entlassung instabil und nur mit professioneller Unterstützung zu sichern
- ▶ fortbestehende Arbeitsunfähigkeit
- ▶ längerfristiger Bedarf an Coaching-Intervention bei berufsbezogenen Problemen.

IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

Therapeutische Leistungen (Therapiefelder 1+2):

- 1 Medizinische Trainingstherapie als Übungs-Therapie oder Sequenz-Training (KTL-Gruppe: 1), Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage oder ergotherapeutisches Funktionstraining (KTL-Gruppe: b, g), kognitives Hirnleistungstraining, Sprach-/Sprechtherapie (KTL-Gruppe: u), Verhaltenstherapeutische Problemlösung oder spezifische psychotherapeutische Gruppenarbeit (KTL-Gruppe: r)
- 2 Entspannungstraining (KTL-Gruppe: p)

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Die therapeutischen Leistungen sollen – orientiert am Ziel der Reha-Nachsorge und der jeweilig vorliegenden Indikation – aus folgenden vier Therapiefeldern individuell und variabel als Leistungspakete zusammengestellt werden:

(1) medizinische Trainingstherapie als Übungs-Therapie oder Sequenz-Training (KTL-Gruppe: l),

Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage oder ergotherapeutisches Funktionstraining (KTL-Gruppe: b, g),

kognitives Hirnleistungstraining, Sprach-/Sprechtherapie (KTL-Gruppe: u),
verhaltenstherapeutische Problemlösung oder spezifische psychotherapeutische Gruppenarbeit (KTL-Gruppe: r)

IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

Therapeutische Leistungen (Therapiefelder 3+4):

- 3 Problemorientierte Gruppenarbeit (KTL-Gruppe: p), z. B. Nichtrauchertraining, Übergewichtigen-, Schmerzbewältigungs-, Krankheitsbewältigungsgruppe)
- 4 Information, Motivation, Schulung (KTL-Gruppe: k), z. B. Ernährungsberatung, Motivationsförderung, Angehörigen-Gespräche, indikationsbezogenes strukturiertes Gesundheitstraining, Sozial-/Berufsberatung

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

(2) Entspannungstraining (KTL-Gruppe: p)

(3) problemorientierte Gruppenarbeit (KTL-Gruppe: p), z.B. Übergewichtigengruppe, Nichtrauchertraining, Schmerzbewältigungsgruppe, Krankheitsbewältigungsgruppe

(4) Information, Motivation, Schulung (KTL-Gruppe: k), z.B. Ernährungsberatung, Motivationsförderung, Angehörigen-Gespräche, indikationsbezogenes strukturiertes Gesundheitstraining, Sozial-/Berufsberatung.

Die Leistungen sollen als „Leistungspakete“ durchgeführt werden, d.h. es muss Bedarf an Leistungen aus verschiedenen der o.g. Gruppen vorhanden sein, entsprechend des wesentlichen Inhalts der Rehabilitation, integrativumfassende Leistungen durchzuführen. Einzelne Leistungen wie ausschließlich Trainingstherapie oder nur Entspannungstraining gehören nicht zum Leistungskatalog der Rehabilitation.

BEGINN UND DAUER DER LEISTUNGEN

IRENA
Intensivierte Reha -Nachsorge

Beginn und Dauer der Leistungen:

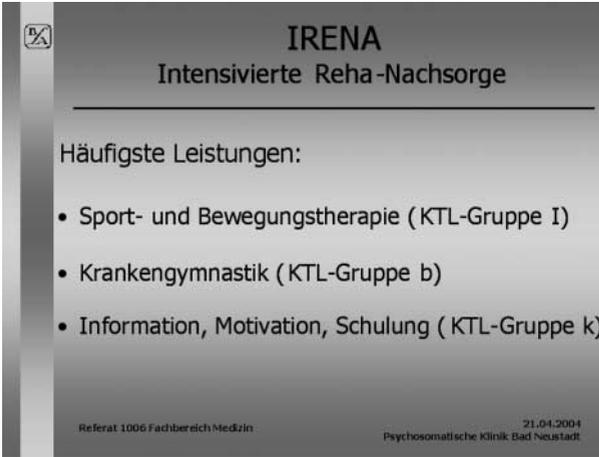
- spätestens 3 Monate nach Ende der stat./amb. Rehabilitation
- max. 3 Termine/Woche je 90 – 120 Min.
- Gesamtdauer 8 Wochen (BO, HZ/GF, ST; N + PS: Verlängerung um 4 Wo. möglich; PS: alternativ „Curriculum Hannover“ (25 Doppelstunden je 90 Min. in geschlossenen Gruppen, Dauer: 6 Monate)
- Fahrtzeit max. 45 Minuten je Strecke mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Nauheim

Reha-Nachsorgeleistungen sollen möglichst nahtlos an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angeschlossen, spätestens 3 Monate nach Beendigung der Leistung begonnen haben. Wesentliche zeitliche Charakteristika sind:

- ▶ pro Termin 90 – 120 Min.
- ▶ max. 3 Termine/Woche, berufsbegleitend, auch am Spätnachmittag, in den Abendstunden oder am Samstag
- ▶ Gesamtzeitdauer 8 Wochen bei Krankheiten von Bewegungsapparat, Herz-Kreislauf und Stoffwechsel; bei neurologischen und psychischen Krankheiten Verlängerung um 4 Wochen durch die Nachsorge-Einrichtung möglich. Bei psychischen Krankheiten steht als Nachsorge-Alternative die psychosomatische Nachsorge analog dem „Curriculum Hannover“ zur Verfügung
- ▶ die Nachsorge-Einrichtung soll in einer Fahrtzeit von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden.

Bei einer Zwischenauswertung der durchgeführten IRENA-Leistungen bei Abschluss der Modellphase sind wir anhand einer Stichprobe zu folgenden Ergebnissen gelangt:



IRENA
Intensivierte Reha-Nachsorge

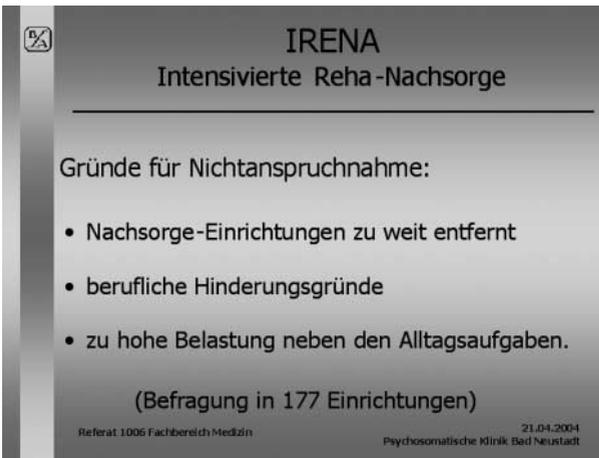
Häufigste Leistungen:

- Sport- und Bewegungstherapie (KTL-Gruppe I)
- Krankengymnastik (KTL-Gruppe b)
- Information, Motivation, Schulung (KTL-Gruppe k)

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Pro Fall sind etwa 5 verschiedene KTL-Leistungstypen mit zusammen 55 Leistungen vertreten. Die am häufigsten durchgeführten Therapien stammten aus folgenden drei Bereichen:

- ▶ Sport- und Bewegungstherapie (KTL-Gruppe I)
- ▶ Krankengymnastik (KTL-Gruppe b)
- ▶ Information, Motivation, Schulung (KTL-Gruppe k).



IRENA
Intensivierte Reha-Nachsorge

Gründe für Nichtanspruchnahme:

- Nachsorge-Einrichtungen zu weit entfernt
- berufliche Hinderungsgründe
- zu hohe Belastung neben den Alltagsaufgaben.

(Befragung in 177 Einrichtungen)

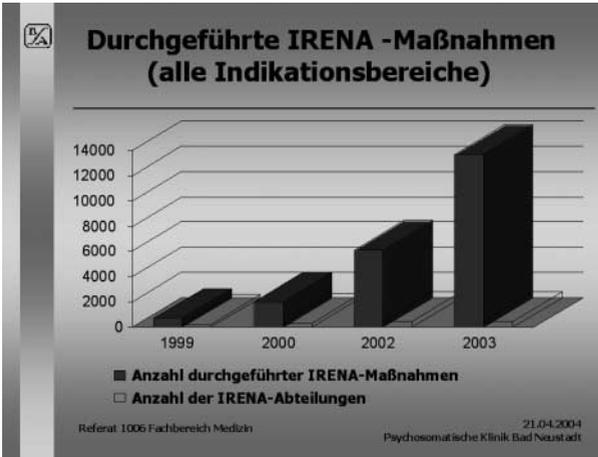
Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Anhand einer Befragung durchführender Reha-Einrichtungen mit 177 erfolgten Antworten stand die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden (73 %) der Inanspruchnahme von IRENA positiv gegenüber. Vorrangige **Gründe für die Nichtanspruchnahme** waren:

- ▶ Nachsorge-Einrichtungen zu weit entfernt
- ▶ berufliche Hinderungsgründe
- ▶ zu hohe Belastung neben den Alltagsaufgaben.

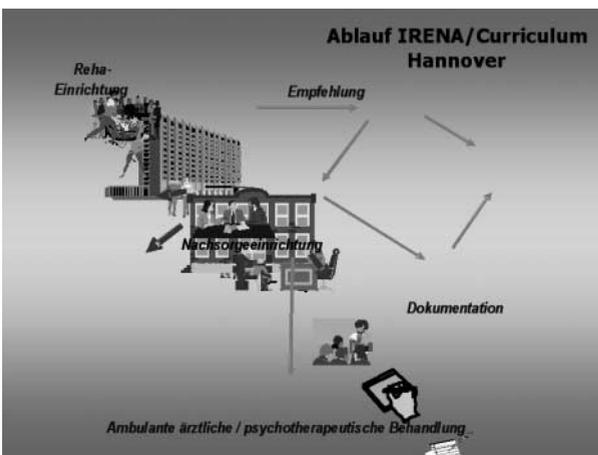
In Bezug auf Erkrankungen des Bewegungsapparats und neurologischen Krankheiten wurde die Frage, ob Gruppentherapie in den jeweiligen Indikationen ausreichend sei, in einem hohen Anteil (60 bzw. 87 %) der Fälle verneint. Bei Herz-Kreislaufkrankheiten wurde Gruppentherapie hingegen in 89 % der Antworten als ausreichend angesehen.

DURCHFÜHRTE REHA-MAßNAHMEN (ALLE INDIKATIONSBEREICHE):



Nach Abschluss einer zwei-jährigen Modellphase wurde IRENA im Jahr 2001 in das Leistungsangebot der BfA aufgenommen. Seither wird IRENA – vor allem in den orthopädischen Indikationsbereichen – und für Rehabilitanden, die an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation teilgenommen haben, das Curriculum Hannover zunehmend genutzt:

- ▶ 2003: 13.642 IRENA-Maßnahmen
- ▶ an 521 anbietenden Reha-Abteilungen (meist ambulante Reha-Zentren, Stand Februar 2004)
- ▶ 30 Curriculum Hannover IRENA-Einrichtungen
Soweit die bisherigen Zahlen zu IRENA.



ZUSAMMENFASSUNG ABLAUF IRENA / CURRICULUM HANNOVER:

Ich kann zusammenfassen: Die Erwartungen an die IRENA seitens der BfA haben sich auch nach Abschluss der Modellphase mehr als erfüllt; insbesondere das so genannte Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren innerhalb des gegliederten Systems konnte

damit – im Sinne einer besseren Gesamtversorgung der Versicherten – überbrückt werden. Angebot und Nutzung werden – insbesondere beim Ausbau der ambulanten Rehabilitation sicherlich weiter zunehmen.

► Stufenweise Wiedereingliederung

Nun möchte ich überleiten zu einem Thema, das als Leistung der Rentenversicherung noch ein wenig Zukunftsmusik ist. Die stufenweise Wiedereingliederung bietet als neues Instrument für die Rentenversicherung gleichfalls erhebliche Chancen, um ihrem spezifischen Reha-Auftrag – nämlich die anhaltende Rückkehr ins Erwerbsleben und Vermeidung von Frühberentung – tatsächlich nachzukommen. Die stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Krankenversicherung gibt es ja als so genanntes „Hamburger Modell“ seit mehr als dreißig Jahren und war zuletzt im Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 mit einer eigenen Rechtsnorm in Form den § 74 SGB V aufgegriffen worden.

„STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG, SGB-IX-MODIFIKATION 2004

The slide features a dark background with white text. At the top left is a small logo. The main title is '„Return to Work“'. Below it, the subtitle reads 'Stufenweise Wiedereingliederung: SGB-IX-Modifikation 2004 (neu: § 51, Absatz 5)'. A bulleted list contains two items: 'Bei unmittelbarem Anschluss an medizinische Rehabilitation' followed by a right-pointing arrow, and 'Leistungen der Rentenversicherung'. At the bottom, there are two lines of small text: 'Referat 1006 Fachbereich Medizin' on the left and '21.04.2004 Psychosomatische Klinik Bad Nauheim' on the right.

Wie Sie vermutlich wissen, wird das SGB IX demnächst modifiziert, indem ein § 51 Abs. 5 zusätzlich eingefügt wird. Hier geht es um das Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung.

Rechtlicher Hintergrund:
Zukünftig löst die Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB XI) die Weiterzahlung des Übergangsgeldes aus, wenn diese in unmittelbarem Anschluss an

eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Das heißt, der Rehabilitationsträger der vorangegangenen medizinischen Leistung bleibt auch für die nachfolgende Wiedereingliederung zuständig. Ein Trägerwechsel tritt nicht ein.

Entgegen dem Referentenentwurf, der die Frage des Zusammenhangs zwischen medizinischer Rehabilitationsleistung und stufenweiser Wiedereingliederung offen ließ, ist in der vorliegenden Fassung und in der Gesetzesbegründung klar gestellt, dass die stufenweise Wiedereingliederung sich unmittelbar an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation anschließen muss. Nur in diesen Fällen ist die gesetzliche Rentenversicherung Kostenträger.

Dies entspricht dem Grundsatz der vollständigen und umfassenden Leistungserbringung (§ 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). In der Praxis müssen die notwendigen Feststellungen, ob eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich ist, spätestens bis zum Abschluss der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung getroffen sein.

Es ist von ca. 2.000 Versicherten im Jahr auszugehen, für die eine stufenweise Wiedereingliederung in Frage kommen könnte.

Abgesehen von den finanziellen Belastungen, die damit auf die Rentenversicherung zukommen, bietet die stufenweise Wiedereingliederung auch verschiedene neue Möglichkeiten, den beruflichen Reintegrationsprozess des Rehabilitanden besser auszugestalten. Unter anderem ergeben sich Verbesserungspotentiale für das Schnittstellenmanagement etwa an den Übergängen Medizinische Rehabilitation / Nachsorge oder Medizinische Rehabilitation / Betrieb (Einbeziehung von Arbeitgeber, Betriebsarzt). Dies betrifft insbesondere auch die Patientengruppe, die trotz vollschichtigem Leistungsvermögen arbeitsunfähig entlassen wurde.

Stufenweise Wiedereingliederung

- **Ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Trägerschaft der BfA**
- **Ein Arbeitsplatz ist vorhanden**
- **Es besteht Einverständnis seitens des Antragstellers und des Arbeitgebers**
- **Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitation besteht Arbeitsunfähigkeit**

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004 Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

- ▶ Formale Voraussetzungen zur Teilnahme an der stufenweisen Wiedereingliederung

Grundsätzliche Voraussetzungen für eine stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation stellen dar:

- ▶ Ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Trägerschaft der BfA

- ▶ Ein Arbeitsplatz ist vorhanden
- ▶ Es besteht Einverständnis seitens des Antragstellers und des Arbeitgebers
- ▶ Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitation besteht Arbeitsunfähigkeit

▶ Die Frage, wie sich die Indikationsstellung präzisieren lässt, und welche Aufgreifkriterien aus den bisherigen Erfahrungen abzuleiten sind, hat uns unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten relativ lange beschäftigt. Die Reha-Einrichtungen müssen auf ihre Rolle bei der Initiierung der stufenweisen Wiedereingliederung vorbereitet werden. Mit der stufenweisen Wiedereingliederung sind ja auch erhebliche Kosten verbunden, so dass die BfA natürlich auch unter wirtschaftlichen Aspekten ein Interesse an einer verantwortungsvollen und sozialmedizinisch fundierten Indikationsstellung hat.

- Es zeigt sich, dass sich die Gruppe der potenziellen Teilnehmer gar nicht so einfach im Vorfeld bestimmen lässt.

Unsere Überlegungen, diagnosespezifische Parameter für die Indikationsstellung zu ermitteln, waren nicht besonders erfolgreich. Vermutlich spielen die Kontextfaktoren im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit eine viel bedeutsamere Rolle als einzelne Diagnosen. Ein exemplarisches Modell für die Beschreibung der Patientengruppe haben wir am Beispiel der Abhängigkeitserkrankungen durchgespielt:

MODELLPATIENT BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN:

Stufenweise Wiedereingliederung
Modellpatient „Abhängigkeitserkrankungen“

- Im Vorfeld längerfristige oder wiederholte, auch kurzfristigere Arbeitsunfähigkeit.
- Nach Abschluss Abstinenz von psychotropen Substanzen, aber labil, insbesondere bei psychiatrischer Komorbidität (Depression, Angststörungen).
- Bei einer vollschichtigen Wiederaufnahme der Arbeit ist die Belastung so hoch, dass eine deutlich höhere Rückfallgefahr vorhanden wäre. Es drohen langfristig ein Fortschreiten der Erkrankung, ein Verlust des Arbeitsplatzes und eine vorzeitige Berentung.

Referat: 1006 Fachbereich Medizin
21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Naustadt

1. Bei den betroffenen Rehabilitanden bestanden im Vorfeld der Rehabilitation eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit oder wiederholte, auch kurzfristigere Arbeitsunfähigkeitszeiten.

2. Nach Abschluss der Rehabilitation besteht zwar eine Abstinenz von psychotropen Substanzen, der psychische Zustand ist jedoch noch als labil zu bezeichnen, insbesondere bei Vorliegen von psychischer Komorbidität wie Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen.

3. Bei einer vollschichtigen Wiederaufnahme der Arbeit ist die Belastung des Wiedereingliederungsprozesses so hoch, dass eine deutlich höhere Rückfallgefahr als bei einer teilschichtigen Arbeitsaufnahme besteht und damit der Rehabilitationserfolg gefährdet wäre. Es drohen langfristig ein Fortschreiten der Erkrankung, ein Verlust des Arbeitsplatzes und eine vorzeitige Berentung.

4. Am konkreten Arbeitsplatz kommt es lediglich übergangsweise zu außergewöhnlichen Belastungen, die insbesondere im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung nach einer erfolgreichen Rehabilitation einer Abhängigkeitserkrankung stehen. Es muss absehbar sein, dass diese Belastungen in der Regel nach zwei Monaten, spätestens nach sechs Monaten, von den Betroffenen bewältigt werden können. Längerfristige Belastungen oder



Stufenweise Wiedereingliederung Modellpatient „Abhängigkeitserkrankungen“

- Am konkreten Arbeitsplatz lediglich über-gangswise außergewöhnliche Belastungen, die in der Regel nach zwei Monaten, spätestens nach sechs Monaten, von den Betroffenen bewältigt werden können. Längerfristige Belastungen oder Einschränkungen erfordern eine konkrete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen der beruflichen Bildung oder der Integration).

Referat 1006 Fachbereich Medizin

21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Nauzstadt



Stufenweise Wiedereingliederung Modellpatient „Abhängigkeitserkrankungen“

- Im direkten Anschluss an die Rehabilitation wird parallel zumindest zu Beginn einer schrittweisen Wiedereingliederung eine Nachsorgeleistung durchgeführt, um den Wiedereingliederungs - prozess therapeutisch zu unterstützen.
- Die Betroffenen besuchen zusätzlich auch Selbsthilfegruppen, wenn dies für notwendig und hilfreich angesehen wird.

Referat 1006 Fachbereich Medizin

21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Nauzstadt



Stufenweise Wiedereingliederung

Forschungsbericht Institut für empirische Soziologie, Nürnberg 1995:

- Krankheitsdiagnose kaum relevant
- Subjektive Prognose entscheidend

Erfolgreicher Abschluss bei 83 % der
283 Teilnehmer (Region Mittelfranken)

Referat 1006 Fachbereich Medizin

21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Nauzstadt

Einschränkungen erfordern eine konkrete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen der beruflichen Bildung oder der Integration).

5. Im direkten Anschluss an die Rehabilitation wird parallel zumindest zu Beginn einer schrittweisen Wiedereingliederung eine Sucht-Nachsorgeleistung durchgeführt, um den Wiedereingliederungsprozess therapeutisch zu unterstützen.

6. Die Betroffenen besuchen zusätzlich auch Selbsthilfegruppen, wenn dies von therapeutischer Seite aus (seitens der Reha-Klinik, der die Nachsorge durchführenden Beratungsstelle oder des behandelnden Arztes) für notwendig und hilfreich angesehen wird.

Unsere Überlegungen, weitere diagnosespezifische Parameter für die Indikationsstellung zu ermitteln, waren nicht besonders erfolgreich. Es liegen meines Wissens nur sehr wenige systematisch ausgewertete Untersuchungen zur stufenweisen Wiedereingliederung vor, so aus dem Institut für empirische Soziologie von 1995 unter Federführung von Herrn Dr. Wasilewski im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und dem MDK-Mittelfranken als Modellregion. Eine Verknüpfung mit der

medizinischen Rehabilitation war damals nicht vorgesehen. Ein erfolgreicher Abschluss gelang 83 % der 283 Teilnehmer im Rahmen einer neunwöchigen Maßnahme. Neben orthopädischen Erkrankungen waren auch überraschend viele Psychose-Patienten in das Projekt eingeschlossen, für die sich die Maßnahme als am erfolgsversprechendsten erwies. Die Krankheitsdiagnose an sich war für den Erfolg kaum relevant. Stattdessen erwies sich der Faktor „subjektive Prognose“ die größte Vorhersagekraft, wobei angenommen wurde, dass in diesen die drei Komponenten „Schweregradbestimmung des Leidens, Krankheitsverarbeitung, zugeschriebener Wirkungsgrad der stufenweisen Wiedereingliederung“ einging. Überraschend war damals auch, dass die meisten Langzeiterkrankten noch nie etwas von stufenweiser Wiedereingliederung gehört hatten.

Stufenweise Wiedereingliederung

BfA-geförderte Studie W. Bürger & H. Danner, 2004:

- 4,5 % der orthopädischen Rehabilitanden (meist Rückenschmerzen) erhalten Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung
- 57 % folgen der Empfehlung
- Teilnehmer (hier: LVA Schleswig -Holstein) sind jünger, beruflich besser qualifiziert
- Wiedereingliederungsquote nach 2 1/2 Jahren: 85 %

Referat: 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt

In einer von der BfA im Rahmen des norddeutschen Reha-wissenschaftlichen Forschungsverbundes geförderten Studie zur stufenweisen Wiedereingliederung von Wolfgang Bürger und Horst Danner wurde eine katamnestiche Nachbefragung an 250 orthopädischen Rehabilitanden der LVA Schleswig-Holstein vorgenommen. Demnach sind die Teilnehmer an einer stufenweisen Wiedereingliederung jünger und beruflich besser qualifiziert. Sie äußern sich zugleich auch zufriedener hinsichtlich des Reha-Erfolges.

In den drei Jahrgängen 1999, 2000 und 2001 haben 4,5% der Versicherten die Empfehlung zu einer stufenweisen Wiedereingliederung erhalten; von diesen sind 57% der Empfehlung gefolgt. Die Wiedereingliederungsquote blieb auch 2 1/2 Jahre nach Abschluss der Maßnahme auf einem hohen Niveau von 85%.

- ▶ Noch einmal zurück zur Umsetzung für das zukünftige Verfahren: Für die Initiierung einer stufenweisen Wiedereingliederung ist die am Ende der Rehabilitation prognostizierte individuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit maßgebend. Sie kommt bei folgenden Fallkonstellationen in Betracht:
- ▶ Länger dauernde oder wiederholte, auch kürzere Arbeitsunfähigkeitszeit(en) vor der Rehabilitation.
- ▶ Eine stufenweise Wiedereingliederung kommt nur in Frage, wenn bei Entlassung aus der Rehabilitation – in absehbarer Zeit – eine ausreichende Besserungsaussicht mit

Wiederherstellung des Leistungsvermögens besteht. Das heißt, die Leistungsfähigkeit (ICF: „Kapazität“) muss bei vollschichtiger Tätigkeit in absehbarer Zeit ≥ 6 Stunden / Tag liegen, die aktuelle Leistung („Performanz“) beträgt derzeit aber noch < 6 Stunden / Tag.

 **Stufenweise Wiedereingliederung**
Sozialmedizinische Voraussetzungen:

- Länger dauernde oder wiederholte, auch kürzere Arbeitsunfähigkeitszeit(en) vor der Rehabilitation
- Leistungsfähigkeit (ICF: „Kapazität“) in absehbarer Zeit ≥ 6 Stunden/Tag, aktuelle Leistung („Performanz“) aber noch < 6 Stunden/Tag
- Leistungsfähigkeit in absehbarer Zeit 3 bis < 6 Stunden/Tag, aktuelle Leistung aber noch darunter (nur bei Teilzeitarbeitsplatz, wenn aktuelle Leistung $<$ Teilzeitarbeitsdauer)
- Bei erforderlicher Umrüstung des Arbeitsplatzes im Sinne eines „leidensgerechten Arbeitsplatzes“

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

- ▶ Bei Teilzeittätigkeit gilt entsprechend: die Leistungsfähigkeit muss in absehbarer Zeit 3 bis < 6 Stunden / Tag betragen; die aktuelle Leistung liegt zum Entlassungszeitpunkt aber noch unter der Teilzeitarbeitsdauer.
- ▶ Stufenweise Wiedereingliederung kann zudem indiziert sein, wenn der Arbeitsplatz zusätzlich „leidensgerecht“ ausgestattet werden muss.

Für die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung müssen folgende Voraussetzungen geprüft werden:

 **Stufenweise Wiedereingliederung**
Relevante Aspekte bei der Indikationsstellung:

- Arbeitsplatz vorhanden?
- Arbeitsunfähigkeitszeiten (anhaltende, gehäufte)?
- Rentenproblematik?
- Ausreichende Motivation?
- Prämorbidie Anpassung?
- Ressourcen zur Krankheitsbewältigung?
- Behandlungsmotivation?
- Unterstützung durch den behandelnden Arzt?
- Kein ausgeprägter Versorgungswunsch.

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

- Arbeitsplatz vorhanden?
- Arbeitsunfähigkeitszeiten (anhaltende, gehäufte)?
- Erwerbsminderungsrentenbezug oder -antragstellung?
- Ausreichende Motivation, die Arbeit (bzw. entsprechend Teilzeitarbeit) wieder ohne zeitliche Einschränkung auszuführen?
- Ausreichende prämorbidie Anpassung?
- Ausreichende Ressourcen zur Krankheitsbewältigung?
- Ausreichende Behandlungsmotivation?
- Unterstützung durch den behandelnden Arzt?
- Kein ausgeprägter Versorgungswunsch.

ERWARTUNGEN AN DIE REHA-EINRICHTUNGEN:

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung kommen dem Leitenden Arzt oder seinen Vertretern federführend folgende Aufgaben zu:

**Stufenweise Wiedereingliederung
Modellpatient „Abhängigkeitserkrankungen“**

- Am konkreten Arbeitsplatz lediglich **übergangsweise außergewöhnliche Belastungen**, die in der Regel nach zwei Monaten, spätestens nach sechs Monaten, von den Betroffenen bewältigt werden können. Längerfristige Belastungen oder Einschränkungen erfordern eine konkrete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen der beruflichen Bildung oder der Integration).

Referat 1006 Fachbereich Medizin 21.04.2004
Psychosomatische Klinik Bad Naustadt

- die Indikationsstellung
- die Kommunikation und Kooperation mit dem Arbeitgeber, dem Betriebsarzt, dem Sozialdienst des Betriebes, aber auch mit dem behandelndem Arzt oder Psychotherapeuten den Angehörigen oder weiteren berufsbezogenen Ansprechpartnern (Rehabilitationsberater, Krankenversicherung)
- Die Einholung der Zustimmungserklärungen des Versicherten und des Arbeitgebers

- die Erstellung des Wiedereingliederungsplans (Entsprechende Formulare werden Ihnen demnächst zur Verfügung gestellt)
- die Aufnahme in den Reha-Entlassungsbericht in Form einer spezifischen Empfehlungen

Sie sehen, dass wir der sozialmedizinischen Indikationsstellung große Bedeutung beimessen. In diesem Zusammenhang ein Hinweis: Das Kreuz im Entlassungsbericht ist zukünftig keinesfalls als unverbindliche Empfehlung anzusehen, sondern zeitigt erhebliche Folgen einschließlich einer Übergangsgeldzahlung. Nicht zuletzt unter ökonomischen Gesichtspunkten ist hier eine verantwortungsvolle Handhabung erforderlich.

Ich bin damit ans Ende meiner Ausführungen gelangt. Bitte sehen Sie mir nach, dass ich Ihnen zur konkreten verwaltungsseitigen Umsetzung des Verfahrens noch keine genauere Auskunft geben kann. Dies betrifft auch die Frage, ab welchem Zeitpunkt der beratungsärztliche Dienst der BfA zur medizinischen Gegenprüfung eingeschaltet werden muss, zum Beispiel, wenn eine Verlängerung der Leistung über den Zeitraum von sechs bis acht Wochen hinaus erforderlich wird. Die maximale Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung betrifft sechs Monate; wir gehen aber davon aus, dass dieser Zeitraum nur in seltenen Fällen ausgeschöpft werden muss. Es ist zu hoffen, dass durch die Nutzung dieses Instrumentes der Zielauftrag der Rentenversicherung, nämlich die Verhinderung einer Erwerbsminderungsrente, für eine spezifische Hochrisiko-Gruppe noch besser als bisher umgesetzt werden kann. Damit kann zugleich ein Beitrag zur besseren Vernetzung der verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen geleistet werden. Auch die bisherigen Bemühungen um

einen stärkeren Berufs- und Arbeitsbezug der medizinischen Rehabilitation finden in der stufenweisen Wiedereingliederung als Aufgabe der Rentenversicherung ihre konsequente Fortsetzung.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!"

**Vielen Dank für Ihr
Interesse**



Dr. Hanno Irle

Erwartungen des Kostenträgers an die Leistungsbeurteilung Leitfadenerstellung

Bad Neustadt, 21.04 2004

Erwartungen

- es wird eine Beurteilung abgegeben
- die Beurteilung bezieht sich auf die relevanten Bereiche, Begriffe und Zeitkorridore

Keine Leistungsbeurteilung
notwendig bei

- Altersrenten

aber erforderlich bei

- Hausfrauen
- Beziehern von EM-Renten

Information über
Leistungsanforderungen in der zuletzt
ausgeübten Tätigkeit

- vom Rehabilitanden (Formblatt, Anamnese)
- vom Arbeitgebers (Formblatt)
- vom Betriebsarzt (IMBA-
Bogen, persönlicher Kontakt)
Schweigepflichtsentbindung notwendig !!!

Allgemeiner Arbeitsmarkt

Umfasst alle nur denkbaren Tätigkeiten außerhalb einer beschützenden Einrichtung, für die auf dem Arbeitsmarkt (in einer Vielzahl von Teilarbeitsmärkten) Angebot und Nachfrage besteht.

Beurteilung des Leistungsvermögens

- quantitativ
- qualitativ

Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens (letzte Tätigkeit /allg.AM)

- weniger als 3 Stunden
- 3 bis unter 6 Stunden
- 6 Stunden und mehr

Erwartungen an die Leistungsbeurteilung (Ergebnis,Prozess)

- Nachvollziehbarkeit
- durch die erhobenen Befunde begründet
- Beurteilung gestützt durch den Einsatz von Assessments (EFL, ERGOS ?)

Leitlinien

- wichtig, um eine Gleichbehandlung aller Versicherten zu erreichen
- bisherige Leitlinien der RV basieren auf einem Expertenkonsens
- beziehen sich auf „Rehabedürftigkeit“ für med.Reha bei verschiedenen Indikationen

Leitlinien

Bedarf besteht

- für die Entwicklung von von Leitlinien für die Beurteilung von Leistungsfähigkeit (über die vorhandenen Empfehlungen hinaus)
- für die Entwicklung von Leitlinien für die Beurteilung der Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- möglichst „trägerübergreifend“ unter Berücksichtigung der ICF



**Verzahnungsmöglichkeiten zwischen stationärer
medizinisch/psychosomatischer Rehabilitation
und den Betrieben aus Sicht der BKK.
Welche Weichen sind zu stellen?**

Barbara Hüllen, BKK Bundesverband, Essen

Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. 3. 2004

- Verpflichtung der Krankenkassen, Haus-, Fach-, Betriebs- und Werksärzte bei der Einleitung und Durchführung von Reha-Maßnahmen zu beteiligen.
- Reha-Einrichtungen stellen bei Bedarf während der Reha-Maßnahme Kontakt zu diesen Ärzten her, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und zu fördern.

Stufenweise Wiedereingliederung (1-3)

§ 74 SGB V

*bis zum Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001
ausschließlich in der Krankenversicherung möglich*

§ 28 SGB IX

*ab 1. Juli 2001 für alle Trägerbereiche der
medizinischen Rehabilitation möglich*

aber:

kaum praktische Bedeutung, da Fragen zu den
Entgeltersatzleistungen nicht geklärt

Stufenweise Wiedereingliederung (2-3)

Konsequenz des Gesetzgebers:

„Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“

§ 51 Abs. 5 SGB IX

„Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 28) erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende weiter gezahlt.“

Stufenweise Wiedereingliederung (3-3)

Offene Fragen / Auslegungsspielräume

- Begriff: „unmittelbarer Anschluss“
- Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung
- Anpassung des Wiedereingliederungsplans
- Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit

Zwei Modelle, gleiche Ziele

Verzahnung medizinischer Rehabilitation u. beruflicher Reintegration (AUDI AG)

Disability-Management (Ford AG)

- nahtlose Wiedereingliederung in den Betrieb nach Krankheit oder Unfall
- Verkürzung der AU-Zeiten insgesamt
- langfristige Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Kooperation und Kommunikation

Verzahnung medizinischer Rehabilitation u. beruflicher Reintegration (AUDI AG)

Disability-Management (Ford AG)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Reha-Einrichtung (Arbeitsplatzprofile, arbeitsplatzbezogenes Leistungsbild, Konsile u. a.) ■ Kooperation von Kranken- und Rentenversicherung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Kooperation von Disability-Manager und Betriebsarzt (Leistungsprofile u. a.) ■ Zusammenarbeit mit Krankenkasse, niedergelassenen Ärzten und Reha-Einrichtung |
|---|---|

Schritte zur Umsetzung einer frühen Wiedereingliederung

- **Auswahl einer Reha-Einrichtung mit arbeitsmedizinischer Kompetenz**
Verfahrensabsprachen zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung
- **Einheitliche Funktionsdiagnostik und standardisierte Anforderungs- und Fähigkeitsprofile**
Absprache zwischen Betriebsarzt, Ärzten der Reha-Einrichtung und niedergelassenen Ärzten
- **Mitwirkung des Betriebs und des Versicherten**

Arbeitsunfähigkeit und psychiatrische Erkrankungen - Relevanz

Die seit einigen Jahren auffälligste Dynamik im Krankheitsgeschehen betrifft die psychischen Erkrankungen. Sie sind inzwischen die vierthäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehltage. Ihr Anteil an den Krankheitstagen hat sich seit 1990 verdoppelt und liegt bei den Frauen mit 9,8 Prozent erheblich höher als bei den Männern (5,4 Prozent). Im Krankenhaus bilden sie mit 13,3 Prozent der Behandlungstage sogar die zweitwichtigste Diagnosegruppe.

(BKK Pressemitteilung vom 12.04.2004)



Wünsche an die Verzahnung von psychosomatischer Klinik und betriebsärztlichem Dienst

Dr. med. Alfred Schneider, SKF, Schweinfurt

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Betriebsärztliche Ambulanz



30 000 Durchgänge pro Jahr

2100 Verletzungen, 143 Betriebsunfälle,
2600 arbeitsmedizinische Untersuchungen,
3000 Untersuchungen aus aktuellem Anlaß
Notfälle, Konsultationen, tätigkeitsbezogene Beschwerden,
Arbeitsplatzwechsel, Gefahrstoffe, Reha-Maßnahmen

70 stufenweise Wiedereingliederungen

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Langzeitkranke



- Mangelndes Selbstvertrauen
- Angst
- Schmerzprägung
- Sekundärer Krankheitsgewinn

Psychosomatische Überlagerungen



65 % aller Wiedereingliederungsfälle besonders nach:

- Krebserkrankungen
- Herzerkrankungen
- Wirbelsäulenerkrankungen
- psychischen Erkrankungen

Stufenweise Wiedereingliederungen 2003



- Herzerkrankungen (10)
- Schlaganfall (3)
- Diabetes mellitus (5)
- Lungenerkrankungen (3)
- Krebserkrankungen (8)
- Wirbelsäulenerkrankungen (18)
- Gelenkoperationen (8)
- Psychische Erkrankungen (15)

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Ziele der Wiedereingliederung



- berufliche Belastbarkeit kennenlernen
- Selbstsicherheit wiedergewinnen
- Angst vor Überforderung abbauen
- Angst vor Krankheitsrückfall verlieren

- früherer Eintritt der Arbeitsfähigkeit
- dauerhafter Einsatz am geeigneten Arbeitsplatz

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Hindernisse



- Einbuße beruflicher Kenntnisse
- Arbeitsplatzverlust / Versetzung
- Über- oder Unterforderung
- mangelndes Interesse / Besitzstand
- Versorgungswunsch (Rente)
- fixierte Krankheitsbilder
- psychosomatische Überlagerungen
- psychosoziale Probleme

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Wünsche



- psychosomatische Behandlung vor oder während einer Eingliederung
- schnelle Genehmigung einer Reha-Maßnahme
- Trainingsprogramme
- Klärung des Kostenträgers nach Aussteuerung des Patienten
- Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Wünsche an die Verzahnung



- Verbesserung der Kommunikation
- Reha-Berichte auch an den Betriebsarzt weiterleiten
- Schweigepflichtsentbindung in der Klinik unterzeichnen lassen
- Reha-Bericht zeitnah zur stufenweise Wiedereingliederung

- Arbeitsplatzerschätzung des Patienten kritisch überprüfen
- Evtl. Stellungnahme des Betriebs oder des Betriebsarztes

- Diskrepanz bei Beurteilung und sozialmedizinischer Einschätzung zwischen Klinikarzt / Betriebsarzt vermindern
- Vorschläge zur stufenweisen Wiedereingliederung betriebsnah gestalten (Belastbarkeit sollte mind. 3 h täglich vorhanden sein)
- Betriebsbesichtigungen zum Informationsaustausch

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

Return to work



Industrieunternehmen haben ein starkes Interesse an der Re-Integration der Mitarbeiter.

Betriebsärztliche Dienststelle

SKF

„Return to work“: Anforderung an die medizinisch/psychosomatische Reha und ihre Verzahnung mit dem beruflichen Bereich aus der Sicht des ÄD
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt (21.04.2004)



Bundesagentur für Arbeit

- „Ja was wohl?“ —> klar: „Verzahnung“ (wohl nötig/heutige Sicht)
- Rhetorische Frage / überhaupt kein wirklicher Differenzierungsspielraum!
- „Trick“ zur „Maskierung“ der Äußerlichkeit der Zielerforderung:
—> „Die Maßnahmen sollen ergebnisorientiert sein.“
- früher „l'art pour l'art“?
- „Qualitätssicherung“ anhand „gemeinsamer“ Standards

„Return to work“: Anforderung an die medizinisch/psychosomatische Reha und ihre Verzahnung mit dem beruflichen Bereich aus der Sicht des ÄD
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt (21.04.2004)



Bundesagentur für Arbeit

Leistungsträger

Ebene der Rechtfertigung im politisch-institutionellen Raum

„Auftrag“:
„Quadratur des Kreises“

Leistungserbringer

Ebene der Rechtfertigung in der Fachöffentlichkeit

„Auftrag“:
„Wachsen u. Gedeihen“

Gegenseitige Angewiesenheit sorgt für – zumeist – „pfeiflichen Umgang“
... bis zum Erreichen von Schmerzgrenzen



Teilhabe am Arbeitsleben aus Sicht der BA

- 2003:
- Zunahme Erwerbspersonenpotential
 - Verlust von 500.000 Arbeitsplätzen
 - Erfolg: Steigerung der Alo um „nur“ 370.000!
- 2004:
- Wirtschaftswachstum (1-2%)
 - Ende des Arbeitsplatzabbaus???
 - keine Zunahme des Erwerbspersonenpotentials

- Erfolgsorientierung: Höchstmaß an Integration
- Kostenbewußtsein: sparsamer Umgang mit den Beitragsmitteln
- Sozialer Auftrag: Fürsorge / schützende Hand für Menschen mit Behinderung



Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

2003: ca. 3 Mrd. Euro
= Steigerung um 6,4% gegenüber 2000

weitere Steigerung
nicht plausibel/
nicht objektiv

2004: ca. 3,3 Mrd. Euro



Profiling / Perspektivendiskussion
Fallmanagement
Allgemeine Leistungen / wohnortnah /
„realistisch“ / modular / Teilqualifikation
„Einkaufsoptimierung“

richtig und
falsch
zugleich !



Th., Georg 48 Jahre - Kranfahrer (1)

- Unterarmfraktur i. d. Freizeit (1'2001) → Gipsbehandlung: Funktionsstörung
Primäre Nebendiagnosen: Bandscheibenschäden i. d. LWS
Initiale Kniegelenksarthrosen bds.

Intermittierende akut-medizinische Behandlung

Einmalig stationäre Reha (8'2001): Entlassung als „noch arbeitsunfähig, demnächst aber wieder leistungsfähig für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ...“ (bisherige Tätigkeit ja)
Aussteuerung aus Krankengeld-Bezug 6'2002 – Vorstellung beim AA-Arzt

- Schwindel (im Laufe d. J. 2003 erstmals aufgetreten – schleichend)
Nervenärztliche Behandlung: „nicht organisch bedingt“
Bislang „randständig“, jetzt aber zunehmend geltend gemacht (arbeitsamtsärztliches Gutachten)
- Ubiquitäre Schmerzen (seit Anf. 2004 – rasch zunehmend)
Diagnose: „Somatoformes Schmerzsyndrom auf dem Boden einer depressiven Störung“



Th., Georg 48 Jahre - Kranfahrer (2)

- **Diagnosen?**
- **Was ist passiert?**
Entfernung vom Arbeitsplatz und Arbeitswelt + „bio-psycho-soziale“ Folgen haben zu einem Wandel des Beschwerdebildes geführt
- **Welche Bewertung jetzt?**
Organisch noch leistungsfähig
(Handfunktion ...
Depression ist nicht so schwer ...
Schmerztherapie optimierbar ...)
aber: diffuse Schwindelsymptomatik
(letzte Tätigkeit: Besteigen von Leitern, Gerüsten, Kranen)
- Berufliche Reha „muss“ empfohlen werden (!) (48-jähriger Familienvater)
Double bind: „Erfolg produziert Misserfolg“
- „Trost“: Arbeitsplatz sowieso schon weg!
- „Versagen“: kein Vermeiden von neuen Diagnosen
reaktiver Ductus des therapeutisch-rehabilitativen Systems
keine wirkliche Ergebnisorientierung im Verfahren
(Pseudoeinbezug des beruflichen Aspektes!)



Wie zeitnah erfolgt die Prüfung der Reha-Bedürftigkeit (1)

(Sept. bis Nov. 1998 / LAA SAT - Kongress Public Health der DGSMP, Freiburg 1999)

- Bei 17% (n=121) der 721 Gutachtenfälle war der Proband bereits nach 78 Wochen AU durch die GKV ausgesteuert (ohne die 68 Schüler waren sogar 18,5% der Probanden ausgesteuert!)
- Bei nur 5,5% der Fälle, bei denen berufliche Reha-Maßnahmen empfohlen wurden, erfolgte die Begutachtung bei noch bestehender AU (n=19) bzw. vor Eintritt der Arbeitslosigkeit (n=13).



Wie zeitnah erfolgt die Prüfung der Reha-Bedürftigkeit (2)

- Von den vorgeschlagenen beruflichen Reha-Fällen (n=497; ohne Schüler und ohne WfB) waren 110 (=22%) bereits ausgesteuert und 173 (=35%) hatten zwischenzeitlich schon einen EU/BU-Rentenantrag gestellt!
- Aber nur 14 (=3%) hatten Antrag auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation gestellt.



Überblick zu berufsbezogenen Ansätzen und Modellprojekten in Reha-Einrichtungen mit somatischen Indikationen

1. Berufsorientierungsmaßnahme für Rehabilitandinnen in Reha-Kliniken (*Bad Bramstedt*)
2. „Reha Office“ für Verwaltungs-, Büro- und Schreibkräfte mit hohem Anteil an Bildschirmarbeit (*Bad Bramstedt*)
3. „Thüringer Leistungsprofil“ und „Belastungsspezifische Trainigstherapie und Ergonomieschulung“ (*Bad Bramstedt*)
4. BOR - Berufsorientierte Rehabilitation (*Bad Eilsen*)
5. MBO - Medizinisch-Berufsorientierte Rehabilitation (*Freyung*)
6. Berufsnaher Belastungsdiagnostik und nahtlose berufliche Wiedereingliederung für neurol., orthop. Und kardiol. Pat. (*Herzogenaurach*)
7. MARUS - Masserberger Rehabilitations- und Präventionssystem (*Masserberg*)
8. Berufl. Orientierung in der Mediz. Rehabilitation - ein Konzept für den Alltag der Reha-Durchführung (*LVA Westfalen*)



Überblick zu berufsbezogenen Ansätzen und Modellprojekten in Reha-Einrichtungen mit psychosomatischen Indikationen

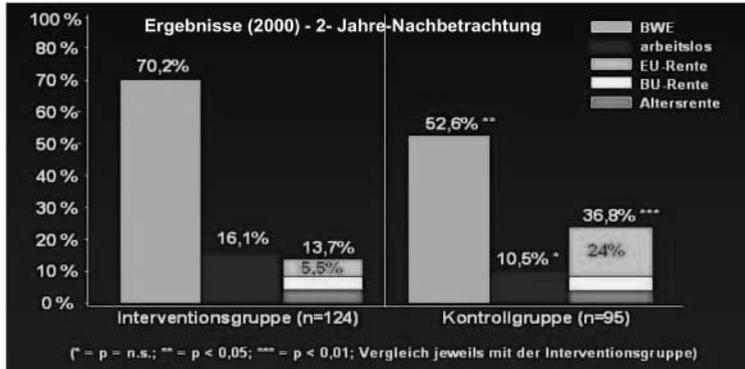
1. START - Projekt zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung (*Bad Bramstedt*)
2. WEG - die WiederEingliederungsGemeinschaft (*Bad Bramstedt*)
3. Berufsbezogenes Behandlungskonzept der psychosomatischen Fachklinik *Bad Dürkheim*
4. Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation (*Bad Fredeburg*)
5. Berufliche Belastungserprobung im Rahmen eines tiefenpsychologischen Behandlungssettings (*Bad Neustadt/Saale*)
6. Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in der Psychosomatik (*Horn-Bad Meinberg*)
7. Berufliche Belastungserprobung im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Behandlungssettings (*Prien am Chiemsee*)



„Ennepetaler Modell“ (Klinik Königsfeld der LVA Westfalen *)

Gestuftes Modell mit Nachsorge („INA“)

Module: Stationär – ambulant bzw. teilstationär – Nachsorge für arbeitsunfähig Entlassene – Arbeitstherapie und Leistungserprobung – 27 Herzsportgruppen



*) kein Anspruch auf Vollständigkeit



Quintessenz:

- „Vorsorge“ – Nachsorge („INA“/„IRENA“) – „Casemanagement“
- Erfolgreich → „eigentümlich banal“ / “nichts Neues“
- Nicht: Krankheitsspezifisch (orthopädische, kardiologische und neurologische Fachkunde sagt nur: „Wann ist was sinnvoll machbar“ ... primär aber nicht: Wozu!)
- Also: Karrierespezifisch (somit eigentlich „systemkritisch“ ... „Humanressourcen-Management“ ... Wann ist was nötig, wenn machbar ... zu entscheiden aus dem allgemeinen bio-psycho-sozialen Kontext heraus)
- Aber: Nur „eigentlich“, systemkritisch → „eigentümlich folgenlos“ / “nichts Neues“
- Selbstmissverständnis der Mediziner – weiterhin „zwei Welten“ (Fachlichkeit versus Zwänge)



Erste „Annäherung“ ...

- Strategische Einbindung der Handlungslogiken und geschäftspolitischen Entscheidungen (die ja nichts verwerfliches sind) in gemeinsame Planungen
- Transparenz hierüber bis zur Arbeitsebene mit Herstellung von Commitment für diese kooperative Aufgabe (Führung)
- Aufgabe des Prinzips der Selbstdefinition über die Abgrenzung („Nichtzuständigkeit“ – „Verschiebebahnhof“ – gemeinsame Gesamtverantwortung)
- BA-„quantitativ“: Weitere Kostensteigerungen im Reha-Bereich nicht tolerabel und nicht plausibel (kein absoluter Maßstab vorhanden)
- BA-„qualitativ“: Getrennte Rechnungskreise (Versicherungsleistung versus Sozialleistung)



„Initiative: Neue Qualität der Kooperation“ ... mit einem Ziel!

Träger : Leistungserbringer

„Gleichgewicht“ zwischen Normierung und Individualisierung
„Maßvolles Marketing“ (z. B. „Reha-Assessment“)

Träger : Verbände

„Langer Atem“ (Beispiel: Alkoholismus und Reha mit der
„Neuentdeckung“ gemeinsamer Interessen)

Träger : Träger

„Geben und Nehmen“
(§ 125 positiv - § 125 negativ)

Vertrauen



Erfolg



Optimierung des Reha-Verfahrens für suchtkranke Alkoholiker im Rahmen des § 125 SGB III in Karlsruhe (LVA-BW / RD-BW der BA; 2001)

Erwerbsfähigkeit „ja“ – Marktnähe nein – Grenzsituation – Krankheitseinsicht ?!



- LVA-Verzicht auf die Replik + BA: Besonderer „Nachsorge“
- Einrichtung: Motivationsaufbau – Trias: Betroffener + Einrichtung + Agentur für Arbeit
- Trainingsmaßnahmen – Coaching – ÄD (Hausarzt/Suchtberatungsstelle/Reha-Berater)
- Ergebnisse (n = 70): 13 (in Arbeit) – 18 (arbeitsunfähig mit zwei gesicherten Rückfällen) – 6 (abgemeldet) – 25 (weiter arbeitslos od. arbeitssuchend)



Psychologischer Konsiliardienst in der Agentur für Arbeit Ludwigsburg (seit April 2003) (RD-BW der BA / LVA-BW)

- Ebenfalls Verzicht auf „Replik“ seitens der LVA
- Gemeinsame Gutachteneröffnung durch Arzt der Agentur und Fachkraft
- Überweisung an die „Projekt-Psychologin“ (Erstellung des Sozialberichts, Reha-Antragstellung, Betreuung)
- „Behandlung und Beratung aus einer Hand“
- Motivationsgruppen in der Wartezeit
- Ggf. Krisenintervention des Arztes der Agentur/Kooperation mit Hausarzt
- 2 Halbtags-Psychologinnen (Diakonie/Caritas) – BA-gefördert (früherer § 10, jetzt Pauschale über 340,- € pro Fall)
- Ergebnisse: 150 Fälle in 2003 – Erhebliche Verkürzung der Bearbeitungs- und Wartezeit bis zum Antritt der medizin. Reha – Stabilisierung der Motivation (keine Abbrüche vor Antritt)



„Modell zur Zusammenarbeit von Trägern (MoZarT)“ – Standort: Rottweil

- Gemeinsame Gruppenveranstaltungen für Versicherte und lanzeitarbeitslose „erwerbsfähige“ Sozialhilfeempfänger inkl. Sozialmedizinischer Informationsveranstaltung
- Einwöchiges berufl.-soziales und sozialmediz. Profiling
- „Eingliederungsvertrag“ – ggf. mit Selbstverpflichtung zur raschen Beibringung von ärztl. Unterlagen
- Kontinuierliche sozialmediz. Sprechstunde – Krisenintervention – „AU-Vermeidung“
- Interkollegiales vernetztes Handeln nach Innen und Außen und aus der Sicht des Betroffenen
- Ergebnisse (n = 144 Fälle mit „gesundheitliches Profiling“/April 2002:
- 45 (Vermittlung in Arbeit) – 5 geförderte Beschäftigung) – 31 (berufl. Ausbildung/Weiterbildung) 63 (noch nicht eingegliedert, davon 5 arbeitsunfähig)



Zweite Annäherung

- „Initiative neue Qualität der Kooperation“
(Träger + Leistungserbringer / Träger + Verbände / Träger + Träger)
- Beispiele der Kooperation: Arbeitsverwaltung + Rentenversicherung – Arbeitsverwaltung + Sozialhilfeträger
- „Startschuss“ muss kommen von der Politik und den Zweigen der Sozialversicherung

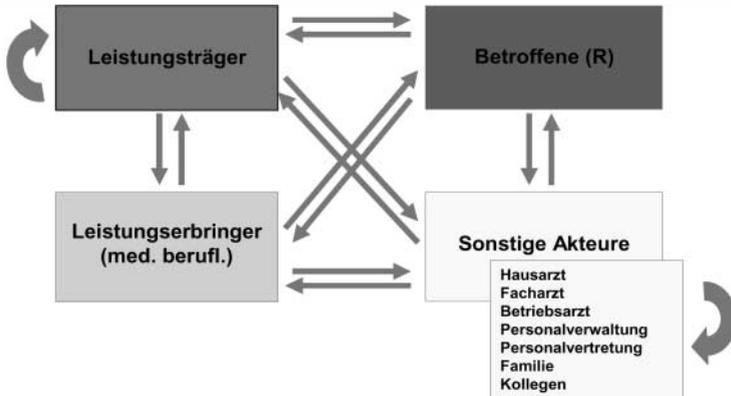
SGB IX

SGB II:
Alg II
Job-Center

Transparente Handlungs- und Steuerungslogik der Träger mit erkennbarer Ausrichtung auf das Integrationsziel



Kontinuierlich arbeitendes Quartett der Reha-Vermeidung, Früherkennung, Einleitung und Zugangssteuerung, Verzahnung und Nachsorge (1)



Kontinuierlich arbeitendes Quartett (2)

„Gläserner Patient/Rehabilitand“ (Job-Card, Gesundheits-Card ...)

Schutz der Persönlichkeit + Datenschutz / „Fordern und Fördern“

Präsenz des Netzwerks / „Barrierefreiheit“ / kein „Insiderwissen“ / „Kultur der Prävention und Rehabilitation“ / „Erweiterung des Instrumentenkastens“ / „Nachvollzug“ der Zuständigkeitsklärung

Gemeinsame Service-Stelle (§ 22 SGB IX) für den Betroffenen



Informations- und Kommunikationsplattform für die „professionellen Akteure“



Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Schnittstellen sind heute noch zu oft „Sollbruchstellen“

Kranfahrer

- Es gibt mannigfache erfolgreiche Projekte der Verkürzung, Verzahnung, Verbesserung, Steigerung des Eingliederungserfolgs ...

„irgendwie klar“ – Breitenwirkung ?

- Wachsendes Vertrauen zw. den Trägern und gegenüber den Leistungserbringern eröffnet die Option für eine neue Kultur der Kooperation in der Reha-Planung und -durchführung

§ 125 SGB III ... Erfahrungen aus BW

- Ergebnis- und bedarfsorientierte – also nicht an den „eigenen“ Interessen der Institutionen orientierte – innovative Umsetzung des gemeinsamen Gestaltungsauftrags mit Schaffung einheitlicher, verlässlicher und transparenter Qualitäts- und Verfahrensstandards

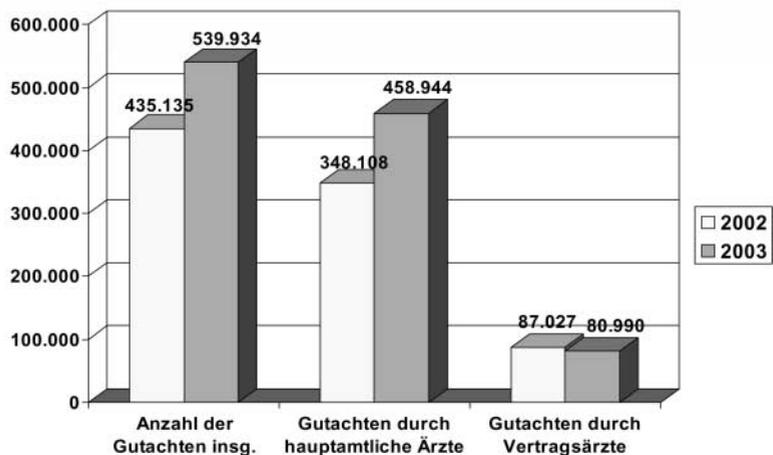
SGB II – SGB IX

- Konsequente Einbindung der Fachdienste in die Zugangssteuerung und in den Qualitätsdialog mit den Leistungserbringern

Profiling – Früherkennung – „passgenaue“
Einschaltung - Systemberatung



Ärztliche „Gutachten“ 2002/2003



Modelle medizinisch-beruflicher Rehabilitation in Deutschland

I EINLEITUNG

Die Wiedereingliederung in den Beruf ist das Hauptziel in der Rehabilitation der Renten- wie auch in der Unfallversicherung (§ 9 Abs. 1 SGB VI, § 26 Abs. 2 SGB VII). Auch bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Wiedereingliederung in den beruflichen und sozialen Alltag wichtiger Bestandteil eines umfassenden Reha-Plans. Entsprechend sollte die medizinische Rehabilitationsbehandlung bzw. eine Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation auch auf dieses Ziel hin ausgerichtet sein.

Bei der traditionellen strikten zeitlichen und organisatorischen Trennung zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen (die mehr oder weniger im Anschluss an die medizinische Behandlung stattfinden), wie sie in der nachfolgenden Abbildung I veranschaulicht wird, ergeben sich jedoch eine ganze Reihe von Schwierigkeiten, die sich nachteilig auf das Gesamt-Rehabilitationsergebnis des Patienten auswirken können. Problematisch sind lange Wartezeiten zwischen einzelnen Maßnahmen, zu denen es insbesondere bei einem Trägerwechsel zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation kommen kann; Phasen, in denen es an Information, Beratung und fachlicher Betreuung zum richtigen Zeitpunkt fehlt. Diese langen Wartezeiten, welche zu Motivationskrisen und einem Verlust der Lebensqualität führen sowie beträchtliche Kosten verursachen (Verhorst, 1996), sollen durch eine stärkere Verzahnung von medizinischen und beruflichen Maßnahmen verhindert werden.

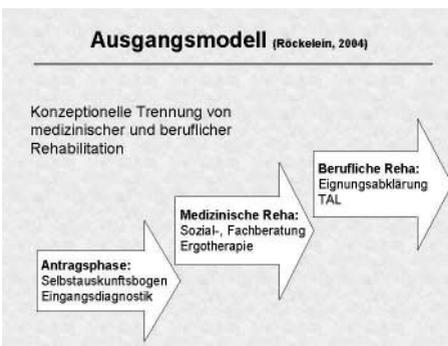


Abbildung I

Das Bemühen um eine stärkere Verzahnung von medizinischen und beruflichen Reha-Maßnahmen ist nicht neu. Entsprechende Aktivitäten gehen von verschiedenen Protagonisten des Gesundheitswesens aus:

- Die *Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger* wies in ihren Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation bereits 1991 darauf hin, dass

„Angebote zur beruflichen Eingliederung innerhalb der medizinischen Rehabilitation ausgebaut und weiter qualifiziert werden sollten“ (VDR, 1992, S. 167).

- ▶ Auch die **Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger** (1997) erachtet eine nahtlose Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitation als besonders effektiv. Die bessere Verzahnung soll u. a. durch Weiterqualifizierung der Reha-Ärzte, Intensivierung der Reha-Beratung in den Kliniken und Durchführung von „berufsbezogenen Vorfeldmaßnahmen“ (z. B. Berufsfindung, Arbeitserprobung, Belastungserprobung, psychologische Eignungsuntersuchung, Beratung, Diagnostik und Erprobung) in der medizinischen Rehabilitation gefördert werden (VDR, 1997, S. 66-67).
- ▶ Die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation** stellt in ihrem Positionspapier zur Weiterentwicklung der Rehabilitation vom 15.12.1998 fest, dass ein Fallmanagement, welches bereits während der medizinischen Rehabilitationsbehandlung einsetzt, dazu dienen kann, einen zügigen und nahtlosen Rehabilitationsverlauf zu sichern. Als Vorbild wird hierbei auf die Unfallversicherung verwiesen, die durch ihre Organisation der „Rehabilitation aus einer Hand“ Schnittstellen minimiert und durch die Instanz des Berufshelfers eine individuelle Fallsteuerung verwirklicht (BAR, 1999).
- ▶ Die **Unfallversicherung** gewährleistet durch die Institution des Berufshelfers, der den Verunfallten bereits frühzeitig in der Klinik aufsucht und diesen u. a. bezüglich beruflicher Fragen berät, eine enge Verknüpfung zwischen verschiedenen Maßnahmentearten und fördert eine kontinuierliche Informationsweitergabe sowie die zügige Steuerung des Heilverfahrens.
- ▶ Die **bayerischen Arbeitsämter** bemühen sich im Rahmen eines Modellversuchs, die Arbeitsverhältnisse Behinderter mittels eines Case-Management-Ansatzes zu erhalten (Göbel, 1999).
- ▶ Die so genannten **Phase-II-Einrichtungen** gelten seit Jahren als spezialisierte und kompetente Häuser für medizinisch-berufliche Rehabilitationsbehandlungen v. a. im Bereich Neurologie (Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren Phase II, 1988).
- ▶ Vor diesem Hintergrund führen „normale Reha-Kliniken“ in zunehmendem Maße Modellprojekte durch, in denen frühzeitig berufsbezogene Inhalte in die medizinische Rehabilitation integriert werden sollen. Teilweise werden integrierte Behandlungsansätze bereits in der Routine angeboten. Auch **Kooperationen mit Berufsförderungswerken und Berufsbildungszentren** sind häufig anzutreffen.

Aufwändigere berufsbezogene Maßnahmen (wie z. B. Belastungserprobungen) wurden innerhalb der medizinischen Phase der Rehabilitation (also in den typischen Reha-Kliniken)

bislang v. a. in der Psychosomatik erprobt, was auch damit zu tun hat, dass viele psychosomatische Erkrankungen in direktem Zusammenhang mit beruflichen Belastungen stehen, und die Bewältigung von Berufs- und Alltagsschwierigkeiten bei vielen Patienten ein vorrangiges Therapieziel darstellt. Ein zweiter Grund dürfte daran liegen, dass die Behandlungsdauer in psychosomatischen Fachkliniken meist länger ist als im somatischen Bereich, was die Organisation eines berufsbezogenen Behandlungsangebotes naturgemäß erleichtert. Wenngleich die Rahmenbedingungen unterschiedlich günstig sind, sind berufsbezogene Maßnahmen prinzipiell aber in allen Indikationsfeldern von Relevanz. In der jüngsten Zeit gibt es dementsprechend vermehrt Modelle zu berufsbezogenen Angeboten in somatischen Reha-Kliniken, was dem gesetzlichen Auftrag entspricht, der in § 15 Abs. 1 SGB VI Belastungserprobung und Arbeitstherapie explizit als Leistungen der medizinischen Rehabilitation anspricht.

Auf der Arbeitstagung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern (RFB) zu „Berufsbezogenen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation“, die am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg stattfand, wurden einige berufsbezogene Ansätze aus Reha-Kliniken vorgestellt, die teils Modellprojekt-Charakter haben, teils bereits im Routinebetrieb der Kliniken laufen (Neuderth & Vogel, 2002). Die Ergebnisse dieser Tagung, die sich mit bisherigen Entwicklungen und aktuellen Fragen berufsbezogener Maßnahmen in Rehabilitationskliniken beschäftigen, bilden den Hintergrund für die nachfolgenden Ausführungen.

2. ZIELE UND AUFGABEN BERUFSBEZOGENER ANSÄTZE

Berufsorientierung muss prinzipiell in jeder Phase des Reha-Prozesses berücksichtigt werden, hat allerdings jeweils etwas unterschiedliche Schwerpunkte und Zielsetzungen (vgl. Abbildung 2).

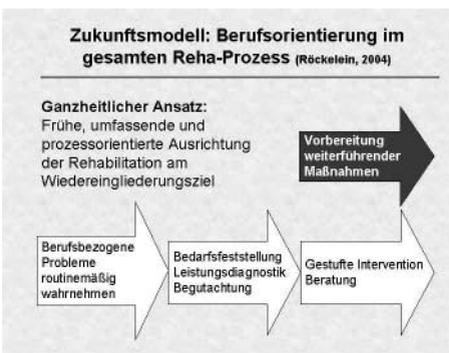


Abbildung 2

Das übergreifende Ziel berufsbezogener Angebote in der medizinischen Rehabilitation ist – dem gesetzlichen Auftrag der Rehabilitation entsprechend – die **Wiedereingliederung** des Rehabilitanden in das Erwerbsleben oder auch der Eingliederungserhalt bei einer Bedrohung der Erwerbsfähigkeit. Die berufliche Wiedereingliederung muss dementsprechend bei der Evaluation medizinischer Reha-Behandlungen auch stets als Zielparame-ter erhoben werden.

Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation haben allgemein zwei Funktionen:

- ▶ Zum Einen die **diagnostische Funktion**: Häufig werden berufsbezogene Angebote in der Phase der medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel einer **frühzeitigen berufsbezogenen, arbeits- und sozialmedizinischen Diagnostik** durchgeführt. Diese soll wiederum als Grundlage zur weiteren Steuerung des Heilverfahrens dienen. Hier geht es also um das Aufzeigen konkreter Handlungsmöglichkeiten für die Leistungsträger, Rehabilitanden und Therapeuten.
- ▶ Zum Anderen die **therapeutische Funktion**: Wie bereits vielfach bei psychosomatischen Patienten verwirklicht, bietet es sich auch bei Patienten anderer Indikationsgruppen an, berufsbezogene Angebote im Setting einer medizinischen Rehabilitation umzusetzen, da hier eine therapeutische Betreuung und Aufarbeitung leichter gewährleistet werden kann. Unter diesem Blickwinkel wird z. B. eine Belastungserprobung als **therapeutisches Instrument** betrachtet, das es dem Rehabilitanden ermöglichen soll, seine Belastbarkeit unter realistischen Bedingungen zu testen und gelernte Strategien auf den beruflichen Alltag zu übertragen.

Während in der Phase des Reha-Zugangs die diagnostischen Aufgaben im Vordergrund stehen, um die ggf. angemessenste Reha-Einrichtung auswählen zu können und den vermutlichen weiteren Reha-Bedarf abzuklären, sind in der medizinischen Rehabilitation sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktionen in diesem Bereich von Belang. Hier geht es zu Beginn der Maßnahme im diagnostischen Bereich um die „Feinsteuerung“, die Klärung von Problemen im Bereich der beruflichen Grundqualifikationen und spezielle psychosozialer Probleme bei der Wahl und Gewinnung bzw. Beibehaltung eines Arbeitsplatzes. Also um Aspekte des Reha-Bedarfs, die in der medizinischen Reha selbst noch bearbeitet werden können. Hier gibt es dann – im therapeutischen Bereich – spezielle Beratungen, Belastungserprobungen oder Gruppen, um berufsbezogene Probleme zu bearbeiten und ggf. zu lösen. Die weitergehende Diagnostik am Ende der Reha-Maßnahme hat sodann die Aufgabe, die erforderlichen nachgehenden Maßnahmen festzulegen und Hinweise auf entsprechenden weitergehenden Reha-Bedarf in berufsbezogenen Spezialeinrichtungen oder auch bei speziellen Hilfsmitteln oder anderen Interventionen zu geben.

3. BERUFSBEZOGENE LEISTUNGEN IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

In der medizinischen Rehabilitation findet sich bereits traditionell ein breites Spektrum an Leistungen oder Angeboten, die dem berufsbezogenen Bereich oder den Formen der Verzahnung bzw. der Integration berufsbezogener Maßnahmen zuzurechnen sind. Das Spektrum reicht dabei von einer Thematisierung berufsbezogener Inhalte während der Rehabilitationsbehandlung (z. B. im Rahmen der Sozialberatung der Klinik) bis hin zu mehr-tägigen externen Belastungserprobungen, wobei die Unterschiede vor allem darin liegen, inwieweit die Kliniken eigene Potenziale einbringen oder sich externer Facheinrichtungen (z. B. Berufsförderungswerke) bedienen.

Sozialdienst/ -beratung / Reha-Beratung in der Klinik

Sozial- oder Reha-Beratung wird in den Reha-Kliniken meist durch einen Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen geleistet. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden werden Grundlagen erarbeitet, die diesen befähigen sollen, während oder nach dem Aufenthalt in der Klinik passende Maßnahmen beruflicher oder sozialer Art zu ergreifen. Es werden wesentliche Informationen zur beruflichen und sozialen Zukunft des Patienten erhoben, die im Rahmen der Dokumentation auch Bestandteil des ärztlichen Entlassungsberichtes sind. Aufgaben des Sozialdienstes, die von diagnostischen bis zu therapeutischen Funktionen reichen, können im Einzelnen sein:

- ▶ Klärung der beruflichen/sozialen Situation des Patienten, Sozialanamnese und -prognose.
- ▶ Beratung bei rechtlichen und sozialen Problemen.
- ▶ Entwicklung und Einleitung von Maßnahmen beruflicher und sozialer Art, die den Möglichkeiten der Patienten entsprechen und die bereits während oder nach dem Aufenthalt in der Reha-Klinik ansetzen.
- ▶ Vermittlungstätigkeiten, Hilfe bei der Antragstellung, Kontaktherstellung zu Kostenträgern, Ämtern, Heimen und anderen Einrichtungen. Der Sozialdienst hat damit die Funktion einer Nahtstelle und arbeitet zeit- und institutionsübergreifend.
- ▶ Erarbeitung von Perspektiven zur Lebensgestaltung unter den veränderten gesundheitlichen Bedingungen des Patienten.
- ▶ Dokumentation für den Entlassungsbericht (Maier, 1993).

Während der Sozialdienst in psychosomatischen und neurologischen Reha-Kliniken zum Standardangebot gehört, so findet Reha-Beratung und Sozialberatung in den übrigen (somatischen) Reha-Kliniken nur konsiliarmäßig, d. h. bei Bedarf oder zu regelmäßigen Terminen durch regionale Sozial- / Reha-Berater statt. Forschung und Evaluation in diesem Bereich ist bislang ebenfalls selten.

Arbeitstherapie

Hierbei handelt es sich um eine gesetzlich verankerte Maßnahme im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Die Arbeitstherapie besteht im Allgemeinen aus Übungen, um die Gebrauchsfähigkeit der Gliedmaßen für bestimmte Lebens- und Arbeitsfunktionen zu fördern und den Rehabilitanden nach Unfällen oder Erkrankungen auf die Arbeitsaufnahme vorzubereiten. Im Einzelnen werden praktische und theoretische Übungen zur Verbesserung der Arbeitsbelastbarkeit durchgeführt. Ziel ist die Steigerung der Belastbarkeit; Stabilisierung und Verbesserung der Arbeitsgrundfähigkeit und spezieller Fertigkeiten für die berufliche /schulische (Wieder-)Eingliederung. Dabei überwiegen (im Gegensatz zur Belastungserprobung) die therapeutischen Aspekte (BAG medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren der Phase II, 1988).

Die Arbeitstherapie wird in Reha-Kliniken in erster Linie durch ausgebildete Ergotherapeuten durchgeführt. Es handelt sich zumeist um handwerkliche Tätigkeiten; Handlungsfähigkeit und Alltagsbewältigung sollen erprobt werden, damit die Rehabilitanden auch komplexe Situationen (wieder) besser bewältigen können.

Arbeitstherapie in der medizinischen Rehabilitation wird in der Forschung bislang ebenfalls stiefmütterlich behandelt, sie findet nur in einem Teil der Kliniken (speziell Neurologie und Psychosomatik) regelmäßig statt und es gibt ebenfalls wenig Ergebnis- und Indikationsforschung.

Interne und externe Belastungserprobung

Bei der Belastungserprobung handelt es sich ebenfalls um eine gesetzlich verankerte Maßnahme im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Sie dient der Ermittlung des arbeitsrelevanten Leistungsprofils, der sozialen Anpassungsfähigkeit in berufsbezogenen Situationen und der Erfassung der besonderen Belastbarkeit am Arbeitsplatz. Hier überwiegen die diagnostischen Aspekte (BAG medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren Phase II, 1988).

Idealerweise wird hierbei zunächst eine Bestandsaufnahme der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden vorgenommen, das arbeitsrelevante Leistungsprofil und die soziale Anpassungsfähigkeit ermittelt (diagnostische Funktion).

Die sogenannte Arbeitsgrundfähigkeit, das Arbeitsverhalten und die Arbeitsleistung, sollen schließlich stabilisierend beeinflusst und der Rehabilitand motiviert werden, um damit die Voraussetzung für eine berufliche Wiedereingliederung zu schaffen (Rehabilitationszentrum Stephanuswerk Isny, o. J.).

Die Belastungserprobungen sind je nach Reha-Einrichtung (somatisch, psychosomatisch, Phase-II) von sehr unterschiedlicher Dauer: Eine Belastungserprobung im Stephanuswerk Isny (Phase II-Einrichtung) dauert beispielsweise 6 Wochen, Belastungserprobungen, die von somatischen Reha-Kliniken in Kooperation mit Berufsförderungswerken durchgeführt werden, können auf nur 5 Tage begrenzt sein.

Bislang gibt es keine Standards bzgl. Zielen, Dauer, Intensität sowie Ein- und Ausschlusskriterien. Kontrollierte Evaluationsstudien sind noch selten und beschränken sich auf den psychosomatischen Bereich. Beutel et al. (1998) und Hillert et al. (1998, 2002) bestätigen in ihren Studien immerhin die Praktikabilität und Wirksamkeit entsprechend sorgfältig durchgeführter Modellvorhaben im Bereich Psychosomatik.

Berufsbezogene Gruppenangebote

Die Durchführung berufsbezogener Gruppen (oft auch sozialmedizinische Gruppen genannt) ist ebenfalls zunächst im Bereich Psychosomatik erprobt worden. Hier liegen inzwischen recht viele Erfahrungen vor; insbesondere in Kooperation mit Belastungserprobung und/oder als Ergänzung zur Sozialberatung.

Die Gruppen sind etwas unterschiedlich ausgestaltet, entweder thematisch frei oder themen-

spezifisch (z. B. Mobbing-Gruppe der Berus-Klinik, Technologie-Gruppe für ältere Arbeitnehmer in Bad Neustadt, Stressbewältigung, Bewerbungstraining o. ä.). Sie sind berufsgruppenübergreifend oder spezifisch (z. B. für Lehrer in Prien). Einige kontrollierte Evaluationsstudien wurden im Rahmen des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften durchgeführt (Koch et al., 2004, Schattenburg et al., 2003).

Medizinischberufliche Reha-Einrichtungen („Phase-II-Einrichtungen“)

Die so genannten Phase-II-Einrichtungen wurden ursprünglich als Modelleinrichtungen des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung eingerichtet. Sie sollten im Anschluss an eine intensive medizinische Reha-Phase (I) eine integrierte beruflich-medizinische Rehabilitation erbringen. In der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen der Phase II sind gegenwärtig 16 Einrichtungen zusammengeschlossen, die Leistungen der medizinischen, schulischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitation in einem nahtlosen, ineinandergreifenden Verfahren erbringen (Abbildung 3). Sie richten sich an Rehabilitanden, bei denen die Schwere und Komplexität der Beeinträchtigung und das Ausmaß des Handicaps eine Förderung in besonders differenzierten und spezialisierten Strukturen verlangen – insbesondere nach neurologischen Störungen, aber auch als so genannte RPK-Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke.



Abbildung 3: Med.-berufl. Reha-Einrichtungen

Das Ziel ist die Eingliederung des Rehabilitanden in Schule, Ausbildung, Beruf, Familie und Gesellschaft. In den Einrichtungen werden körperlich, seelisch oder geistig Behinderte sowie chronisch kranke Patienten gefördert.

Neben den medizinischen Leistungen werden folgende berufsfördernde Leistungen angeboten: Berufsvorbereitung (einschließlich erforderlicher Grundausbildung), Belastungserprobung, Arbeitstherapie, berufliche Anpassung, Ausbildung und Umschulung unter sonderpädagogischen Bedingungen.

Soweit erforderlich gehören auch Berufsfindung und Arbeitserprobung hinzu (BAG medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen, o. J.). Diese beiden Maßnahmen, die unter dem Begriff der berufsfördernden Maßnahmen zusammengefasst werden, fallen bereits in die Phase der beruflichen Rehabilitation. Sie sind formal von Arbeitstherapie und Belastungserprobung (berufliche Vorfeldmaßnahmen in der medizinischen Rehabilitation) abzugrenzen.

Berufsfindung und Arbeitserprobung finden nicht nur in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase-II-Einrichtungen) statt, sondern in erster Linie auch in Berufsbildungswerken und Berufsförderungswerken. Dies weist auf die besondere Stellung dieser Einrichtungstypen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation hin.

4. KOOPERATIONSMODELLE VON REHA-KLINIKEN MIT BERUFSFÖRDERUNGSWERKEN UND ANDEREN EINRICHTUNGEN

Während die Phase-II-Einrichtungen auf berufsbezogene Fragestellungen spezialisiert und auch strukturell entsprechend ausgestattet sind, um die Belastungserprobungen hausintern durchzuführen (z. B. Modellarbeitsplätze und Berufskundelehrer), fehlen diese Voraussetzungen in den „typischen“ medizinischen Reha-Kliniken. Daher bietet es sich an, auf die Ausstattung und Kompetenz spezialisierter Einrichtungen, wie Berufsförderungswerke, zurückzugreifen. Entsprechende Modelle wurden in den letzten Jahren sowohl in somatischen als auch in psychosomatischen Reha-Kliniken etabliert.

Eine andere Möglichkeit, durch Kooperationsmodelle berufsbezogene Angebote in der medizinischen Rehabilitation zu verstärken, bietet die Zusammenarbeit mit Betrieben in der Region. Viele psychosomatischen Kliniken haben ein ausgesprochen dichtes Kooperationsnetzwerk mit ortsansässigen Betrieben aufgebaut, in denen externe Belastungserprobungen durchgeführt werden können.

Bei den Kooperationsmodellen mit Berufsförderungswerken lassen sich einige Gemeinsamkeiten beobachten (vgl. Neuderth & Vogel, 2002, Anhänge I und II):

- ▶ Die berufsbezogene Maßnahme findet in unmittelbarem Zusammenhang mit den übrigen Bausteinen der medizinischen Rehabilitation statt. Entweder während oder im Anschluss an die medizinische Reha-Maßnahme erfolgt ein Aufenthalt in einem **Berufsförderungswerk** (BFW) oder einem Berufsbildungswerk.
- ▶ Der Aufenthalt im BFW dient in erster Linie zu **diagnostischen und beratenden Zwecken**. Beispielsweise werden Belastungserprobungen oder Berufsorientierungsmaßnahmen durchgeführt.
- ▶ Die Aufenthaltsdauer im Berufsförderungswerk schwankt von einem Tag bis zu drei Wochen (in der Psychosomatik auch bis zu vier Wochen). Je nach Dauer des Aufenthaltes unterscheiden sich auch die Inhalte.
- ▶ Häufig werden in den Reha-Kliniken **interdisziplinäre Teambesprechungen** abgehalten, bei denen auch Mitarbeiter des Berufsförderungswerkes zugegen sind. Oder ein Arzt der Reha-Klinik reist zu einer Besprechung mit dem Team des Berufsförderungswerkes an. Teilweise nimmt der Rehabilitand selbst an den Besprechungen teil.

- ▶ Meist werden in den Kliniken begleitende **Gruppentherapien und / oder Einzelgespräche durch die Sozialberatung oder den psychologischen Dienst** angeboten, in denen Erfahrungen im Berufsförderungswerk oder allgemein berufliche Probleme besprochen werden.
- ▶ Als Ergebnis werden am Ende des Klinikaufenthaltes eine detaillierte **sozialmedizinisch-berufliche Prognose** sowie ein **Wiedereingliederungsplan** für den Rehabilitanden erstellt, die in den Entlassungsbericht der Klinik eingehen. Die Ergebnisse der berufsbezogenen Maßnahme werden also im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation im Entlassungsbericht beschrieben bzw. bewertet.

Die Projekte und Ansätze im somatischen Bereich richten sich an Patienten aus den Indikationsbereichen Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie. Aber auch bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen kommen Kooperationsmodelle zum Einsatz. Als Kostenträger unterstützen neben der Rentenversicherung auch die Unfallversicherung sowie das Arbeitsamt solche Kooperationsmodelle.

Ein- und Ausschlusskriterien für berufsbezogene Ansätze

Nicht jeder Rehabilitand kommt für einen aufwendigen berufsbezogenen Rehabilitationsansatz im Rahmen der medizinischen Reha-Behandlung in Frage. Folgende Ein- und Ausschlusskriterien werden von somatischen Reha-Kliniken häufig genannt:

- Altersbegrenzung: In den Erprobungsphasen der Modellprojekten häufig noch bis maximal 45-50 Jahre begrenzt, um den Teilnehmern eine im wesentlichen gesicherte berufliche Perspektive bieten zu können. Gerade in den Modellprojekten mit der Notwendigkeit, sich auf wenige Patienten zu beschränken, scheint dabei eine Tendenz zu bestehen, die Altersgrenze strenger zu interpretieren, um für die Teilnehmer auch einen erfolgreicherer Verlauf zu gewährleisten.
- keine progrediente, zwangsläufig zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung.
- keine Dauerberentung, Patient ist noch im Beschäftigungsverhältnis bzw. hat eine gute medizinisch-berufliche Prognose.
- keine ausgeprägten psychischen und kognitiven Störungen, ausreichende psychophysische Grundbelastbarkeit, ausreichende Mobilität (Transportfähigkeit) und Kommunikationsfähigkeit.
- Notwendigkeit, neue berufliche Perspektiven zu entwickeln: z. B. bei bestehender Gefahr arbeitsbedingter Sekundärschäden, die einer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz entgegenstehen, oder bei Unklarheit über die Möglichkeit einer innerbetrieblichen Umsetzung.

- Motivation und Zustimmung des Patienten.

Bei **psychosomatischen Reha-Kliniken** kommen als weitere Ausschlusskriterien Psychosen, Drogen- und Abhängigkeitserkrankungen hinzu. In solchen Fällen wird je nach Einzelfallentscheidung ein berufsbezogener Ansatz durchgeführt.

Hinsichtlich formaler Kriterien wie Lebensalter und gegenwärtigem beruflichen Status zeigt sich, dass diese Punkte in den psychosomatischen Kliniken im Vergleich zu den somatischen Einrichtungen weniger streng gehandhabt werden.

Indikationsstellung und Assessments

Bei der Indikationsstellung herrscht bislang noch kein einheitliches Vorgehen. Es gibt noch kein allgemein anerkanntes Screening-Instrument, das für eine Auswahl geeigneter Patienten in Frage käme. Entsprechend heterogen sind auch die Hinweise und Assessments, die zur individuellen Indikationsstellung genutzt werden. Zu nennen sind:

- Hinweis des Kostenträgers auf eine berufliche Problematik
- Sozialmedizinische Beurteilung des behandelnden Arztes
- Überprüfung durch den Reha-Berater des Kostenträgers und Bewilligung durch den Kostenträger
- Psychologische Testverfahren (Eignungsdiagnostik), IRES-Fragebogen (Fragebogen zu Indikatoren des Reha-Status von Gerdes & Jäckel, 1995), AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 1996)
- Neuropsychologische Diagnostik mit für die Arbeitswelt relevanten Schwerpunkten (Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, Gedächtnis)
- Erfassung von Funktionsstörungen, teilweise am MELBA-System orientiert
- Diverse selbst entworfene Screeningfragebögen

Bei Ansätzen in psychosomatischen Fachkliniken werden darüber hinaus vereinzelt auch Hinweise aus der Psy-BaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation, Heuft & Senf, 1998) verwendet.

¹⁾ MELBA (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) ist integraler Bestandteil des Erhebungsverfahrens IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt). Bei IMBA handelt es sich um ein Profilvergleichsverfahren zum Abgleich von Fähigkeiten und beruflichen Anforderungen, um das Ausmaß möglicher Überforderung und einen spezifischen Hilfebedarf abschätzen zu können. MELBA bezieht sich auf psychometrische Maße (Wittmann et al., 1999).

Die Methoden und Ansätze zur Indikationsstellung erscheinen über die Projekte hinweg außerordentlich heterogen. Problematisch in diesem Bereich ist dabei die bislang noch nicht erreichte Vereinheitlichung und empirische Begründung des Vorgehens. Es fehlen auch anerkannte und überprüfte Screeninginstrumente, die für die Vorauswahl potenziell geeigneter Patienten in Frage kämen.

Konkrete Inhalte und Abläufe von Kooperationsmodellen werden nun an zwei sehr unterschiedlichen Beispielen aus somatischen Reha-Kliniken dargestellt.

4.1 Beispiel A: Kooperationsmodell Klinik Bad Bramstedt / BFW Hamburg

Das Kooperationsmodell der Rheumaklinik Bad Bramstedt in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Hamburg wird seit 1999 durchgeführt. Es richtet sich an Patienten mit Erkrankungen im Bereich der Orthopädie, Neurologie und Inneren Medizin. Eingeschlossen sind Rehabilitanden, die auf Grund ihrer Erkrankung nicht an den alten Arbeitsplatz zurückkehren können und für die eine innerbetriebliche Umsetzung nicht geklärt oder nicht möglich ist. Bei diesen Patienten ist es offensichtlich, dass neue berufliche Perspektiven entwickelt werden müssen.

Das Programm umfasst eine fünftägige Berufsorientierung im BFW Hamburg im Anschluss an den Aufenthalt in der Reha-Klinik. Ziel ist dabei die berufliche Neuorientierung und das Ausprobieren eines neuen Berufsfelds. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgt in den ersten zwei Wochen der medizinischen Rehabilitationsbehandlung. Vorrangige Auswahlkriterien sind das Alter und erwartete Konsequenzen der Erkrankung auf die Berufstätigkeit.

Für den *Ablauf in der Reha-Klinik Bad Bramstedt* lassen sich die folgenden Stichworte zusammenfassen:

- Die Intervention beginnt mit der Einschätzung des betreuenden Arztes im Anschluss an die ausführliche Reha-Diagnostik, dass ein berufsbezogener Ansatz sinnvoll sein könnte.
- Der Patient füllt sodann einen kurzen Fragebogen zu berufsbezogenen psychosozialen Belastungen aus. Früher wurde hier der IRES-Fragebogen verwendet, davon ist man aber mittlerweile abgekommen.
- Auf diesen Grundlagen erhebt dann der Sozialarbeiter eine ausführliche Sozialanamnese und berät den Rehabilitanden über Möglichkeiten, Inhalte und Ziele der Maßnahme.
- Bei einigen Patienten wird im Bedarfsfall eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung im Arbeitsamt Neumünster durchgeführt.
- Wenn bis hierher alle Beteiligten der Idee einer entsprechenden Maßnahme zuge-

stimmt haben, so findet anschließend ein Gespräch mit dem Berufsberater des Kostenträgers statt. Und sofern dieser zustimmt, erfolgt eine

- Verlängerung der Reha um eine Woche (für den Aufenthalt im BFW).
- Die Klinik meldet anschließend den Patienten im BFW an. Das BFW erhält dabei einen Vorbericht, die Fragebogendaten und Testergebnisse.



Abbildung 4

Für den Ablauf *während bzw. nach dem BFW-Aufenthalt* lassen sich folgende Stichworte nennen (vgl. Abbildung 4):

- Internatsunterbringung des Patienten im BFW.
- Gemeinsame Ergebnisbesprechung im BFW mit dem Oberarzt der Klinik, Patient und Therapeuten des BFW.
- Grundlage für die Ergebnisbesprechung sind eine schriftliche Stellungnahme des Rehabilitanden an Klinik und Kostenträger; der Eindruck der Therapeuten des BFW und eine Kurzbeschreibung über den Maßnahmenverlauf.
- Bericht des BFW geht normalerweise zwei Werktage nach Abschluss der Maßnahme an die Klinik.

- Klinikarzt integriert diesen BFW-Bericht sodann in seinen Abschlussbericht, dieser geht an den Kostenträger und an das BFW.

4.2 Beispiel B: Berufsorientierte Reha (BOR), Rehazentrum Bad Eilsen in Kooperation mit dem BFW Bad Pyrmont

Die Kooperation zwischen dem Reha-Zentrum Bad Eilsen und dem Berufsförderungs-
werk Bad Pyrmont zur Durchführung berufsorientierter Rehabilitation gibt es bereits seit
1998 in der Routine. Das BFW kooperiert auch mit weiteren Reha-Kliniken der LVA
Hannover. Die Intervention richtet sich insbesondere an Rehabilitanden mit Erkrankungen
der Bewegungsorgane, sie sollten nicht älter als 45 Jahre sein und über eine hinreichende
Motivation verfügen. Die Maßnahmen werden hier von der LVA Hannover finanziert, ins-
gesamt wurden bereits 1.900 Maßnahmen durchgeführt (in allen beteiligten Kliniken). Die
meisten Rehabilitanden, die seit 1998 in den Genuss des Modells kamen, waren zwischen
30 und 40 Jahren alt; 58 % hatten noch eine Beschäftigung, 41 % waren arbeitslos und 1 %
selbstständig.

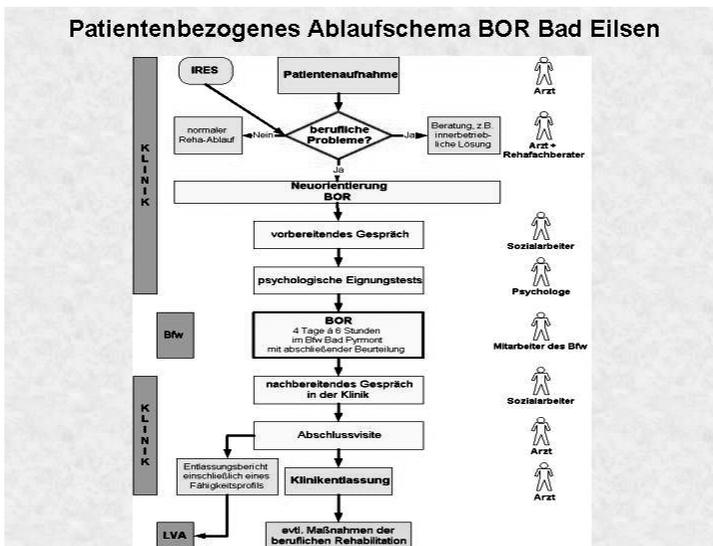


Abbildung 5

Der **Ablauf der Maßnahme** wird schematisch in Abbildung 5 dargestellt. Bei Aufnahme in die Reha-Klinik wird der IRES-Fragebogen ausgefüllt, in dem u. a. berufliche Belastungsfaktoren abgefragt werden. In der ersten Woche stellt der Arzt – im Bedarfsfall – die Indikation zur BOR, ggf. gemeinsam mit Sozialdienst und Reha-Fachberater. Ein Beratungsgespräch mit dem Reha-Fachberater schließt sich auf jeden Fall an. Sind sich die Beteiligten einig und ist der Patient motiviert, wird ein Verlängerungsantrag für die medizinische Reha-

bilitation um eine Woche gestellt. Der Patient wird in der zweiten Woche seines Aufenthaltes im BFW angemeldet. Der Sozialarbeiter in der Klinik führt ein vorbereitendes Gespräch, der Psychologe testet die arbeitsrelevanten kognitiven Fertigkeiten.

Der **Aufenthalt im BFW** erfolgt sodann in der dritten Woche. Die Berufsorientierungsmaßnahme dauert vier Tage mit je sechs Stunden (Mo-Do). Im BFW erhält der Rehabilitand Informationen zu seinen beruflichen Möglichkeiten und es wird je nach Bedarf eine Erprobungs- oder Neuorientierungsmaßnahme angebahnt. In jedem Fall erfolgt eine Einschätzung des Fähigkeitsprofils. Der Sozialarbeiter in der Klinik führt nach Abschluss der Maßnahme ein nachbereitendes Gespräch. Der Rehabilitand übernachtet während der BFW-Woche weiterhin in der Rehaklinik. Das BFW faxt am Freitag einen Kurzbericht an die Klinik. In der vierten Woche ist der Rehabilitand wieder ganztags in der Klinik. Im ärztlichen Abschlussgespräch und im Entlassungsbericht der Rehaklinik wird eine Leistungsbeurteilung unter Einbeziehung der Beurteilung des BFW vorgenommen. Die LVA entscheidet sodann über weitere berufsfördernde Leistungen.

Ergebnisse / Auswirkungen der BOR: Beispielhaft kann hier auf eine Beobachtungsstudie von Schutzichel und Hirschler (2004) verwiesen werden. Sie fanden bei den Teilnehmern, deren Daten sie aufgenommen und mit früheren Kohorten verglichen hatten, eine Verkürzung der Bewilligungsverfahren für berufsfördernde Leistungen um ca. 50% von 187 auf 98 Tage. Bewilligt wurden aus der BOR heraus in erster Linie Berufsfindung und Arbeitserprobung, aber auch Umschulung, Berufsvorbereitung und Eingliederungshilfen.

4.3 Voraussetzungen für berufsbezogene Ansätze in der Rehabilitation und für Kooperationsmodelle

Nach dem Überblick zu vorhandenen Konzepten berufsbezogener Arbeit in der medizinischen Rehabilitation und insbesondere zu Kooperationsmodellen erscheint es zweckmäßig, Gemeinsamkeiten und insbesondere Anforderungen zu beschreiben, die einheitlich für wichtig erachtet werden. Sie sollen zunächst in Expertenkreisen diskutiert werden, bevor sie schließlich einen Ausgangspunkt zur Weiterentwicklung der strukturellen Anforderungen in der medizinischen Rehabilitation bilden können.

Gestufte Versorgungsangebote: Ein berufsbezogener Behandlungsansatz erfordert eine gewisse personelle und technische Ausstattung sowie ausreichend Zeit. Das in diesen Fällen veränderte Behandlungskonzept muss in den Rahmen der Klinik passen und vom Behandlungsteam mitgetragen werden. Aus ökonomischen Gründen erscheint es sachgerecht, so genannte Schwerpunktkliniken, resp. Kliniken zu definieren, die in diesem Bereich umfassende Behandlungsressourcen vorhalten und entsprechende Leistungen auch in der notwendigen Grundhäufigkeit und damit qualifiziert erbringen können. Derartige Angebote können in Kooperation mit Berufsförderungswerken oder anderen Trägern realisiert werden, oder auch von der Klinik selbst erbracht werden (wie in Phase-II-Einrichtungen).

Alle Kliniken sollten darüber hinaus jedoch ein **Basisangebot im berufsbezogenen Bereich** realisieren können, nicht zuletzt, weil die berufsbezogene Förderung zu den zentralen Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gehört und im Falle einer solchen Behandlung keine unnötige Zeit mit Wiedervorstellung in der Bundesagentur für Arbeit o.ä. verbracht werden soll, was bekanntermaßen die Motivation deutlich reduziert. Zu einem solchen Minimalstandard gehören folgende Punkte:

- Im Hinblick auf die berufsbezogene Diagnostik bestehen in den Kliniken oft erhebliche Wissensdefizite. Oft werden sozialmedizinische Stellungnahmen ohne detaillierte Kenntnis der beruflichen Anforderungssituation erstellt. Hier fehlt meist berufskundliches, sozial- und berufsrechtliches, arbeitsmedizinisches sowie sozialmedizinisches Wissen. Wichtig sind auch ausführliche Anamnesen der beruflichen Biographie, des Arbeitsplatzes sowie verschiedener sozialmedizinischer Parameter. Diese finden bislang nicht in wünschenswertem Ausmaß statt.
- Es besteht die Möglichkeit, des Einsatzes von Screening-Fragebögen zu beruflichen Problemlagen und Anforderungen zu diskutieren. Vorliegende Verfahren sind zu wenig erprobt oder zu umfangreich. Hier besteht Forschungsbedarf.
- Anzustreben wäre auch ein niedrigschwelliges berufsbezogenes Gruppenangebot.
- Die externe Vernetzung ist vielfach optimierungsbedürftig. Damit ist neben dem Kontakt mit dem Reha-Berater v. a. eine Kontaktaufnahme mit Betrieben und Betriebsärzten gemeint. In den Kliniken fehlen leider derzeit noch häufig Daten über die Arbeitsstätte des Patienten, die dem Betriebsarzt sicherlich vorliegen. Hier sollten Optimierungsmöglichkeiten erwogen werden.
- Auch die interne Vernetzung ist entscheidend. Alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten müssen sozialmedizinisch relevante Eindrücke zusammentragen und in die Planung der Therapien und der Empfehlungen einfließen lassen.

Motivationsprobleme auf Seiten der Rehabilitanden werden oft als Thema bzw. Problem angeführt. In den bekannten Modellprojekten gelten diese nicht selten als Ausschlusskriterium für berufsbezogene Maßnahmen. Viele Patienten kommen mit falschen Erwartungen in die Rehaklinik. Enttäuschung von Erwartungen kann zu Motivationsverlusten führen. Daher ist es zum einen notwendig, den Patient bereits im Vorfeld über Ziele und Inhalte der Behandlung zu informieren. Zum anderen sollte es zukünftig um die Frage gehen, welche Möglichkeiten es gibt, Motivationsprobleme des Rehabilitanden frühzeitig zu erfassen und gezielt zu bearbeiten.

5 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE WEITERE ENTWICKLUNG UND FORSCHUNGSBEDARF

Berufsbezogene Maßnahmen innerhalb der medizinischen Rehabilitation haben sich entsprechend dem in der Praxis festgestellten Bedarf entwickelt. Sie verfolgen gleiche übergreifende Zielsetzungen, sind aber sehr unterschiedlich ausgestaltet. Letztlich fehlen ihnen über weite Strecken eine konzeptionelle Ausarbeitung und eine wissenschaftliche Untermauerung. Vertiefter Forschungsbedarf zeigt sich bei folgenden Themen:

- Überprüfung vorhandener oder Entwicklung neuer **Instrumente**, die zur Problemidentifikation im Rehabilitationsprozess geeignet sind (z. B. Weiterentwicklung des IRES-Fragebogens).
- Auch wenn sich abzeichnet, dass zur Indikationsstellung im Einzelfall vielfältige Datenquellen und Entscheidungsschritte benötigt werden, ist die Entwicklung von **Screeningverfahren** zur gezielten Zuweisung und Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung sinnvoll.
- Aktuelle verfügbare **arbeitswissenschaftliche Inventarien** zur Beschreibung beruflicher Belastung, Leistungsanforderung und -fähigkeit sind oft zu aufwendig, um sie praktikabel im Kontext medizinischer Rehabilitation einzusetzen. Hier sind weitere Entwicklungsschritte erforderlich.
- Angesichts der Heterogenität der berufsbezogenen Maßnahmen, der Behandlungsansätze, in denen sie verankert sind und der behandelten Patienten stellt die **Ermittlung wirksamer Behandlungskomponenten** berufsbezogener Ansätze eine wesentliche Herausforderung für die differenzielle Evaluationsforschung dar. Auf Patientenseite müssen Prädiktoren identifiziert werden, welche die Notwendigkeit berufsbezogener Strategien klar erkennbar werden lassen und auch zur Prognoseeinschätzung dienen können. Dies betrifft auch die differenzierte Aufarbeitung der Ablaufzeiten bei Rehabilitanden im Hinblick auf deren sozialmedizinische Prognose.
- Es stehen **Langzeiterhebungen** aus, die den langfristigen Nutzen von berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen prüfen. Zu berücksichtigen ist bei der Evaluation auch die Frage der Kosten-Wirksamkeit.
- Basierend auf Untersuchungen zur differenziellen Effektivität und zur Wirksamkeit von Komponenten sind schließlich Mindestanforderungen für die Struktur- und Ablaufqualität zu formulieren.

Vor diesem Hintergrund ist es begrüßenswert, dass die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderschwerpunktes Reha-Forschung für die jetzt beginnende Phase der Förderung von so genannten Umsetzungsprojekten das Thema „berufsbezogene Ansätze in der medizinischen Rehabilitation“ als eines der ersten Schwerpunktthemen fokussieren.

6 RESÜMEE

Medizinische Rehabilitation muss sich im Interesse der Rehabilitanden und auch entsprechend dem eigentlich recht umfangreichen Auftrag deutlich erweitern: Ein gewisser Mindeststandard an berufsbezogenen Inhalten und Kompetenzen sollte in jeder Reha-Klinik vorhanden sein, um dem Anspruch einer umfassenden, zielorientierten Rehabilitation gerecht zu werden. Während man traditionell die Fragen der beruflichen bzw. berufsbezogenen Klärung und Orientierung erst im Anschluss an die medizinische Rehabilitation zur Bearbeitung vorgesehen hat, zeigt sich zunehmend, dass diese konzeptionelle Trennung zunehmend durch eine prozessbezogene Integration überwunden werden muss.

Medizinische Rehabilitation soll damit nicht mit der beruflichen Rehabilitation gleichgesetzt werden. Ein stärkerer Einbezug bestimmter berufsbezogener Basisangebote in die medizinische Rehabilitation dürfte gleichwohl einem wichtigen Bedarf entsprechen und damit auf eine Änderung bzw. Weiterentwicklung der Rehabilitationslandschaft hinauslaufen. Gleichzeitig muss eine Überfrachtung der Reha-Kliniken bzw. die Schaffung von Doppelstrukturen (zwischen Reha-Kliniken und Berufsförderungswerken) vermieden werden. Deshalb bieten sich bei günstigen regionalen Gegebenheiten Kooperationsmodelle an. Die Ausprägung und der Umfang einer Kooperation mit einem BFW sind abhängig von der Aufgabenstellung und den Möglichkeiten beider beteiligter Partner, der Häufigkeit der Zusammenarbeit und den vorhandenen Ressourcen in qualitativer und ökonomischer Hinsicht. Entsprechend den unterschiedlichen Anforderungen der Rehabilitanden dürfte es auch sinnvoll sein, soweit hier eine Differenzierung vor der Rehabilitation und eine gezielte Zuweisung möglich ist, Schwerpunkteinrichtungen für berufsbezogene Fragen vorzuhalten, in die besondere Problemfälle zur Rehabilitation kommen.

Manche Fragen zu Einflussfaktoren auf das langfristige Ergebnis von neuen Interventionsangeboten sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend zu beantworten. Weitere Forschung ist hinsichtlich handhabbarer diagnostischer Instrumente (Reha-Zugang, Prozesssteuerung, Screening-Instrumente) wünschenswert einschließlich der Klärung und weiteren Überprüfung von Prädiktoren für zielgerichtete Interventionen. Es wird auch darum gehen, wirksame Behandlungskomponenten und Qualitätsstandards zu entwickeln.

Die Bearbeitung berufsbezogener Problemstellungen der Rehabilitanden ist – so zeigt sich in vielen Fällen – von zentraler Bedeutung für den Verlauf und das langfristige Ergebnis medizinische Rehabilitation. Vorhandene Evaluationsstudien bestätigen dies. Grundlage für eine gezielte Therapie ist ein qualifizierter Abgleich zwischen Anforderungs- und Fähigkeitsprofil. Vielfältige Ansätze sind auch in der gegenwärtigen Rehabilitation zu nutzen, sie setzen insbesondere die zielgerichtete Qualifizierung der medizinischen Rehabilitationskonzepte voraus.

LITERATUR

- Beutel, M., Kayser, E., Vorndran, A., Schlüter, K. & Bleichner, F. (1998). Berufliche Integration psychosomatisch Kranker – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung mit Teilnehmern der beruflichen Belastungserprobung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, **42**, 22-27.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1999). Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode – beschlossen am 15. Dezember 1998. *Rehabilitation* **38**, 38-43.
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren Phase II (1988). *Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Berufsfindung und Arbeitserprobung in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Heft 2)*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (o. J.) *Phase II – Leistungsangebot: Berufsfördernde Leistungen in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation*. Broschüre.
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (Phase II). (o. J.). *Was ist die Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen?* URL:http://www.mbreha.de/grundsaeetze/* (Zugriff im September 2000).
- Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (1995). *Indikatoren des Reha-Status „IRES“*; Fragebogen zur Gesundheit in Beruf und Alltagsleben.
- Göbel, J. (1999). Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter – Ein Modellversuch des Landesarbeitsamts Bayern. *Rehabilitation* **38**, 209-219.
- Heuft, G. & Senf, W. (Hrsg.). (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hillert, A., Cuntz, U., Heldwein, C., Froben, B. & Fichter, M. (1998). Die berufliche Belastungserprobung im Rahmen klinisch-stationärer Verhaltenstherapie: Praktische Durchführung, soziodemographische und psychologische Charakteristika der Patienten als Verlaufsprädiktoren. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, **42**, 28-34.
- Hillert, A., Staedtke, D. & Cuntz, U. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, **58**, 94-100.
- Koch, S., Hillert, A., Hedlund, S. & Cuntz, U. (2004). Effekte einer berufsbezogenen Therapiegruppe in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Düsseldorf. *DRV-Schriften Band 52*, S. 224-226, Frankfurt am Main.
- Maier, J. für die Klinikgruppe Enzensberg (1993). *Konzeption Rehaberatung / Sozialdienst – Ein notwendiger Bestandteil unserer Klinikgruppe*. Broschüre.
- Neuderth, S. & Vogel, H. (Hrsg.) (2002). *Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven*. Frankfurt: BAR. ➤ <http://www.bar-frankfurt.de/publik/publik5.htm>

- Rehabilitationszentrum Stephanuswerk Isny (o. J.). *Medizinischberufliche Rehabilitation im Stephanuswerk Isny – Medizinische Belastungserprobung und Arbeitstherapie*, Heft 1, Selbstverlag.
- Schattenburg, L., Knickenberg, R. J., Zwerenz, R., & Beutel, M. E. (2003). Effekte tiefenpsychologisch fundierter Fokalthherapie bei beruflich stark belasteten Patienten im stationären Setting. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *53*(2), 134.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1996). *Arbeitsbezogenes Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM) – Handanweisung*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Schutzzeichel, F.J. & Hirschler, G. (2004). Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation – das Modell BOR verkürzt Bearbeitungs- und Wartezeiten. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Düsseldorf. *DRV-Schriften Band 52*, S. 226-228, Frankfurt am Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1992). *Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt am Main: Selbstverlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1997). Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *DRV-Schriften Band 7*. Frankfurt am Main: Selbstverlag.
- Verhorst, H.-G. (1996). Rückkehr zur Arbeit: Konzepte, Schwachstellen und Möglichkeiten der Verbesserung – Plenardiskussion mit einleitenden Statements – Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bad Säckingen, *DRV-Schriften Band 6* (S. 295-297). Frankfurt am Main: Selbstverlag.
- Wittmann, B., Schröder, A., Loevenich, A. (1999). Effektivität und Effizienz durch Vernetzung in der Neurologischen Rehabilitation: Assessments und Verhaltenstrainings zur beruflichen Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten. 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Norderney, *DRV-Schriften Band 12* (S. 104-107). Frankfurt am Main: Selbstverlag.

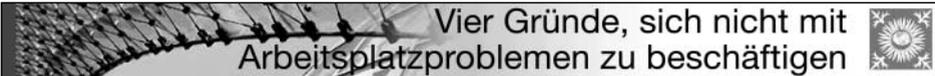
ANSCHRIFTEN

Dipl.-Psych. Dr. Silke Neuderth
Dipl.-Psych. Dr. Heiner Vogel
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
eMail: s.neuderth@mail.uni-wuerzburg.de, h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de



Dr.med.R.J.Knickenberg
Psychosomatische Klinik
Bad Neustadt a.d. Saale

Der integrative, berufsbezogene Therapieansatz in der stationären Rehabilitation

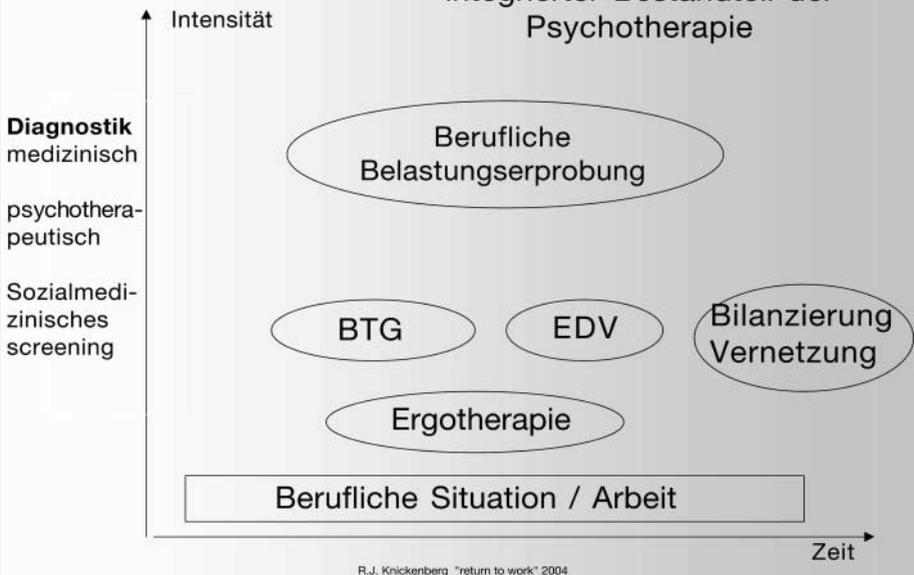


Vier Gründe, sich nicht mit
Arbeitsplatzproblemen zu beschäftigen



- „Kur, Erholung“ inkompatibel mit Beschäftigung mit Arbeitsplatzproblemen
- Was haben Arbeitsplatzprobleme mit der Psychotherapie zu tun?
- Therapeuten haben wenig Kenntnisse zu sozialmedizinischen Fragestellungen
- Therapeuten haben wenig Befähigung, Arbeitsplatzprobleme „zu behandeln“

Behandlung von Arbeitsplatzproblemen als integrierter Bestandteil der Psychotherapie



Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Gruppenkonzept und Ergebnisse einer kontrollierten Studie

Projektleitung: Beutel, M. E., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L. Projektmitarbeiter: Zwerenz, R.

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt / Saale

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, J-L-U Gießen



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

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



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.

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (2) - 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 Hospitant/-in
 • Schulung über Vermittlung der Arbeitsinhalte und Erläuterung des Manuals
- Teilnahme: • Erfüllen der Screening-Kriterien
 • Therapeutische Zustimmung
 • Freiwillige Teilnahme durch Patienten
 • Max. 2 Fehltermine

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (3)

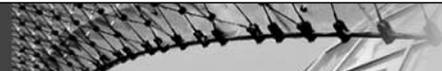
Motivationsphase (2x 90 Minuten)

- 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

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Projektorientiertes Arbeiten

- Teamfähigkeit, konstruktives Mitarbeiten
- Strukturiertes, an die Zeitvorgabe angepasstes Planen
- Anregung zu Selbstreflexion bei dem Arbeitsplatz ähnlichen Interaktionen
- Umsetzung von Ideen
- Verantwortungsübernahme
- Umgang mit Lob und Mißlingen
- Erteilen und Empfangen von Anweisungen

R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Projektorientierte Gruppe (2) PJG



R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Ergotherapeutische Angebote



K
U
N
S
T
H
E
R
A
P
I
E

Projektorientiertes Arbeiten
In Kombination mit der berufsbezogenen
Gruppe, bei beruflichen Problemen

Malgruppen zum themenorientierten Arbeiten
zur Erleichterung von Affektausdruck und
Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen

Produktorientiertes Arbeiten
Zur Beantwortung sozialmedizinischer
Fragestellungen, mündliche Rückmeldung

Freies Werken
Basisangebot für alle Patienten, unter Aufsicht
abends und Sa.- vormittag

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Ängste älterer Arbeitnehmer in Bezug auf Computertätigkeit

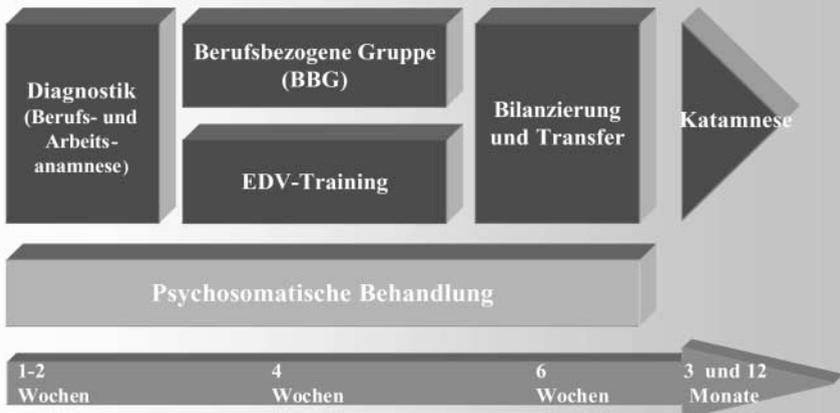


- **Versagensängste**
 - etwas falsch machen, Daten verlieren oder den Computer beschädigen
 - neues Wissen nicht verarbeiten können
 - Blamage vor jüngeren Kollegen
 - Unverständlichkeit englischer Computersprache
- Angst vor **Kontrollverlust**
- Angst vor **Benachteiligung, Einbußen, Statusverlust**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

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Einbettung des Berufsbezogenen Behandlungsangebots in die Psychosomatische Behandlung



R.J. Knickenberg "return to work" 2004



- Vom Alter unabhängig
- Bis 12 Teilnehmer
- Bei 7-maliger Teilnahme Bescheinigung über erfolgreichen Abschluß
- Indikationen:
 - Befürchtungen, Belastungen im Umgang mit EDV
 - Zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit
 - Erhöhung von Selbsteffizienzerleben
 - Erwerb von zusätzlichen Fähigkeiten bei älteren Arbeitnehmern

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Computerkurs für ältere Arbeitnehmer aus der

Psychosomatischen Klinik

Dozent: Dipl.-Physiker Dr. Harald Bittner, Bad Kissingen

Der Kurs ist für Einsteiger gedacht sowie für alle, die ihre Kenntnisse fundieren wollen. Der Kurseinstieg ist alle 2 Wochen möglich. Zu Beginn ist ein T0-Kurs obligatorisch, Ausnahme nur für PC-Erfahrene. T0-Kurse jeweils montags 15:15 bis 17:45 Uhr! Folgende Kurse T1 bis T8 jeweils Mi und Mo 12:45 bis 15:15.

Ansprechpartner PSK: Fr. A. Vorndran, Tel. 67-3114

Kursverlauf

T0	T1	T2	T3	T4		Mo	Mi	Mo	Mi	Mo	Mi	Mo
				T0	T5	T6	T7	T8				
Mo	Mi	Mo	Mi	Mo	Mi	Mo		T0	T1	T2	T3	T4

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Kursverlauf

T 0	Allgemeines, Kennen lernen, Umgang mit Maus, Fenstern, Systemsteuerung I	Handgeschick Drag & Drop
T 1	Tastatur: Sonderzeichen per Alt / AltGr-Tasten, Akzente, Steuerungsmöglichk., 1. Text	Text eingeben, MS-Word
T 2	Formatierung am 1. Text (Zeichen, Absatz, Nummerierung, ...), Sonderzeichen/Symbole	Markieren, formatieren
T 3	weiteres Formatieren; Anwendung der Formatierung (Geschäftsbrief), Listen per Tabulatoren, Textvorlagen	Übungen am Text
T 4	Tabellen, AutoKorrektur, Serienbriefe, Zierschriften, Grafik, weitere Word-Themen, Fragebogen	Listen, freie Gestaltung
T 0	Allgemeines, Kennen lernen, Umgang mit Maus, Fenstern, Systemsteuerung I, Tastatur	Handgeschick Drag & Drop
T 5	Windows, Systemsteuerung II, PC-Innenleben, Windows-Explorer	Allgemeines
T 6	eMail, Internet: Historisches, Technisches	Mailing, Selbsterkundung
T 7	Einführung in Tabellenkalkulation mit Excel, Auto Ausfüllen	Grundlagen
T 8	praktische Arbeit mit Excel, Skizzieren weiterer Möglichkeiten des Programms Fragebogen	Anwendung

R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Ergebnisse



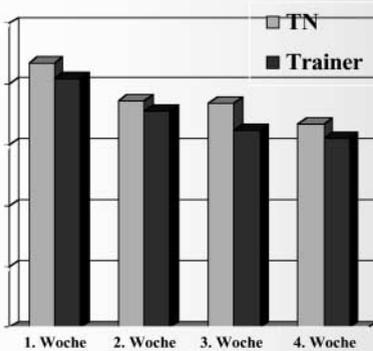
- Teilnehmer 2003: 148
- Durchgängig positive Resonanz
- Übungsmöglichkeiten in der Klinik unterstützen den Erfolg

R.J. Knickenberg "return to work" 2004

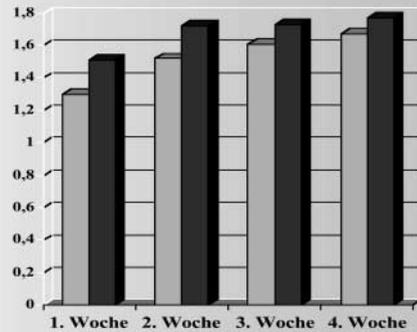


Einschätzung der Teilnahme am Computerkurs durch Teilnehmer (N=64) und Anleiter (N=64)

Ängste vor dem Umgang mit dem PC?



Eigeninitiative im Kurs?



R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Berufliche Belastungserprobung

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



- Produktorientiertes Arbeiten
- Haus/ klinikuminterne BE
 - Zentrallager, Verwaltung, Med.- Technik, Hausmeistertätigkeiten
- Externe BE
- Externer EDV- Kurs

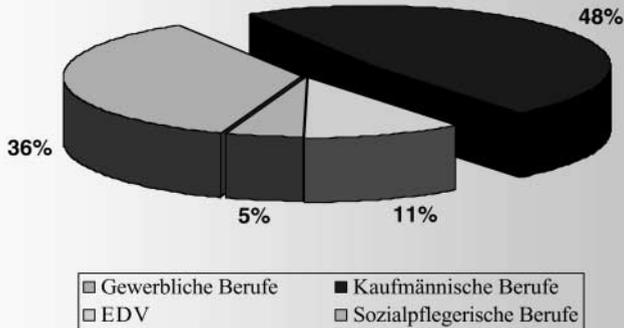
R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Einbettung der Beruflichen Belastungserprobung (BE) in die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung



R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Übersicht der Berufsangebote im Praktikum – 2003



R.J. Knickenberg "return to work" 2004

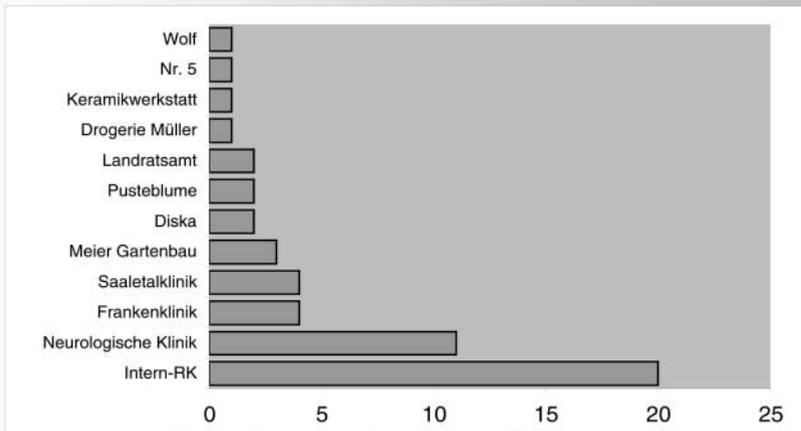
Auflistung der einzelnen Praktikumsstellen



- **Kaufmännischer Bereich**
 - Büro/Verwaltung, Rezeption, Verkauf, Lager
- **Gewerblicher Bereich**
 - Gärtner/-in, Florist/-in, Töpfer/-in, Hausmeister, Elektriker, Schreiner, Technischer Zeichner/-in, Arbeiter/-in, KFZ-Mechaniker
- **EDV**
- **Sozialpflegerischer Bereich**
 - Krankenpflege, Logopädie, Sozialpädagogik

R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Übersicht der Praktikumsbetriebe – 2003



R.J. Knickenberg "return to work" 2004

Anzahl der Patienten in der Belastungserprobung



Jahr	Anzahl
2002	71 = 5%
2003	51 = 4,6%
2004 (Stand 20.03.2004)	7

R.J. Knickenberg "return to work" 2004



Jahr	Tage
2002	16
2003	15,5
2004 (Stand 20.03.2004)	13,4

Forschungsergebnisse und neue Fragen

M. E. Beutel, R. Zwerenz

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, JLU Giessen

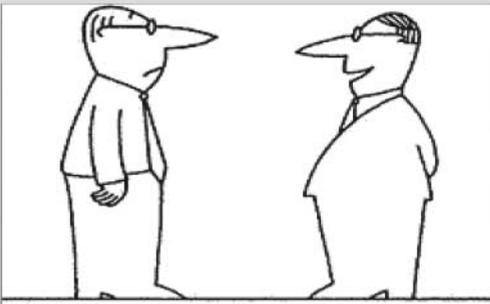
„Return to work“

Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der psychosomatischen Rehabilitation

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale 21.04.04



Berufliche Belastungen und psychosomatische Erkrankungen



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

- Unsicherheit / Verlust des Arbeitsplatzes sind Risikofaktoren für psychosomatische Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen sind Hauptursache der Frühberentung bei unter 50-jährigen
- Nach längerer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit geringere berufliche Reintegration
- Gelingen beruflicher Wiedereingliederung prägt Stabilität des psychosomatischen Behandlungserfolgs



Fragestellung

- Zu welchem Zeitpunkt zeigen sich Effekte berufsbezogener Maßnahmen bzgl. „return to work“?
- Wie können möglichst viele Patienten in berufsbezogene Therapieansätze einbezogen werden?
- Wie lassen sich berufsbezogene Ansätze in systematischer Weise beschreiben und umsetzen?

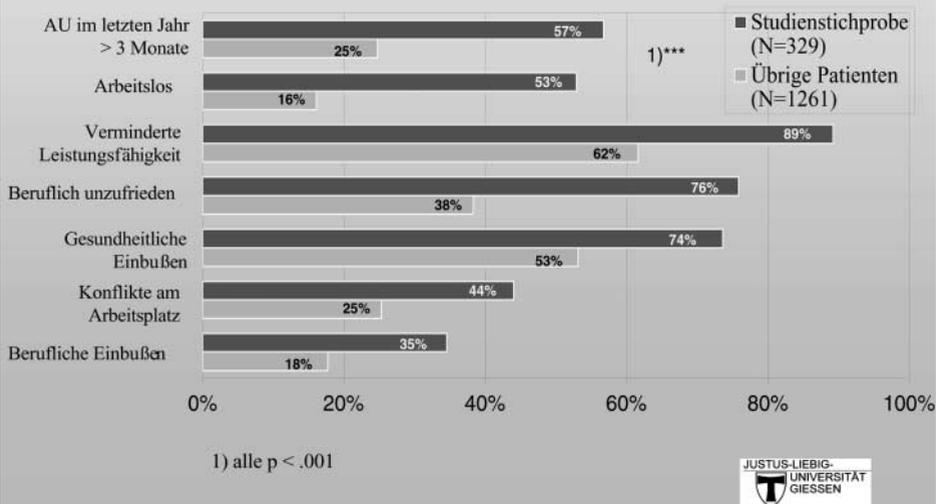


Fragestellung

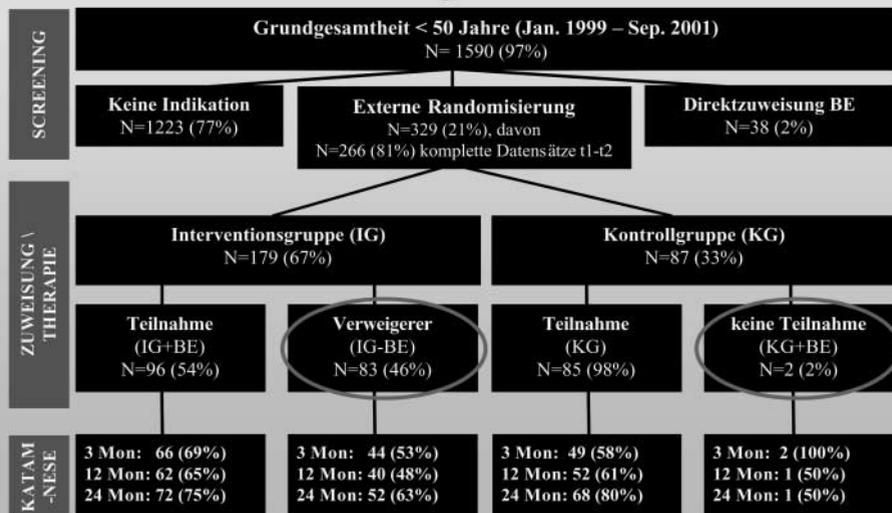
- Zu welchem Zeitpunkt zeigen sich Effekte berufsbezogener Maßnahmen bzgl. „return to work“ (am Beispiel der Beruflichen Belastungserprobung)?



Berufliche Belastungen in der Studienstichprobe im Vergleich zu den übrigen Patienten

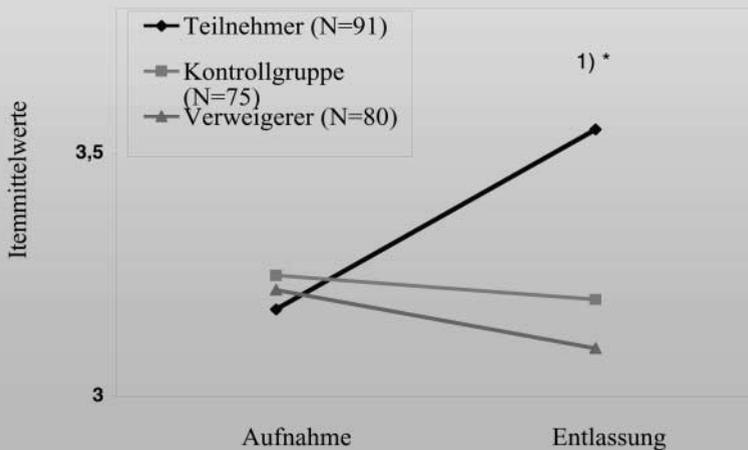


Evaluation der Beruflichen Belastungserprobung: Studiendesign und Fallzahlen



*gefördert durch BMFT und VDR im Forschungsverbund „Rehabilitationsforschung Bayern“ RFB (1998 bis 2001)

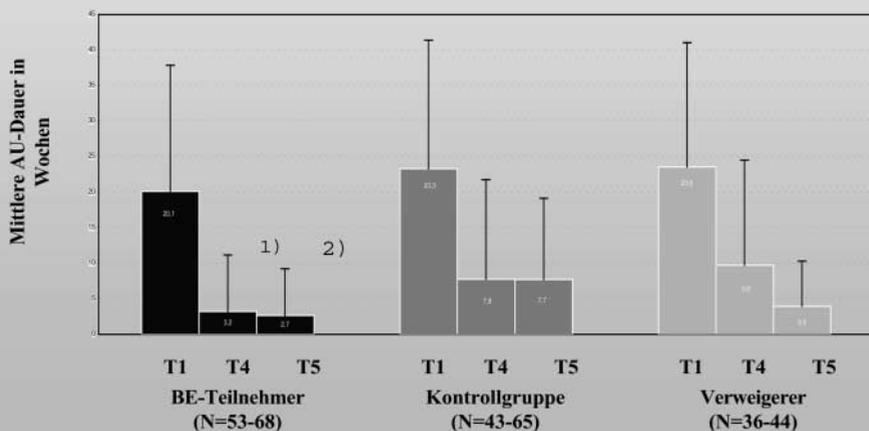
Kurzfristige Effekte: Subjektive Einschätzung nach Klinikentlassung wieder arbeiten zu können



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



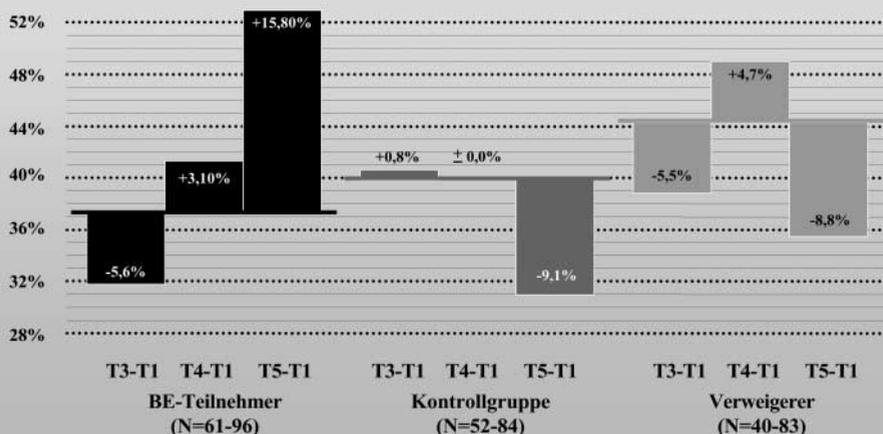
Mittelfristige Effekte: Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor Aufnahme und zu den Katamnesezeitpunkten



Kovarianzanalysen mit Baseline-Wert als Kovariate: 1) BE < übrige, $p < .05$; 2) BE < übrige, $p = .06$; T1=Aufnahme, T4=12-Monatskatamnese, T5=2-Jahreskatamnese



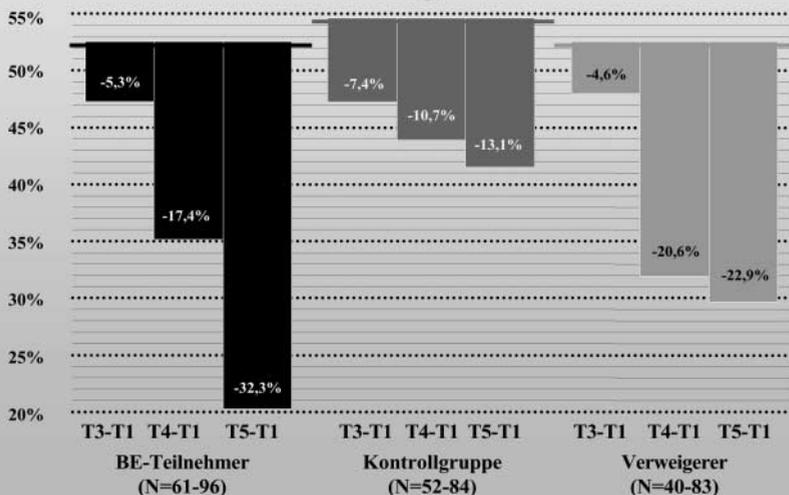
Langfristige Effekte: Erwerbstätigkeit im Verlauf



Voll- und Teilzeitbeschäftigung: T1 = Aufnahme, T3 = 3-Monatskatamnese
T4 = 12-Monatskatamnese, T5 = 2-Jahreskatamnese



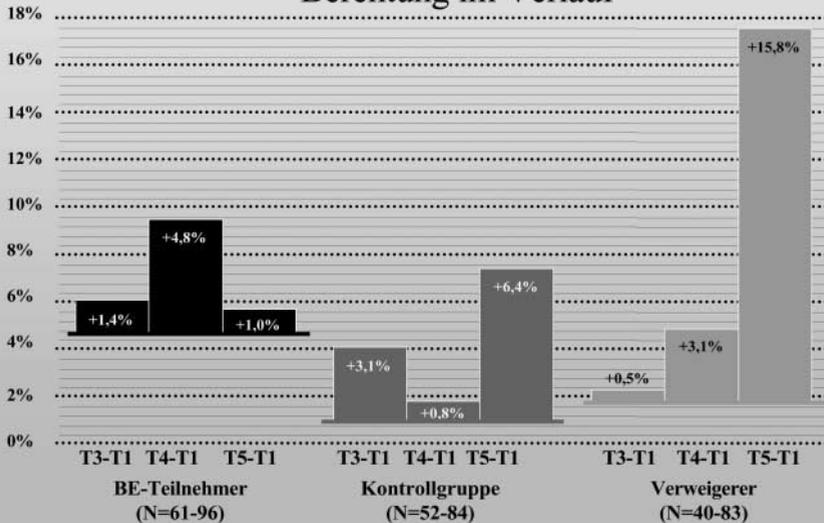
Langfristige Effekte: Arbeitslosigkeit im Verlauf



T1 = Aufnahme, T3 = 3-Monatskatamnese, T4 = 12-Monatskatamnese
T5 = 2-Jahreskatamnese



Langfristige Effekte: Berentung im Verlauf



T1 = Aufnahme, T3 = 3-Monatskatamnese, T4 = 12-Monatskatamnese
T5 = 2-Jahreskatamnese



Zusammenfassung

- **Kurzfristige Effekte:**
 - A) Behandlungsende:
 - Positivere berufliche Einstellungen und Prognosen für Wiederaufnahme der Arbeit bei Teilnehmern der Beruflichen Belastungserprobung (BE)
 - B) 3 Monate nach Entlassung:
 - noch keine Unterschiede bzgl. Return to work
- **Langfristige Effekte:**
 - A) 12 Monate nach Entlassung:
 - B) AU-Dauer in der Gruppe der BE-Teilnehmer am niedrigsten.
 - B) 24 Monate nach Entlassung:
 - Zunahme der Beschäftigung bei den Teilnehmern an der BE und eine Abnahme in der Kontrollgruppe sowie bei Verweigerern/ Abbrechern der BE

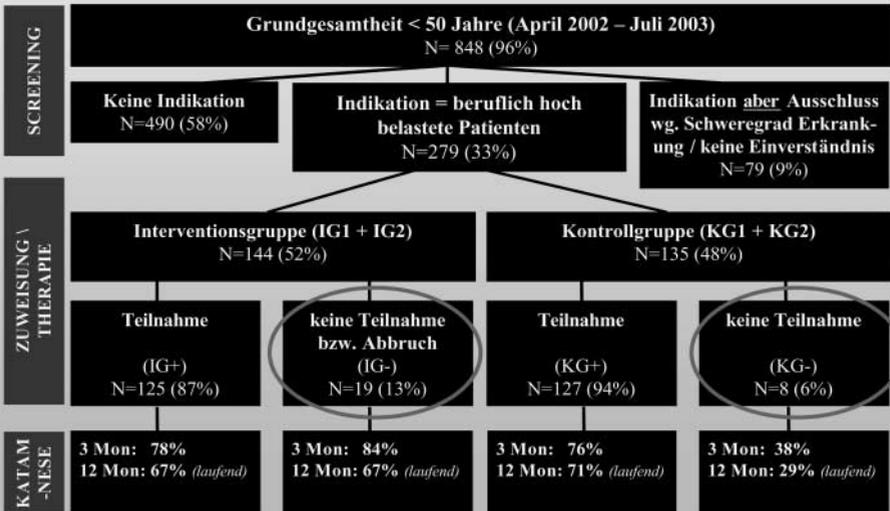


Fragestellung

- Wie können möglichst viele beruflich belastete Patienten in berufsbezogene Therapieansätze einbezogen werden?
– am Beispiel der berufsbezogenen Therapiegruppe



Erreichte Fallzahlen und Katamneserücklauf

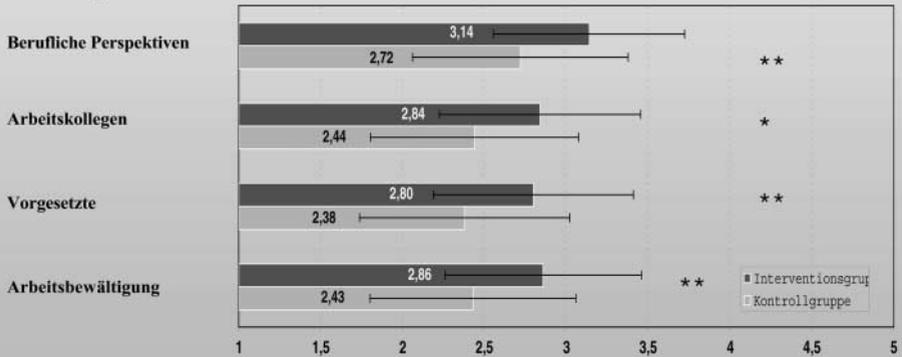


*gefördert durch den VDR und das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes „Rehabilitationsforschung Bayern“.



Behandlungszufriedenheit bei Entlassung aus der Klinik

Zufriedenheit mit der Behandlung des Themas ...

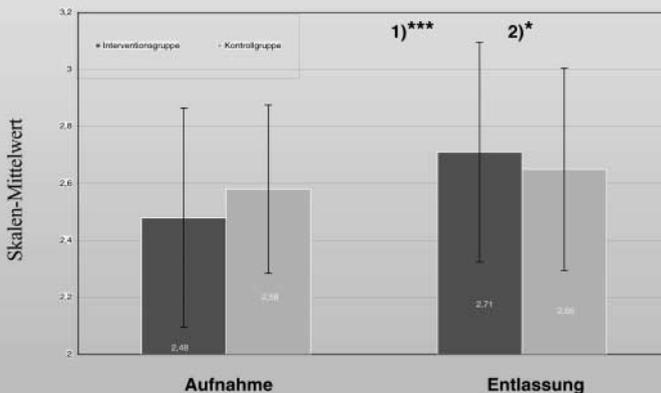


Behandlungszufriedenheit in den beruflichen Problembereichen in Interventions- (N=133-139) und Kontrollgruppe (N=117-122)

Skalenwerte von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“; t-Tests für unabhängige Stichproben; ** p < .01; * p < .05



Veränderung beruflicher Einstellungen von Klinikaufnahme zur Entlassung



Subjektive Kontrollmöglichkeiten im Beruf (n. Bürger & Koch) in Interventions- (N=138) und Kontrollgruppe (N=122)

Skalenwerte von 1 „überhaupt nicht“ bis 5 „sehr beeinflussbar“; Varianzanalyse mit Messwiederholung: 1) Zeiteffekt, 2) Interaktionseffekt; *** p < .001; * p < .05



Zusammenfassung

- Hohe Akzeptanz des „niederschweligen“ Gruppenprogramms (87%)
- Kurzfristig (Entlassung, 3-Monatskatamnese):
Verbesserung in berufsbezogenen Einstellungen und höhere Zufriedenheit mit der Behandlung der beruflichen Problematik bei Interventionsteilnehmern
- Kein Unterschied bzgl. beruflicher Wiedereingliederung nach 3 Monaten



Fragestellung

- Wie lassen sich berufsbezogene Ansätze in systematischer Weise beschreiben und umsetzen?



Manulisiertes tiefenpsychologisches Gruppenkonzept

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



Ausblick

- Wie lange sollen Katamneseintervalle bei berufsbezogenen Studien gewählt (gefördert) werden?
- Wie lassen sich „niederschwellige“ Angebote auf breiter Basis entwickeln?
- Wie lässt sich „Motivation“ messen und fördern?
- Wie lässt sich der Transfer in weitere Kliniken / Indikationsbereiche/ Settings bewerkstelligen? (Leitlinien...)
- Schnittstellenproblematik

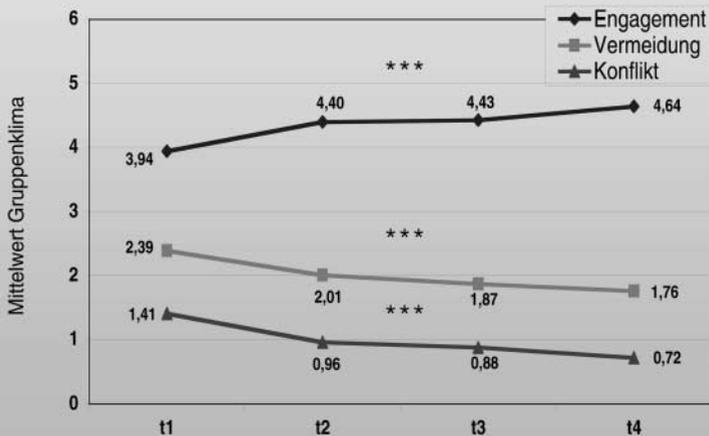


Gruppenklimafragebogen (GCQ-S)

- **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 Verlauf¹⁾



1) Von den Interventionsteilnehmern (N=121) nach der 2., 4., 6. und 8. Gruppenstunde eingeschätzt (Varianzanalyse mit Messwiederholung (Zeiteffekt): *** $p < .001$)



Schlussfolgerungen



- Effekte von berufsbezogenen Therapiemaßnahmen:
 - Kurzfristig Verbesserungen berufsbezogener Einstellungen
 - Mittelfristig Abnahme der Arbeitsunfähigkeit
 - Langfristig Veränderung return to work
- Niederschwelliges Angebot erforderlich
- Manualisierung von Therapiemaßnahmen sinnvoll





„Human Error. Again.“



Beteiligte KollegInnen und Kooperationspartner

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale

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

Vogelsbergklinik Grebenhain

Psychosomatische Klinik Roseneck

Hl. Geist Hospital Frankfurt

Psychosomatische Klin. Gießen

Förderung: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, BMBF / VDR (Forschungsverbund Rehawissenschaften)

Kooperationspartner

RFB Würzburg

Institut für Arbeitswissenschaft GhK

Psychiatrische Klinik JLU Gießen

CBW Bad Neustadt/ Saale

Selbsthilfegruppenkontaktstelle Gießen

Forschungsgruppe Gießen

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



Beteiligte KollegInnen und Kooperationspartner

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale

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

Vogelsbergklinik Grebenhain

Psychosomatische Klinik Roseneck

Hl. Geist Hospital Frankfurt

Psychosomatische Klin. Gießen

Kooperationspartner

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



Beteiligte KollegInnen und Kooperationspartner

Forschungsgruppe

Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie 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



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 am 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

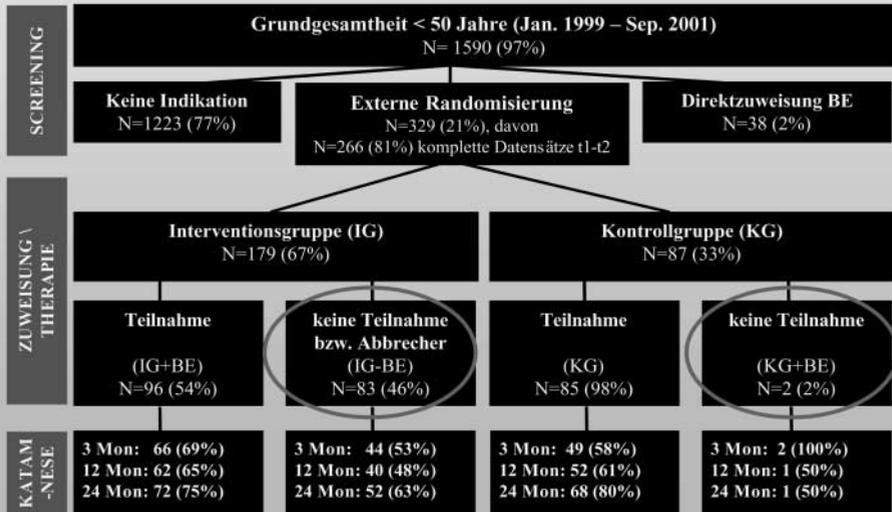


Forschungsfragen III: Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation

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



Studiendesign und Fallzahlen



Studiendesign und Fallzahlen

	Intervention + BE (N=96)	Kontrollgruppe (N=83)	Intervention - BE (N=85)	
Alter	M=37 (SD =7,83)	M=39 (SD=7,25)	M=39 (SD=7,98)	n.s.
Geschlecht				
Weiblich	52,1%	54,1%	69,9%	
Männlich	47,9%	45,9%	30,1%	p<.05
Psychische Erstdiagnosen				
Affektive Störungen	41,5%	31,7%	45,6%	
Angststörungen	6,4%	17,1%	11,4%	
Anpassungsstörungen	22,3%	17,1%	20,3%	n.s.
Somatoforme Störung	8,5%	15,9%	11,4%	
Andere neurot. Störungen	4,3%	2,4%	1,3%	
Sonstige	17,0%	15,9%	10,1%	
-Erwerbstatus				
- Berufstätig (vz/tz)	36,5%	40,5%	50,6%	
• Arbeitslos	52,1%	54,8%	47,0%	
• Ausbildung, Umschulung	2,1%	0,0%	0,0%	n.s.
• Rente	5,2%	1,2%	1,2%	
• Sonstiges	4,2%	3,6%	1,2%	
Durchschnittliche AU-Dauer (in den letzten 12 Monaten)	M=19,6(SD=18,0)	M=22,6 (SD=17,9)	M=23,7 (SD=17,4)	n.s.

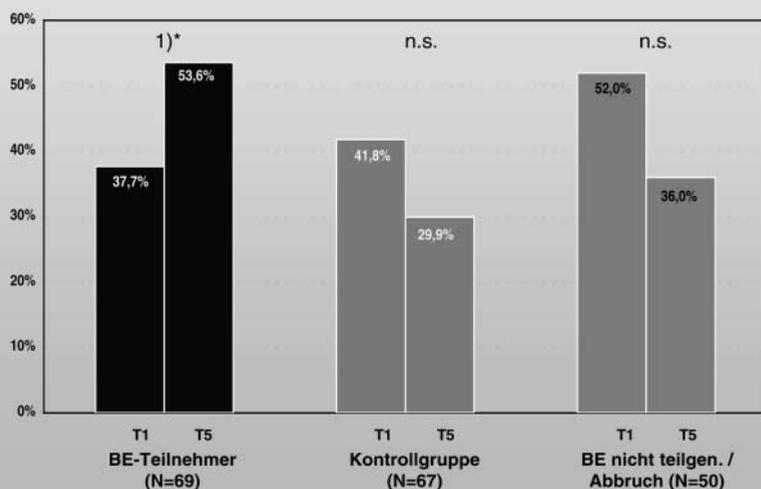


Responder-Nonresponder-Analysen

- Patienten mit kompletten Datensätzen zu t1 und t2 (N=266) unterschieden sich nach Bonferroni-Korrektur nicht von der Gesamtstichprobe der randomisierten Patienten (N=329) mit Ausnahme einer kürzeren Behandlungsdauer und häufigeren Behandlungsabbrüchen.
- Patienten, die zur 3-Monats-Katamnese antworteten waren länger in Behandlung, bei Entlassung weniger belastet (SCL-90-R) und zufriedener mit der Behandlung.
- Nach 12 Monaten bzw. 2 Jahren gibt es keine Unterschiede (nach Bonferroni-Korrektur) zwischen Patienten die auf die Katamnese antworteten und solchen, die dies nicht taten.



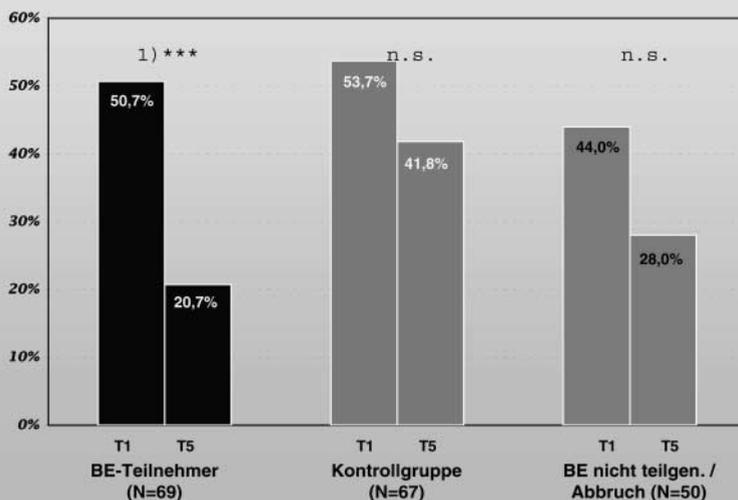
Langfristige Effekte: Erwerbstätigkeit im Verlauf



Legende: Veränderung der Erwerbstätigkeit (Vollzeit- u. Teilzeit-beschäftigung) zwischen Aufnahme in die Klinik (T1) und 2-Jahreskatamnese (T5); 1) McNemar-Test; * $p < .05$



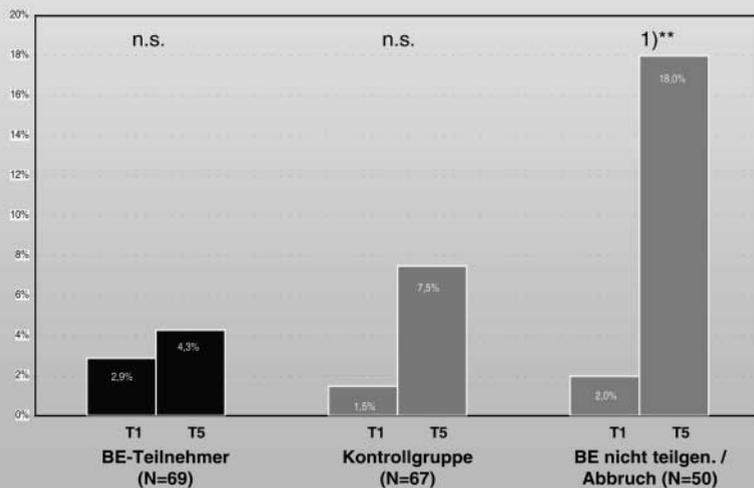
Langfristige Effekte: Arbeitslosigkeit im Verlauf



Legende: Veränderung der Arbeitslosigkeit zwischen Aufnahme in die Klinik (T1) und 2-Jahres-Katamnese (T5); 1) McNemar-Test; *** $p < .001$



Langfristige Effekte: Berentung im Verlauf



Legende: Veränderung in der Berentung zwischen Aufnahme in die Klinik (T1) und 2-Jahreskatamnese (T5); 1) McNemar-Test; ** $p < .01$

Wissenschaftliche Publikationen zum berufsbezogenen Schwerpunkt

(Auswahl)

1. Beutel, M., Kayser, E., Vorndran, A., Farley, A. & Bleichner, F. (1998).

Die integrierte berufliche Belastungserprobung in der medizinischen Rehabilitation – Erfahrungen und Perspektiven am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 37: 85-92

2. Beutel, M., Kayser, E., Vorndran, A., Schlüter, K. & Bleichner, F. (1998).

Berufliche Integration psychosomatisch Kranker – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung mit Teilnehmern der beruflichen Belastungserprobung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 22-27.

3. Beutel, M., Dommer, Th., Kayser, E., Bleichner, F., Vorndran, A. & Schlüter, K. (1999).

Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker – Nutzen und Indikation der beruflichen Belastungserprobung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 368-374.

4. Beutel, M., Kayser, E., Kehde, S., Dommer, T., Bleichner, F., Schlüter, K. & Baumann, J. (2000).

Berufliche Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens – Vergleich von 3 Altersgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 45, 72-81.

5. Beutel, M.E., Gerhard, C., Kayser, E., Gustson, D., Weiss, B. & Bleichner, F. (2002).

Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Arbeitnehmer im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38, 313-334.

6. Gerhard, C. & Knickenberg, R.J. (2003).

Beruflicher Stress. Behandlungsmöglichkeiten in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Rehabilitation. *Gesundheit im Beruf*, 49 (1), 10-13.

7. Kayser, E., Zwerenz, R., Gustson, D., Vorndran, A. & Beutel, M. (2002).

Schnittstellenproblematik am Beispiel der integrierten beruflichen Belastungserprobung (BE). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 101-106.

8. Zwerenz R., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L. & Beutel M.E. (im Druck):

Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Rehabilitation*.

9. Beutel, M.E., Zwerenz, R., Kayser, E., Gustson, D. Schattenburg, L., Knickenberg, R. J. (im Druck):

Erfassung berufsbezogene Einstellungen, Bewältigungsressourcen und Risikomerkmale: Eignet sich der AVEM als Messverfahren in der stationären psychosomatischen Behandlung? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

10. Beutel, M.E., Gerhard, C., Bittner, R., Bleichner, F., Schattenburg, L., Knickenberg, R. J., Freiling, Th., Kreher, S., Martin, H. (im Druck):

Verminderung von Technologieängsten in der psychosomatischen Rehabilitation – Erste Ergebnisse zu einem Computertraining für ältere Arbeitnehmer. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.

Autoren

Beutel, Manfred, E., 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

Gerwinn, Hans
Abteilungsleiter, LVA Westfalen, Münster

Gustson, Dirk, Dr. med.,
Ltd. Oberarzt, Abt. Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Heipertz, Walther, Dr. med., Dipl.-Psych.,
Ltd. Arzt der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Hüllen, Barbara
Abteilungsleiterin Rehabilitation und Pflegeversicherung
des BKK Bundesverbandes Essen

Irle, Hanno, Dr. med.,
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Knickenberg, Rudolf, J., Dr. med.,
Ärztlicher Direktor; Chefarzt Abt. Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Legner, Reinhard, Dr. med.,
Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes,
Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz, Landshut

Neuderth, Silke, Dipl. Psych.,
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften,
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Rieger, Jörg

Geschäftsleitung, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schneider, Alfred, Dr. med.,

Leitender Betriebsarzt, SKF, Schweinfurt

Vogel, Heiner, Dr. phil.,

Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften,

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Zwerenz, Rüdiger, Dipl.-Psych.,

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,

Justus-Liebig-Universität, Gießen



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

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

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com