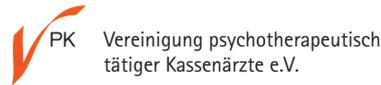
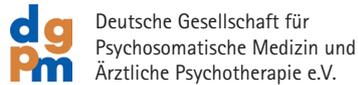


Ärztliche PSYCHOTHERAPIE

Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung

www.aerztliche-psychotherapie.de

Organschaften



Kooperierende Gesellschaften



CPKA



DGPPR

IFP



Schriftleiter

Prof. Dr. Dr. med. Mechthild Neises
(Hauptschriftleiterin)
Lemierser Berg 119, 52074 Aachen

Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram
Schattauer GmbH
Hölderlinstr. 3, 70174 Stuttgart

Prof. Dr. med. Markus Herrmann
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut für Allgemeinmedizin
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische
Medizin, Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Charité Universitätsmedizin Berlin
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation und
Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow

Friedrich Neitscher
Alter Markt 12, 53879 Euskirchen

Dr. med. Norbert Panitz
Bundesplatz 4, 10715 Berlin

Dr. med. Irmgard Pfaffinger
Kaiserstr. 26, 80801 München

Gründungsschriftleiter
Prof. Thomas H. Loew, Regensburg

Redaktion

Dr. phil. Corinna Sigmund
Tel.: (030) 7024 5455
E-Mail: c.sigmund@klett-cotta-zeitschriften.de

Wissenschaftlicher Beirat

G. Berberich, Windach; S. Häfner, Bad Elster;
W. Häuser, Saarbrücken; G. Haselbacher, München;
T. Herzog, Göppingen; B. Palmowski, Berlin; H. Rüddel,
Bad Kreuznach; G. Schmid-Ott, Hannover; W. Senf, Essen;
J. Sturm, Saarbrücken; J. Timmermann, Cuxhaven;
H.-P. Volz, Werneck; K. Weidner, Dresden

Indexed in SciSearch, PsycINFO and PSYINDEX.

Positionspapier der DGPPR zur Medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik

Bedeutung von MBOR

Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist eine Initiative der Rentenversicherungsträger. Ihre Anforderungen sind mit der evidenzbasierten Erwartung verbunden, dass der frühzeitige Arbeitsbezug die Berufsrückkehrwahrscheinlichkeit von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) erhöht. Drei Merkmale sind für die Einschätzung einer BBPL von besonderer Bedeutung (DRV 2015):

- a) problematische sozialmedizinische Verläufe, insbesondere häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Arbeitslosigkeit;
- b) eine negative subjektive berufliche Prognose; und
- c) eine aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.

„Ziel ist die Stärkung der arbeitsplatzbezogenen Ressourcen und die Befähigung der RehabilitandInnen, trotz BBPL eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen“ (DRV 2015). In der Psychosomatik ist davon auszugehen, dass 30–50% der RehabilitandInnen eine besondere berufliche Orientierung der Rehabilitation benötigen.

MBOR ist folglich ein wichtiger und integraler Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation. Sie hilft, das Profil der Rehabilitation gegenüber der Krankenhaus-Psychosomatik zu schärfen. Das Thema Arbeitswelt wird in der Psychotherapie immer noch zu oft vermieden und ausgeklammert, sodass die Psychosomatische Rehabilitation hier eine besondere Verantwortung hat, diesen Bereich in den therapeutischen Fokus zu nehmen.

Problemsituation

Bei der Einführung von MBOR 2012 stand vor allem die Rehabilitation in den somatischen Fachgebieten im Blick (Köllner & Stock Gissendanner 2015). Dies wird an folgenden Beispielen aus dem Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV 2015) deutlich:

- Bei den berufsbezogenen Gruppen wird als Dauer mindestens 45 Minuten und als Häufigkeit 4–10 Termine vorgegeben. Wenn in der Psychosomatischen Rehabilitation aber die Gruppentherapie beruflingsfokussiert ablaufen und berufliche Orientierung nicht nur nebenbei stattfinden soll, ist von mindestens 8–10 × 90 Minuten berufsorientierter Gruppentherapie auszugehen.
- In der zentralen Tabelle des o. g. Anforderungsprofils wird auf S. 25 ein Arbeitsplatztraining von 120 Min/Woche an hierzu einzurichtenden Modellarbeitsplätzen für 50%–80% der Rehabilitanden gefordert. In der detaillierten Beschreibung dieses Moduls auf S. 21 steht: „Das Arbeitsplatztraining beinhaltet das Training typischer, arbeitsüblicher Bewegungsabläufe ...“ Konsequenterweise folgt am Ende dieses Abschnitts der Hinweis: „primär für somatische Indikationen“. Leider ist diese Einschränkung der Indikation nicht in die Tabelle übernommen worden. Dies führt offensichtlich selbst bei den HäuserbetreuerInnen der DRV zu Missverständnissen, da in den letzten Monaten auch von psychosomatischen Kliniken unabhängig von deren MBOR-Konzept die Einrichtung von Büroarbeitsplätzen für MBOR gefordert wurde.

Eine solch konkretistische Auslegung beruflicher Orientierung wird aber zum Problem – weniger durch die hierfür geforderten Ressourcen als durch die Verschiebung des Fokus von den wirklichen beruflichen Problemlagen unserer Patientinnen und Patienten. Die Investition in einen PC, einen Schreibtisch und einen Bürostuhl wird sicherlich von den Kliniken zu verschmerzen sein. Nachhaltiger Schaden droht aber dadurch, dass der Druck entsteht, personelle und zeitliche Ressourcen in Maßnahmen zu investieren, deren Wirksamkeit nicht evidenzbasiert ist und die nicht unerhebliche Nebenwirkungen im Rehabilitationsprozess haben können. Dies soll im Folgenden begründet werden.

Was sind besondere berufliche Problemlagen in der Psychosomatik?

Nur bei einem eher kleinen Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besteht ein Defizit hinsichtlich berufsbezogener Bewegungsabläufe. Dies betrifft vor allem PatientInnen mit chronischen Schmerzsyndromen. In dieser Subgruppe können tatsächlich ergotherapeutisch betreute Modellarbeitsplätze sinnvoll genutzt werden.

Häufiger geht es jedoch um:

- Interaktionelle Schwierigkeiten z. B. im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung, einer sozialen Phobie oder einer depressiven Störung, die von den Betroffenen u. a. als Teamkonflikt oder gar Mobbing-Problematik wahrgenommen werden können.
- Motivationale Defizite z. B. im Rahmen einer depressiven Störung oder einer Persönlichkeitsstörung, die zu einer starken inneren Distanz zur Arbeit mit geringem beruflichen Erfolgserleben im Sinne des AVEM-Risikomusters B führen können.
- Selbstwertprobleme und arbeitsplatzphobische Entwicklungen, die zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten gegenüber der Arbeit führen.
- Dysfunktional gesteigerte Arbeitsmotivation, geringe Selbstfürsorge und Tendenz zur Selbstüberforderung im Sinne des AVEM-Risikomusters A.
- Folgen von Kränkungerleben oder Traumatisierung am Arbeitsplatz (Anpassungsstörung oder PTBS).
- Psychosoziale Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit und Entwöhnung von der Erwerbstätigkeit.
- Hinzu kommt die besondere Problemgruppe von RehabilitandInnen mit manifestem Rentenbegehren.



Nach dem Konzept der evidenzbasierten Wirkfaktoren der Psychotherapie kommt es zunächst darauf an, diese berufsbezogenen psychischen *Problemlagen emotional zu aktivieren*, da dies die Chance auf einen nachhaltigen Veränderungsprozess erhöht. Im Folgenden geht es um die *Klärung* der dieser Problemlage zugrunde liegenden dysfunktionalen Verhaltensmuster, -defizite, kognitiven Schemata oder unbewussten Konflikte. Hierauf aufbauend ist dann die *Vermittlung von Problemlösefertigkeiten* und die *Aktivierung spezifischer Ressourcen* möglich.

Bei der Problemaktualisierung ist es oft sinnvoll, dass keine zu große Nähe zu der ursprünglichen Problemsituation besteht, da dies zur Aktivierung der inneren Abwehr und von Ängsten bei den Rehabilitanden führen kann. Auch der Aufbau neuer Fertigkeiten und Ressourcen gelingt häufig zunächst leichter in einem unbelasteten Umfeld – wobei natürlich der Transfer in den jeweiligen beruflichen Alltag im Auge behalten werden muss. Die Gestaltung eines therapeutischen Milieus bzw. spezifischer Situationen, in denen die jeweiligen beruflichen Problemlagen aktiviert werden, stellt also eine besondere Herausforderung für die Planung psychosomatischer MBOR-Konzepte dar. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Problemlagen sehr häufig im zwischenmenschlich-interaktionellen Bereich liegen.

Gerade bei RehabilitandInnen mit dysfunktional gesteigerter Arbeitsmotivation kann eine ausgeprägte Leistungs- und Trainingsorientierung das krank machende Muster noch verstärken und die Chronifizierung beschleunigen (Otto & Linden 2017; Wasilewski et al. 2017). Eine zu frühe Berufs- und Trainingsorientierung kann RehabilitandInnen überfordern und ggf. destabilisieren, wenn nicht parallel Strategien für Selbstschutz und Selbstfürsorge vermittelt werden können.

Eckpunkte Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation in der Psychosomatik

Eine Fokussierung der Rehabilitation auf berufliche Problemlage und deren differenzierte therapeutische Bearbeitung erscheint vielversprechend zur Verbesserung des Return to Work und schärft das Profil der Psychosomatischen Rehabilitation im Unterschied zur Krankenhausbehandlung. MBOR ist aus Sicht der DGPPR ausdrücklich zu begrüßen. Dabei sind aus Sicht der Fachgesellschaft folgende Eckpunkte sinnvoll:

- Für die RehabilitandInnen transparente berufliche Fokussierung des gesamten Rehaprozesses.
- Berufsorientierte Diagnostik in der Psychosomatik zur Erkennung von BBPL (Streibelt 2010) sowie Abklärung von Indikationen und Kontraindikationen für MBOR:
 - Medizinischer Fokus: Wo bestehen im körperlichen und psychischen Bereich Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe, die in der Rehabilitation gebessert oder kompensiert werden können?
Genauere Analyse der Arbeitsplatzbedingungen (aus der Perspektive des Betroffenen.)
 - Psychotherapeutischer Fokus:
Genauere Analyse der Arbeitsplatzbedingungen (aus der Perspektive des Betroffenen.)
 - VT: berufsbezogene Verhaltensanalyse
 - TP: Klärung, welche zentralen Beziehungskonfliktmuster in der beruflichen Problemlage aktualisiert wurden und eine Lösung blockieren
 - Ergo- und bewegungstherapeutische Diagnostik: besondere Defizite und Ressourcen, spezifischer Trainingsbedarf?
 - Sozialtherapeutische Diagnostik:
 - allgemeine soziale Problemlagen (z. B. Privatinsolvenz)
 - spezielle berufliche Problemlagen
 - verdeckte Ressourcen
 - Schulungs- Beratungs- und Interventionsbedarf (z. B. StuW, LTA, Einschalten des IFD, Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber oder Betriebsarzt)
- Ein entscheidender Punkt ist die Erarbeitung beruflich orientierter Reha-Ziele. Die RehabilitandInnen hierbei mit ins Boot zu holen, stellt in vielen Fällen eine besondere Herausforderung dar, für die die BezugstherapeutInnen entsprechend geschult sein (z. B. Motivational Interviewing, MI) und zeitliche Ressourcen haben müssen.
- Auf Grundlage dieser Ziele wird dann ein individualisiertes MBOR-Programm erarbeitet, das u. a. die folgenden Elemente enthalten kann:
- 2 × 30 Minuten Einzeltherapie zur ausführlichen Thematisierung beruflicher Problemlagen und zur Anwendung von MI zum Aufbau von Rückkehrmotivation an den Arbeitsplatz.
- Gruppentherapeutische Angebote (2–3 × 90 Minuten pro Woche) sollten auf den beruflichen Fokus ausgerichtet sein. Hierzu gibt es u. a. folgende Möglichkeiten:
 - Indikative Gruppen für bestimmte Störungsbilder oder Problemlagen, z. B. Arbeitsbezogene Ängste oder Mobbing-Erleben
 - Verhaltenstherapeutische Problemlösegruppen oder psychodynamisch-interaktionelle Gruppen mit klarer Fokussierung auf die BBPL der TeilnehmerInnen
 - Kombination von Psychotherapiegruppe mit ergotherapeutischer Projektgruppe als Handlungsraum (Kopka et al., 2009)
 - Gruppen für RehabilitandInnen aus besonders belasteten Berufsgruppen (z. B. Pflegeberufe; Köllner 2015; Käfer et al. 2018)
- Spezifische Trainingsangebote der SpezialtherapeutInnen
 - Berufsbezogenes kognitives Training
 - Arbeitsplatztraining z. B. für chronische Schmerzpatienten, bei arbeitsbezogenen Ängsten oder nach langer AU-Zeit oder Arbeitslosigkeit

- Selbstfürsorge im Beruf
- Ausstrahlung und Wirkung (Interaktionstraining bei Teamkonflikten)
- Stressbewältigungstraining
- Bewerbungstraining
- Sozialberatung und Coaching im Einzelsetting
- Arbeitsplatzzerprobung in kooperierenden Betrieben (bei spezieller Indikation)
- Kontaktaufnahme mit Betrieb, Betriebsarzt, Integrationsfachdienst oder anderen relevanten Akteuren im Sozialraum der Rehabilitanden durch die Bezugstherapeuten und/oder Sozialtherapeuten der Klinik
- Vernetzung mit Reha-Nachsorge und LTA, ggf. spezifisches MBOR-Case-Management (Piegza et al. 2013; Schwarze et al. 2014)

MBOR in der Psychosomatik ist hierbei als individualisierter Prozess zu verstehen, in dem die o. g. Module je nach Indikation kombiniert werden. Voraussetzung hierfür ist eine sorgfältige ärztliche Diagnostik mit Abklärung von Indikationen und Kontraindikationen für MBOR.

Schritte zur Umsetzung

- Im bisherigen Rahmenkonzept MBOR ist die Psychosomatische Rehabilitation nicht genügend abgebildet. Sinnvoll ist daher die Erarbeitung eines ergänzenden Rahmenkonzepts für die Psychosomatik. Hierbei müssten die Kompatibilität mit den RTS Depressive Störungen ausgearbeitet und spezielle Indikationen, Kontraindikationen und Therapiemodule für die Psychosomatik formuliert werden. Wesentlich ist, den Kliniken genügend Spielraum zu einer fallbezogenen Ausgestaltung von MBOR zu lassen, damit die berufliche Orientierung nicht zu Lasten der störungsspezifischen Wirksamkeit geht (Meyer et al. 2016).
- Dies sollte idealerweise zu einem Ideenwettbewerb und einer Kreativitätsoffensive der Kliniken führen. Wenn MBOR-Konzepte aus den Klinikteams heraus entwickelt werden, haben sie eine deutlich höhere Chance, glaubwürdig und effektiv umgesetzt zu werden.
- Es besteht dringender Forschungsbedarf dahingehend,
 - welche MBOR-Strategien in der Psychosomatik nachhaltig erfolgreich sind
 - welche Subgruppen von RehabilitandInnen von welchen Therapiemodulen profitieren / nicht profitieren
 - welche arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster in welchem beruflichen Kontext mit Gesundheit und Verbleib im Erwerbsleben verbunden sind.

Die gegenwärtig und in naher Zukunft ausgeschriebenen Forschungsinitiativen stellen sehr gute Rahmenbedingungen dar, um diese Fragestellungen zu bearbeiten.

Literatur

1. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand: August 2015. Berlin: DRV Bund.
2. Käfer M, Wittmann C, Roß S, Freiberg A, Lipka-Stöhr G & Köllner V (2018). Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie* 13: 23–29.
3. Köllner V. Berufsbezogene Psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe (2015). In: Hofmann F, Reschauer G, Stöbel U (Hg). *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Band 28. Freiburg: Edition FFAS, 241–252.
4. Köllner V & Stock Gissendanner S (2015). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R & Lamprecht F (Hg). *Psychosomatische Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer, 293–305.
5. Kopka E, Ast C, Hügel H & Köllner V (2009). Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie (AIT). *Psychotherapie im Dialog* 10: 230 – 235
6. Meyer V, Neu R & Köllner V (2016). Effektivität berufsbezogener Psychotherapiekonzepte in der psychosomatischen Rehabilitation. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 109, Berlin, 455–456.
7. Otto J & Linden M (2017). Regeneration orientation is better than resistance orientation in behaviour activation. Results from an intervention study with psychosomatic patients. *Psychiatr Danub.* 29(2): 201–206.
8. Piegza M, Petermann F, Bassler M & Kobelt A (2013). Erwartungen der Patienten an ein Fallmanagement nach einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Bedarfsanalyse. *Phys Med Rehab Kuror* 23(06): 341–347.
9. Schwarze M, Ehlebracht-König I, Kobelt A, Rodewald J, Gutenbrunner C & Miede J (2014). Strategie zur beruflichen (Re-)Integration aus Perspektive eines regionalen Rentenversicherungsträgers. *Phys Med Rehab Kuror* 24(04): A25.
10. Streibelt M. (2010). Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 86: 5–14.
11. Wasilewski J, Otto J & Linden M. Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? *Psychother Psychosom Med Psychol*, DOI: 10.1055/s-0043-118656.