



# Seelische Gesundheit und berufliche Teilhabe: Die Bedeutung psychosomatischer Rehabilitation im Versorgungssystem

Franziska Kessemeier<sup>1</sup>, Harald Gündel<sup>1,2</sup>, Jörn von Wietersheim<sup>2</sup>, Michael Hölzer<sup>2,3</sup> und Eva Rothermund<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kompetenzzentrum Ulm für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz, Universität Ulm

<sup>2</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm

<sup>3</sup>Sonnenberg Klinik gGmbH, Stuttgart



**Zusammenfassung:** Die Erhaltung und Wiederherstellung von (psychischer) Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ist im Interesse zahlreicher Akteure in Betrieben, Sozialversicherungen und Kliniken. Die psychosomatische Rehabilitation kann als eine wesentliche Säule der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland gesehen werden. Eine verbesserte Vernetzung der Leistungserbringer und die Schließung bestehender Versorgungslücken können vermutlich zu einer effizienteren, nachhaltigeren und insgesamt verbesserten Versorgung psychisch erkrankter Menschen beitragen. Der Artikel gibt eine Übersicht über arbeitsbezogene Diagnostik im Rahmen psychosomatischer Rehabilitation. Fragebögen zur Abbildung arbeitsbezogener Belastungen und zur Aufdeckung eines arbeitsbezogenen Behandlungsbedarfs werden vorgestellt. Darüber hinaus werden Leistungen verschiedener Bereiche des Versorgungssystems dargestellt und deren Nutzen für die psychosomatische Rehabilitation verdeutlicht. Ausgewählte Interventionen sind nach ihrem zeitlichen Greifen in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen dargestellt: Präventive Angebote im Setting Betrieb (Stress-Management-Interventionen und Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb), arbeitsbezogene Psychotherapie, medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation sowie verschiedene Nachsorgeangebote und zur besonderen Vernetzung der verschiedenen Angebote der Einsatz von Fallmanagement. In dem Artikel wird die Bandbreite an Einflussfaktoren, die an der Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit mitwirken, verdeutlicht. Möglichkeiten und Potenziale, einen Arbeitsbezug in Diagnostik und Therapie umzusetzen und verschiedene Leistungen innerhalb und außerhalb der psychosomatischen Rehabilitation besser zu vernetzen werden vorgestellt.

**Schlüsselwörter:** Psychische Gesundheit, psychosomatische Rehabilitation, Arbeitsbezogene Diagnostik, medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

## Mental health and occupational participation: The meaning of psychosomatic rehabilitation in the German health care system

**Abstract:** The maintenance and restoration of (mental) health and work ability is in the interest of numerous stakeholders in companies, social insurance and hospitals. Psychosomatic rehabilitation can be seen as an essential pillar of care for mentally ill people in Germany. Improved networking of service providers and the closing of existing gaps in care can presumably contribute to more efficient, sustainable and generally improved care for mentally ill people. The article gives an overview of work-related diagnostics in the context of psychosomatic rehabilitation. Questionnaires for mapping work-related stress and identifying work-related treatment needs are presented. In addition, services provided by various areas of the care system are presented and their benefits for psychosomatic rehabilitation are illustrated. Selected interventions are presented in the course of care of mentally ill people: Preventive offers in the workplace (Stress management interventions and psychosomatic consultation in the workplace), work-related psychotherapy, work-related medical rehabilitation as well as various aftercare offers and the use of case management for special networking of the various offers. The article illustrates the range of factors involved in maintaining and restoring employability. Possibilities and potentials to implement a work reference in diagnostics and therapy and to better network different services within and outside of psychosomatic rehabilitation are presented.

**Keywords:** Mental health, psychosomatic rehabilitation, work-related diagnostics, work-related medical rehabilitation

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind die Abwendung, Beseitigung und Minderung von Behinderung und die Vermeidung und Überwindung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und des Bezugs laufender Sozialleistungen (SGB IX, § 42). Die Befähigung der Patient\_innen zur Rückkehr ins Erwerbsleben ist damit eines der wichtigsten Ziele der medizinischen Rehabilitation und das Thema *Arbeit* rechtlich in den Aufgaben medizinischer Rehabilitation verankert. Der vorliegende Artikel soll darstellen, welchen Beitrag psychosomatische Rehabilitation als ein wesentlicher Pfeiler im Versorgungssystem zur Sicherung der beruflichen Teilhabe leisten kann. Die Betrachtung des Berufsbezugs in der psychosomatischen Rehabilitation kann und sollte jedoch nie isoliert stattfinden (vgl. SGB VI, § 14), weshalb sie im vorliegenden Artikel in einen größeren Kontext eingeordnet wird: Berufsbezogene Themen sollten, werden alle an der Versorgung psychisch Erkrankter beteiligten Systeme und Institutionen sinnvoll zusammengebracht, sich in der Diagnostik, in Interventionen in Form von Prävention, Akutbehandlung und Nachsorge wiederfinden.

Der vorliegende Beitrag gibt dabei bewusst Einblicke in verschiedene Bereiche des Versorgungssystems, da die einzelnen Leistungserbringenden durch eine bessere Vernetzung noch stärker als bisher voneinander profitieren und zur Schließung von Versorgungslücken beitragen können.

## Diagnostische und konzeptionelle Einordnung arbeitsbezogener Beschwerden

In der medizinischen Rehabilitation ist eine arbeitsbezogene Diagnostik bei der Aufnahme und Entlassung fest verankert. Eine berufsbezogene Anamnese ist Bestandteil bei der Aufnahme von Patient\_innen. Bei der Entlassung wird das positive und negative Leistungsbild der Rehabilitand\_innen festgestellt und somit eingeschätzt, für welche Arbeiten und in welchem zeitlichen Umfang sie dem allgemeinen Arbeitsmarkt und ihrer letzten beruflichen Tätigkeit zu Verfügung stehen.

## Diagnosesysteme

Im Folgenden werden die Möglichkeiten zur Codierung arbeitsbezogener psychischer Erkrankungen nach dem gängigen Diagnostiksystem *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems* (German Modifica-

tion; 10. Auflage; ICD-10 GM; Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) aufgezeigt. Ebenso wird diskutiert, inwieweit eine Beschreibung des Arbeitsbezugs bei der Entstehung von Krankheiten nach dem biopsychosozialen Modell der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF; WHO, 2001) möglich ist. Die *Internationale Arbeitsorganisation* (IAO; ILO, 2010) schlägt eine alternative Einteilung von Erkrankungen nach dem Grad des Arbeitsbezugs an der Entstehung der Erkrankung vor.

### Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)

Die in Deutschland verwendete *Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD; Dilling et al., 2015) zur Kodierung von Erkrankungen birgt nur begrenzt die Möglichkeit, den Berufsbezug von psychischen Störungen abzubilden. Eine eigene Recherche zeigte, dass die Begriffe *arbeit\** und *beruf\** in Kapitel F der ICD-10 GM lediglich in sechs beschriebenen psychischen Störungen genannt werden: F48.0 Neurasthenie („...Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender *Arbeitsleistung* ...“), F70.- Leichte Intelligenzminderung („[...] viele Erwachsene können *arbeiten* ...“), F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung, F30.0 Hypomanie („... [Symptome] sind vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der *Berufstätigkeit* oder zu sozialer Ablehnung führen.“), F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren („... Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, *beruflichen* oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“) und F63.0 Pathologisches Spielen („Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, *beruflichen*, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt“).

Zur Einordnung der arbeitsbezogenen psychischen Störung in das Klassifikationssystem der ICD-10 stehen dennoch verschiedene Möglichkeiten zu Verfügung (Braun et al., 2019). Je nach Symptomatik können depressive Störungen (F32.- und F33.-), Anpassungsstörungen (F43.2), Angststörungen (F40.- und F41.-), Neurasthenie (F48.0) oder Somatoforme Störungen (F45.-) Verwendung finden. Um zu verdeutlichen, dass bei der Erkrankung eine spezifische Art von Arbeitsbezug besteht, können verschiedene Zusatzcodes verwendet werden.

Der Code Z56 z.B. umfasst Belastungen durch Arbeitszeiten, schwierige Arbeitsbedingungen und Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder dem Kollegium. Häufig wird die Zusatzdiagnose Z56 im Zusammenhang mit Mobbing verwendet.

Der ICD-Code Z73 beschreibt Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Hierunter

werden unter anderem Soziale Rollenkonflikte, Stress, unzulängliche soziale Fähigkeiten, körperliche oder psychische Belastungen ohne nähere Angaben, Akzentuierung von Persönlichkeitszügen und Burn-Out subsummiert.

### Burn-Out

Im Mai 2019 wurde die ICD-11 verabschiedet und am 1. Januar 2022 soll sie in Kraft treten (DIMDI, 2019). Nach einer Übergangszeit von fünf Jahren sollen Todesursachen verbindlich nach der ICD-11 kodiert werden. Wann genau es eine deutsche Modifikation der ICD-11 geben wird, ist aktuell jedoch noch nicht einschätzbar (DIMDI, 2019).

In der ICD-10 konnte Burn-Out bisher nur unter der Zusatzdiagnose Z73 verschlüsselt werden. Wurde diese Zusatzdiagnose verwendet, war nicht eindeutig, um welche Schwierigkeit der Lebensbewältigung es im vorliegenden Fall ging. Burn-Out ist nur eines mehrerer Syndrome, das unter Z73 verschlüsselt wird.

In der ICD-11 wird Burn-Out als ein Syndrom mit eigenem Code (QD85) aufgenommen. Die Beschreibung des Syndroms „Burn-Out“ wird in der ICD-11 wie folgt aufgenommen:

„Description: Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one's job, or feelings of negativism or cynicism related to one's job; and 3) reduced professional efficacy. Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life. Exclusions: Adjustment disorder (6B43), Disorders specifically associated with stress (6B40–6B4Z), Anxiety or fear-related disorders (6B00–6B0Z), Mood disorders (6A60–6A8Z)“ (WHO, 2019).

Die Diagnose Burn-Out ist umstritten. Häufig wird eine Depression mit subjektiv hohem Arbeitsbezug als Burn-Out beschrieben. Auch die aktuelle Weiterentwicklung und Definition Burn-Out in der ICD-11 wird bereits kritisch diskutiert: Zum einen wird Burn-Out dort nur als Syndrom im Arbeitskontext beschrieben (und somit z.B. überlastete pflegende Angehörige von diesem Syndrom ausgeschlossen). Zum anderen wird beschrieben, dass das Syndrom entsteht, wenn die Betroffenen den Arbeitsstress nicht erfolgreich kompensiert haben. Hierdurch wird die Verantwortung der Entstehung des Syndroms deutlich auf der Seite der belasteten Person gesehen und nicht auf Seiten der Umstände, in denen die Person arbeitet (z.B. zu hohe, unrealistische, nicht bewältigbare Arbeitsanforderungen). Dennoch kann der Begriff Burn-Out auch einen sinnvollen Einsatz in der klinischen

Praxis haben, z.B. um Seitens der Patient\_innen niedrigschwellig eine Offenheit zur Auseinandersetzung mit eigenen psychologischen Themen zu entwickeln (Köllner, 2018).

### Mobbing

Mobbing beinhaltet, „dass jemand am Arbeitsplatz von Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muss dies häufig (z.B. mindestens einmal pro Woche) vorkommen und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens ein halbes Jahr). Es handelt sich nicht um Mobbing bei einmaligen Vorfällen. Es handelt sich auch nicht um Mobbing, wenn zwei etwa gleich starke Parteien in Konflikt geraten“ (Zapf, 1999, S.3). Studien zu stressrelevanten Faktoren am Arbeitsplatz fanden, dass neben Zeitdruck, einseitiger körperlicher Belastung und geringer Partizipationsmöglichkeiten, insbesondere Mobbing einschränkend auf die Gesundheit und berufsbezogene Funktionsfähigkeit wirken (Kobelt et al., 2009; Schwickerath, Kneip, Deselaers & Becker, 2007). Mobbing stellt für die Betroffenen eine hohe Belastung dar, die mit verschiedenen berufs- und gesundheitsbezogenen Problemen einhergeht. Häufige mit Mobbing assoziierte Symptome sind Angespanntheit, Nervosität, Kopfschmerzen, Schlafschwierigkeiten, verringertes Selbstwertgefühl und negative Selbstbewertung, Konzentrationsschwierigkeiten, chronische Müdigkeit, andauerndes Ärgergefühl, Angststörungen, geringes psychisches Wohlbefinden, posttraumatischer Stress sowie körperliche Gesundheitsprobleme (Bernstein & Trimm, 2016; Nielsen & Einarsen, 2012, 2018; Nielsen, Indregard & Øverland, 2016).

### International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICD-10 stößt an ihre Grenzen, wenn nicht die Krankheit selbst beschrieben, sondern über die funktionale Gesundheit, z.B. die Konsequenzen der Erkrankung im Alltag der Patient\_innen oder eben den Zusammenhang von Erwerbsarbeit und Krankheit berichtet werden soll (Ewert, Freudenstein & Stucki, 2008). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (engl: International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF; WHO, 2001) soll nicht nur die Klassifikation von Krankheiten ermöglichen, sondern Konsequenzen von Erkrankungen und damit zusammenhängende Probleme sowie Wechselwirkungen verschiedener gesundheitsassoziiierter (Lebens-)Bereiche abbilden. Behinderung wird in der ICF nicht als unmittelbare Folge eines Gesundheitsproblems verstanden, sondern als ein komplexer Wechselwirkungsprozess von Kör-

perfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe) und Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren). Insbesondere die Bereiche Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren stehen unmittelbar im Zusammenhang mit Arbeit und Beruf. Im SGB IX ist die umfassende, biopsychosoziale Sichtweise der ICF, insbesondere ihre Betonung des Teilhabegedankens, berücksichtigt (Ewert et al., 2008). Eine teilhabeorientierte Behandlung hat zum Ziel, dass ein Patient\_in auch mit chronischer Erkrankung in allen Lebensbereichen (z. B. sozial und beruflich) integriert sein soll (Muschalla, Bengel, Morfeld & Worringer, 2017).

### Arbeitsbezogene Diagnostik nach der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO)

Auch die *Internationale Arbeitsorganisation* (IAO; engl.: International Labour Organization; ILO) empfand die Möglichkeiten zur Abbildung von arbeitsbezogenen Problemlagen in den häufigsten Diagnosesystemen unzureichend und hat daher eine neue Kategorisierung von Arbeitsbezug der Störungen vorgeschlagen (Braun et al., 2019). Diese Einteilung bezieht sich auf alle Erkrankungen und nicht nur auf psychische Störungen. Psychische Erkrankungen nehmen in der Liste von Berufskrankheiten eine untergeordnete Rolle ein (ILO, 2010).

Die IAO hat drei Kategorien zur Einteilung arbeitsbezogener Erkrankungen vorgeschlagen: **((Autorin: korrekt?))**

1. Erkrankungen, welche die erwerbstätige Bevölkerung betreffen,
2. arbeitsbezogene Erkrankungen und
3. Berufskrankheiten.

Unter (1) Erkrankungen, welche die erwerbstätige Bevölkerung betreffen, werden Erkrankungen verstanden, deren Ursache nicht in der Erwerbsarbeit gesehen wird, die aber durch berufsbedingte Risikofaktoren verstärkt werden können. (2) Arbeitsbezogene Erkrankungen beschreiben Störungen, deren Entstehung unter anderem direkt von arbeitsbezogenen Umwelt- und Risikofaktoren beeinflusst wird. Ausgehend von einem multifaktoriellen Erkrankungsmodell wird Arbeit dabei als eine von mehreren Ursachen der Erkrankungen angesehen. Eine (3) Berufskrankheit liegt vor, wenn Arbeit als hauptsächliche oder sogar einzige Ursache der Erkrankungen angesehen wird. Laut IAO müssen zur Anerkennung einer Berufskrankheit mehrere Kriterien erfüllt sein, unter anderem das Vorhandensein eines evidenzbasierten, klar definierten Modells zum zeitlichen und kausalen Zusammenhang von Exposition und Auftreten der Krankheit und ein nachgewiesener kausaler Zusammenhang mit einem spezifischen Stoff, einer spezifischen Exposition oder einem spezifischen Arbeitsprozess sowie eine erhöhte Inzidenz in der erwerbstätigen Population im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (ILO, 2011).

## Fragebogen mit Arbeitsbezug zum Einsatz in der medizinischen Rehabilitation

Neben den oben genannten Möglichkeiten, Arbeitsbezug in den (Zusatz-)Diagnosen abzubilden, gibt es einige für den deutschen Sprachraum entwickelte bzw. evaluierte Fragebögen zur Erfassung arbeitsbezogener Motivationslagen und Einstellungen zum Einsatz in der psychosomatischen Rehabilitation. Eine Auswahl geeigneter Instrumente wird im Folgenden vorgestellt.

### Fragebogen zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM)

Der *Fragebogen zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern* (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2008) ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, mit dem relativ stabile Verhaltens- und Erlebensmerkmale einer Person bezogen auf den Arbeitskontext erhoben werden können. Der Fragebogen erhebt mittels Selbsteinschätzung 11 Dimensionen („Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabebereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Distanzierungsfähigkeit“, „Resignationstendenz bei Misserfolgen“, „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“, „Erfolgerleben im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“, „Erleben sozialer Unterstützung“). Die Skalen können vier Profilen zugeordnet werden: G, S, A und B. Das Profil G („gesunder Typ“) steht für eine gesunde Einstellung zur Arbeit. Personen mit diesem Profil werden als ehrgeizig, distanzierungsfähig und widerstandsfähig gegenüber Belastungen beschrieben und berichten von einer hohen Lebenszufriedenheit. Personen mit dem Profil S („Schonungs-Typ“) zeigen ein geringes berufliches Engagement ohne dabei zu resignieren. Gleichzeitig berichten sie eine Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen und positive innere Ruhe und Ausgeglichenheit. Das Profil A („Arbeitsmensch“) beschreibt Menschen mit hoher Verausgabebereitschaft, Perfektionsstreben und hoher Bedeutsamkeit der Arbeit bei gleichzeitiger geringer Distanzierungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen. Weiter ist für das Profil A eine geringe Lebensqualität und geringe innere Ausgeglichenheit charakteristisch. Bei Personen mit dem Profil B („resignierter Typ“) wird ein erhöhtes Risiko für ein „Burn-Out Syndrom“ vermutet. Das Muster zeigt geringe Werte für Arbeitsengagement, Widerstandsfähigkeit, Lebenszufriedenheit und erlebter sozialer Unterstützung.

### Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM)

Mittels 24 Items bildet der *Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation* (FBTM; Zwerenz, Knickenberg, Schatenburg & Beutel, 2005) rehabilitationsspezifisch die berufsbezogene Therapiemotivation auf den vier übergeord-

neten Skalen „Veränderungsabsicht“, „Rentenbegehren“, „Negative Behandlungserwartung“ und „Aktive Bewältigungsorientierung“ ab. Hohe Werte auf den Skalen beschreiben jeweils eine hohe Veränderungsabsicht, ein starkes Rentenbegehren, eine negative Behandlungserwartung und eine hohe positive Bewältigungsorientierung. Die internen Konsistenzen der Skalen liegen zwischen Cronbachs Alpha  $\alpha = 0.69$  und  $\alpha = 0.87$  und sind somit befriedigend hoch (Zwerenz et al., 2005).

#### **Readiness for Return to Work Scale (RRTW-Scale)**

Die *Readiness for Return to Work Scale* (RRTW Scale; Franche, Corbière, Lee, Breslin & Hepburn, 2007; Kessemeier et al., 2017) ist ein Fragebogen, der theoretisch auf dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) beruht und 22 Items umfasst. Abhängig von ihrem Antwortverhalten können Patient\_innen einer von fünf Motivationsstufen („Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“, „Vorbereitung“, „Handlungserprobung“, „Aufrechterhaltung“) zugeordnet werden. Die internen Konsistenzen der deutschen Fragebogenversion betragen zwischen Cronbachs Alpha  $\alpha = 0.72$  und  $\alpha = 0.81$ . Der Fragebogen wurde in der psychosomatischen Rehabilitation evaluiert. Die Patient\_innen der Motivationsstufen unterscheiden sich deutlich sowohl hinsichtlich ihrer subjektiven Erwerbsprognose als auch psychosomatischer Symptome (wie Depressivität und Ängstlichkeit) (Kessemeier et al., 2017). Ausgehend von verschiedenen Motivationstheorien, wie dem TTM, sollten Patient\_innen in frühen Motivationsstufen eher von kognitiven Interventionen und Patient\_innen in späteren Motivationsstufen stärker von verhaltensnahen Interventionen profitieren.

#### **Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (ERA)**

Selbstwirksamkeit ist als ein wichtiger Faktor motivationaler Prozesse gut belegt. Der Fragebogen zu *Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz* (ERA; Bode, Maurer & Kröger, 2017) misst die Selbstwirksamkeitserwartung für die Rückkehr an den Arbeitsplatz mittels 11 Items, die auf 6-stufigen Antwortskalen beantwortet werden können. Interne Konsistenzen betragen Cronbachs Alpha  $\alpha = 0.92$  und  $\alpha = 0.95$ .

#### **Würzburger Screening**

Das *Würzburger Screening* wurde für den Einsatz im Zugangsverfahren zur medizinischen Rehabilitation und zur Früherkennung beruflicher Problemlagen in rehabilitativen Einrichtungen entwickelt (Löffler, Wolf & Vogel, 2008). Es umfasst die drei Skalen „Berufliche Belastungen“ (drei Items), „Subjektive Erwerbsprognose“ (drei Items) und „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“ (zwei Items). Die internen Konsistenzen Cronbachs Alpha der Skalen liegen zwischen  $\alpha = 0.71$  und  $\alpha = 0.84$  und die Re-

testreliabilität zwischen  $r = 0.71$  und  $r = 0.86$ . Die Skala „Subjektive Erwerbsprognose“ hat 0 bis 3 Punkte, wobei eine hohe Punktzahl eine negative subjektive Erwerbsprognose abbildet. Die Skala verfügt über eine hohe prognostische Validität. Mittels eines Algorithmus aus der Erwerbsfähigkeit bei Rehabilitationsbeginn und der Skala „Subjektive Erwerbsprognose“ können 82% (Spezifität) der sechs Monate nach Reha-Entlassung ins Erwerbsleben zurückgekehrten und 86% der nicht zurückgekehrten (Sensitivität) Fälle korrekt vorhergesagt werden (Löffler et al., 2008).

#### **Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE)**

Die Skala zur *Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit* (SPE; Mittag et al., 2003) besteht aus drei Items, die abfragen, (1) ob die Person glaubt, bis zum Rentenalter berufstätig sein zu können (2) ob sie durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet sieht und (3) ob aktuell der Gedanke, einen Rentenantrag zu stellen, besteht.

Die SPE-Skala hat eine hohe prädiktive Validität hinsichtlich der (vorzeitigen) Rentenantragstellung bzw. (Früh-)Berentung im Beobachtungszeitraum von zwei bis drei Jahren: Das Risiko eines Rentenantrags steigt mit jeder Skalenstufe fast um das Dreifache und die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Berentung verdoppelt sich. Die Gefährdung der Erwerbstätigkeit kann im Rahmen von epidemiologischen oder rehabilitationswissenschaftlichen Untersuchungen abgebildet werden. Ausgehend von einem Cut-Off-Wert von 2 ergibt sich eine Sensitivität der SPE-Skala von 85% bzw. 80% und eine Spezifität von 40% bzw. 38% für die Vorhersage der Rentenantragstellung bzw. Berentung (Mittag et al., 2003).

#### **Screening-Instrument Beruf und Arbeit (SIBAR)**

Das *Screening-Instrument Beruf und Arbeit* (SIBAR; Bürger & Deck, 2009) wurde als generisches Screening-Instrument entwickelt, das bei allen Reha-Indikationen eingesetzt werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass der Bedarf für berufsbezogene Behandlungsangebote drei unabhängige Skalen aufweist: Sozialmedizinisches (Frühberentungs-)Risiko (SIBAR I), Berufliche Belastungen (SIBAR II) und Subjektiver berufsbezogener Behandlungsbedarf (SIBAR III).

Alle drei Skalen werden zu einem SIBAR-Gesamtwert zusammengefasst. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein Gesamtbedarf für berufsbezogene Behandlungsangebote vorliegt, wenn mindestens zwei der drei SIBAR-Bereiche auf einen Bedarf hinweisen.

Der SIBAR-Index I korreliert insgesamt signifikant mit dem Frühberentungsrisiko ( $\phi = 0.55$ ;  $p < 0.01$ ;  $n = 1038$ ). Ein Bedarf an berufsbezogenen Interventionen wird ange-

nommen, wenn Patient\_innen bei der Skala SIBAR I einen Wert von mindestens 8 aufweisen. Ausgehend von einem Cut-Off-Wert von 8 liegt die korrekte Vorhersage des tatsächlichen Frühberentungsverhaltens im Jahr nach der Rehabilitation bei 79 % (Spezifität). Die Sensitivität liegt bei 78 % (Bürger & Deck, 2009).

## Interventionen

Aus der Perspektive der psychosomatischen Rehabilitation kann es sinnvoll sein, die in der psychosomatischen Rehabilitation stattfindende Behandlung als eine von mehreren Säulen im Versorgungssystem zu betrachten. Gegebenenfalls können (1) Ergebnisse, die von Patient\_innen bereits außerhalb der psychosomatischen Rehabilitation (z.B. im Rahmen von psychologischen Präventionsangeboten) erzielt wurden, in der medizinischen Rehabilitation aufgegriffen und verstetigt werden, (2) Patient\_innen nach erfolgter Behandlung in der Reha an weitere passende Angebote des Versorgungssystems vermittelt werden und (3) berufsbezogene Präventions-, Therapie- und Nachsorge-Angebote, die außerhalb der medizinischen Rehabilitation erfolgreich evaluiert wurden, für die psychosomatische Rehabilitation adaptiert und dort eingesetzt werden. Neben arbeitsbezogenen Therapieangeboten, die bereits fester Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind, wird daher eine Auswahl an berufsbezogenen Angeboten, die die medizinische Rehabilitation sinnvoll ergänzen können, vorgestellt. Die beschriebenen Angebote sind im vorliegenden Artikel nach ihrem zeitlichen Greifen in der Versorgung psychischer Erkrankungen (von primärpräventiven Angeboten über Akutversorgung bis hin zur Nachsorge) dargestellt.

### Prävention am Arbeitsplatz: Stress-Management-Interventionen

In der Arbeitswelt wird eine zunehmende Arbeitsverdichtung und Komplexität der Arbeitsaufgaben wahrgenommen, die zu hohem Stresserleben führen können. Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz („Arbeitsstress“) haben einen großen Einfluss bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen: Dazu zählen vor allem psychische Erkrankungen wie Depressionen, kardio-vaskuläre und muskuloskeletale Erkrankungen (Angerer, Gündel & Siegrist, 2014; Aronsson et al., 2017; Madsen et al., 2017; McEwen, 2017; Ross, Foster & Ionescu, 2017; Theorell, 2019; Theorell et al., 2015).

Eine Möglichkeit, mit Stressbelastungen am Arbeitsplatz umzugehen, liegt in der Implementierung von *Stress-*

*Management Interventionen* (SMI). Zielt die Intervention auf die Verbesserung der Fähigkeiten zum Umgang mit den Stressbelastungen auf Seiten der Mitarbeiter\_innen ab, spricht man von sekundärpräventiven Angeboten. Zahlreiche Stress-Management Interventionen, die sich sowohl inhaltlich (psychodynamisch – verhaltenstherapeutisch), hinsichtlich des Kontexts als auch der Interventionsdauer und -frequenz unterscheiden, wurden entwickelt und evaluiert.

In einer Metaanalyse über 36 experimentelle Studien konnten Richardson und Rothstein (2008) einen insgesamt mittleren bis großen Effekt für SMI aufzeigen (Cohen's  $d = 0.526$ ). Eine differentielle Untersuchung der Effekte zeigte, dass die Art der Intervention, die Zahl der in der Intervention berücksichtigten Behandlungskomponenten sowie die Länge der Intervention einen Einfluss auf ihre Effektivität hatte: Kognitiv-behaviorale Interventionen ( $d = 1.164$ ), sowie Interventionen, die hauptsächlich mit Entspannungsverfahren arbeiteten ( $d = 0.497$ ), hatten deutlich größere Effekte als z.B. organisationale Interventionen ( $d = 0.144$ ). Je weniger Behandlungskomponenten in der Intervention berücksichtigt wurden, desto effektiver war sie. Kürzere Interventionen wiesen höhere Effektstärken auf als lange Interventionen. Die Outcome-Variablen waren insbesondere psychologischer Art.

Kröll, Doeblner und Nüesch (2017) untersuchten metaanalytisch die Effekte von primärpräventiven Gleitzeit- und Home-Arbeitsplatzmodellen und von sekundärpräventiven SMI. Sie fanden, dass kognitiv-behaviorale Techniken (Hedges  $g = 0.43$ ), Entspannungsverfahren ( $g = 0.43$ ) und multimodale SMI ( $g = 0.25$ ) positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert waren. Neben dem Einfluss der SMI auf die psychische Gesundheit sollte auch der Einfluss auf Arbeitszufriedenheit, Arbeitsproduktivität und Absentismus untersucht werden. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage konnte lediglich der Einfluss von multimodalen SMI auf Arbeitszufriedenheit untersucht werden. Es wurde kein signifikanter Effekt gefunden. Eine eingeschränkte Datenlage lag auch für die Untersuchung des Zusammenhangs von SMI und Arbeitsproduktivität vor. Daher konnte lediglich untersucht werden, ob Entspannungsverfahren einen positiven Einfluss auf Arbeitsproduktivität haben. Diese Effekte waren signifikant positiv. Außerdem sollte in der Metaanalyse überprüft werden, ob SMI einen positiven Einfluss auf Absentismus nehmen können. Jedoch lagen nur zwei Studien zu Entspannungsverfahren und zwei Studien zu multimodal wirkenden SMI und keine zum Einfluss von kognitiv-behavioralen SMI auf Absentismus vor. Die prädiktive Bedeutung von SMI für Absentismus konnte von Kröll et al. (2017) daher nicht metaanalytisch untersucht werden. Außerdem wurde kein Einfluss von Intensität

oder Dauer der Intervention (auch nicht von Alter und Geschlecht) auf die Effektivität der SMI gefunden.

## Früherkennung und Frühintervention: Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb

Die *Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb* (PSIB) ist an der Schnittstelle zwischen betrieblichem und medizinisch-therapeutischem System lokalisiert und beinhaltet folglich die Interaktion von verschiedensten Akteuren auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite sowie im Gesundheitssystem. Die PSIB ist eine Kooperation zwischen Betrieb und psychotherapeutischen Expertinnen und Experten. Ziel der PSIB ist die Überwindung von Hindernissen, die die Versorgung psychisch belasteter Arbeitnehmer\_innen aktuell erschweren. Dies sind z. B. die Sicherstellung einer besonders zeitnahen psychotherapeutischen Versorgung von psychisch belasteten Mitarbeitenden (also die Überwindung langer Wartezeiten auf der Suche geeigneter Therapieplätze) und eine arbeitsplatznahe, berufsbezogene Diagnostik und Therapie mit dem Ziel des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer\_innen. Kernelemente der PSIB sind Beziehungsaufbau, diagnostische Einschätzung, Psychoedukation sowie Motivation und Unterstützung. Die PSIB ermöglicht nachweislich eine frühzeitige und effektive Intervention für Mitarbeitende mit häufigen psychischen Störungen (Rothermund et al., 2016, 2019). Finanziert wird das Angebot meist vom Betrieb bzw. der Betriebskrankenkasse. Der Anteil psychischer Erkrankungen als Gründe für (lange) Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen ist in den vergangenen 10 Jahren gestiegen (BPtK, 2015). Betriebe erkennen immer häufiger die Bedeutung psychischer Erkrankungen für Produktionsausfallkosten, den Verlust an Arbeitsproduktivität und hohe Arbeitsunfähigkeitszahlungen an, wodurch das Interesse und die Bereitschaft zur (präventiven) Versorgung psychisch erkrankter Mitarbeiter\_innen steigt.

## Arbeitsbezogene Psychotherapie in der ambulanten und stationären Akut- und Reha-Versorgung

Während das Ziel der (psycho-)therapeutischen Behandlung in der medizinischen Rehabilitation der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Patient\_innen ist, ist die Bearbeitung berufsbezogener Themen nicht in allen psychotherapeutischen Settings selbstverständlich (Flick, 2017). Bei der arbeitsbezogenen Psychotherapie kann der Arbeitsbezug alle Bereiche des therapeutischen Spektrums durchdringen (Bode et al.,

2017). Eine detaillierte und praxisbezogene Übersicht zur Gestaltung arbeitsbezogener Psychotherapie findet sich bei Bode, Maurer und Kröger (2017). Wird eine arbeitsbezogene Problemlage als wesentlicher Faktor bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung identifiziert, kann eine arbeitsbezogene Psychotherapie in allen Settings (ambulant, stationär, akut und rehabilitativ) indiziert sein.

Zu Beginn der arbeitsbezogenen Psychotherapie steht zunächst ein Motivationsaufbau. Im Rahmen der Informationsvermittlung ist gemeinsam mit dem/der Patient\_in die Erarbeitung eines individuellen Belastungs- und Beanspruchungsmodells anzustreben. Zu Hilfe können hier Modelle genommen werden, die evidenzbasiert den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit veranschaulichen, z. B. das Modell beruflicher Gratifikation, das Anforderungs-Kontroll-Modell oder das Modell der Organisationalen Gerechtigkeit. Der wechselseitige Einfluss der psychischen Erkrankung und der Erwerbsarbeit sollten in jedem Fall Beachtung finden. In der kognitiven Verhaltenstherapie mit Arbeitsplatzfokus können zahlreiche Techniken, wie z. B. Ressourcenaktivierung, Entspannungsverfahren oder Konfrontationsübungen bei arbeitsplatzbezogenen Ängsten zur Anwendung kommen. Abhängig von der individuellen Problematik des/der Patient\_in können weitere Therapieelemente z. B. die Stärkung sozialer Kompetenzen, Übung herausfordernder Situationen am Arbeitsplatz im Rollenspiel oder die Bearbeitung verzerrter Kognitionen eingesetzt werden (Bode et al., 2017; Braun et al., 2019).

## Gruppentherapeutische Angebote mit Arbeitsbezug für die medizinische Rehabilitation

Zur Bearbeitung berufsbezogener Problemlagen werden immer wieder gruppentherapeutische Angebote zum Einsatz in der medizinischen Rehabilitation entwickelt und wissenschaftlich überprüft. Insbesondere für Kliniker\_innen in der psychosomatischen Rehabilitation, die einen stärkeren Berufsbezug in ihrer Arbeit sicherstellen wollen, kann es sinnvoll sein Teile dieser Angebote in ihre therapeutische Arbeit zu integrieren. Beispielhaft werden hier drei Programme benannt und beschrieben.

Ein 14 Stunden umfassendes Programm zur Förderung der Berufs- und Stresskompetenz mit Schwerpunkt auf Kompetenzvermittlung ist *BUSKO-Kompetenz* (Küch et al., 2013). Das Training umfasst acht Module, unter anderem zu den Themen Arbeit und Gesundheit, Problemlösen, Selbstsicherheit und Veränderungen planen. *BUSKO* liegt auch in einer Version mit einem stärkeren Fokus auf die Förderung emotionaler Ausgeglichenheit vor, umfasst in

dieser Version 13 Stunden und wird als *BUSKO-Balance* bezeichnet (Küch et al., 2013).

Ein vier Module umfassendes Training zur Förderung der beruflichen Motivation ist das Training *Zielanalyse und Zieloperationalisierung* (ZAZO) (Hanna, Fiedler, Dietrich, Greitemann & Heuft, 2010). Theoretisch basiert es auf dem Zürcher Ressourcen Modell, der Zielaktivierung und Zielklärung und dem Selbstmanagementtraining. Das erste Modul beinhaltet die Generierung individueller Ziele mittels somatischer Marker und Imaginationsübungen. Das zweite Modul dient der Zielanalyse und Zielformulierung. Im dritten Modul wird das formulierte Ziel hinsichtlich verschiedener Zieleigenschaften operationalisiert (u. a. Zielerreichungswahrscheinlichkeit, Selbstverpflichtung, Anstrengungsbereitschaft). Das letzte (vierte) Modul hat die Ressourcenaktivierung und Zielannährungsplanung zum Inhalt.

Die Motivationsstrategie *Mentales Kontrastieren mit Wenn-Dann-Plänen* (Fritzsche et al., 2016) wurde auf die Förderung berufsbezogener Ziele in der medizinischen Rehabilitation übertragen (Kessemeier et al., 2018). In der 90-minütigen Intervention werden (1) individuelle berufsbezogene Ziele entwickelt und imaginiert, (2) die Ergebnisse der Zielerreichung erarbeitet, (3) Hindernisse auf dem Weg zur Zielerreichung identifiziert sowie zu Verfügung stehende Ressourcen herausgearbeitet und (4) individuelle Wenn-Dann-Pläne zur Hindernisüberwindung formuliert.

## Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Die *medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation* (MBOR) stellt eine spezifische Form der medizinischen Rehabilitation dar, die sich insbesondere auf die Bedingungen am (angestrebten oder aktuellen) Arbeitsplatz der Rehabilitand\_innen konzentriert. Hierbei werden die üblichen Angebote der medizinischen Rehabilitation um diagnostische und therapeutische Konzepte mit Berufsbezug erweitert. Ebenso wird unter MBOR auch eine „Philosophie“ (Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011, S.161) der Leistungserbringung im Sinne eines die Rehabilitation durchdringenden Arbeitsbezugs im rehabilitativen Handeln aller Beteiligten verstanden. Der zusätzliche Nutzen von MBOR für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen konnte indikationsübergreifend nachgewiesen werden.

MBOR wird in drei Stufen (A bis C) unterteilt. Je nach Ausmaß der berufsbezogenen Problemlage der/s Patient\_in sollen ihm/ihr therapeutische Angebote mit Berufsbezug in der medizinischen Rehabilitation zukommen. Die Rehabilitationskliniken unterscheiden sich dabei hinsichtlich des Maßes an berufsbezogenen Therapieangeboten, das sie anbieten (Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011).

Stufe A (MBOR-Basismaßnahmen) werden in allen Reha-Einrichtungen für alle Rehabilitand\_innen der Rentenversicherung erbracht. Dies ist notwendig, um das übergeordnete Ziel der medizinischen Rehabilitation, die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten, sicherzustellen. Zu den MBOR-Basismaßnahmen gehören eine berufsbezogene Diagnostik, die Herstellung der Motivation zur Berücksichtigung beruflicher Fragestellungen (auf Seiten von Behandler\_innen und Patient\_innen) sowie das Anbieten einer niedrigschwelligen sozialrechtlichen Information und Beratung.

Stufe B (MBOR-Kernmaßnahmen): MBOR-Kernmaßnahmen umfassen Leistungen, die explizit auf Patient\_innen mit besonderen beruflichen Problemlagen (lange AU-Zeiten, Arbeitslosigkeit, negative subjektive Erwerbsprognose) ausgerichtet sind. MBOR-Kernmaßnahmen weisen einen klaren Bezug zum Arbeitsplatz auf und umfassen z. B. Schulungen zum beruflichen Verhalten und Erleben sowie Arbeitsplatztrainings.

Stufe C (Spezifische MBOR-Maßnahmen): Spezifische MBOR-Maßnahmen konzentrieren sich auf eine Hochrisikogruppe von Rehabilitand\_innen (geschätzt ca. 5%), bei denen trotz berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation eine Wiedereingliederung am bestehenden Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Beruf voraussichtlich nicht erfolgreich sein wird und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) indiziert sind. Spezifische MBOR-Maßnahmen erfordern oft einen hohen zeitlichen, organisatorischen, personellen und finanziellen Aufwand (Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011).

## Ambulante Nachsorge

Bei ca. 90 % der Rehabilitand\_innen einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik ist eine Nachbehandlung indiziert. 70 % der Rehabilitand\_innen erhalten die Empfehlung, entweder eine ambulante psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen oder zu beginnen (Kobelt, Winkler & Petermann, 2011). Nachsorgeangebote haben zum Ziel, das während der stationären Rehabilitation erreichte Ergebnis im Alltag und Berufsleben umzusetzen, zu stabilisieren und ggf. auch weiterzuentwickeln (Kobelt et al., 2011). Auch von der ambulanten Nachsorge ist das übergeordnete Ziel, die Rehabilitand\_innen vor dem Hintergrund ihres Leistungsvermögens bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben zu begleiten und zu unterstützen, um letztendlich ihre Erwerbsfähigkeit langfristig zu sichern. Eine unimodale Nachsorgeleistung im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation ist das Angebot PsyRENA der Deutschen Rentenversicherung. Die Nachsorgeleistung soll inhaltlich und zeitlich nahtlos an die Rehabilitationsleistung anschließen und die Teilnehmer\_innen bei

der Umsetzung und Verstetigung des in der Klinik gelernten im sozialen- und Arbeitsalltag unterstützen. PsyRENA muss innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der vorangegangenen psychosomatischen Rehabilitation begonnen und innerhalb von 12 Monaten nach Ende der Reha abgeschlossen werden. PsyRENA umfasst 25 90-minütige Gruppensitzungen in einer Gruppengröße von acht bis 10 Teilnehmer\_innen sowie ein 50-minütiges Aufnahme- und ein Entlassungsgespräch im Einzelkontakt. Techniken zur Problem- und Konfliktbewältigung wechseln sich mit Informationseinheiten ab, die formal mit Patientenschulungen vergleichbar sind. Darüber hinaus soll die/der Nachsorgegruppenleiter\_in zur/zum Fallmanager\_in seiner Patient\_innen werden und in dieser Rolle die Angebote und Möglichkeiten verschiedener Professionen (Ärzt\_innen, Psychotherapeut\_innen, Reha-Fachberater\_innen, Beratungsstellen) koordinieren und den Patient\_innen Hilfen zur Bewältigung der unterschiedlichen arbeitsplatzbezogenen, sozialen und gesundheitlichen Probleme vermitteln (Kobelt et al., 2011; Kobelt, Worringer, Widera & Muschalla, 2018).

### Internetbasierte arbeitsbezogene Nachsorge

An dieser Stelle soll beispielhaft ein internetbasiertes Nachsorgeangebot vorgestellt werden, das einen intensiven Arbeitsbezug aufweist. Das indikationsübergreifende internetbasierte Nachsorgeprogramm *Gesund und Stressfrei am Arbeitsplatz* (GSA-Online Plus; Zwerenz et al., 2019) hat zum Ziel, die berufliche Integration der Rehabilitand\_innen an ihren Arbeitsplatz, insbesondere nach längerer Arbeitsunfähigkeit, zu fördern.

GSA-Online Plus konnte einen positiven Einfluss auf die subjektive Erwerbsprognose der Rehabilitand\_innen ( $d = 0,13$  nach der Intervention und  $d = 0,20$  im 12-Monats Follow-Up) erreichen (Zwerenz et al., 2017) und wurde daraufhin in der Regelversorgung zweier Reha-Kliniken (Orthopädie und Psychosomatik) eingeführt (Zwerenz et al., 2019).

In einem strukturierten, psychodynamischen Design wurden Teilnehmer\_innen aufgefordert, interpersonelle und intrapsychische Probleme während ihres *Return to Work* (RTW) zu identifizieren und zu benennen. Die Teilnehmer\_innen bekamen wöchentlich personalisierte und individuelle Schreibimpulse von einer/m geschulten und supervidierten Therapeut\_in. Die Patient\_innen berichteten in Form eines Tagebuchs über ihre Erlebnisse im RTW Prozess. Die Therapeut\_innen antworteten auf die Tagebucheinträge der Patient\_innen innerhalb von 24 Stunden. Der Zeitaufwand zur Beantwortung der Tagebucheinträge durch die Therapeut\_innen dauerte pro Patient\_in und Woche ca. 20 bis 40 Minuten.

GSA-Online Plus wurde in die Routine-Versorgung von zwei Reha-Kliniken implementiert. Lediglich 112 von 2562 Rehabilitand\_innen (4.4%) wurde die Teilnahme an dem Nachsorgeangebot durch ihre/n Therapeut\_in empfohlen. Die Empfehlungsrate war in der psychosomatischen Rehabilitation höher als in der orthopädischen Rehabilitation. Die subjektive Arbeitsfähigkeit, allgemeine Funktionsfähigkeit und Lebenszufriedenheit sowie subjektives Stresserleben verbesserten sich über die Zeit der Online-Nachsorge. Der subjektive Gesundheitsstatus konnte durch GSA-Online Plus jedoch nicht verbessert werden (Zwerenz et al., 2019).

### Stufenweise Wiedereingliederung

Die *Stufenweise Wiedereingliederung* (SWE) hat das Ziel, arbeitsunfähige Versicherte nach länger dauernder schwerer Krankheit schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung an ihrem bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen (Bürger, Glaser-Möller, Kulick, Pallenberg & Stapel, 2011). Seit 2004 wird die SWE nach rehabilitativen Leistungen durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) finanziert, sofern sie unmittelbar nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation beginnt. Nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation, bis zum Beginn der SWE und für die Dauer der SWE, wird dann durch die DRV Übergangsgeld an die/den Versicherte\_n gezahlt. Voraussetzung für die SWE ist neben versicherungsrechtlichen Regelungen die Zustimmung des Arbeitgebenden. Die SWE wird in enger Absprache mit dem Arbeitgebenden zwischen behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt bzw. Therapeut\_in und Rehabilitand\_in abgestimmt und kann zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten dauern. Die Arbeitsbelastungen werden nach dem individuell vereinbarten Stufenplan sowohl in Art als auch Umfang sukzessive über den Verlauf der SWE gesteigert, bis die volle Arbeitsleistung erbracht werden kann.

Eine umfassende Analyse von Bürger und Streibelt (2019) konnte die Effektivität der SWE im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation klar bestätigen: Arbeitsunfähige, die eine SWE in Anspruch nahmen, wiesen höhere Reintegrations- und geringere Frühberentungsquoten, günstigere Fehlzeitenverläufe sowie positivere körperliche und psychische Gesundheitsverläufe auf. Besonders positive Effekte zeigten sich in der Gruppe mit hohem initialen Frühberentungsrisiko sowie langen Fehlzeiten vor der Rehabilitation.

### Fallmanagement

Ein weiterer Ansatz, um den bestehenden Problemen der Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen sowie der For-

derung nach einer stärkeren Flexibilisierung und Patientenorientierung zu begegnen, liegt in der (Weiter-)Entwicklung und übergreifenden Etablierung von Fallmanagement-Angeboten (Piegza, Schwarze, Petermann & Kobelt, 2013). Beim Fallmanagement handelt es sich um einen kooperativen Prozess, in dem Versorgungsangelegenheiten und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf einer/s Patient\_in mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen kosteneffektiv abzudecken. Diese Definition sollte jedoch nicht als starres Konzept verstanden werden, sondern als eine übergeordnete Richtlinie, die die Absichten und Ziele des Fallmanagements zusammenführt. Verschiedene Fallmanagementkonzepte wurden in Deutschland eingesetzt. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist im Fallmanagement besonders die Entwicklung von Strategien zur Überwindung von Eingliederungshindernissen, die in möglichst enger Verbindung zum regulären Beschäftigungsverhältnis oder zum Arbeitsmarkt stehen, vorgesehen. International ist der Einsatz von Case Manager\_innen bei rehabilitativen Leistungen bereits erfolgreich erforscht worden. Die Ergebnisse sind überwiegend positiv bzgl. einer verkürzten Wiedereingliederungsphase der Patient\_innen als auch hinsichtlich der Kosteneffektivität der Leistungen. In Deutschland steigen der Bedarf und das Interesse an Fallmanagement deutlich und damit auch der Bedarf an Implementierung und Evaluation von Angeboten. So bietet die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BSH) ein psychosomatisch orientiertes Fallmanagement an (Piegza, Petermann, Bassler & Kobelt, 2013). Das Fallmanagement wird über einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt und umfasst 12 Einzelgespräche zzgl. optionaler Arbeitgebergespräche. Das Fallmanagement der DRV BSH nutzt soziale, professionelle und institutionelle Ressourcen. Vor Einführung des Fallmanagements wurden Rehabilitand\_innen einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik hinsichtlich der eingeschätzten Hilfestellung und Inanspruchnahme des Fallmanagements befragt. 74 % der Befragten gaben an, dass ihnen das Fallmanagement weiterhelfen könnte. 78 % konnten sich vorstellen, das Angebot in Anspruch zu nehmen (Piegza et al., 2013).

## **Einflussfaktoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung**

Der Prozess der Rückkehr ins Erwerbsleben (Return to Work; RTW) nach einer Erkrankung/Arbeitsunfähigkeit wird häufig nicht (mehr nur) als ein medizinisches Phänomen verstanden, sondern als multidimensionaler Prozess,

der insbesondere von psychosozialen Faktoren und einem Makrosystem aus dem Gesundheitssystem und dem Arbeits- bzw. Stellenmarkt abhängt (Costa-Black, Feuerstein & Loisel, 2013; Gragnano, Negrini, Miglioretti & Corbière, 2018). Aktuelle Übersichtsarbeiten zeigen, dass zahlreiche arbeitsbezogene, psychosoziale, organisationale, persönliche, gesundheitsbezogene und soziodemographische Faktoren Einfluss auf den RTW nehmen (Cancelliere et al., 2016; Gragnano et al., 2018; Lork & Holmgren, 2018).

In einer qualitativen Studie untersuchten Lork und Holmgren (2018), welche Lebensbereiche als subjektiv bedeutsam für die Rückkehr ins Erwerbsleben wahrgenommen werden. Die vier als besonders bedeutsam eingestuften Themenfelder waren: (1) die Wahrnehmung der eigenen Arbeitsfähigkeit, (2) das Streben nach einem aktiven und erfüllten Leben, (3) erlebte Unterstützung von anderen und (4) der Wunsch nach Kontrolle und Autonomie. Gragnano et al. (2018) untersuchten in einer Übersichtsarbeit mehrerer Reviews, welche psychologischen Variablen, abhängig von der Hauptindikation (psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologische Erkrankungen) einen RTW vorhersagen. Als relevante Prädiktoren für einen RTW nach Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung wurden Depression, Komorbidität, frühere Arbeitsunfähigkeit und höheres Alter identifiziert. Außerdem konnten insgesamt 10 Moderatoren identifiziert werden, von denen fünf den RTW erleichtern (Unterstützung durch Vorgesetzte und durch Kollegen, Arbeitsfähigkeit, RTW Erwartungen und sozioökonomischer Status) und fünf den RTW erschweren (psychologische Arbeitsanforderungen, Belastungen bei der Arbeit, Mobbing oder Gewalt bei der Arbeit, ungesunde Lebensweise und Angst) (Gragnano et al., 2018). Eine weitere Ergebnissynthese mehrerer Reviews untersuchte, welche Faktoren einen RTW fördern bzw. erschweren (Cancelliere et al., 2016). Positiven Einfluss nehmen eine höhere Bildung und ein höherer sozioökonomischer Status, eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und eine optimistische Einschätzung der Krankheitsverarbeitung und der Rückkehr ins Erwerbsleben, eine geringe Stärke der Erkrankung oder Schädigung, eine gelingende Koordination des RTW-Prozesses sowie eine multidisziplinäre Interventionen, die sowohl den Arbeitsplatz als auch die verschiedenen Teilhaber berücksichtigen. Mit einem RTW negativ assoziiert sind höheres Alter, weibliches Geschlecht, höhere Schmerzen bzw. stärkere Krankheit, Depressionen, hohe körperliche Anforderungen im Beruf, vorhergegangene Arbeitsunfähigkeit, Erwerbslosigkeit und eingeschränkte Aktivität (Cancelliere et al., 2016).

Eine Unterteilung in krankheitsabhängige und krankheitsunabhängige Faktoren, die den RTW beeinflussen, ist bei psychischen Erkrankungen nur schwer vorzunehmen, da Verlust von Interesse und Motivation (auch auf die Arbeit bezogen) häufig Teil der Angst- bzw. Depressions-

symptomatik sind (Bönisch, Gissendanner, Schmid-Ott & Petermann, 2016).

## Schlussfolgerung: Kooperation der Akteure im Versorgungssystem

Die Verhinderung und Behandlung psychischer Erkrankungen und die Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ist im Interesse vieler Akteure sowohl des Versorgungssystems als auch im Betrieb.

Im Betrieb sind mit der Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen Mitarbeitende in den Bereichen psychische Gefährdungsbeurteilung, Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Betriebliches Eingliederungsmanagement sowie Betriebsärzt\_innen involviert. Im Versorgungssystem sind Krankenkassen, Rentenversicherung, Behandler der Akut- und Rehabilitationsversorgung mit diesen Themen betraut. Eine besondere Stellung nehmen auch Hausärzt\_innen ein, die häufig erste Ansprechpartner\_innen für die Belange auch psychisch belasteter Patient\_innen sind. Immer deutlicher wird die Bedeutung der besseren Vernetzung der Stakeholder sowohl im Betrieb als auch im Gesundheitssektor.

Behandler\_innen psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer Krankenhäuser der Akut- und Rehabilitationsversorgung, Vertreter\_innen von (Betriebs-)Krankenkassen, Mitarbeitende im BGM, Betriebsärzt\_innen, Hausärzt\_innen sowie Mitarbeitende der Bundesministerien müssen an einem Strang ziehen, um die vielen in Deutschland zu Verfügung stehenden Gesundheitsleistungen effektiv zu nutzen und so die bestmögliche Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu gewährleisten. Ein erster Schritt kann die bessere Vernetzung von Prävention, Akut- und Rehabilitationsbehandlung sowie Nachsorgeleistungen darstellen. Der vorliegende Artikel stellte zum einen dar, welche Diagnostikmöglichkeiten zur Abbildung arbeitsbezogener psychischer Störungen (für die medizinische Rehabilitation) vorliegen. Zum anderen wurden verschiedene Leistungen vorgestellt, die alle zum Ziel haben, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Diese können sowohl in der psychosomatischen Rehabilitation eingesetzt werden als auch diese sinnvoll ergänzen.

## Literatur

Angerer, P., Gündel, H. & Siegrist, K. (2014). Stress: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Depression. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139, 1315 – 1320.

- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., ... Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17, 264.
- Bernstein, C. & Trimm, L. (2016). The impact of workplace bullying on individual wellbeing: The moderating role of coping. *SA Journal of Human Resource Management*, 14, 1 – 12.
- Bode, K., Maurer, F. & Kröger, C. (2017). *Arbeitswelt und psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bönisch, R., Gissendanner, S. S., Schmid-Ott, G. & Petermann, F. (2016). Arbeitsmotivation und Interesse bei depressiven Störungen: Perspektiven für die kognitive Verhaltenstherapie. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 64, 103 – 109.
- BPTK. (2015). BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Retrieved January 3, 2018, from [http://www.bptk.de/uploads/media/20150305\\_bptk\\_au-studie\\_2015\\_psychische-erkrankungen\\_und\\_kranken-geldmanagement.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20150305_bptk_au-studie_2015_psychische-erkrankungen_und_kranken-geldmanagement.pdf)
- Braun, S., Kessemeier, F., Balint, E., Schwarz, E., Hölzer, M., Gündel, H. & Rothermund, E. (2019). Psychische Erkrankungen im Arbeitskontext – eine Verortung im Versorgungssystem. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 69, 505 – 516.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 211 – 221.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C. & Stapel, M. (2011). Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Rehabilitation*, 50, 74 – 85.
- Bürger, W. & Streibelt, M. (2019). Wer profitiert von Stufenweisen Wiedereingliederungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung? – Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Die Rehabilitation*, 58, 163 – 171.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C. & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic and Manual Therapies*, 24, 32.
- Costa-Black, K., Feuerstein, M. & Loisel, P. (2013). Work disability models: past and present. In P. Loisel & J. Anema (Hrsg.), *Handbook of work disability* (S. 71 – 93). New York: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- DIMDI. (2019). ICD 11 – 11. Revision der ICD der WHO. Retrieved from <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- Ewert, T., Freudenstein, R. & Stucki, G. (2008). Die ICF in der Sozialmedizin. *Gesundheitswesen*, 70, 600 – 616.
- Flick, S. (2017). Das würde mich schon auch als Therapeutin langweilen: Deutungen und Umdeutungen von Erwerbsarbeit in der Psychotherapie. In N. Alsdorf, U. Engelbach, S. Flick, R. Haubl & S. Voswinkel (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung* (S. 215 – 237). Bielefeld: transcript.
- Franche, R.-L., Corbière, M., Lee, H., Breslin, F. C. & Hepburn, C. G. (2007). The Readiness for Return-to-Work (RRTW) scale: Development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 450 – 472.
- Fritzsche, A., Schlier, B., Oettingen, G. & Lincoln, T. M. (2016). Mental contrasting with implementation intentions increases goal-

- attainment in individuals with mild to moderate depression. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 557 – 564.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A Review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 215 – 231.
- Hanna, R., Fiedler, R. G., Dietrich, H., Greitemann, B. & Heuft, G. (2010). Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60, 316 – 325.
- ILO. (2010). ILO List of Occupational Diseases. Retrieved November 25, 2019, from [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_125137.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_125137.pdf)
- ILO. (2011). Work-related Diseases and Occupational Diseases: The ILO International List. Retrieved November 25, 2019, from <https://www.iloencyclopaedia.org/part-iii-48230/topics-in-workers-compensation-systems/36-26-workers-compensation-systems-topics-in/work-related-diseases-and-occupational-diseases-the-ilo-international-list>
- Kessemeier, F., Petermann, F., Stöckler, C., Bassler, M., Pfeiffer, W. & Kobelt, A. (2018). Förderung berufsbezogener Ziele in der psychosomatischen Rehabilitation durch Mentales Konstruieren und Wenn-Dann-Pläne. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 47, 89 – 100.
- Kessemeier, F., Stöckler, C., Petermann, F., Bassler, M., Pfeiffer, W. & Kobelt, A. (2017). Psychometrische Eigenschaften der Readiness for Return to Work Scale für Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 27, 335 – 347.
- Kobelt, A., Pfeiffer, W., Winkler, M., Bauer, V. Vom, Gutenbrunner, C. & Petermann, F. (2009). Sind Mobbingbetroffene eine besondere Patientengruppe in der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation*, 48, 312 – 320.
- Kobelt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und nachbereitung der medizinischen rehabilitation am beispiel der psychosomatischen rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 451 – 457.
- Kobelt, A., Worringer, U., Widera, T. & Muschalla, B. (2018). Psychosomatische Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation (psyRENA). *Ärztliche Psychotherapie*, 13, 30 – 34.
- Köllner, V. (2018). Der Begriff Burnout: Sinnvoller Einsatz in der Psychotherapie. *PiD – Psychotherapie Im Dialog*, 19, 23 – 27.
- Kröll, C., Doeblner, P. & Nüesch, S. (2017). Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(5), 677 – 693.
- Küch, D., Fischer, D., Zech, M., Buchfink, L., Frey, K., Kimmer, K. et al. (2013). BUSKO – Beruf und Stresskompetenz. Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (MBOR). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin Und Rehabilitation*, 91, 71 – 86.
- Löffler, S., Wolf, H. D. & Vogel, H. (2008). Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen. *Gesundheitswesen*, 70, A77.
- Lork, K. & Holmgren, K. (2018). The experience of return to work self-efficacy among people on sick leave. *Work*, 59, 479 – 490.
- Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Magnusson Hanson, L. L., Ferrie, J. E., Ahola, K., Alfredsson, L. et al. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: Systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological Medicine*, 4, 1342 – 1356.
- McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, 1, 1 – 11.
- Mittag, O., Glaser-Möller, N., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Héon-Klin, V., Raspe, A. & Raspe, H. (2003). Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Vericherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der inneren Medizin. *Sozial- Und Präventivmedizin*, 48, 361 – 369.
- Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M. & Worringer, U. (2017). Perspektiven einer Teilhabeorientierten Psychotherapie in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Rehabilitation*, 57, 233 – 238.
- Nielsen, M. B. & Einarsen, S. (2012). Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work and Stress*, 26, 309 – 332.
- Nielsen, M. B. & Einarsen, S. V. (2018). What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 42, 71 – 83.
- Nielsen, M. B., Indregard, A.-M. R. & Øverland, S. (2016). Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42, 359 – 370.
- Piegza, M., Petermann, F., Bassler, M. & Kobelt, A. (2013). Erwartungen der Patienten an ein Fallmanagement nach einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Bedarfsanalyse. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 23, 341 – 347.
- Piegza, M., Schwarze, M., Petermann, F. & Kobelt, A. (2013). Fallmanagement als innovativer Ansatz in der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 23, 348 – 352.
- Richardson, K. M. & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69 – 93.
- Ross, R. A., Foster, S. L. & Ionescu, D. F. (2017). The role of chronic stress in anxious depression. *Chronic Stress*, 1. <https://doi.org/10.1177/2470547016689472>
- Rothermund, E., Gündel, H., Rottler, E., Hölzer, M., Mayer, D., Rieger, M. & Kilian, R. (2016). Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health*, 16: 891.
- Rothermund, E., Kilian, R., Balint, E. M., Rottler, E., von Wietersheim, J., Gündel, H. & Hölzer, M. (2019). Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? *Bundesgesundheitsblatt, – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, 186 – 194.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2008). *Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)* (3rd ed.). Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
- Schwickerath, J., Kneip, V., Deselaers, M. & Becker, P. (2007). Persönlichkeitsmerkmale und chronischer Stress bei Patienten mit Mobbing Erfahrungen und deren Bedeutung für die stationäre Verhaltenstherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin Und Rehabilitation*, 77, 131 – 146.
- Streibelt, M. & Buschmann-Steinhage, R. (2011). Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 50, 160 – 167.
- Theorell, T. (2019). A long-term perspective on cardiovascular job stress research. *Journal of Occupational Health*, 61, 3 – 9.
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C. et al. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 1 – 14.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: World Health Organization.
- WHO. (2019). ICD-11 Coding Tool: Mortality and Morbidity Statistics (MMS). Retrieved from [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/en/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release)

- Zapf, D. (1999). Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift Für Arbeits- Und Organisationspsychologie*, 43, 1 – 25.
- Zwerenz, R., Becker, J., Gerzymisch, K., Siepmann, M., Holme, M., Kiwus, U. et al. (2017). Evaluation of a transdiagnostic psychodynamic online intervention to support return to work: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 12, 1 – 17.
- Zwerenz, R., Hom, B., Baumgarten, C., Dahn, I., Labitzke, N. & Gutenberg-university, J. (2019). Implementation of a web-based work-related psychological aftercare program into clinical routine: Results of a longitudinal observational study, 21: e12285.
- 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.

**Dr. rer. nat. Franziska Kessemeier**

Universität Ulm  
Kompetenzzentrum Ulm für seelische Gesundheit  
am Arbeitsplatz (LPCU)  
Kornhausgasse 9  
89073 Ulm  
Deutschland

franziska.kessemeier@uni-ulm.de



## CME-Fragen

1. **Welcher Zusatzcode der ICD-10 GM bietet die Möglichkeit Burn-Out abzubilden?**
  - a. Z60: Kontaktnähe mit Bezug auf die soziale Umgebung.
  - b. Z73: Beschreibt Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Hierunter wird auch Burn-Out subsumiert.
  - c. Es gibt keine Möglichkeit, Burn-Out in der ICD-10 abzubilden, weshalb immer der Code für eine Depression (F32.- oder F33.-) verwendet werden sollte.
  - d. Z57: Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren.
  - e. Z56: Umfasst Belastungen durch Arbeitszeiten, schwierige Arbeitsbedingungen und Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder Kollegen. Hierzu zählt auch Burn-Out.
  
2. **Welche Aussage trifft auf die ICD-11 Kodierung für Burn-Out nicht zu?**
  - a. Burn-Out ist ein Syndrom, das entsteht, wenn chronischer Stress am Arbeitsplatz nicht erfolgreich verarbeitet werden kann.
  - b. Ein Symptom bei Burn-Out ist ein Gefühl der Erschöpfung und der Verlust von Energie.
  - c. Burn-Out umfasst verschiedene Formen der Erschöpfung und der Gefühle des „Ausgebranntsein“, sei es im beruflichen oder privaten Kontext.
  - d. Symptome von Burn-Out sind die mentale Distanzierung vom Beruf, Gefühle von Negativität oder Zynismus gegenüber dem Beruf und eine verringerte Effektivität.
  - e. Burn-Out bezieht sich ausschließlich auf den beruflichen Kontext und sollte nicht auf andere Lebensbereiche übertragen werden.
  
3. **Was trifft auf medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nicht zu?**
  - a. Unter MBOR wird auch eine „Philosophie“ der Leistungserbringung im Sinne einer Rehabilitation durchdringenden Arbeitsbezugs im rehabilitativen Handeln aller Beteiligten verstanden.
  - b. Der zusätzliche Nutzen von MBOR für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen ist indikationsübergreifend gut belegt.
  - c. In der MBOR werden die üblichen Angebote der medizinischen Rehabilitation um diagnostische und therapeutische Konzepte mit deutlichem Berufsbezug erweitert.
  - d. MBOR wird in drei Stufen (A bis C) unterteilt: Je nach Ausmaß der arbeitsbezogenen Problemlage der Patient\_innen sollten therapeutische Angebote mit Berufsbezug in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden.
  - e. MBOR-Kernmaßnahmen umfassen Leistungen, die allen Patient\_innen der medizinischen Rehabilitation zukommen sollten, z.B. Schulungen zum beruflichen Verhalten und Erleben sowie Arbeitsplatztrainings.
  
4. **Welche Aussage trifft auf Stress-Management-Interventionen (SMI) zu?**
  - a. Die Durchführung von Stress-Management-Interventionen ist für alle Unternehmen verpflichtend und in den gesetzlichen Regelungen zum BGM festgelegt.
  - b. Positive Effekte von SMI auf Arbeitszufriedenheit, Arbeitsproduktivität und Absentismus sind gut belegt.
  - c. Zielt eine Intervention auf die Verbesserung der Fähigkeiten zum Umgang mit den Stressbelastungen auf Seiten der Mitarbeitenden ab, spricht man von primärpräventiven Angeboten.
  - d. Metaanalytisch sind große positive Effekte von kognitiv-behavioralen SMI auf die psychische Gesundheit der Teilnehmenden gut belegt.
  - e. Arbeitsstress ist ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen, ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre und muskuloskeletale Erkrankungen ist jedoch nicht nachgewiesen.
  
5. **Welche Aussage trifft auf den Prozess der Rückkehr ins Erwerbsleben nicht zu?**
  - a. Die verschiedenen Behandler\_innen im Versorgungssystem müssen an einem Strang ziehen, um die zu Verfügung stehenden Gesundheitsleistungen effektiv nutzen zu können.
  - b. Der Prozess der Rückkehr ins Erwerbsleben ist nicht nur eine Konsequenz einer (verbesserten) medizinischen Gesundheitslage der / des Patient\_in, sondern ein multidimensionaler Prozess, der von psychosozialen Faktoren und einem Makrosystem aus dem Gesundheitssystem und dem Arbeits- bzw. Stellenmarkt abhängt.
  - c. Eine Unterteilung in krankheitsabhängige und krankheitsunabhängige Faktoren, die den RTW beeinflussen, ist bei psychischen Erkrankungen nur schwierig vorzunehmen, da Verlust von Interesse und Motivation häufig Teil der Angst- bzw. Depressionssymptomatik sind.
  - d. Nachsorge spielt in der Versorgung psychisch erkrankter nach erfolgter medizinischer Rehabilitation eine wichtige Rolle: Etwa 90 % der Rehabilitand\_innen einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wird eine ambulante Nachsorge empfohlen.

e. Internetbasierte Nachsorge wird seitens der Therapeut\_innen ähnlich häufig empfohlen wie herkömmliche, bereits etablierte Nachsorgeangebote.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. drei richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum 13.05.2020 an die untenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

**Ira-Katharina Petras, M. Sc. Klin. Psych.**

Schriftleiterin der Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie (ZPPP)

Am Rathaus 27  
27299 Langwedel  
Deutschland

i.petras@outlook.de

## Fortbildungszertifikat

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 2 Fortbildungspunkte an.

Stempel

Zeitschrift für Psychiatrie,  
Psychologie und  
Psychotherapie  
02/2020



Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

«Psychosomatische Rehabilitation im Versorgungssystem»

**((Autorin: korrekt?))**

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a	<input type="radio"/>				
b	<input type="radio"/>				
c	<input type="radio"/>				
d	<input type="radio"/>				
e	<input type="radio"/>				

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung, Titel \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_