

Bearbeitung beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation: ein Überblick

Gerlich, C., Neuderth, S. und Vogel, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie,
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Die Bearbeitung beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation ist einerseits als thematische Schnittstelle zum Versorgungssektor der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zu verstehen, sie ist darüber hinaus auch eine wichtige Aufgabe im Übergangsfeld zum Kontext der beruflichen Lebenswirklichkeiten. Die „Tertiärisierung“ und Globalisierung der Wirtschaftsprozesse sowie die Entwicklung der elektronischen Informationsverarbeitung zur Basistechnologie für Produktion, Handel und Verwaltung führen seit den 1980er Jahren zu einer zunehmend dynamischeren und komplexeren Arbeitswelt. Globale Konkurrenz und Kostendruck auf den Weltmärkten sind auf der einen Seite Grund für Unternehmensexpansionen und Firmenübernahmen sowie auf der anderen Seite Anlass für Spezialisierungsprozesse und Konzentration auf das Kerngeschäft. Damit einher gehen die Revision von Arbeitsstrukturen und -organisation (z. B. Einführung von Gruppenarbeit), eine verstärkte Effizienzorientierung auf Mitarbeiterebene (z. B. Arbeitsgruppen mit autonomer Rechnungslegung, konzerninterne Konkurrenz um Produktionskapazitäten und Produktionsbenchmarks), die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Arbeitsrechtsverhältnissen (z. B. Befristung von Arbeitsverträgen, Einsatz von Leih- und Zeitarbeitern) sowie die zunehmende Arbeitslosigkeit für Geringqualifizierte von ca. 5% im Jahr 1976 auf eine aktuelle Quote von 26% (Reinberg & Hummel 2007). Der Wandel in der Arbeitswelt stellt auch vermehrt Anforderungen an die Mitarbeiter, insbesondere in Form von Innovationsfähigkeit (z. B. Reorganisation von Abteilungen), Flexibilität (z. B. zeitweiliges Arbeiten an Samstagen), Belastbarkeit (z. B. verschiedene Aufgaben gleichzeitig erledigen, unter steigenden Termin- und Leistungsvorgaben arbeiten) und Qualifizierung (z. B. Umgang mit Computern, neue Fertigungstechnologien). Die gestiegenen Anforderungen können für die betroffenen Mitarbeiter in den Wirtschafts- und Dienstleistungsunternehmen leicht zur Belastung werden. So berichten in einer aktuellen repräsentativen Erwerbstätigenbefragung die Mehrheit der Befragten (53%), zumindest gelegentlich bis an die Grenze ihrer Leitungsfähigkeit zu arbeiten, 46% leiden unter Kreuzschmerzen und 43% fühlen sich matt und erschöpft (BIBB / BAuA, 2006). Dabei darf vor allem nicht übersehen werden, dass die steigenden Anforderungen insbesondere dann zur Fehlbelastung werden, wenn ausgleichende Ressourcen eingeschränkt (z. B. weniger Plausch mit Arbeitskollegen durch Wegfall von „Raucherpausen“) oder vernichtet werden (z. B. Verschlechterung des Arbeitsklimas bei Auflösung von Abteilungen, Vorenthalten von Informationen und Unterstützung durch Kollegen bei Mobbing). Diese Veränderungen sind nicht ohne Auswirkungen auf die Anforderungen bzw. Aufgaben für die medizinische Rehabilitation geblieben.

In der medizinischen Rehabilitation zeichnet sich in den letzten Jahren eine Entwicklungslinie ab, die als berufliche Orientierung bezeichnet wird. Mit einem Umsetzungsprojekt aus dem Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften¹ wurden die in der Rehabilitationspraxis entwickelten und eingesetzten berufsorientierten Maßnahmen gesammelt und systematisiert.

¹ gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften - Umsetzungsprojekte

Mit Hilfe von Expertenpanels wurden für die folgenden wichtigsten Interventionsformen Arbeitsdefinitionen erstellt:

- Arbeitstherapie
- Belastungserprobung
 - berufsspezifische Belastungserprobung
 - tätigkeitsspezifische Belastungserprobung
 - berufliche Belastungserprobung in der Psychosomatik
- Berufsorientierung
- Berufsbezogene Einzelberatung im Rahmen der klinischen Sozialarbeit
- Gruppen zu berufsbezogenen Themen, z. B.
 - Stress und Belastung
 - Probleme und soziale Konflikte am Arbeitsplatz, Burn-Out
 - Arbeitslosigkeit
 - Berufliche Perspektive, Rückkehr in die Arbeit, Wiedereingliederung
 - Arbeitsmotivation und Arbeitsverhalten
 - Berufliche Identität
 - Berufsgruppenspezifische Angebote (z. B. Stressbewältigung für Pflegekräfte)
 - Berufsbedingte Traumatisierung
- Motivierung zur Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Themen
- Profilvergleiche
- Vermittlung und Kontakte

Die berufsorientierten Interventionsmaßnahmen lassen sich anhand von drei Funktionsachsen systematisieren:

- (1) Schnittstellenfunktion zwischen der medizinischen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (diagnostische Aspekte stehen hierbei im Vordergrund)
- (2) Ressourcenaktivierung zur Bewältigung der arbeitsbedingten (psychomentalen) Belastung
- (3) Veränderung der individuellen Einstellung zur Auseinandersetzung mit der beruflichen Problemlage.

Aktuell stellt sich berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation als eine notwendige, geforderte und gewollte Entwicklungslinie dar. Mit den vorliegenden Arbeitsdefinitionen soll die begriffliche Klärung der gewachsenen Vielfalt erleichtert werden. Sie stellen damit ein wichtiges Zwischenergebnis innerhalb des Entwicklungsprozesses dar. Die initiierte Entwicklungslinie gilt es weiter zu verfolgen mit dem Ziel der Verstetigung des berufsorientierten Ansatzes in der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Erwerbstätigenbefragung 2006 – Ergebnisse online. www.bibb.de/de/26901.htm

Reinberg, A. & Hummel M. (2007). Der Trend bleibt – Geringqualifizierte sind häufiger arbeitslos. IAB Kurzbericht 18/2007.

Korrespondenzadresse

E-Mail: christian.gerlich@uni-wuerzburg.de

Brennt die Leistungsgesellschaft aus? Fakten und Hintergründe der Burnout-Epidemie

Hillert, A.

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Epidemiologischen Erhebungen zur Folge leidet etwa ein Drittel der werktätigen Bevölkerung unter Symptomen im Sinne von Burnout. Entsprechend häufig, in praktisch allen Bereichen der Rehabilitation, sind Patienten, die sich angesichts ihrer beruflichen Belastungen als ausgebrannt, leer und ohne Antrieb fühlen und bei denen die einweisenden Ärzte respektive die Betroffenen selber die "Diagnose" Burnout gestellt haben. So klar und eindeutig für die Betroffenen selber diese Diagnose sein mag, so problematisch stellt sie sich aus ärztlicher und psychotherapeutischer Sicht dar. Im Vortrag werden die - seit der 1974 erschienenen Erstpublikation von S. Freudenberg - kurze Geschichte und die in der wissenschaftlichen Diskussion zentralen Konzepte zum Burnout-Phänomen skizziert. Dabei wird deutlich, dass Burnout, gewissermaßen als Integral individuell unterschiedlicher bzw. unspezifischer Symptomatik und einer nachgewiesenermaßen auch nicht spezifischeren Genese konzeptualisiert, soweit absehbar keine reliable klinische Diagnose werden kann. Andererseits ist Burnout für viele sich als überlastet erlebende Menschen ein griffiger, ihr Empfinden angemessen auf den Punkt bringender und nichtstigmatisierender Begriff. Unter diesem Vorzeichen wird es nicht wenigen Patienten möglich, eigene Belastungsgrenzen, berufliche Probleme und psychosomatische Symptome offen zu thematisieren und zu kommunizieren. Eine einfache, reibungslose Auflösung der sich bezüglich der Burnout-Thematik zwischen Patientenperspektive, ärztlich-wissenschaftlichen Kriterien und dem Primat der Kundenorientierung auftuenden Diskrepanzen, ist de facto nicht möglich. Vor eben diesem Hintergrund werden die konzeptuellen, therapeutischen und gesellschaftspolitischen Implikationen von Burnout kritisch diskutiert.

Literatur

A. Hillert. M. Marwitz. Die Burnout-Epidemie. oder: Brennt die Leistungsgesellschaft aus. Beck-Verlag München, 2006

Korrespondenzadresse

E-Mail: AHillert@schoen-kliniken.de

Entwicklung und Evaluation eines berufsbezogenen Schulungskonzepts für die medizinische Rehabilitation

Koch, S. (1), Hillert, A. (1), Zwerenz, R. (2), Beutel, M. E. (2), Holme, M. (3), Knickenberg, R.J. (4), Middeldorf, S. (5), Wendt, T. (6), Milse, M. (7), Scharl, W. (8) und Schröder, K. (9)

(1) Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee; (2) Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz; (3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser, Bad Pyrmont; (4) Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt/Saale; (5) Klinikum Staffelstein, Bad Staffelstein; (6) Deutsche Rentenversicherung Bund, Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Wetterau, Bad Nauheim; (7) Deutsche Rentenversicherung Bund, Rehabilitationsklinik Dübener Heide, Bad Schmiedeberg; (8) Klinik Höhenried, Bernried; (9) Frankenklinik, Fachklinik für Prävention und Rehabilitation von Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Bad Neustadt/Saale

Ziel der Studie ist die Evaluation des berufsbezogenen Schulungsprogramms „Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz - GSA“ (Hillert et al., in Druck) in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. Grundlage der Intervention bildet ein bereits in der psychosomatischen Rehabilitation bewährtes berufsbezogenes Gruppentherapieprogramm (Therapiegruppe „Stressbewältigung am Arbeitsplatz – SBA“, Hillert et al., 2007; Koch et al., 2007).

Method

Vorgelegt werden erste Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie, die in sechs Rehabilitationskliniken durchgeführt wurde. Entlang eines kontrollierten Zeitstichprobendesigns wurden beruflich belastete Patienten, welche die Einschlussbedingungen erhöhter beruflicher Belastung erfüllten, abwechselnd der Kontrollbedingung (Standardrehabilitationsbehandlung - „treatment as usual“) bzw. der Interventionsbedingung (berufsbezogenes Gruppentherapieprogramm GSA zusätzlich zum Standardrehabilitationsprogramm) zugewiesen. Die Studienteilnehmer wurden bei Aufnahme (t_1), nach Therapieende (t_2) sowie in einem postalischen 6-Monats Follow-Up (t_3) zu ihrer objektiven Erwerbssituation, ihrer subjektiven Erwerbsprognose, Arbeitsbelastungen und Arbeitsbewältigung (u.a. AVEM), dem psychischen und körperlichen Gesundheitszustand (u.a. SF-12 und HADS) sowie ihrer Behandlungszufriedenheit und der Akzeptanz des neuartigen berufsbezogenen Gruppentrainings befragt.

Ergebnisse

Mit 952 orthopädischen und 386 kardiologischen Patienten liegen vollständige Verlaufsdaten von insgesamt 1338 Patienten in somatischer Rehabilitation vor. Das Durchschnittsalter lag bei 48,4 Jahren ($SD = 7,5$) und der Frauenanteil bei 55,2 %. Zu Studienbeginn waren 72,3 % Vollzeit beschäftigt (18,2 % in Teilzeitbeschäftigung, 9 % Arbeitslose).

Erste Ergebnisse zeigen eine signifikante Abnahme der Erwerbstätigkeitsquote (t_1 : 90,7%; t_3 : 89,4%; $p < .05$). Während die AU-Zeiten der letzten 12 Monate bei Aufnahme bei 6,1 Wochen ($SD = 9,0$) lagen, ergaben sich zum 6-Monats Follow-Up AU-Zeiten von 3,1 Wochen ($SD = 6,32$). Insgesamt wie auch getrennt nach Indikationsbereichen (Orthopädie vs. Kardiologie) findet das Gruppentraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA) eine positive Resonanz und eine gegenüber dem Standardrehabilitationsprogramm verbesserte berufsbezogene Behandlungszufriedenheit. Differenzielle Effekte der Reduktion beruflicher Belastung und einer Förderung günstiger Muster der Arbeitsbewältigung beschränken sich vor dem Hintergrund der gemeinsamen Standardtherapie jedoch auf Einzelbefunde.

Diskussion

Die Ergebnisse weisen auf die Praktikabilität und die Akzeptanz eines berufsbezogenen Schulungsprogramms bei Indikationsbereichen der somatischen Rehabilitation hin. Bei hoher Erwerbsquote schneiden dabei somatische Indikationsgruppen günstiger als berufliche Risikopatienten der psychosomatischen Rehabilitation ab. Insgesamt erweist sich das Angebot einer berufsbezogenen Schulungsgruppe gegenüber der Standardtherapie nur in Einzelmerkmalen als überlegen. Bei erwartungsgemäßen beruflichen Behandlungsverläufen (z.B. einer Zunahme günstiger und einer Abnahme risikobehafteter Muster der Arbeitsbewältigung) bedarf eine substantielle Verbesserung beruflicher Behandlungseffekte offensichtlich einer höheren als der mit 5 Sitzungen in 3 Behandlungswochen möglichen Therapiedosis.

Literatur

- Hillert, A., Koch, S. & Hedlund, S. (2007). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppenprogramm zur Bewältigung beruflicher Belastungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S. & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Verhaltenstherapie, 16, 7-15.
- Hillert, A., Koch, S., Beutel, M.E., Holme, M., Knickenberg, R.J., Middeldorf, S., Wendt, T., Milse, M., Scharl, W., Zwerenz, R., Schröder, K. (in Druck). Berufliche Belastungen und Indikationsstellung für ein berufsbezogenes Schulungsmodul in der medizinischen Rehabilitation. Bericht einer multi-zen-trischen Evaluationsstudie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.

Korrespondenzadresse

E-Mail: SKoch@schoen-kliniken.de

Wenn der Beruf mehr verlangt als er gibt - Evidenz zur beruflichen Gratifikationskrise und Gesundheit

Lehr, D.

Institut für Medizinische Psychologie der Philipps-Universität Marburg

Stress am Arbeitsplatz wird mit den verschiedensten Beschwerden und Erkrankungen in Zusammenhang gebracht. Für die Betroffenen kann dies mit Einbußen in der persönlichen Lebensqualität bis hin zur Arbeitsunfähigkeit verbunden sein. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive werden die hohen Folgekosten diskutiert. Obwohl Stress sicherlich zu den am häufigsten gebrauchten Begriffen im Gesundheitssektor gehört, gibt es kein allgemein akzeptiertes Modell zur Erklärung von Stress.

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Effort-Reward-Imbalance-Modell) des Medizinsoziologen Johannes Siegrist erklärt Stress als eine Imbalance der beruflichen Anforderungen und der dafür erhaltenen Gratifikationen. Kerngedanke dabei ist, berufliche Belastungen seien erst dann ein Auslöser von Stress, wenn sie nicht mehr durch angemessene Gratifikationen bzw. Belohnungen kompensiert würden. Es wird angenommen, Gratifikationen kämen dem Einzelnen auf drei verschiedenen Wegen zu: (1) Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten, (2) Gehalt, (3) Anerkennung und Wertschätzung.

Das Modell hat in dem letzten Jahrzehnt die internationale Erforschung von Stress und Gesundheit am Arbeitsplatz maßgeblich beeinflusst. Die Popularität des Modells der Gratifikationskrisen ist nicht zuletzt in seiner Einfachheit und Plausibilität begründet. Neben der Vorstellung des Modells ist ein Überblick zur empirischen Evidenz Inhalt des Vortrages. Die Zusammenhänge der beruflichen Gratifikationskrise zu verschiedensten Beschwerden und Erkrankungen werden dargestellt und bewertet. Auf der Grundlage eigener Studien wird dabei besonders auf die Bedeutung der Gratifikationskrise für affektive Störungen eingegangen. Schließlich wird ein Ausblick auf mögliche Weiterentwicklungen und die Nützlichkeit des Modells für Therapie und Rehabilitation gegeben.

Korrespondenzadresse

E-Mail: dirk.lehr@med.uni-marburg.de

Das Würzburger Screening zu beruflichen Problemlagen Entwicklung und Validierung

Löffler, S., Wolf, H.-D. und Vogel, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie,
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund

Ein erklärtes Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es die Folgen einer Krankheit für die soziale Integration zu verhindern bzw. zu verringern. Dabei liegt einer der Schwerpunkte in der Behandlung darauf, dem Patienten die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit zu ermöglichen und somit eine Teilhabebeeinträchtigung in diesem Bereich zu verhindern.

Ziel

Es soll ein generisches Screening-Instrument entwickelt werden, welches in den sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherung und in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen zum Einsatz kommen soll und mit dessen Hilfe geklärt werden soll, ob ein Antragsteller / Patient im Rahmen seiner medizinischen Rehabilitation berufsbezogene Maßnahmen benötigt.

Methoden

Aus den Ergebnissen einer Literatur- und Internetrecherche zu Items, welche sich in Studien als gute Prädiktoren für eine gelungene / nicht gelungene Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach Rehabilitationsaufenthalt erwiesen haben, wurde eine Testversion des „Würzburger Screenings“ zusammengestellt. Diese Testversion des „Würzburger Screenings“ wurde in insgesamt in acht Rehabilitationskliniken in den Indikationen Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik und Pneumologie zur Validierung eingesetzt.

Ergebnisse

Die Validierung des „Würzburger Screenings“ befindet sich in der Endphase und wird im Oktober 2007 abgeschlossen. Bisher wurde das Screening von über 3.500 Rehabilitanden und Reha-Antragstellern ausgefüllt. Über eine Faktorenanalyse konnten nach bisherigem Stand drei kurze Skalen ermittelt werden: die Skala „Berufliche Belastungen“ (drei Items), die Skala „Subjektive Erwerbsprognose“ (drei Items) und die Skala „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“ (zwei Items). Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbachs α) liegt aktuell zwischen .71 und .84, die Trennschärfe der Items zwischen .47 und .72. Mit Hilfe eines einfachen Algorithmus bestehend aus dem Erwerbsstatus zu Rehabilitationsbeginn und der Kurzskala „Subjektive Erwerbsprognose“ gelang eine korrekte Klassifikation von 87% der Personen, die sechs Monate nach Rehabilitationsaufenthalt nicht ins Erwerbsleben zurückkehrten (Sensitivität). Von den Personen, die ins Erwerbsleben zurückkehrten, konnten 82% korrekt identifiziert werden (Spezifität). Bei der Konstruktvalidierung ergaben sich zwischen den Skalen des „Würzburger Screenings“ und weiteren berufs- und gesundheitsbezogenen Fragebögen Zusammenhänge im mittleren Bereich.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die bisher vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass es sich beim „Würzburger Screening“ um ein reliables und valides Instrument handelt, das sowohl beim Ausfüllen als auch bei der Auswertung einfach und ökonomisch zu handhaben ist.

Umsetzungsprojekt C2 im Förderschwerpunkt Reha-Wissenschaften des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung

www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/bo

Korrespondenzadresse

E-Mail: s.loeffler@uni-wuerzburg.de

Evidenz berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation: Forschungsstand und internationale Entwicklungen

Streibelt, M.

Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation Charité -
Universitätsmedizin Berlin/Campus Mitte

Der Vortrag widmet sich in drei Teilen einer umfassenden Zusammenstellung des Entwicklungsstandes und der bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Effektivität berufsbezogener Maßnahmen.

Geleitet von der Frage, wie und ob sich berufsbezogene Maßnahmen konzeptionell von der herkömmlichen Rehabilitation der Rentenversicherung unterscheiden, steht im ersten Abschnitt die Einordnung der Leistungen der Rentenversicherung in bestehende theoretische Modelle zu Rehabilitation und Behinderung im Mittelpunkt. Das zentrale Konzept zur Differenzierung ist die Leistung einer Person, deren Nichterfüllung einerseits auf fehlende Leistungsfähigkeit (personale Bedingung), andererseits auf fehlende Gelegenheiten (externe Umweltbedingung) schließen lässt. Theoretische Erklärungsmodelle für umwelt- und personenbezogene gesundheitliche Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit stehen zur Verfügung, so dass abschließend eine erste idealtypische Beschreibung berufsbezogener Problemlagen vorgestellt werden kann.

Die Entwicklung berufsbezogener Maßnahmen, ihre Verbreitung in der Praxis und die Rezeption in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung sind die weiteren Themen. Es werden die unterschiedlichen Formen und Ausgestaltungen berufsbezogener Maßnahmen in Deutschland beschrieben. Weiterhin ist der Bedarf an berufsbezogenen Maßnahmen zu erörtern. Hierbei wird sowohl eine Zusammenstellung bisheriger klinischer Ansätze vorgestellt als auch die Entwicklung geeigneter Verfahren für eine strukturierte Bedarfsfeststellung von Problempatienten beschrieben.

Anschließend wird versucht, eine Übersicht zu bisherigen internationalen und nationalen Erkenntnissen bzgl. des Erfolgs berufsbezogener Maßnahmen zu geben. In Anbetracht der ökonomischen Relevanz wird sich – wo sinnvoll und notwendig – insbesondere auf berufsbezogene Maßnahmen bei muskuloskelettalen Erkrankungen konzentriert. Dabei sollen am Beispiel der Evaluation einer MBO-Maßnahme in der orthopädischen Rehabilitation in der Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf, die relevanten Erkenntnisse bzw. weiterhin notwendigen Entwicklungsschritte aufgezeigt werden. Grundfrage hierbei ist, ob und unter welchen Bedingungen eine MBO-Maßnahme im Vergleich zur herkömmlichen medizinischen Rehabilitation effektiv und auch effizient ist.

Korrespondenzadresse

E-Mail: marco.streibelt@charite.de

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation von Langzeitarbeitslosen

Wolf, H.-D. (1), Meng, K. (1), Holderied, A. (2) und Vogel, H. (1)

(1) Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, (2) Deutsche Rentenversicherung Unterfranken

Hintergrund und Zielsetzung

In den vergangenen Jahren wurde eine Vielzahl von Konzepten zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation entwickelt. Für die Gruppe der Langzeitarbeitslosen existieren bisher keine differenzierten und erprobten Konzepte zur rehabilitativen Behandlung. Mit dem "Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt" vom 01.01.2005 wurden jedoch auch frühere erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger und Empfänger von Arbeitslosenhilfe potenzielle Antragsteller auf medizinische Reha-Leistungen durch die Deutsche Rentenversicherung. Ziel des Projektes „Entwicklung und Evaluation eines Behandlungskonzeptes Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (ALG II)“², ist deshalb die Ausarbeitung sowie die Evaluation eines Behandlungskonzeptes für rehabilitationsbedürftige ALG II-Empfänger. Damit soll insbesondere die berufliche Problemlage dieser Patienten-gruppe in der medizinischen Rehabilitation angemessen berücksichtigt werden.

Behandlungskonzept

Durch den Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg und den Medizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken wurde ein vorläufiges Behandlungskonzept mit drei Behandlungsschwerpunkten erarbeitet:

- verhaltensmedizinische Behandlung
- medizinisch-beruflich orientierte Maßnahmen (Sozialberatung, Belastungserprobung, Bewerbungstraining, berufsbezogenes Gruppenangebot)
- aktive Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung und an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Projektverlauf

In der z. Zt. laufenden ersten Projektphase wird u. a. eine Bedarfsanalyse zur Inanspruchnahme und zum subjektiven Bedarf von medizinischen Reha-Leistungen bei Antragstellern mit ALG II-Bezug durchgeführt. Weiterhin erfolgt die Praxiserprobung des Behandlungskonzeptes in den beiden Kooperationskliniken³. Für die zweite Projektphase ist die summative Evaluation des Behandlungskonzeptes geplant.

Korrespondenzadresse

E-Mail: hans.wolf@uni-wuerzburg.de

² gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Unterfranken

³ Frankenklinik Bad Kissingen und Sinntalklinik Bad Brückenau

Berufsbezogene Therapiemotivation in der Rehabilitationsbehandlung

Zwerenz, R.

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Behandlungsmotivation der Patienten stellt auch in der medizinischen Rehabilitation eine Schlüsselvariable dar. Häufig berichtete Motivationsmängel äußern sich in einer geringen Mitwirkung sowie einer wenig aktiven Beteiligung am Therapieprozess und führen dementsprechend zu negativen Behandlungsergebnissen. Eine ausreichende Motivation kann hingegen als guter Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlung angesehen werden (Riedel & Sandweg, 1998).

Die Diagnostik der Therapiemotivation hat vor allem drei Ziele: a) die differentielle Zuweisung von Patienten zu speziellen Therapieangeboten, b) der Motivationsaufbau bei Patienten mit motivationalen Defiziten und c) die Vorhersage des Behandlungserfolgs.

Bisher wurde vorwiegend das Therapeutenurteil als Maß der Motivation herangezogen. Der Patient ist demnach motiviert, wenn er behandlungsbereit ist, wenn der sekundäre Krankheitsgewinn nicht zu groß ist und wenn er gewillt sowie in der Lage ist, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mittlerweile existieren mehrere Selbsteinschätzungsverfahren, die verschiedene Motivationsparameter in der Rehabilitation erfassen mit Schwerpunkten auf den Behandlungserwartungen (Deck, 2006; Deck, Zimmermann, Kohlmann & Raspe, 1998) der allgemeinen Psychotherapiemotivation (Nübling, 1992), der Reha-Motivation (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000; Hafen, Bengel & Nübling, 2006) oder Reha-bezogenen Kognitionen im Sinne von Selbstwirksamkeitserwartungen (Muthny, Fiedler, Richter, Schweidtmann & Wiedebusch, 2006).

Es gilt weiterhin, dass arbeitnehmerspezifische Faktoren für die Psychotherapiemotivation noch wenig erforscht sind (Häfner, Haug & Kächele, 2004). Dies zeigt sich besonders deutlich in der mangelnden Berücksichtigung berufsbezogener Aspekte im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung. Erste Untersuchungen und neu entwickelte Messverfahren beschäftigen sich dementsprechend mit dem Thema der Arbeitsmotivation in der Rehabilitation (Fiedler, Schubmann, Greitemann & Heuft, 2006).

Im vorliegenden Beitrag soll insbesondere das Konzept und die Erfassung der berufsbezogenen Therapiemotivation (Zwerenz, 2005) dargestellt werden. Der zu diesem Konzept entwickelte Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM, Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg & Beutel, 2005) erfasst die folgenden Merkmale: „Veränderungsabsicht“ (7 Items), „Rentenbegehren“ (7 Items), „Negative Behandlungserwartungen“ (5 Items) und „Aktive Bewältigungsorientierung“ (5 Items). Es konnte somit ein Messverfahren entwickelt werden, das die berufsbezogene Behandlungsmotivation als relevantes Therapiemerkmal in der stationären medizinischen Rehabilitation ökonomisch, reliabel und valide erfasst. Eine verbesserte Diagnostik und gezielte Zuweisung der Patienten zu speziellen Behandlungsmaßnahmen ist damit möglich. Die Prognose der späteren Wiedereingliederung kann durch Einsatz des Fragebogens deutlich verbessert werden.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis sind eine verstärkte Einbeziehung berufsbezogener Themen in den therapeutischen Prozess, insbesondere der Veränderungsabsicht und des Ren-

tenbegehrens der Patienten. Aufgrund der Bedeutung, die die berufliche Reintegration für die langfristige psychische Stabilisierung hat, ist die Beachtung berufsbezogener Belastungen und Konflikte auch in der Akutversorgung wünschenswert.

Literatur

- Deck, R. (2006). Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15(4), 175-183.
- Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation*, 37, 140-146.
- Fiedler, R. G., Schubmann, C., Greitemann, B. & Heuft, G. (2006). Arbeitsmotivation in der Rehabilitation - Überblick zur Diagnostik, Vorstellung und Befunde zur faktoriellen Struktur neuer Konzepte. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Eds.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (pp. 214-230). Bern: Huber.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimensionen der Rehamotivation. *Prävention-Rehabilitation*, 12, 1-10.
- Hafen, K., Bengel, J. & Nübling, R. (2006). Der Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Eds.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (pp. 141-160). Bern: Huber.
- Häfner, S., Haug, S. & Kächele, H. (2004). Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Arbeitnehmern. *Psychotherapeut*, 49, 7-14.
- Muthny, F. A., Fiedler, R. G., Richter, M., Schweidtmann, W. & Wiedebusch, S. (2006). Reha-bezogene Kognitionen ("REHAKOG"): Vorsätze, Selbstwirksamkeitserwartungen und Befürchtungen. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Eds.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (pp. 179-194). Bern: Huber.
- Nübling, R. (1992). Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt/Main: VAS.
- Riedel, H. & Sandweg, R. (1998). Behandlungsmotivation und Prognose. Zu was führt die Einschätzung der Behandlungsmotivation? Ergebnisse aus einer empirischen Studie von Erkrankungen des Bewegungssystems. In J. K. Merholz & S. H. van der Mei (Eds.), *Psychosomatik der Bewegungsorgane - Motivation der Patienten - Differentielle Therapieindikation*. 5. Fachtagung der Stiftung Psychosomatik der Wirbelsäule, Bad Pyrmont (pp. 295-306). Frankfurt: Lang.
- Zwerenz, R. (2005). Psychotherapie und Motivation - Motivation zur psychotherapeutischen Bearbeitung beruflicher Belastungen und Konflikte bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Hamburg: Dr. Kovac.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L. & Beutel, M. E. (2005). Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitation*, 44, 14-23.

Korrespondenzadresse:

E-Mail: zwerenz@uni-mainz.de