

**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Schleswig-Holstein**

**Effekte zweier berufsbezogener
Behandlungselemente in der
psychosomatischen Rehabilitation von
sozialmedizinischen Problempatienten -
Ergebnisse einer randomisierten Pilotstudie**

Wolfgang Bürger & Christoph Schmeling-Kludas

Abschlußbericht

September 2005

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Wolfgang Bürger, Dipl.-Psychologe

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel.: 040 42803 5141

Fax: 040 42803 4940

e-mail: buenger@uke.uni-hamburg.de

Effekte zweier berufsbezogener Behandlungselemente in der psychosomatischen Rehabilitation von sozialmedizinischen Problempatienten - Ergebnisse einer randomisierten Pilotstudie

Wolfgang Bürger & Christoph Schmeling-Kludas

1 Einleitung und Hintergrund

Einschränkungen oder gar der Verlust der Fähigkeit, einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, gehören zu den schwerwiegendsten Folgen von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Daher zählen der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Fähigkeit, am Berufsleben teilnehmen zu können, zu einer der zentralen Zielsetzungen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Entwicklung des Wunsches, wegen einer chronischen Erkrankung oder Beeinträchtigung aus dem Erwerbsleben ausscheiden oder auch wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren zu wollen, hängt von einer Vielzahl sehr unterschiedlicher Einflussfaktoren ab (vgl. zusammenfassend Bürger 1997, S. 23ff.). Sicher ist, dass nicht nur die Einschränkungen durch die Erkrankung sowie die subjektive Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit eine Rolle spielen, sondern zahlreiche weitere Faktoren wie z.B. finanzielle Überlegungen und vor allem auch das Erleben der Arbeitssituation sowie der Stellenwert der Arbeit im Leben der Betroffenen. Untersuchungen zu den Risikofaktoren für Frühberentungen und für die mangelnde Wiedereingliederung von Rehabilitanden ins Erwerbsleben legen nahe, dass die Entscheidung, an den Arbeitsplatz zurückkehren zu wollen, wesentlich von den bei der Arbeit erlebten Anforderungen und Belastungen in Relation zur subjektiv eingeschätzten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie von den erwarteten Vor- und Nachteilen einer weiteren Berufstätigkeit abhängt (vgl. Behrend 1994, Behrens 1996, Bürger 1997, Schott 1996, Wittmann et al. 1990). Dabei spielt auch eine Rolle, inwieweit positive Funktionen der Arbeit wie Tagesstrukturierung, Konfrontation mit äußeren Anforderungen, Aktivität, Anerkennung, Sinnstiftung, Selbstwertgefühl und sozialer Einbindung erfüllt werden und wie die subjektive Bilanz positiver und belastender Aspekte der Arbeit ausfällt (vgl. Bürger 1998).

Im Zuge einer Verknappung von finanziellen Ressourcen in allen sozialen Versorgungssystemen wächst der Druck zur effizienteren Mittelverwendung. Vor dem Hintergrund der o. g. Zusammenhänge setzt sich insbesondere bei den Rentenversicherungsträger immer mehr die

Erkenntnis durch, dass auch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen stärker berufsbezogen ausgerichtet werden müssen, um Frühberentungen effektiv zu verhindern oder zumindest zu verzögern (vgl. VDR 1992, 1997, BAR 1999, Bürger 1997). Entsprechend sollen bereits innerhalb der medizinischen Rehabilitation berufliche Probleme früh einbezogen und ggf. berufsfördernde Maßnahmen vorbereitet und eingeleitet werden, u. a. auch, um die erheblichen Wartezeiten auf berufliche Reha-Maßnahmen zu minimieren, die für die Betroffenen so demotivierend wirken und mit enormen Kosten für die Zahlung von Übergangsgeldern verbunden sind.

Dem vorliegenden Wissen über die Einflussfaktoren von Frühberentungen zufolge ist zu erwarten, dass es mittels eines stärkeren Einbezugs von berufsbezogenen Behandlungsbausteinen in der medizinischen Rehabilitation gelingen könnte, die Zielsetzung des Erhaltes und der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben effektiver als bisher zu verfolgen. Konzepte zu berufsbezogenen Angeboten in der medizinischen Rehabilitation existieren inzwischen auch, u. a. für die psychosomatische Rehabilitation (vgl. Bürger et al 1997). Allerdings ist der Informationsstand zu deren Nutzen und zur Frage, welche ergänzenden berufsbezogenen Angebote und Vorgehensweisen gegenüber dem traditionellen, vor allem beschwerdebezogenen Rehabilitationsangebot am effektivsten sind, noch dürftig. Hier steht die Forschung noch am Anfang.

Die wenigen vorliegenden Befunde liefern erste Hinweise, dass berufliche Belastungserprobungen, Themen zentrierte Gruppenangebote zur Bewältigung von beruflichen Belastungen und work-hardening Programme erfolgreich sein können (vgl. Beutel et al. 1998, Bürger 1997, Koch et al 2004, Zwerenz et al 2004, Greitemann et al 2004).

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse einer Pilotstudie in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik vorgestellt, in der 1. eine gründliche berufsbezogene Anamnese im Rahmen der Einzelgespräche und 2. ein Themen zentriertes Gruppenangebot „Arbeit und Beruf“ durchgeführt wurden und dabei systematisch auch eine Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach Wiedereingliederung oder Ausstieg aus der Arbeit sowie mit belastenden und protektiven Aspekten der Arbeitssituation angestrebt wurde. Das Angebot richtete sich vor allem an solche Patienten, die ein erhöhtes Risiko für eine nicht erfolgreiche berufliche Reintegration aufweisen („sozialmedizinische Problempatienten“).

2. Methode

2.1 Studiendesign und Erhebungsmethode

Die vorliegende Untersuchung wurde als Pilotstudie an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger Kliniken Gruppe durchgeführt und vom Verein zur Förderung der Rehabilitationswissenschaften der LVA Schleswig-Holstein (vffr) gefördert.

Durchgeführt wurde eine kontrollierte Studie mit randomisierter Zuweisung zum berufsorientierten Behandlungsangebot. Eingeschlossen wurden alle sogenannten sozialmedizinischen Problempatienten im Erhebungszeitraum, die maximal 57 Jahre alt sind und deren Rehabilitation von einer LVA oder der BfA finanziert wurde. Als sozialmedizinische Problempatienten wurden hier arbeitslose und berufstätige Patienten bezeichnet, welche lange Arbeitsunfähigkeitszeiten (mehr als 3 Monate vor Beginn der Rehabilitation) aufweisen und/oder einen Rentenwunsch haben (laufendes Verfahren oder Antragsabsicht).

Die Erhebung fand als Fragebogenerhebung über einen Zeitraum von 9 Monaten im Jahr 2004 statt. Die Patienten wurden zu Beginn und am Ende ihres Klinikaufenthaltes mithilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Ergänzend wurden Daten aus dem Deckblatt des Entlassberichtes verwendet.

Mithilfe des standardisierten Fragebogens werden Daten zur Erkrankung, zur Symptomatik und zur Chronifizierung, zu Beeinträchtigungen durch die Erkrankung, zu Erwartungen an die Behandlung und vor allem auch zur Berufssituation, zur Einstellung zur Erwerbstätigkeit, zu beruflichen Belastungen und zur beruflichen Perspektive der Versicherten erhoben.

Bei Ende des Klinikaufenthaltes werden erneut Einschätzungen zur Symptomatik und zu Beeinträchtigungen, zur Bewertung des Klinikaufenthaltes und speziell der Hilfestellungen im beruflichen Bereich sowie zur beruflichen Perspektive erfragt.

An gut etablierten Fragebogenverfahren wurden u. a. folgende Verfahren eingesetzt: verschiedene Aspekte der Arbeitszufriedenheit (vgl. Leititems des Arbeitsbeschreibungsbogen ABB von Neuberger & Allerbeck 1978) sowie die Hospital Anxiety and Depression Scale zur Erhebung von Ängstlichkeit und Depressivität (HADS, Herrmann, Buss, Snaith 1995).

Statistisch wurden die Daten auf einem PC mithilfe des Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Version 12) verarbeitet. An statistischen Auswertungsverfahren werden deskriptive Statistiken (Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertberechnungen), Verfahren der prüfenden Statistik (t-Tests für unabhängige Stichproben, bei Nominaldaten Chi-Quadrat-

Tests) und an multivariaten Verfahren Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Signifikanzprüfungen erfolgten zweiseitig. In den Grafiken ist jeweils der Standardfehler des Mittelwertes (SE) angegeben. Bei den Prüfstatistiken werden jeweils Größen mitgeteilt ("*f*" bei Varianzanalysen und "*d*" bei t-Tests und " Φ " bei χ^2 -Tests), die eine Beurteilung der Stärke des Effektes erlauben.

2.2 Teilnahmequoten und Stichprobenbeschreibung

Im Untersuchungszeitraum wurden von den Ärzten der Reha-Klinik 199 Patienten als sozialmedizinische Problempatienten gemeldet und zur Studienteilnahme angesprochen. Davon erklärten sich 64 mit der Teilnahme an der Befragung nicht einverstanden, weitere 6 brachen die Behandlung vorzeitig ab oder konnten aus therapeutischen Überlegungen nicht randomisiert der Experimental- oder Kontrollgruppe zugeordnet werden, so dass schließlich 129 Teilnehmer in der Studie verblieben. Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer unterscheiden sich weder im Hinblick auf Alter und Geschlecht noch Diagnosegruppen signifikant. Für die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer liegen auch Einschätzungen zum Entlasszeitpunkt und Daten aus dem Deckblatt des Entlassbericht vor.

Aufgrund einer begrenzten Zahl an Therapieplätzen in der Themen zentrierten Gruppe „Arbeit und Beruf“ wurde im Verhältnis 2:1 randomisiert, so dass 41 Teilnehmern am berufsorientierten Behandlungsangebot 88 Patienten in der Kontrollgruppe gegenüberstanden (vgl. Tab. 1).

Tab. 1 Teilnehmerzahlen

	N (%)
Einschlusskriterien	199
Bereitschaft Studienteilnahme	136
Randomisierung möglich	129
Entlassfragebogen	95 (74%)
Deckblatt RV-Träger	115 (89%)
Experimentalgruppe	41 (32%)
Kontrollgruppe	88 (68%)

Bei den Erstdiagnosen (ICD-10) überwiegen in der Untersuchungsstichprobe affektive Störungen mit einem Anteil von über 56 %, häufigste Einzeldiagnose ist hier die rezidivierende depressive Störung mit 36 %. Dahinter folgen die Diagnosen des Kapitels F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit einem Anteil von 28 %, häufigste Einzeldiagnose ist hier die F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und

Anpassungsstörungen). Die HADS-Ergebnisse sind mit Werten von jeweils etwa 12 sowohl für Depressivität als auch Angst klinisch auffällig und entsprechen den Werten bei vergleichbaren Stichproben (vgl. Herrmann, Buss, Snaith 1995).

Die mittlere Dauer des Behandlungsleidens wird von den Patienten mit 6.4 Jahren angegeben, 64 % geben an, mindestens eine ambulante psychotherapeutische Vorbehandlungen absolviert zu haben.

Die Auswahl der Studienteilnehmer als „sozialmedizinische Problempatienten“ spiegelt sich deutlich in den Stichprobenmerkmalen wieder (vgl. Tab. 2).

Tab. 2 Stichprobenbeschreibung (n =129)

Alter (21-57)	45
Anteil Frauen	74%
höchster Schulabschluss	
Hauptschule	33%
Mittlere Reife	37%
Abitur	13%
Diagnosegruppen	
F3	56%
F4	28%
Dauer der Erkrankung	6,4 Jahre
amb. psychotherap. Vorbehandlung	64%
HADS-Werte Depressivität	12
HADS-Werte Angst	12
berufstätig	77%
arbeitslos	17%
Mittelwert: Fehltage im Jahr vor Reha	176
Rentenantrag geplant	16%
Rentenantrag gestellt	6%
Zufriedenheitsquote mit Arbeit	38%

So geben die Patienten Fehlzeiten im Jahr vor dem Klinikaufenthalt von durchschnittlich 176 Tagen an. 6 % der Befragten gibt ein laufendes Rentenverfahren, weitere 16 % geben an, einen Rentenantrag zu planen. Die Zufriedenheitsquoten mit der Arbeit liegen mit 38 % deutlich unter denen vergleichbarer Studien (vgl. Bürger 1997), in denen sich meist knapp 2/3 der Befragten als zufrieden einstufen. Auch die Selbsteinschätzungen zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu Beginn des Klinikaufenthaltes spiegeln die hohe sozialmedizinische Gefährdung, über die Hälfte der Betroffenen schätzen ihre Tagesbelastbarkeit auf weniger als 3 Stunden ein (vgl. Abb. 1).

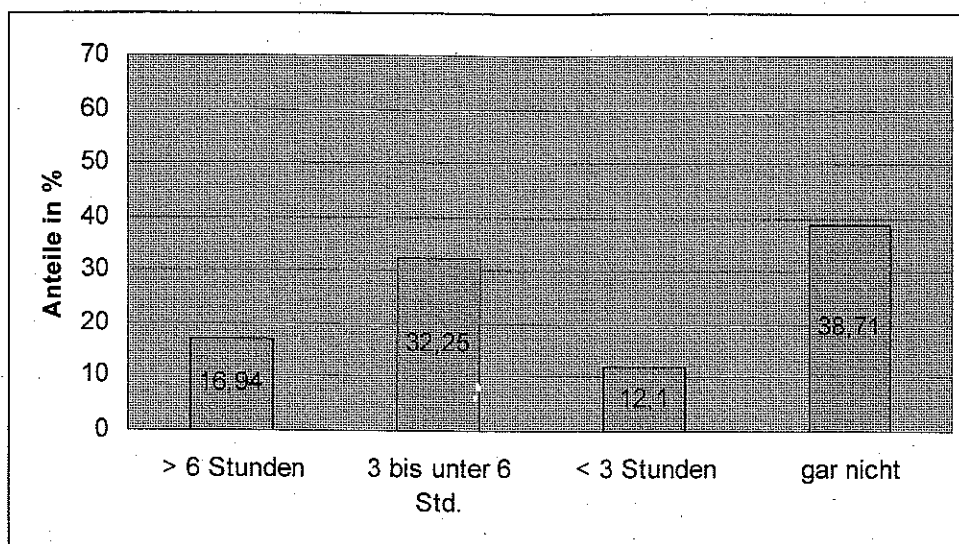


Abb. 1: Patientenangaben bei Aufnahme zur Einschätzung des zeitlichen Umfangs, zu dem Arbeit angesichts der beruflichen Leistungsfähigkeit ausgeübt werden kann (N=124)

2.3 Vergleichbarkeit von Bedingungen in der Kontroll- und Experimentalgruppe

Anhand der zu Beginn des Klinikaufenthaltes erhobenen Daten wurde kontrolliert, inwieweit Patienten der Experimental- und Kontrollgruppe vergleichbare Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation im Sinne der Zielsetzung der Wiedereingliederung aufweisen. Dabei wurden neben demographischen Daten wie Alter, Geschlecht, Schul- und Ausbildungsstand, auch Patientenangaben zum Krankheitsbild, zur Schwere und Chronifizierung der Symptomatik, zu erlebten Beeinträchtigungen durch die Erkrankung in verschiedenen Lebensbereichen, zu den Fehlzeiten im Jahr vor dem Klinikaufenthalt, zu Arbeitsbelastungen und -zufriedenheit sowie Einschätzungen zur beruflichen Leistungsfähigkeit und zur Prognose der zukünftigen Erwerbsfähigkeit berücksichtigt. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Geprüft wurde auch, inwieweit beide Gruppen eine vergleichbare „Dosis“ (incl. des berufsorientierten Angebotes) an Behandlungsangeboten erhielten. Dabei zeigt sich, dass die Patienten der Interventionsgruppe mit etwa 6,5 Stunden an psychotherapeutischen Einzelgesprächen (Umfang der Einzelgespräche in Stunden, $t=0,614$, $df=113$, $p=.51$, $d=0,14$) und mit etwa 28 psychotherapeutischen Leistungen während der Rehabilitation (Anzahl der Leistungen des Kapitels r der KTL, $t=.391$, $df=113$, $p=.70$, $d=0,03$) einen vergleichbaren Umfang an Psychotherapie erhielten wie die Kontrollgruppe (vgl. Abb. 2). Gleiches gilt für die Gesamtzahl aller Anwendungen, die dann auch Bewegungstherapie, Physikalische Therapie usw. enthielt ($t=1,234$, $df=113$, $p=.22$, $d=0,26$). Evaluert wurde somit eine

inhaltliche Veränderung im Rahmen der Einzeltherapie (Berufsanamnese) und eine thematisch auf Arbeit und Beruf ausgerichtete Gruppentherapie bei gleicher Psychotherapie- und Gesamttherapiedosis in beiden Studienarmen.

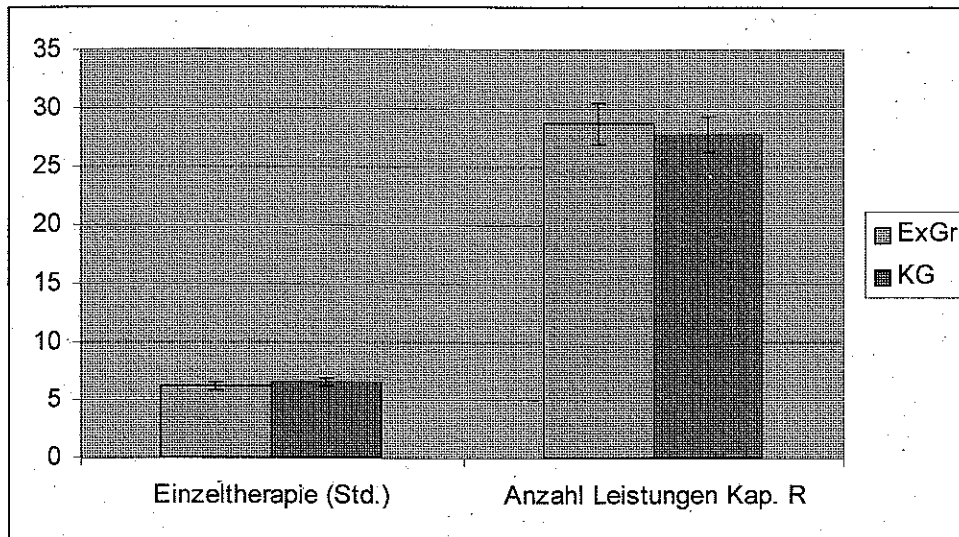


Abb. 2: Umfang der Einzeltherapie und der psychotherapeutischen Leistungen (Kapitel r lt. KTL) bei Patienten der Experimental- und Kontrollgruppe (N=15)

2.4 Beschreibung des Treatments in der Behandlungs- und Kontrollgruppe

Die beiden Studienarme sahen wie folgt aus:

Kontrollgruppe

Sozialmedizinische Problempatienten, die der Kontrollgruppe zugeordnet wurden, erhielten das Standardprogramm der Klinik. Dies beinhaltet nach einer differenzieller Indikationsstellung (s. Boll-Klatt et al. 2005) entweder eine tiefenpsychologisch orientierte Einzelpsychotherapie oder eine verhaltenstherapeutisch orientierte Einzeltherapie. Alle Patienten erhalten darüber hinaus ein individuell je nach Problemlage und Bedarf orientiertes gruppenpsychotherapeutisches Angebot, z.B. eine thematisch offene tiefenpsychologisch arbeitende Gruppe, eine Themen zentrierten Gruppe, oder ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Angebot wie z.B. eine sozialen Kompetenzgruppe.

Das Standardangebot der Klinik ist in den letzten 10 Jahren insgesamt deutlich stärker auf berufliche Themen ausgerichtet worden. So wurde eine Übungsfirma für ein tätigkeitsbezogenes Training und interne Belastungserprobungen etabliert, die inzwischen aber aus organisatorischen und Kostengründen wieder aufgegeben werden musste. Als bleibender Effekt der Übungsfirma blieb aber bei allen Ärzten und Psychotherapeuten eine deutlich

stärkere Orientierung auf berufliche Fragestellungen zurück. Des Weiteren gibt es in der Klinik wöchentliche Konferenzen für die Erörterung schwieriger sozialmedizinischer Fragestellungen. Die Doppelrolle als Behandler, insbesondere als Psychotherapeut einerseits und als Gutachter andererseits, ist in der Klinik Gegenstand ständiger Reflexion (s. hierzu ausführlich Schmeling-Kludas und Boll-Klatt 2003), und schließlich ist das Thema Arbeit und Beruf auch in der Psychoedukation für alle Patienten präsent, da ein flächen deckend angebotenes psychoedukatives Seminar zu allgemeinen Themen der Psychosomatik und ihrer Behandlungsansätze ebenfalls das Thema Arbeit und Beruf aufgreift. Schließlich gilt für sozialmedizinische Problempatienten, dass sie in einer Chefarztvisite in der 3. Aufenthaltswoche über die voraussichtliche sozialmedizinische Begutachtung der Klinik informiert werden, d. h. dass entsprechend betroffene Patienten nach 2 bis 2 ½ Wochen erfahren, wenn die Klinik mit ihrem Gutachten den Rentenwunsch der Patienten nicht unterstützen wird.

Experimentalgruppe

Patienten der Experimentalgruppe erhalten „parallel“ zum Standardprogramm der Klinik das nachfolgend beschriebene modifizierte berufsbezogene Angebot. Die Berufsanamnese ersetzt einen Teil der sonst sehr ausführlichen biographischen Anamnese, die Gruppe „Arbeit und Beruf“ ein anderes psychotherapeutisches Gruppenangebot, so dass vergleichbare „Psychotherapie-Dosen“ resultieren.

1. Berufsanamnese:

Nach dem Erstgespräch in der Einzelpsychotherapie wird mit den Patienten ausführlich über die berufliche Biographie und ihre Erfahrungen in der Arbeitswelt gesprochen. Im Mittelpunkt steht dabei die psychotherapeutische Analyse der Folgen und des Umgangs mit kränkenden und belastenden Erfahrungen im Verlauf der beruflichen Karriere einerseits und der Nutzung von Ressourcen und positiven Aspekten der Arbeit andererseits. Durch die Berufsanamnese sollen die Patienten für eine Reflexion ihres spezifischen Umgangs mit denjenigen Erfahrungen sensibilisiert werden, die u. U. Anlass dafür waren, einen Rückzug aus dem Erwerbsleben als Lösung für soziale Konflikte am Arbeitsplatz, enttäuschte Berufskarrieren usw. zu wählen.

2. Themen zentrierte Gruppe „Arbeit und Beruf“:

Das berufsorientierte Gruppenangebot ist in Form einer halb offenen Themen zentrierte Gruppe mit max. 9 Teilnehmern konzipiert. Thematisch konzentriert sie sich auf die

berufliche Wiedereingliederung. Der Schwerpunkt der Gruppenarbeit liegt auf einer Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen, die als alleinige Lösung einen Ausstieg aus dem Arbeitsleben möglich erscheinen lassen.

Didaktisch wird mit Kurzreferaten, Themen zentrierten Gruppendiskussionen, Kleingruppenarbeit zu vorgegebenen Themen, Rollenspielen sowie Frage- und Antwortstunden zu sozialmedizinischen oder betriebsrechtlichen Fragestellungen gearbeitet. Dabei wird in Anlehnung an das Arbeitspanorama nach Heini et al. (1983) die eigene Lebensgeschichte in Bezug auf Arbeit und Leistung mit ihren vielfältigen emotionalen, sozialen und ggf. auch medizinisch relevanten Facetten dargestellt, eine besondere Betonung liegt dabei auf der aktuellen Arbeitssituation.

Das Gruppenangebot ist weitgehend manualisiert, wobei sich an eine entsprechend strukturierte Arbeitsphase immer eine zweite anschließt, die sich gezielt an den individuellen Problemen der jeweiligen Teilnehmer orientiert. Im einzelnen werden folgende Themen bearbeitet: Die Entwicklung zum sozialmedizinischen Problempatienten, rechtliche Grundlagen von Rehabilitation und Berentung sowie daraus resultierende Anforderungen und Hilfen, eine Kosten-Nutzen-Analyse des Verbleibs bzw. des Verlassens der Arbeitswelt (Arbeit als Wert, z. B. zur Strukturierung des Tagesablaufs, zur Herstellung von Sozialkontakten, als Quelle von Anerkennung, zum Ausleben von „Funktionslust“ usw.), Konfliktmanagement, Stressbewältigung, Teamfähigkeit sowie eine Analyse des eigenen Verhaltens am Arbeitsplatz (Engagement und Selbstüberforderung versus Abgrenzung und innere Emigration).

Die Gruppe wird von einem Psychotherapeuten geleitet, der dieses Angebot mitkonzipiert hat und bereits 2 Jahre Erfahrung mit diesem Angebot aufwies.

Untersucht wird in der Pilotstudie damit der Effekt zweier spezifischer neuer berufsbezogener Behandlungselemente innerhalb eines Standardsettings, das in vielen Aspekten bereits stark auf die Thematik Arbeit und Beruf ausgerichtet ist. Dies gilt umso mehr, als die Einzeltherapeuten, die im Interventionsarm die Berufsanamnesen durchführten, auch für die Standardbehandlung bei der Kontrollgruppe zuständig sind und es natürlich nicht auszuschließen ist, dass dadurch auch die biographischen Anamnesen im Rahmen des Standardangebotes berufliche Aspekte stärker berücksichtigen, wie es in der medizinischen Rehabilitation ja auch grundsätzlich sehr erwünscht ist.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden Ergebnisse zur Frage dargestellt, wie Teilnehmer an dem berufsorientierten Behandlungsangebot den Klinikaufenthalt insgesamt und speziell das berufsbezogene Angebot im Vergleich zur Kontrollgruppe bewerten und ob sich hinsichtlich der beruflichen und sozialmedizinischen Problemlagen unterschiedliche Erfolge des Klinikaufenthaltes nachweisen lassen.

3.1 Bewertungen des berufsbezogenen Behandlungsangebotes durch die Patienten

Patienten beider Gruppen bewerten den Klinikaufenthalt insgesamt vergleichbar positiv ($t=0,498$, $df=99$, $p=0,619$) und würden die Klinik zu vergleichbaren Anteilen weiterempfehlen ($t=0,54$, $df=99$, $p=0,957$). Auch die Einschätzung zur Veränderung des Beschwerdebildes unterscheidet sich zwischen beiden Gruppen nicht bedeutsam ($t=0,835$, $df=97$, $p=0,406$).

Drei Viertel der Patienten der Experimentalgruppe (74,2 %) erklärten am Ende ihres Klinikaufenthaltes, auch retrospektiv mit der Teilnahme am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt einverstanden gewesen zu sein. Für die Akzeptanz des berufsbezogenen Behandlungsangebotes spricht auch, dass die Teilnahme am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt nicht mit einem häufigeren Abbruch der stationären Behandlung verbunden ist, tendenziell sind in der Kontrollgruppe eher mehr Abbrecher (8 % gegenüber 3 % in der Experimentalgruppe) zu verzeichnen.

Die Teilnahme am berufsbezogenen Schwerpunkt schlägt sich erwartungsgemäß deutlich in der Einschätzung nieder, wie häufig das Thema „Arbeit und Beruf“ Gegenstand der Therapie war. Hier geben Teilnehmer am berufsbezogenen Schwerpunkt bedeutsam häufiger an, dass diese Thematik Gegenstand der Therapie war ($t=2,043$, $df=98$, $p<0,01$, $d=1,22$). Dies geschieht offenbar nicht gravierend zulasten anderer Themenbereiche, wie die nachfolgende Grafik zeigt. Lediglich das Thema Familie und Partnerschaft wird von den Teilnehmern des Gruppenangebotes „Arbeit und Beruf“ signifikant als seltener bearbeitet eingeschätzt ($t=2,909$, $df=97$, $p=0,05$, $d=0,59$). In allen anderen Themenbereichen zeigen sich keine signifikanten Bewertungsunterschiede zwischen beiden Gruppen.

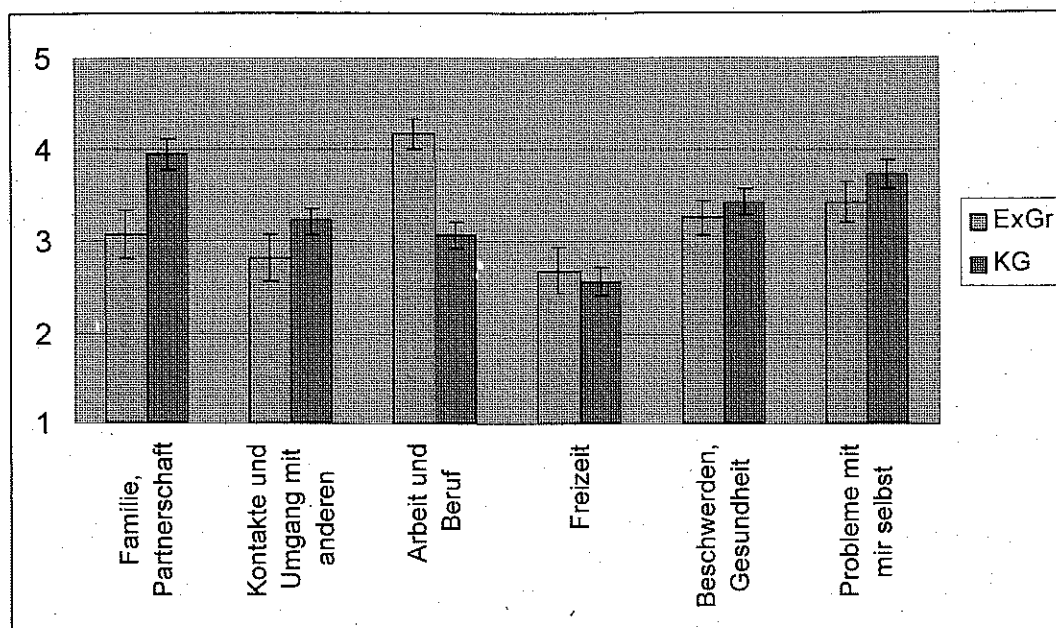


Abb. 3: Patientenangaben zur Häufigkeit verschiedener Themen in der Therapie von 1=nie bis 5=sehr häufig (N=97)

65 % der Teilnehmer am speziellen berufsbezogenen Behandlungsangebot bewerten das Angebot der Klinik für berufliche Problemlagen positiv und damit, wie die Mittelwertsunterschiede in Abbildung 4 zeigen, signifikant besser ($t=2,216$, $df=89$, $p=0,029$, $d=0,54$) als Patienten der Kontrollgruppe.

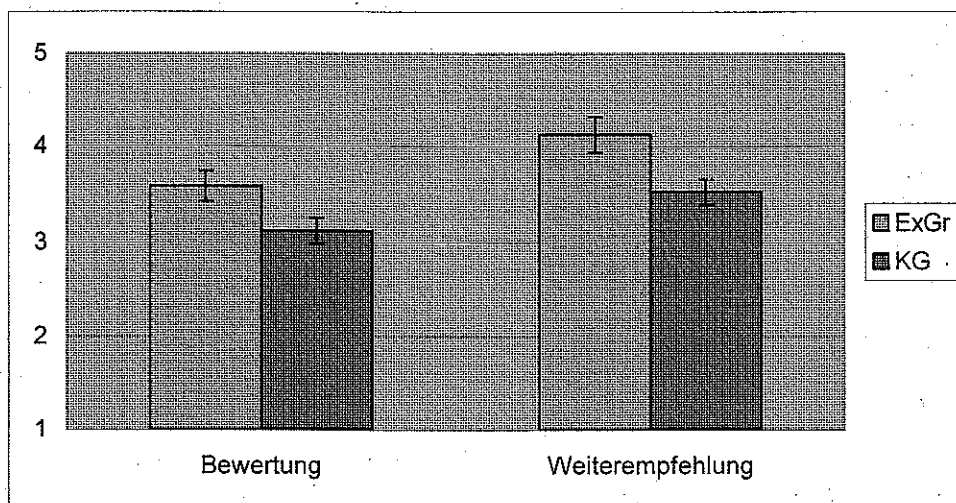


Abb. 4: Patientenangaben zur Bewertung des berufsbezogenen Behandlungsangebotes der Klinik und zur Weiterempfehlung der Klinik bei beruflichen Problemen von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv (N=91)

80 % der Experimentalgruppe würden die Klinik für Patienten mit beruflichen Problemlagen weiterempfehlen, in der Kontrollgruppe liegt dieser Prozentsatz mit 47 % deutlich geringer, auch hier zeigen die Mittelwerte einen signifikanten Unterschied ($t=2,632$, $df=89$, $p=010$, $d=0.58$, vgl. Abb. 4).

3.2 Veränderungen im Erleben der Arbeitssituation

Zunächst wird geprüft, inwieweit sich bei Teilnehmern am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt und bei Patienten der Kontrollgruppe im Verlauf des Klinikaufenthaltes Veränderungen im Erleben der Arbeitssituation ergeben.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt und verschiedenen Einzelaspekten der Arbeit zeigen sich kaum Veränderungen. Patienten bewerten ihre Gesamtarbeitszufriedenheit zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes ähnlich wie kurz vor der Entlassung, dies gilt gleichermaßen für Treatment- und Experimentalgruppe. Schwache Effekte zeigen sich bei Betrachtung der zehn Einzelaspekte in dem Sinne, dass Patienten der Treatmentgruppe im Verlauf des Klinikaufenthaltes sich etwas unzufriedener zum Arbeitsklima äußern, während diese Bewertung in der Kontrollgruppe am Ende eher etwas günstiger ausfällt (Gruppe x Zeit: $F=3.76$, $p=056$, $\eta^2=041$). Umgekehrt wächst die Zufriedenheit mit dem beruflichen Werdegang bei Patienten im berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt etwas, während sie bei Patienten der Kontrollgruppe unverändert bleibt (Gruppe x Zeit: $F=2.82$, $p=097$, $\eta^2=032$). Die Effekte sind aber sehr schwach.

Zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes wurde auch gefragt, wie Patienten ihren Einfluss auf verschiedene Aspekte der Arbeitssituation erleben (z. B. Verhältnis zu Kollegen, Arbeitsbelastung etc.). Die nachfolgende Grafik (Abb. 5) zeigt, dass hohe Anteile der Befragten angeben, wenig Einfluss auf die Arbeitssituation zu haben. Am häufigsten wird noch Einfluss auf das Verhältnis zu Kollegen und auf die Art und Weise erlebt, wie die Tätigkeit verrichtet wird. Betrachtet man die entsprechenden Patientenangaben am Ende des Klinikaufenthaltes, zeigen sich keine bedeutsamen Veränderungen, dies gilt gleichermaßen für die Treatment- als auch die Kontrollgruppe.

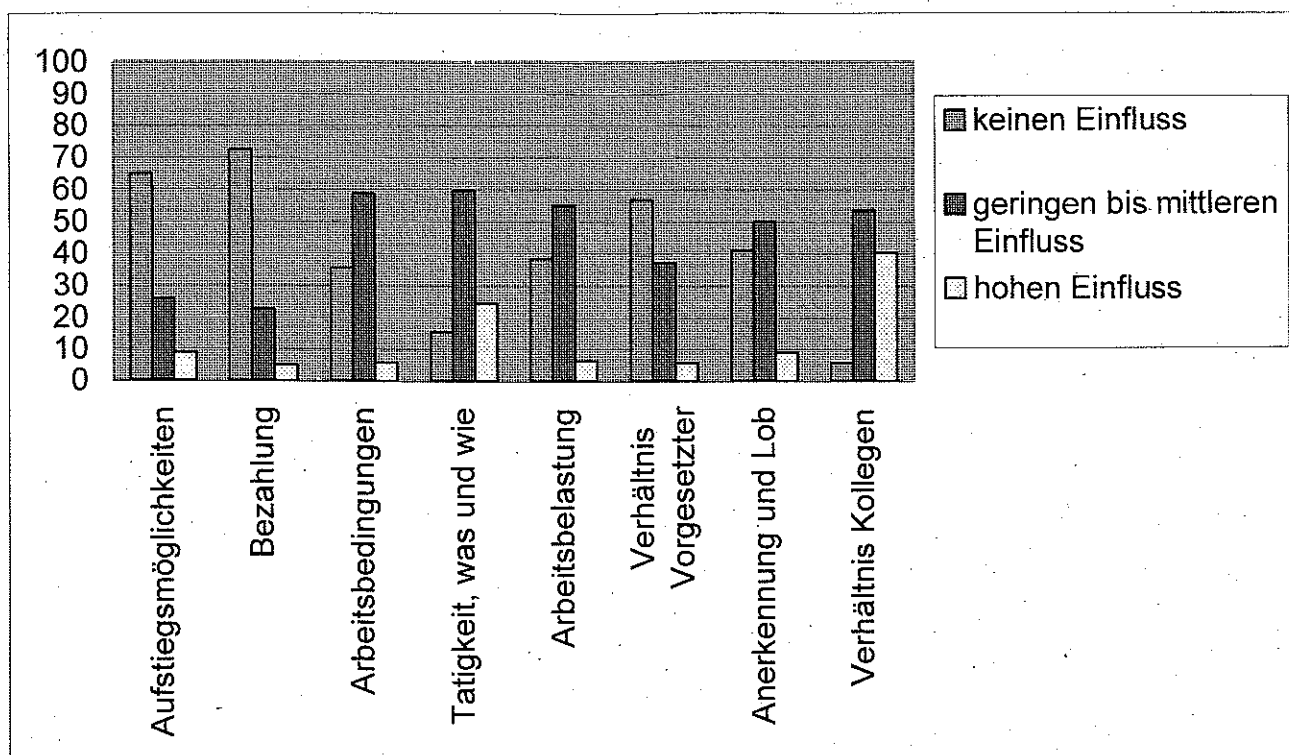


Abb. 5: Patientenangaben zu Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz zu Beginn des Klinikaufenthaltes (N=20)

Auch hinsichtlich der Frage, welche Bedeutung die berufliche Tätigkeit für Patienten hat, ob sie vor allem arbeiten, um den Lebensunterhalt zu verdienen, weil ihnen die Tätigkeit Spaß macht, weil sie bei der Arbeit berufliche Anerkennung erleben u. ä., zeigen Varianzanalysen mit Messwiederholung jeweils weder bedeutsame Veränderungen in der Gesamtgruppe noch unterschiedliche Veränderungen in Abhängigkeit von der Teilnahme am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt.

Zur Frage danach, was sich durch den Klinikaufenthalt bei der Arbeit verändern wird, geben etwa ein Drittel der Befragten Verbesserungen im Hinblick auf größere Ausgeglichenheit, bessere körperliche Leistungsfähigkeit, bessere Konzentrationsfähigkeit und mehr Selbstbewusstsein an (vgl. Abb. 6). Deutlich seltener erwarten Patienten Verbesserungen im Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten. Die entsprechenden Einschätzungen unterscheiden sich aber nicht zwischen Teilnehmern am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt und den Patienten in der Kontrollgruppe.

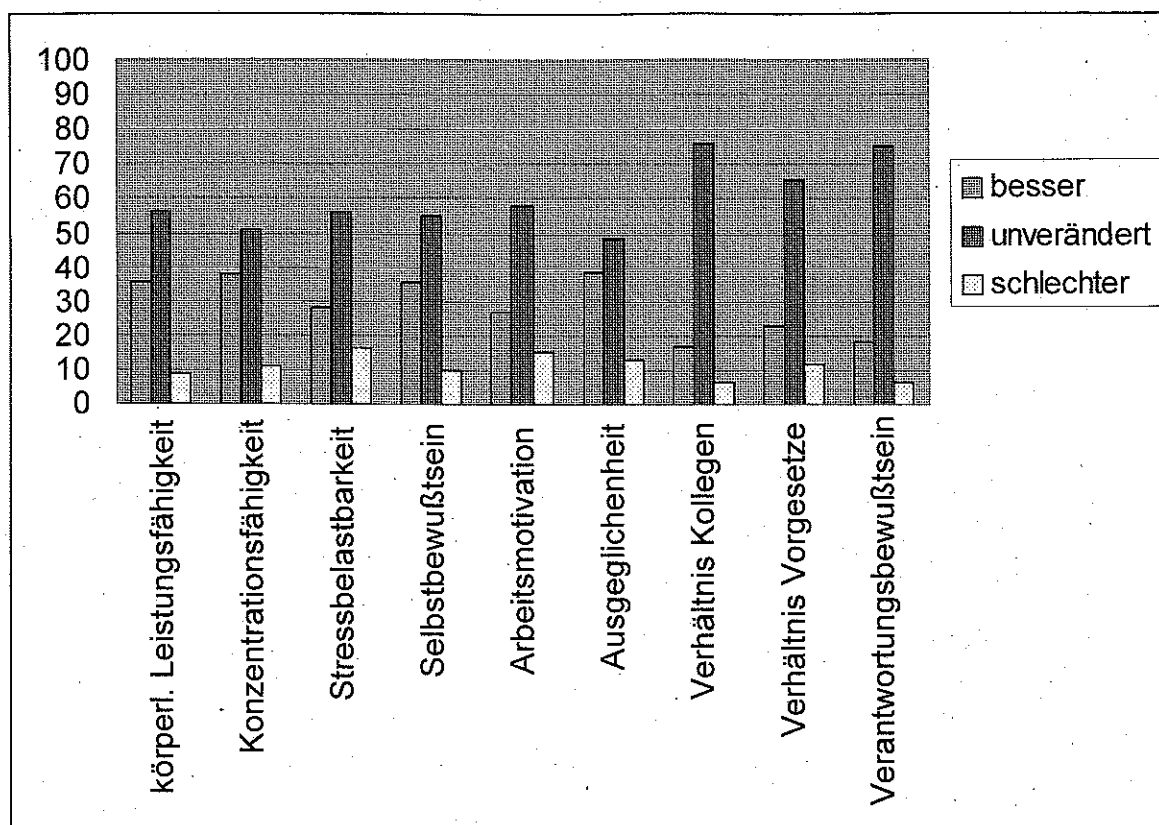


Abb. 6: Patientenangaben zu erwarteten Veränderungen am Arbeitsplatz durch den Klinikaufenthalt in verschiedenen Bereichen (N=93)

Betrachtet man, in welchen Bereichen Patienten des berufsbezogenen Behandlungsschwerpunktes am Ende ihres Klinikaufenthaltes am ehesten Hilfestellung gegenüber Patienten der Kontrollgruppe erleben (vgl. Abb. 7), zeigt sich dies vor allem in der Bewältigung von Belastungen und Problemen am Arbeitsplatz ($t=2,928$, $df=94$, $p<01$, $d=0.52$), hinsichtlich Beratung bei sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen ($t=3,515$, $df=91$, $p<01$, $d=1.33$), bei der Erarbeitung von Lösungen von beruflichen Problemen ($t=3,335$, $df=95$, $p<01$, $d=1.20$) sowie beim Versuch, eine neue Einstellung zur Arbeit zu finden ($t=2,624$, $df=95$, $p=010$, $d=1.16$).

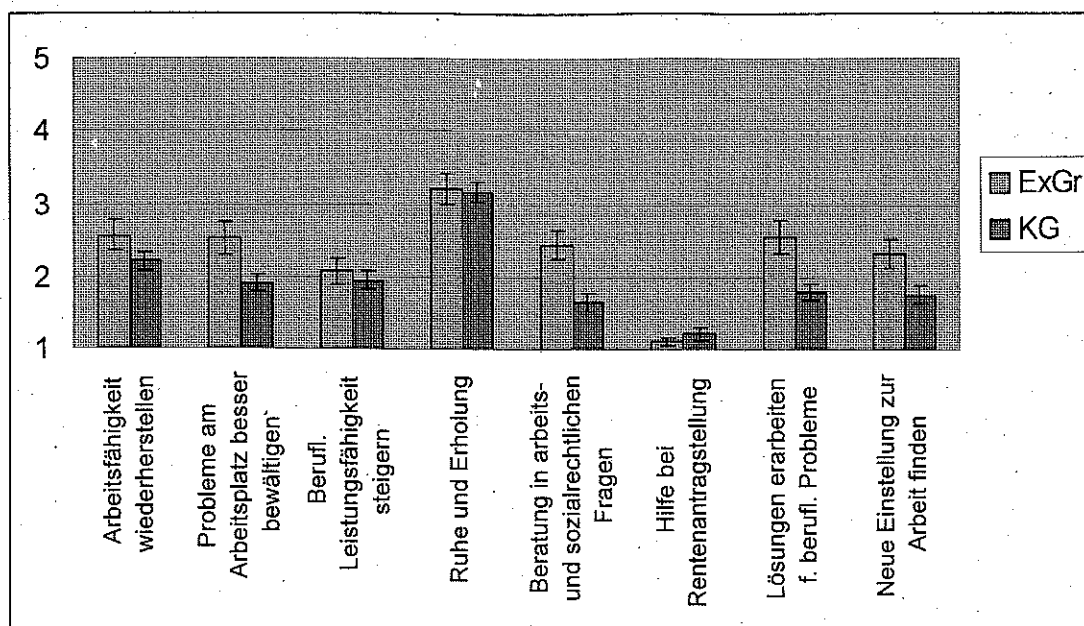


Abb. 7: Patientenangaben zur Hilfestellung durch den Klinikaufenthalt bei verschiedenen berufsbezogenen Bereichen von „1=überhaupt nicht“ bis „5=sehr stark“ (N=90)

3.3 Entlassstatus und Sozialmedizinische Erfolgsindikatoren

Nachfolgend wird dargestellt, ob sich die Gruppen in ihrem Entlassstatus unterscheiden und wie sich andere Risikofaktoren für eine nicht erfolgreiche Wiedereingliederung in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu der Gruppe mit berufsbezogenem Behandlungsschwerpunkt bzw. zur Kontrollgruppe entwickelt haben.

Die besonderen sozialmedizinischen Probleme der insgesamt hier betrachteten Patientengruppe bestätigen sich auch noch einmal bei der Betrachtung des Entlassstatus. Insgesamt wurden nur 30,3 % der Patienten als arbeitsfähig entlassen und mehr als ein Fünftel (22.1 %) als unter 3-stündig belastbar eingestuft. Häufig wurden im negativen Leistungsbild auch Einschränkungen im Hinblick auf die Schwere der Arbeit und die Arbeitshaltung angegeben.

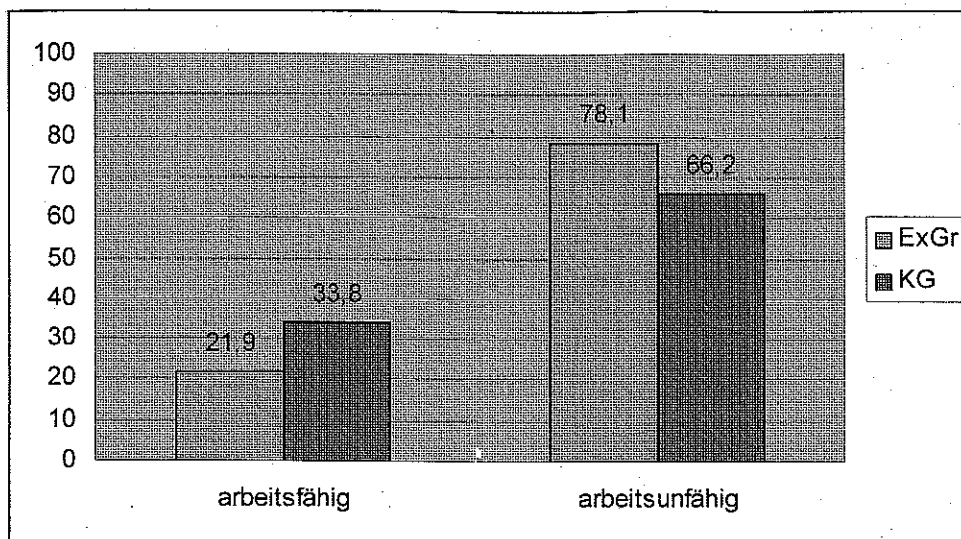


Abb. 8: Entlassstatus als „arbeitsfähig“ bzw. „arbeitsunfähig“ bei Patienten der Experimental- und Kontrollgruppe, Anteile in % (N=109)

Patienten, die am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt teilgenommen haben, werden etwas häufiger arbeitsunfähig entlassen als Patienten der Kontrollgruppe, dieser Unterschied ist aber statistisch nicht überzufällig ($\chi^2=1,514$, $p=218$, vgl. Abb. 8). Betrachtet man die ärztlichen Einschätzungen zum zeitlichen Umfang, in dem die letzte Tätigkeit laut Entlassurteil noch ausgeübt werden kann, zeigt sich ebenfalls kein überzufälliger Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe ($\chi^2=1,177$, $p=555$, vgl. Abb. 9).

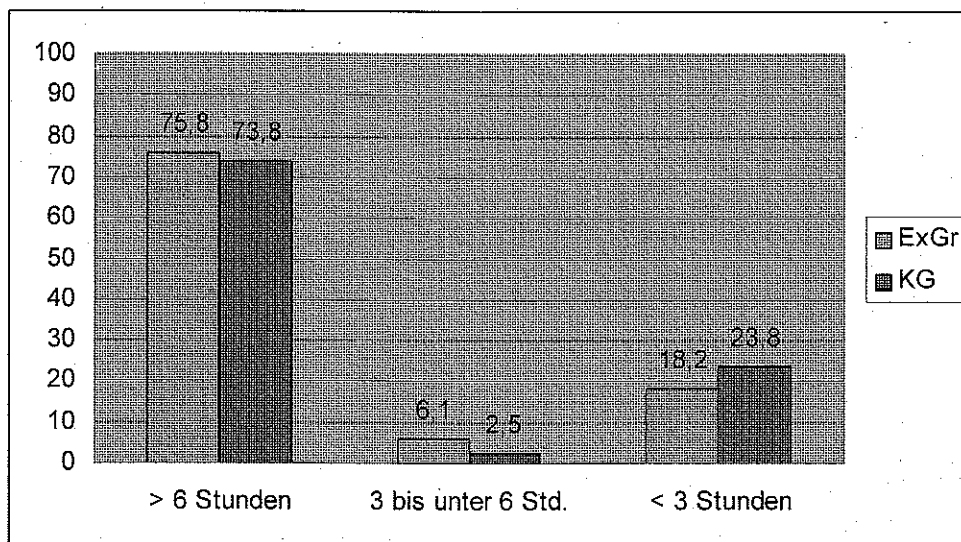


Abb. 9: Zeitlicher Umfang, in dem die letzte Tätigkeit lt. Entlassbericht noch ausgeübt werden kann bei Patienten der Experimental- und Kontrollgruppe, Anteile in % (N=113)

Da im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie keine katamnestiche Befragung nach der Entlassung aus der Rehabilitation durchgeführt werden konnte, können keine Quoten von tatsächlich erfolgreich Wiedereingegliederten angegeben werden.

Da subjektive Prognosen der Erwerbstätigkeit von Patienten am Ende ihrer Rehabilitation einen bedeutsamen prädiktiven Wert für den Verbleib bzw. den Ausstieg aus dem Erwerbsleben nach der Rehabilitation haben (vgl. Bürger et al 2001, Mittag & Raspe 2003), wird hier mithilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung geprüft, inwieweit sich diese Einschätzungen im Verlauf der Rehabilitation bei beiden Gruppen unterschiedlich verändern.

Zunächst zeigt sich, dass die Selbsteinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit (5fach abgestuft von „voll leistungsfähig“ bis „nicht erwerbsfähig“) sich im Verlauf des Klinikaufenthaltes bei allen Patienten hochsignifikant verbesserte (Zeit: $F=19.9$, $p<0.1$, $\eta^2=.179$), ein Wechselwirkungseffekt im Sinne einer etwas günstigeren Entwicklung bei den Teilnehmern des berufsbezogenen Behandlungsschwerpunktes ist statistisch nicht abzuschließen (Gruppe x Zeit: $F=.862$, $p=.356$, $\eta^2=.009$).

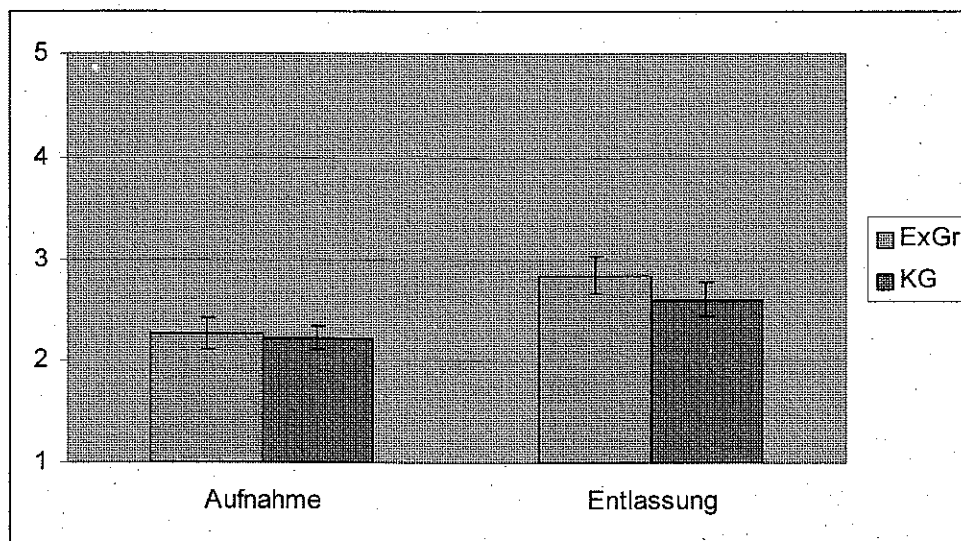


Abb. 10: Patientenangaben zur beruflichen Leistungsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung, Experimentalgruppe und Kontrollgruppe, Mittelwerte der Skala von „1 = nicht erwerbsfähig“ bis „5 = voll leistungsfähig“ (N=94)

Etwas deutlicher stellen sich die Ergebnisse hinsichtlich der Selbsteinschätzung des zeitlichen Umfangs dar, in dem die Patienten angeben, ihre Arbeit angesichts ihres derzeitigen Gesundheitszustandes und ihrer Leistungsfähigkeit verrichten zu können. Wiederum zeigt sich bei allen Patienten eine signifikante Steigerung der Selbsteinschätzung des zeitlichen Umfangs, in dem die Arbeit verrichtet werden kann, im Verlauf des Klinikaufenthaltes (Zeit:

$F=11.6$, $p<01$, $\eta^2=.121$). Diese positive Entwicklung fällt bei den Teilnehmern des berufsbezogenen Behandlungsschwerpunktes tendenziell etwas deutlicher aus (Gruppe x Zeit: $F=3.82$, $p=.054$, $\eta^2=.043$).

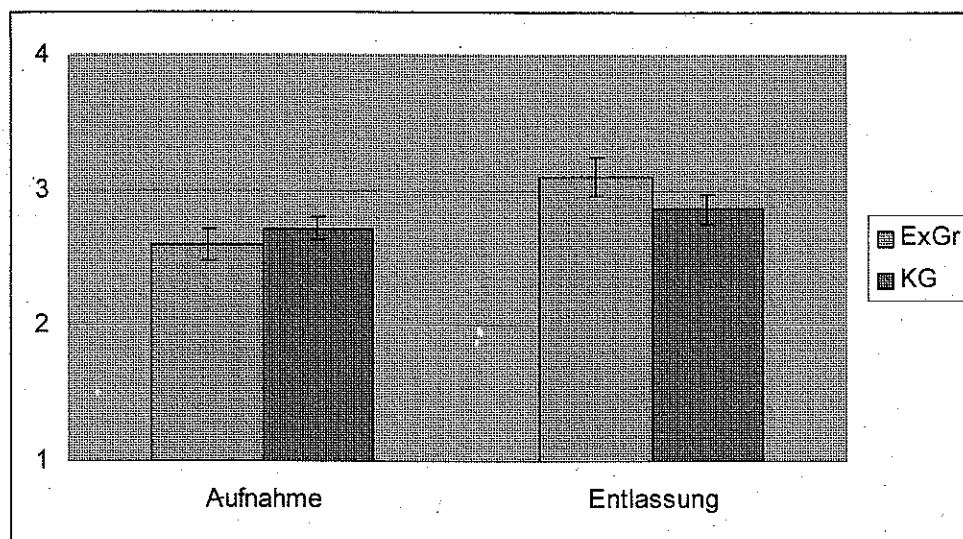


Abb. 11: Patientenangaben zum Umfang der beruflichen Leistungsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung, Experimentalgruppe und Kontrollgruppe, Mittelwerte der Skala abgestuft von „1 = nicht erwerbsfähig“, „2 = weniger als 3 Stunden“, „3 = bis 6 Stunden“ bis „4 = 6 Stunden und mehr“ (N=86)

Auch zur Frage an die Patienten, wie bald sie nach Abschluss der Rehabilitation ihre Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen gedenken, zeigt sich bei allen Patienten im Verlauf des Klinikaufenthaltes ein signifikanter Trend in Richtung einer schnelleren Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit (Zeit: $F=13.9$, $p<01$, $\eta^2=.143$), der aber den Teilnehmern des berufsbezogenen Behandlungsschwerpunktes und der Kontrollgruppe nicht unterschiedlich ausfällt (Gruppe x Zeit: $F=0.17$, $p=.72$, $\eta^2=.002$).

Nicht bedeutsam verändern sich in beiden Gruppen die Einstellungen zur Frage, ob die Patienten angesichts ihres Gesundheitszustandes glauben, bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters berufstätig sein zu können und inwieweit sie angesichts ihres Gesundheitszustandes zukünftig längerfristig an ihrem Arbeitsplatz verbleiben können.

Tendenziell günstiger bewerten die Teilnehmer des berufsbezogenen Behandlungsschwerpunktes am Ende ihres Klinikaufenthaltes hingegen die Vorbereitung auf die Rückkehr ins Erwerbsleben ($F=3.80$, $df=93$, $p=.054$, $d=0.16$).

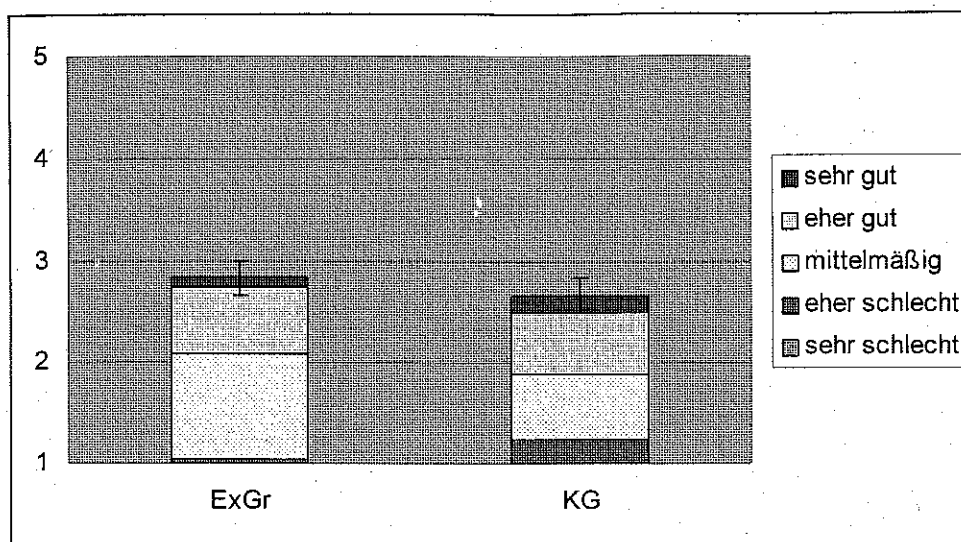


Abb. 12: Patientenangaben zur Qualität der Vorbereitung auf die Rückkehr ins Erwerbsleben, Experimentalgruppe und Kontrollgruppe, Mittelwerte der Skala von „1=sehr schlecht“ bis „5=sehr gut“ (N=95).

4 Zusammenfassende Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde im laufenden Klinikbetrieb eine prospektive randomisierte Studie zur Evaluation zweier berufsbezogener Behandlungselemente durchgeführt, einer ausführlichen beruflichen Anamnese sowie einer Gruppe zum Thema „Arbeit und Beruf“. Verglichen wurde dieses berufsbezogene Behandlungsangebot mit der Standardbehandlung der Klinik bei Patienten, die aufgrund ihrer Fehlzeiten von mehr als 3 Monaten vor Beginn des Klinikaufenthaltes und/oder eines geplanten oder laufenden Rentenverfahrens ein hohes Risiko für eine nicht erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung aufweisen.

Dabei wurde nach der randomisierten Zuweisung noch einmal überprüft, dass zum einen vergleichbare Patienten mit vergleichbarem sozialmedizinischem Risikoprofil in beiden Gruppen vertreten waren und zum anderen beide Gruppen eine vergleichbare Therapiedosis hinsichtlich der Einzelpsychotherapie, des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes und des Gesamtangebotes in der Klinik erhielten.

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die Pilotstudie aufgrund der begrenzten Ressourcen nur an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe von 129 Patienten und dass keine katamnestische Nacherhebung durchgeführt werden konnte, um das Eingliederungsverhalten nach der Entlassung verfolgen zu können.

Einschränkend ist auch zu berücksichtigen, dass die Klinik bereits seit mehreren Jahren stark berufsbezogen arbeitet (vgl. Schmeling-Kludas & Boll-Klatt 2003) und dass daher der Effekt

eines zusätzlichen berufsbezogenen Behandlungsangebotes geringer ausfallen dürfte im Vergleich zu Kliniken, die noch wenig berufsbezogen arbeiten (vgl. Bürger im Druck).

Zunächst zeigen die Ergebnisse, dass das Treatment gut akzeptiert wurde, ein Umstand, der angesichts des schwierigen Klientels (vgl. Sandweg et al 1992) nicht selbstverständlich ist.

Im Vergleich der Angaben zu Beginn des Klinikaufenthaltes mit denen bei Ende der Behandlung zeigt sich bei den Teilnehmern am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt keine positivere Veränderung im Erleben der Arbeitssituation als in der Kontrollgruppe. Insgesamt ändert sich weder die Zufriedenheit mit der Arbeit, noch die subjektive Bedeutung der Arbeit bedeutsam. Überraschenderweise gilt dies auch im Hinblick auf die Frage nach Einflussmöglichkeiten auf verschiedene Aspekte der Arbeitssituation. Sowohl bei den Teilnehmern am berufsspezifischen Behandlungsangebot als auch bei der Kontrollgruppe überwiegt die Einschätzung, dass keine oder nur geringe Einflussmöglichkeiten entstehen.

Zwei Drittel der Patienten des berufsbezogenen Behandlungsschwerpunktes erwarten am Arbeitsplatz Verbesserungen wie größere Ausgeglichenheit, bessere körperliche Leistungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie mehr Selbstbewusstsein. Dies gilt aber gleichermaßen für die Patienten der Kontrollgruppe und kann somit nicht als Effekt des berufsbezogenen Behandlungsangebotes interpretiert werden.

Hingegen bewerten die Teilnehmer der Treatmentgruppe den Klinikaufenthalt, insbesondere im Hinblick auf berufsbezogene Problemstellungen deutlich positiver als Patienten der Kontrollgruppe und würden das Angebot auch speziell für Menschen mit beruflichen Problemlagen häufiger weiterempfehlen. Entsprechend der inhaltlichen Schwerpunktsetzung zeigt sich, dass die Teilnehmer am berufsspezifischen Angebot das Thema Arbeit und Beruf als stärker gewichtet erlebten als die Kontrollgruppe, die umgekehrte Konstellation zeigte sich für das Thema Familie und Partnerschaft. Schließlich wird im Vergleich mit der Kontrollgruppe der Klinikaufenthalt insbesondere bei der Erarbeitung von Lösungen für berufliche Probleme, beim Versuch, eine neue Einstellung zur Arbeit zu finden, bei der Bewältigung von beruflichen Problemen und im Hinblick auf Beratungen zu sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen als deutlich hilfreicher eingestuft als von den Patienten der Kontrollgruppe, hier sind die differenziellen Effekte auch quantitativ deutlich.

Zumindest mit Abschluss der Behandlung lassen sich zunächst keine Auswirkungen der Teilnahme am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt auf den sozialmedizinischen Entlassstatus ausmachen. Sowohl in der Experimentalgruppe als auch der Kontrollgruppe werden hohe Anteile als „arbeitsunfähig“ und zeitlich gering belastbar entlassen.

Die prognostischen Einschätzungen der Patienten selbst über ihre zukünftige Belastbarkeit deuten aber zumindest im Hinblick auf den zeitlichen Umfang, in dem Patienten erwarten, zukünftig eine Tätigkeit verrichten zu können, positive Effekte der Teilnahme am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt an. Teilnehmer am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt erleben sich auch etwas besser auf die Rückkehr ins Erwerbsleben vorbereitet.

Insgesamt wurden bei 58 Parametern Unterschiede zwischen der Treatmentgruppe und der Kontrollgruppe überprüft. Es zeigten sich 8 signifikante Ergebnisse und 4 weitere tendenzielle Unterschiede. Alle gefundenen Differenzen zeigen positive Effekte zugunsten der Treatmentgruppe, damit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die berufsbezogenen Behandlungselemente wirksam sind. Dieses Ergebnis wird noch dadurch aufgewertet, dass die beiden berufsbezogenen Behandlungselemente in einem umfangreichen Gesamtangebot eingesetzt wurden, das bereits zahlreiche berufsbezogene Aspekte aufwies, d. h. auch die Kontrollgruppe wurde rehabilitativ im Hinblick auf berufliche Themen behandelt.

Die gefundenen Unterschiede lassen sich recht unmittelbar auf die Inhalte beziehen, auf die mithilfe der Berufsanamnese und der Themen zentrierten Gruppe „Arbeit und Beruf“ hingearbeitet werden sollte. Unsere Daten ergeben keine Hinweise darauf, wie die beiden Elemente untereinander zu gewichten sind. Von der Therapiedosis her ist zu erwarten, dass die Gruppentherapie vermutlich einen größeren Einfluss hat. Andererseits wird möglicherweise durch eine Berufsanamnese die gesamte Einzeltherapie, d. h. also auch die der Berufsanamnese folgenden Einzeltherapiestunden, stärker beruflich ausgerichtet.

Insgesamt bewerten wir die hier berichteten Ergebnisse der Pilotstudie als ermutigend, auf der Grundlage der Befunde ein berufsbezogenes Angebot für solche Patienten weiter zu entwickeln, die ein hohes Risiko für eine nicht-erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung aufweisen. Die Ergebnisse ermutigen u.E. auch, eine Hauptstudie durchzuführen, in der vor allem auch die langfristigen Effekte eines solchen berufsbezogenen Behandlungsangebotes im Sinne des tatsächlichen Wiedereingliederungsverhaltens und der Fehlzeitenentwicklung beobachtet werden können. Im Rahmen einer solchen Studie sollten auch Instrumente eingesetzt werden, die eine differentielle Bewertung beider Therapieelemente zulassen.

Literatur

Behrend, C., Hrsg. (1994). *Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarktes?* Beiträge zur

- Gerontologie und Altenarbeit. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Behrens, J. (1996). *Rückkehr zur Arbeit: Konzepte, Schwachstellen und Möglichkeiten der Verbesserung - Plenardiskussion mit einleitenden Statements* - Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bad Säckingen, VDR.
- Beutel, M., Kayser, E., Vorndran, A., Farley, A. & Bleichner, F. (1998). "Die integrierte berufliche Belastungserprobung in der medizinischen Rehabilitation - Erfahrungen und Perspektiven am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation." *Die Rehabilitation*. 37, 85-92.
- Boll-Klatt, A, Bohlen, O, Schmeling-Kludas, C (2005). Passt oder passt nicht? Methoden und Personen orientierte differenzielle Indikationsstellung im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50: 179-185.
- Bürger, W. (1997). *Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation*. Eine Längsschnittuntersuchung. Bern, Huber.
- Bürger, W. (1998). Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in medizinischer Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Themenheft Medizinische Rehabilitation*. F. Petermann (Hrsg.). 6, (3), 137-150.
- Bürger, W. (im Druck). Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: Werner Müller-Fahnow, Thomas Hansmeier, Marthin Karoff (Hrsg.). *Wissenschaftliche Grundlagen der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*. Pabst Verlag.
- Bürger, W., Schulz, H., Glier, B., Rodewig, K. & Koch, U. (1997). "Berufsbezogene Angebote in der Psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption". *Deutsche Rentenversicherung*, 9-10, 548-574.
- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001). Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Die Rehabilitation* 40, 217-225.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1999). Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode - beschlossen am 15. Dezember 1998. *Rehabilitation* 38, 38-43.
- Greitemann, B., Dibbelt, S., Büschel, C. (2004). Berufliche Orientierung in der stationären orthopädischen Rehabilitation: Haben berufsbezogene Beratungs- und Behandlungsangebote langfristige Effekte ? In: Verband Deutscher

- Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation". Tagungsband vom 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 08. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften 2004 (Bd. 52), 235-237.
- Heinl, H., Petzold, H., Fallenstein, A. (1983). Das Arbeitspanorama. In: Petzold, H., Heinl, H. (Hrsg.). Psychotherapie und Arbeitswelt. Junfermann, Paderborn: 356-408.
- Herrmann, Ch., Buss, U., Snaith, R.P. (1995). HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Bern. Huber Verlag.
- Koch, S., Hillert, A., Hedlund, S., Cuntz, U. (2004). Effekte einer berufsbezogenen Therapie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt: Ergebnisse einer kontrollierten Studie. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation". Tagungsband vom 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 08. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften 2004 (Bd. 52), 224-226.
- Mittag, O. H. Raspe: Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation*, 42 (2003), S. 169-174.
- Neuberger, O. and M. Allerbeck (1978). Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem "Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)". Bern, Huber.
- Plassmann, R. and K. Färber (1995). "Rentenentwicklung bei psychosomatisch Kranken." *Rehabilitation* 34: 23-27.
- Sandweg, R., Sänger-Alt, C. & Rudolf, G. (1992). "Psychopathologischer Befund und Behandlungsergebnisse bei Rentenantragstellern" *Nervenarzt* 63:539-544.
- Schott, T. (1996). "Reha vor Rente"? -Zur Bedeutung der persönlichen Einstellung für die Wiederaufnahme der Arbeit. in: *Neue Wege in der Rehabilitation*. T. Schott, B. Badura, H.-J. Schwager & P. Wolters (Hrsg.). Weinheim, Juventa: 182-194.
- Schmeling-Kludas, C, Boll-Klatt, A (2003). Rechtliche Grundlagen der psychosomatischen Rehabilitation. Auswirkungen auf die Psychotherapeut-Patient-Beziehung. *Psychotherapeut* 48: 255-259.
- Stevens, A. & Förster, K. (1995). "Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenantrag)." *Nervenarzt* 66: 811-819.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. (1992). *Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwick-*

lung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt am Main: Selbstverlag.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. (1997). Abschlussbericht der Reha-Kommission Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *DRV-Schriften* Band 7. Frankfurt am Main: Selbstverlag.

Wittmann, W. W. u. a. (1990). Antragsverhalten hinsichtlich Berentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Abschlußbericht). Frankfurt a. M., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.