

**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in  
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und  
Schleswig-Holstein**

**„Psychotherapeutische Behandlung von  
sozialmedizinischen Problempatienten: Evaluation  
von berufsbezogenen Behandlungselementen:  
katamnestische Nacherhebung“**

**W. Bürger & C. Schmeling-Kludas**

**Abschlußbericht**

**Juli 2007**



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in  
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und  
Schleswig-Holstein**

**„Psychotherapeutische Behandlung von  
sozialmedizinischen Problempatienten: Evaluation  
von berufsbezogenen Behandlungselementen:  
katamnestische Nacherhebung“**

**W. Bürger & C. Schmeling-Kludas**

**Abschlußbericht**

**Juli 2007**

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfgang Bürger  
Moltkestr. 25  
76133 Karlsruhe

phone 0721 625 47 25  
fax 0721 203 90 95  
mobil 0152 019 23 134  
mail [fbgbuerger@online.de](mailto:fbgbuerger@online.de)

## **Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der psychosomatischen Rehabilitation von sozialmedizinischen Problempatienten - Ergebnisse einer randomisierten Studie**

Wolfgang Bürger<sup>1</sup> & Christoph Schmeling-Kludas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

<sup>2</sup>Krankenhaus Ginsterhof, Hamburg

### **Zusammenfassung**

Die Rückkehr in das Erwerbsleben ist ein zentrales Ziel der Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung. Bisher gibt es nur wenige Studien, die überprüfen, ob es mithilfe von therapeutischen Angeboten zum Themenbereich „Arbeit, Beruf und Rente“ gelingt, die Rückkehrquoten zu verbessern.

Hier werden Ergebnisse einer kontrollierten Studie vorgelegt, die die Effekte eines Gruppenangebotes zum Thema „Arbeit, Beruf und Rente“ sowie einer ausführlichen „Berufsanamnese“ im Rahmen der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation untersucht. 129 psychisch erkrankte Patienten, die aufgrund langer Fehlzeiten und eines laufenden oder geplanten Rentenverfahrens ein besonders hohes Risiko für eine nicht erfolgreiche Wiedereingliederung aufweisen, wurden randomisiert dem Standardtreatment oder der Intervention mit den beiden berufsbezogenen Behandlungsangeboten zugeordnet. Hierzu wurden Patienten und Ärzte mit standardisierten Fragebögen zu Beginn und Ende sowie 24 Monate nach der Rehabilitation befragt.

Die Ergebnisse zeigen eine gute Akzeptanz des berufsbezogenen Behandlungsangebotes, jedoch keine eindeutige Wirksamkeit im erwarteten Sinne.

### **Schlüsselwörter**

Medizinische Rehabilitation, Psychosomatik, Rückkehr zur Arbeit, berufsbezogene Behandlungsangebote, Wirksamkeit

**Effectiveness of work-related treatments in psychosomatic inpatient rehabilitation - results of a randomized study**

## **Abstract**

Return to work is a primary objective of rehabilitation by the German statutory pension insurance institutes. Currently, only a few studies have been undertaken examining whether therapeutic offers that specifically address the topic of "work, job, and retirement" can increase the rate of patients who successfully return to work.

This article presents results from a controlled empirical study that examined the effectiveness of group psychotherapy and the use of extensive anamnesis regarding the topic of "work, job, and retirement" within psychosomatic inpatient rehabilitation setting. 129 patients were included in the study and randomly assigned to the standard treatment or specific work-oriented therapy. Patients with mental-health problems were chosen who were at a particularly high risk of not returning to work due to long-term health-related problems, and who had made a decision or expressed the desire to apply for early retirement. Patients and therapists were surveyed using standardized questionnaires at the beginning, at the end and 24 months after the rehabilitation.

The results indicate a satisfactory acceptability of work-specific therapy measures however no clear evidence of the treatment.

## **Key words**

medical rehabilitation, psychosomatic medicine, return to work, work-specific therapy, effectiveness

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Wolfgang Bürger, Dipl.-Psychologe

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Haus S 35

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel.: 0721 625 47 25

Fax: 0721 203 90 95

e-mail: [fbgbuerger@online.de](mailto:fbgbuerger@online.de)

## **Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der psychosomatischen Rehabilitation von sozialmedizinischen Problempatienten - Ergebnisse einer randomisierten Studie**

Wolfgang Bürger<sup>1</sup> & Christoph Schmeling-Kludas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

<sup>2</sup> Krankenhaus Ginsterhof, Hamburg

### **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 Erwerbsfähigkeit zu einer der zentralen Zielsetzungen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Entscheidung von Patienten, wegen einer chronischen Erkrankung oder Beeinträchtigung aus dem Erwerbsleben auszuschneiden oder wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren, hängt von sehr unterschiedlichen Einflüssen ab [1]. 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 [2,3,1,4,5]. Dabei spielt auch eine Rolle, inwieweit positive Funktionen der Arbeit wie Tagesstrukturierung, Konfrontation mit äußeren Anforderungen, Aktivität, Anerkennung, Sinnstiftung, Selbstwertgefühl und soziale Einbindung erfüllt werden und wie die subjektive Bilanz positiver und belastender Aspekte der Arbeit ausfällt [6].

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 Rentenversicherungsträgern immer mehr die Erkenntnis durch, dass auch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen stärker berufsbezogen ausgerichtet werden müssen, um Frühberentungen effektiv zu verhindern oder zumindest zu verzögern [7,8,9,1]. Entsprechend sollen bereits innerhalb der medizinischen Rehabilitation

berufliche Probleme früh einbezogen und ggf. berufsfördernde Maßnahmen vorbereitet und eingeleitet werden, u. a. auch, um die z.T. erheblichen Wartezeiten 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 mithilfe 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, insbesondere im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation [10], die bei entsprechenden konzeptuellen Entwicklungen eine Art „Vorreiterrolle“ übernimmt. Allerdings ist der Informationsstand zum Nutzen solcher Angebote 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 [11,1,12,13].

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse einer Studie in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik vorgestellt, in der ein berufsbezogenes Behandlungsangebot hinsichtlich seiner Wirksamkeit im Vergleich mit dem Standardangebot der Klinik untersucht wird. Das berufsbezogene Behandlungsangebot bestand aus einer Kombination von 1. einer gründlichen berufsbezogenen Anamnese im Rahmen der Einzelgespräche und 2. einem Themen zentrierten Gruppenangebot „Arbeit und Beruf“, in dem systematisch auch eine Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach Wiedereingliederung oder Ausstieg aus dem Erwerbsleben sowie mit belastenden und protektiven Aspekten der Arbeitssituation angestrebt wurde. Das Angebot richtete sich 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 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger Kliniken Gruppe (damals unter Leitung eines der Autoren, S.-K.) durchgeführt und vom Verein zur Förderung der Rehabilitationswissenschaften der LVA Schleswig-Holstein (vffr) gefördert. Die Zuweisung zum berufsbezogenen Angebot erfolgte randomisiert, wobei die Randomisierung unabhängig ausserhalb der Klinik durch das Forschungsinstitut vorgenommen wurde.

Eingeschlossen in die Studie wurden alle sogenannten sozialmedizinischen Problempatienten im Erhebungszeitraum, die maximal 57 Jahre alt waren und deren Rehabilitation von einer Rentenversicherung finanziert wurde. Zu dieser Problemgruppe wurden arbeitslose und berufstätige Patienten gerechnet, welche lange Arbeitsunfähigkeitszeiten (durchgängig mehr als 3 Monate vor Beginn der Rehabilitation) aufwiesen und/oder einen Rentenwunsch hatten (laufendes Verfahren oder Antragsabsicht).

Die Erhebung in der Klinik fand als Fragebogenerhebung über einen Zeitraum von 9 Monaten im Jahr 2004 statt. Die Patienten wurden zu Beginn und am Ende ihres Klinikaufenthaltes befragt. Ergänzend wurden Daten aus der sozialmedizinischen Stellungnahme des Entlassberichtes verwendet. Schließlich wurde eine Katamnese 24 Monate nach der Entlassung durchgeführt, in der alle Studienpatienten, die einer Teilnahme nicht widersprochen hatten, erneut angeschrieben wurden.

Mithilfe eines standardisierten Fragebogens wurden beim ersten Messzeitpunkt 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 wurden erneut Einschätzungen zur Symptomatik und zu Beeinträchtigungen, zur Bewertung des Klinikaufenthaltes und speziell der Hilfestellungen im beruflichen Bereich sowie zur künftigen beruflichen Perspektive erfragt.

Katamnestic wurden nochmals Fragen zur Symptomatik und zu Beeinträchtigungen sowie zur Bewertung des Klinikaufenthaltes vorgelegt, zusätzlich aber auch Fragen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. zur Frühberentung, zu Veränderungen im Erleben der Arbeitssituation sowie zur weiteren beruflichen Perspektive gestellt.

An gut etablierten Fragebogenverfahren wurden u. a. folgende Verfahren eingesetzt: verschiedene Aspekte der Arbeitszufriedenheit mithilfe des Arbeitsbeschreibungsbogen ABB



von Neuberger & Allerbeck [14] sowie die Hospital Anxiety and Depression Scale zur Erhebung von Ängstlichkeit und Depressivität [15].

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. Alle Signifikanzprüfungen erfolgten zweiseitig. Bei den Prüfstatistiken werden jeweils Größen mitgeteilt (" $\eta^2$ " bei Varianzanalysen, "d" bei t-Tests und " $\Phi$ " bei  $\chi^2$ -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. Nach unseren Beobachtungen lag dies vor allem daran, dass durch die Aufklärung über die geplante wissenschaftliche Untersuchung in den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes die gerade für sozialmedizinische Problempatienten heiklen Themen „Arbeit und Beruf“ sowie „Rente“ angesprochen werden mussten, bevor überhaupt eine Beziehung zu den verschiedenen Behandlern oder der Klinik insgesamt aufgebaut werden konnte. 6 Patienten brachen die Behandlung vorzeitig ab oder konnten aus therapeutischen Überlegungen nicht randomisiert der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet werden, so dass schließlich 129 Teilnehmer in der Studie verblieben. Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer unterscheiden sich im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Diagnosegruppen nicht signifikant.

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). Für drei Viertel der Studienteilnehmer liegt der Fragebogen zum Entlasszeitpunkt, für 89% Daten aus dem Entlassbericht vor. Nach 2 Jahren konnten noch ein Drittel der Patienten (N=43) zur Nachbefragung erreicht werden, dabei blieb das Randomisierungsverhältnis (IVGr vs KG 1:2) erhalten.

hier Tabelle 1 einfügen

Bei den Erstdiagnosen (ICD-10) überwiegen in der Untersuchungsstichprobe affektive Störungen (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-Skalen sind mit Werten von jeweils knapp 12 sowohl für Depressivität als auch Angst klinisch auffällig und entsprechen denen bei vergleichbaren Stichproben [15]. Die mittlere Dauer des Behandlungsleidens wird von den Patienten mit 6.4 Jahren angegeben, 64 % geben an, mindestens eine ambulante psychotherapeutische Vorbehandlung absolviert zu haben.

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

hier Tabelle 2 einfügen

So geben die Patienten Fehlzeiten im Jahr vor dem Klinikaufenthalt von durchschnittlich 176 Tagen an. Bei 6 % der Befragten läuft bereits ein Rentenverfahren, weitere 16 % äussern, einen Rentenanspruch zu planen. Die Zufriedenheitsquote mit der Arbeit liegen mit 38 % deutlich unter denen vergleichbarer Studien [1], 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 wider: Über die Hälfte der Betroffenen schätzen ihre Tagesbelastbarkeit auf weniger als 3 Stunden ein.

### **2.3 Vergleichbarkeit von Bedingungen in der Kontroll- und Interventionsgruppe**

Anhand der zu Beginn des Klinikaufenthaltes erhobenen Daten wurde kontrolliert, inwieweit Patienten der Interventions- (IVGr) und Kontrollgruppe (KG) 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 während der Rehabilitationsmassnahme mit vergleichbarer „Dosis“ (incl. des berufsorientierten Angebotes) behandelt wurden. Patienten der Interventionsgruppe erhielten mit durchschnittlich 6,2 psychotherapeutischen Einzelgespräche vergleichbar viele Leistungen wie die der Kontrollgruppe mit durchschnittlich 6,5 Gesprächen. Auch die mittlere Anzahl der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt (Anzahl der Leistungen des Kapitels r des KTL) liegt bei beiden Gruppen mit etwa 28 Leistungen gleichauf (vgl. Abb. 1).

hier Abbildung 1 einfügen

Dasselbe gilt für die Gesamtzahl aller Angebote (inkl. Bewegungstherapie, Physikalische Therapie usw.), die in der Interventionsgruppe bei 209 ( $s=55$ ) und in der Kontrollgruppe bei 193 Anwendungen ( $s=64$ ) liegen ( $t=1,234$ ,  $df=113$ ,  $p=.22$ ,  $d=0.26$ ). Evaluiert wurde somit eine inhaltliche Veränderung im Rahmen der Einzeltherapie (Berufsanamnese) und in der Gruppentherapie (thematische Ausrichtung auf Arbeit und Beruf) bei gleicher Psychotherapie- und Gesamtbehandlungsdosis in beiden Studienarmen.

#### **2.4 Beschreibung der Behandlung in der Interventions- 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 differentiellen Indikationsstellung [16] entweder eine tiefenpsychologisch orientierte oder eine verhaltenstherapeutische Einzeltherapie. Alle Patienten werden darüber hinaus individuell je nach Problemlage und Bedarf einem geeigneten gruppenpsychotherapeutischen Angebot, z.B. einer thematisch offenen tiefenpsychologisch arbeitenden Gruppe, einer Themen zentrierten

oder einer verhaltenstherapeutischen Gruppe wie z.B. einem sozialen Kompetenztraining zugeteilt.

Das Standardangebot der Klinik ist in den letzten 10 Jahren sehr 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 anhaltender Effekt der Übungsfirma blieb aber bei allen Ärzten und Psychotherapeuten eine deutlich stärkere Orientierung auf berufliche Fragestellungen zurück. Des Weiteren gibt es wöchentliche Konferenzen für die Erörterung schwieriger sozialmedizinischer Fragestellungen. Die Doppelrolle der Behandler als Psychotherapeuten einerseits und als Gutachter andererseits, ist in der Klinik Gegenstand ständiger Reflexion [17] und schließlich ist das Thema Arbeit und Beruf auch deswegen ständig präsent, weil ein psychoedukatives Pflichtseminar für alle Patienten neben allgemeinen Aspekten psychosomatischer Störungen und ihrer Behandlung auch 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 ausführlich informiert werden, entsprechend betroffene Patienten erfahren so nach 2 bis 2 ½ Wochen, wenn die Klinik mit ihrem Gutachten den Rentenwunsch der Patienten nicht unterstützen wird.

### **Interventionsgruppe**

Patienten der Interventionsgruppe 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“ eines der anderen psychotherapeutischen Gruppenangebote, so dass vergleichbare „Psychotherapie-Dosen“ resultieren (s.o.).

#### **1. Berufsanamnese:**

Nach dem Erstgespräch in der Einzelpsychotherapie wird mit den Patienten ausführlich über die berufliche Biographie und 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 frühzeitig für eine Reflexion ihres 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 mit dem inhaltlichen Schwerpunkt der beruflichen Wiedereingliederung ist in Form einer halb offenen Themen zentrierten Gruppe mit max. 9 Teilnehmern konzipiert. Der Fokus 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 Heintz et al. [18] 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 mit konzipiert hat und bei Studienbeginn bereits 2 Jahre Erfahrung mit der Durchführung aufwies.

Untersucht wird 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. Hinzu kommt, dass die Einzeltherapeuten, die im Interventionsarm die Berufsanamnesen durchführten, auch für die Standardbehandlung

bei der Kontrollgruppe zuständig waren. Es liegt nahe anzunehmen, dass dadurch auch die üblichen biographischen Anamnesen im Rahmen des Standardangebotes berufliche Aspekte stärker gewichteten, wie es in der medizinischen Rehabilitation ja grundsätzlich erwünscht ist. An diesem Punkt werden beispielhaft die Schwierigkeiten deutlich, auf die wissenschaftliche Studien im laufenden Rehabilitationsbetrieb stossen. Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle, dass trotz Bereitstellung von Drittmitteln für Erhebung und Auswertung die Durchführung der Untersuchung das ärztlich-psychotherapeutische Team z.B. durch den aus der Randomisierung erwachsenden Aufwand (der zu Beginn der Reha und damit in der organisatorisch ohnehin schwierigsten Behandlungsphase zu leisten war) bis an die Grenzen belastete. Dies war auch der Grund, warum die Stichprobe schließlich kleiner ausfallen musste als ursprünglich geplant.

### **3 Ergebnisse**

Im Folgenden wird dargestellt, welche Ergebnisse die Teilnehmer an dem berufsorientierten Behandlungsangebot im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielen. Dabei werden die Veränderungen des Gesundheitszustandes und der psychischen Beschwerden, die Arzturteile zur Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung, die Rückkehrquoten an den Arbeitsplatz, die Fehlzeitenentwicklung und das Antragsverhalten für Frühberentungen zum Zeitpunkt 2 Jahre nach der Entlassung sowie die Veränderungen im Erleben der beruflichen Belastbarkeit und der Arbeitszufriedenheit berücksichtigt. Schließlich wird berichtet, wie das Klinikangebot im Hinblick auf die Hilfestellung für berufliche Problemlagen am Ende der Rehabilitation von Patienten beider Gruppen bewertet wird.

#### **3.1 Veränderungen der Beschwerdesymptomatik und des Gesundheitszustandes**

Die Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes verbessert sich bei Patienten beider Gruppen gleichermaßen von der Aufnahme zur Entlassung bis zum Katamnesezeitpunkt ( $F=8,5$ ,  $df=30$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.214$ ), ein signifikanter Interaktionseffekt (Zeit x Gruppe) besteht nicht ( $F=1,03$ ,  $df=30$ ,  $p=.37$ ,  $\eta^2=.06$ ).

Auch die Veränderung wichtiger Symptome wird von Patienten beider Gruppen sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung ( $t=0,8$ ,  $df=96$ ,  $p=0,43$ ) wie auch zum Katamnesezeitpunkt ( $t=0,34$ ,  $df=43$ ,  $p=0,74$ ) vergleichbar positiv bewertet: Weit über die Hälfte der Befragten ( $t1=56\%$ ,

t<sub>2</sub>=62%) äußert jeweils eine deutliche oder zumindest leichte Besserung der Beschwerdesymptomatik. Schließlich zeigen auch die HADS-Skalen „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ identische Verläufe über die drei Messzeitpunkte mit jeweils signifikanten Verbesserungen in beiden Gruppen (vgl. Abb. 2 und 3).

hier Abbildung 2 und 3 einfügen

### **3.2 Arzteinschätzungen zur Arbeitsfähigkeit bei Entlassung**

Bei Betrachtung des Entlassstatus bestätigen sich insgesamt die zu erwartenden sozialmedizinischen Probleme der hier betrachteten Patientengruppe. Nur 30,3 % aller Patienten werden als arbeitsfähig entlassen, mehr als ein Fünftel (22,1 %) wird als unter 3-stündig belastbar eingestuft. In über 70% der Fälle wurden im negativen Leistungsbild auch Einschränkungen im Hinblick auf die Schwere der Arbeit und die Arbeitshaltung angegeben.

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich nicht: 78% der Teilnehmer am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt und 66% der Kontrollgruppe werden arbeitsunfähig entlassen (vgl. Abb. 4).

hier Abbildung 4 einfügen

Auch hinsichtlich der ärztlichen Einschätzungen zum zeitlichen Umfang, in dem die letzte Tätigkeit laut Entlassurteil noch ausgeübt werden kann, zeigt sich kein überzufälliger Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Abb. 5): Jeweils etwa  $\frac{3}{4}$  der Patienten werden als sofort oder innerhalb der nächsten 6 Monate wieder vollschichtig belastbar (d.h. mindestens 6 Stunden) eingestuft.

hier Abbildung 5 einfügen

### 3.3 Wiedereingliederungs- und Berentungsquoten, Krankschreibungen

Die Analyse der Wiedereingliederungsquoten 2 Jahre nach Ende der Rehabilitation zeigt zunächst, dass von den zu Rehabilitationsbeginn arbeitslosen Patienten, von denen zum Katamnesezeitpunkt der Fragebogen vorliegt (N=3), keiner wieder im Erwerbsleben steht. Von den zu Rehabilitationsbeginn berufstätigen Patienten, für die Katamnesebögen vorliegen (N=39), hatte ein Patient bereits bei Rehabilitationsbeginn einen Rentenanspruch gestellt und ist zum Katamnesezeitpunkt ebenfalls berentet. Acht der katamnestisch erreichten Patienten äußerten bereits zu Beginn der Rehabilitation die Absicht, in naher Zukunft einen Rentenanspruch zu stellen, auch von diesen steht zum Katamnesezeitpunkt niemand mehr im Erwerbsleben.

Von den 30 zu Rehabilitationsbeginn berufstätigen Patienten ohne Rentenwunsch gehen zum Katamnesezeitpunkt in der Interventionsgruppe noch 56%, in der Kontrollgruppe 48% einer Arbeit nach. In der Kontrollgruppe sind mit 38% deutlich mehr Patienten nach eigenen Angaben aktuell nicht erwerbstätig, d.h. entweder für lange Zeit und ohne Aussicht, wieder arbeiten zu können, krankgeschrieben oder erwerbsunfähig (vgl. Abb. 6). In der Interventionsgruppe sind höhere Anteile arbeitslos. Der Unterschied zwischen den Gruppen entspricht zwar der erwarteten Richtung, ist aber quantitativ klein ( $\phi=0.30$ ) und bei der geringen Stichprobengröße nicht statistisch abzusichern.

hier Abbildung 6 einfügen

Auch im Hinblick auf Berentungen bzw. Rentenwunsch liegen die Quoten in der Interventionsgruppe etwas günstiger (vgl. Abb. 7), sie sind aber auch hier von vernachlässigbarer Größenordnung und statistisch nicht überzufällig.

hier Abbildung 7 einfügen

Schließlich wurden die Veränderungen der Krankschreibungstage vom Jahr vor dem Klinikaufenthalt zum Zeitraum ein Jahr vor der Katamnese für beide Gruppen geprüft. Es zeigt sich eine hochsignifikante Abnahme der Zeiten in beiden Gruppen, ein Vorteil zugunsten der Interventionsgruppe ist wiederum nicht festzustellen (vgl. Abb. 8).



hier Abbildung 8 einfügen

Da sich die Bedeutung von Fehlzeiten erheblich in Abhängigkeit davon verändert, ob ein Patient berufstätig ist (arbeitslose oder nicht berufstätige Patienten lassen sich trotz Krankheit nicht unbedingt krankschreiben), wurden die Veränderungen auch noch einmal für diejenigen Patienten geprüft, die zu beiden Messzeitpunkten berufstätig waren. Auch hier zeigen sich in der Größenordnung vergleichbare Abnahmen der Fehlzeiten ohne substantielle Vorteile für die Interventionsgruppe.

### **3.4 Veränderungen der subjektiven Leistungsfähigkeit, der Arbeitszufriedenheit und des Erlebens der Arbeitssituation**

Patienten wurden zu allen drei Messzeitpunkten befragt, wie sie ihre berufliche Leistungsfähigkeit global (5stufig skaliert von „voll leistungsfähig“ über „leicht eingeschränkt“ „eingeschränkt“ und „erheblich eingeschränkt“ bis „nicht erwerbsfähig“) und wie sie den zeitlichen Umfang einschätzen, in dem sie ihre Arbeit angesichts ihres derzeitigen Gesundheitszustandes und ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit verrichten könnten.

Die Selbsteinschätzung der globalen beruflichen Leistungsfähigkeit verbessert sich bei Betrachtung aller Patienten über die drei Messzeitpunkte. Bei der Interventionsgruppe ist dabei auch im Katamnesezeitraum ein leichter Anstieg des subjektiven Leistungsvermögens zu verzeichnen, bei der Kontrollgruppe hingegen eine Abnahme. Die Differenz erreicht aber kein Signifikanzniveau.

hier Abbildung 9 einfügen

Der zeitliche Umfang, in dem die Patienten angeben, ihre Arbeit angesichts ihres derzeitigen Gesundheitszustandes und ihrer Leistungsfähigkeit verrichten zu können, vergrößert sich bei Patienten beider Gruppen im Sinne einer Zunahme der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit über die Zeit. Dabei zeigt sich dann aber ein signifikanter Interaktionseffekt im erwarteten Sinne: Patienten der Interventionsgruppe erleben über den

Entlasszeitpunkt hinaus eine Verbesserung, während bei der Kontrollgruppe die subjektive Leistungsfähigkeit in den 24 Monaten nach der Rehabilitation nahezu auf das Ausgangsniveau zurückgeht (vgl. Abb. 10). Da eine varianzanalytische Auswertung bei dieser Variablen streng genommen nicht zulässig ist, wurde ergänzend nonparametrisch auf Unterschiede zwischen den Gruppen innerhalb der Zeitpunkte getestet. Dabei bestätigt sich das berichtete Ergebnis (allerdings können mithilfe dieser Verfahren nicht die Wechselwirkungen über die Zeit abgebildet werden).

hier Abbildung 10 einfügen

Patienteneinschätzungen und Arzteinschätzungen (im Entlassbericht) zum zeitlichen Umfang der beruflichen Belastbarkeit, die in identischer Form am Ende des Klinikaufenthaltes erhoben wurden, korrelieren mit  $r=.16$  ( $p=.16$ ,  $N=75$ ) nur schwach miteinander, dabei weisen die Ärzte gegenüber den Patienten eine hochsignifikant optimistischere Einschätzung auf ( $t=5,2$ ,  $df=74$ ,  $p<.01$ ,  $d=.77$ ).

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt (ABB-Summenscore) und bei 8 verschiedenen Einzelaspekten der Arbeit zeigen sich kaum Veränderungen. Zu allen drei Messzeitpunkten berufstätige Patienten bewerten ihre Arbeitszufriedenheit zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes ähnlich wie kurz vor der Entlassung und zwei Jahre nach der Rehabilitation, dies gilt gleichermaßen für die Interventions- wie für die Kontrollgruppe. Ebenso wenig ergaben Fragen nach Veränderungen am Arbeitsplatz am Ende des Klinikaufenthaltes und zwei Jahre nach der Rehabilitation bedeutsame Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe, wobei nach Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Konzentrationsfähigkeit, der Belastbarkeit nach Stress, des Selbstbewusstseins, der Arbeitsmotivation und des Verhältnisses zu Kollegen und Vorgesetzten als Folge der Rehabilitationsmassnahme gefragt wurde.

### **3.5 Direkte Bewertung des berufsbezogenen Behandlungsangebotes und der erlebten Hilfestellung durch das Behandlungsangebot**

Für die Akzeptanz des berufsbezogenen Behandlungsangebotes spricht zunächst, dass die Teilnahme daran nicht mit einem häufigeren Abbruch der stationären Behandlung verbunden

ist, tendenziell sind in der Kontrollgruppe sogar mehr Abbrecher (8 % gegenüber 3 % in der Interventionsgruppe) zu verzeichnen.

Patienten der Interventions- und der Kontrollgruppe bewerten den Klinikaufenthalt am Ende ( $t=0,50$ ,  $df=99$ ,  $p=0,619$ ) und zwei Jahre nach der Rehabilitation ( $t=0,64$ ,  $df=36$ ,  $p=0,64$ ) insgesamt ähnlich positiv und würden zu vergleichbaren Anteilen die Klinik weiterempfehlen ( $t=0,54$ ,  $df=99$ ,  $p=0,96$  bzw.  $t=1,11$ ,  $df=43$ ,  $p=0,28$ ). Die Teilnahme am berufsbezogenen Schwerpunkt schlägt sich erwartungsgemäß deutlich in der Einschätzung nieder, wie oft berufsbezogene Aspekte während der Rehabilitationsmassnahme bearbeitet wurden. Patienten aus der Interventionsgruppe geben am Ende des Klinikaufenthaltes bedeutsam häufiger an, dass Arbeit und Beruf Gegenstand der Therapie waren ( $t=2,043$ ,  $df=98$ ,  $p<0,01$ ,  $d=1,22$ ). Dies geschieht offenbar nicht gravierend zulasten anderer Themenbereiche. 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 den anderen 4 Themenbereichen zeigen sich keine signifikanten Bewertungsunterschiede zwischen beiden Gruppen.

Patienten der Interventionsgruppe bewerten ferner das Angebot der Klinik für berufliche Problemlagen am Ende des Klinikaufenthaltes signifikant besser als Patienten der Kontrollgruppe, ebenso geben Teilnehmer am berufsbezogenen Angebot signifikant häufiger an, dass sie die Klinik für Patienten mit beruflichen Problemen weiterempfehlen würden als Patienten der Kontrollgruppe (vgl. Abb. 11).

hier Abbildung 11 einfügen

Diese Bewertungsunterschiede sind aber zwei Jahre nach dem Klinikaufenthalt nicht mehr nachzuweisen.

Betrachtet man, in welchen Aspekten Teilnehmer am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt im Vergleich mit Patienten der Kontrollgruppe am Ende ihres Klinikaufenthaltes durch die Rehamassnahme besondere Hilfestellungen erlebten (vgl. Abb. 12), zeigt sich dies bei 4 von 8 diesbezüglichen Items, nämlich bei der Bewältigung von Belastungen und Problemen am Arbeitsplatz ( $t=2,928$ ,  $df=94$ ,  $p<0,01$ ,  $d=0,52$ ), der Beratung bei sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen ( $t=3,515$ ,  $df=91$ ,  $p<0,01$ ,  $d=1,33$ ), 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 ( $t=2,624$ ,  $df=95$ ,  $p=.010$ ,  $d=1.16$ ).

hier Abbildung 12 einfügen

Allerdings lassen sich auch diese Unterschiede 2 Jahre nach Ende der Behandlung nicht mehr nachweisen (ebenso keine Differenz bei den anderen 4 Items).

#### **4 Diskussion und Schlussfolgerungen**

Die vorliegende Studie wurde im laufenden Klinikbetrieb durchgeführt. Aufgrund der damit verbundenen erheblichen Belastungen für das therapeutische Team konnte nur eine begrenzte Stichprobengröße rekrutiert werden.

Eine Begrenzung anderer Art kommt in der relativ hohen Nichtteilnehmerrate zum Ausdruck: Es ist schwer, sozialmedizinische Problempatienten, insbesondere solche, die eine Rente wünschen, von der Teilnahme an einer Studie zu überzeugen, deren erklärtes Ziel eine Erhöhung der Rate derjenigen ist, die im Erwerbsleben verbleiben oder dorthin zurückkehren. Wichtige methodische Anforderungen konnten dennoch erfüllt werden: So ergab die Überprüfung nach Randomisierung, dass zum einen vergleichbare Patienten mit vergleichbarem sozialmedizinischem Risikoprofil in beiden Gruppen vertreten waren und zum anderen beide Gruppen eine vergleichbare Therapiedosis hinsichtlich der Einzelgespräche, des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes und des Gesamtangebotes erhielten. Damit konnten wir u.E. eine hinreichend aussagekräftige Datenbasis zur Evaluation des beschriebenen berufsbezogenen Angebotes gewinnen.

Zwar zeigen die Ergebnisse, dass sowohl die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik vom Klinikaufenthalt profitieren. Die Teilnahme am berufsbezogenen Behandlungsschwerpunkt wirkt sich also nicht zulasten der Beschwerdesymptomatik aus, was vorstellbar wäre, wenn Patienten sich zu stark in Richtung einer von ihnen nicht gewünschten Auseinandersetzung mit dem Verbleib im Arbeitsleben gedrängt fühlen. Auch wird das Angebot offenbar gut akzeptiert, was u.E. der wichtigste positive Befund der Studie ist.

Hinsichtlich der sozialmedizinischen Erfolgskriterien wie Entlassstatus als arbeitsfähig, Wiedereingliederungsquoten, Berentungsanträgen und Fehlzeitenentwicklung deuten die Befunde aber nicht auf substantielle inkrementelle Effekte des berufsbezogenen Behandlungsangebotes gegenüber dem Standardangebot der Klinik hin. Die Daten sprechen auch nicht dafür, dass es gelingt, Patienten mit manifestem Frühberentungsbegehren und nicht erhaltenem Arbeitsplatz in das Erwerbsleben zu reintegrieren. Diese Befunde decken sich mit vorliegenden Erfahrungen [22, 23].

Allein die subjektiven Einschätzungen der Patienten zum zeitlichen Umfang der beruflichen Belastbarkeit deuten darauf hin, dass die Teilnehmer längerfristig vom berufsbezogenen Behandlungsangebot profitiert haben könnten. Die direkten Bewertungen des berufsbezogenen Behandlungsangebotes durch die Patienten der Interventionsgruppe und ihre Beurteilungen zu den erlebten Hilfestellungen fallen lediglich am Ende des Klinikaufenthaltes positiver aus als bei der Kontrollgruppe, zwei Jahre nach der Behandlung sind diese Effekte nicht mehr nachweisbar. Keinerlei Effekte ergaben sich hinsichtlich Arbeitszufriedenheit und Veränderungen des Verhaltens am Arbeitsplatz

Insgesamt sind die Ergebnisse dieser Studie somit wenig ermutigend: Gefunden wurden bei 46 Testungen, die sich auf die Bewertung der Intervention und ihrer Effekte beziehen, 7 signifikante Differenzen zugunsten des berufsbezogenen Angebotes (kein gegenläufiges Ergebnis zugunsten des Standardtreatments). Das liegt zwar über der allein aufgrund des Alphafehlers zu erwartenden Quote bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %. Allerdings sind die gefundenen Vorteile quantitativ gering ausgeprägt. Wie lassen sich die Resultate erklären?

Zunächst wäre bei einem kürzeren Katamnesezeitraum von einem Jahr, wie in vergleichbaren Studien realisiert, die Wahrscheinlichkeit eines Nachweises von Effekten des Treatments insbesondere im Hinblick auf die gemessenen Einstellungsveränderungen vermutlich höher.

Vor allem aber ist zu berücksichtigen, dass die Klinik bereits seit mehreren Jahren stark berufsbezogen arbeitet [17] und dass daher der inkrementelle Effekt eines zusätzlichen berufsbezogenen Angebotes vermutlich nur begrenzt sein kann [25]. Ein von daher sich anbietender klinikübergreifender Vergleich stößt methodisch allerdings auf die Schwierigkeit, dass die Evaluation berufsbezogener Behandlungselemente durch kaum kontrollierbare intervenierende Variablen erschwert wird. Genannt seien beispielhaft unterschiedliche Abläufe der Rehabilitation, quantitativ wie qualitativ differierende Personalausstattungen in den Kliniken oder wechselnde Selektionen bei der Zuweisung von Rehabilitanden, wie sie

sich im zeitlichen Verlauf sogar schon in ein und derselben Klinik relativ kurzfristig ergeben können. Dies hatte im Vorfeld der Studie zu der Entscheidung geführt, sich auf die Erhebung innerhalb einer Klinik und einen engen, von möglichst wenigen Veränderungen betroffenen Erhebungszeitraum zu beschränken.

Schließlich wurde im Unterschied zu anderen Studien [z.B. 24] hier eine Hochrisikogruppe von sozialmedizinischen Problempatienten als Zielgruppe ausgewählt, die in einem Stadium der Auseinandersetzung mit ihrer beruflichen Situation rehabilitativ behandelt wurde [vgl. 23], in dem sie psychotherapeutisch bekanntermaßen nur schwer erreichbar ist. Hier wäre zu prüfen, inwieweit andere existierende berufsbezogene Therapieprogramme auch bei dieser Hochrisikogruppe Erfolge erreichen können.

In diesem Zusammenhang kann im Hinblick auf die Konzeption des berufsbezogenen Treatments aber auch kritisch diskutiert werden, ob sich in einem so kurzen Interventionszeitraum bei einer Hochrisikogruppe mit bereits verfestigten Einstellungen und Überzeugungen überhaupt durchgreifende Veränderungen erreichen lassen und ob Interventionen, die vor allem auf Einsicht und Reflexion abzielen, ausreichend geeignet sind.

Möglicherweise wären hier stärker verhaltens- und erlebnisorientierte handlungsbezogene Ansätze wie z.B. berufsbezogenes Training und Belastbarkeitserprobungen mit entsprechender gezielter psychotherapeutischer Unterstützung innerhalb der medizinischen Rehabilitation wirksamer. Die klinischen Erfahrungen, die wir in der betreffenden Rehabilitationsklinik mit der Übungsfirma über mehrere Jahre machen konnten, unterstützen diese Hypothese.

## Literatur

- <sup>1</sup> Bürger W. Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation. Eine Längsschnittuntersuchung. Bern, Huber 1997.
- <sup>2</sup> Behrend C. (Hrsg.). Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarktes? Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen 1994.
- <sup>3</sup> Behrens J. Rückkehr zur Arbeit: Konzepte, Schwachstellen und Möglichkeiten der Verbesserung - Plenardiskussion mit einleitenden Statements - Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bad Säckingen, VDR 1996.

- <sup>4</sup> Schott T. Reha vor Rente ? - Zur Bedeutung der persönlichen Einstellung für die Wiederaufnahme der Arbeit. in: Neue Wege in der Rehabilitation. Schott T, Badura B, Schwager HJ, Wolters P. (Hrsg.). Weinheim: Juventa 1996: 182-194.
- <sup>5</sup> Wittmann WW, et al. Antragsverhalten hinsichtlich Berentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Abschlußbericht). Frankfurt a. M., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1990.
- <sup>6</sup> Bürger W. Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in medizinischer Rehabilitation. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Themenheft Medizinische Rehabilitation 1998; 6 (3) 137-150.
- <sup>7</sup> Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt am Main: Selbstverlag 1992.
- <sup>8</sup> Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 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 1997.
- <sup>9</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode - beschlossen am 15. Dezember 1998. Rehabilitation 1999; 38: 38-43.
- <sup>10</sup> Bürger W et al. Berufsbezogene Angebote in der Psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption". Deutsche Rentenversicherung 1997; 9-10, 548-574.
- <sup>11</sup> Beutel M. et al. Die integrierte berufliche Belastungserprobung in der medizinischen Rehabilitation - Erfahrungen und Perspektiven am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 1998, 37, 85-92.
- <sup>12</sup> Koch S, Hillert A, Hedlund S, Cuntz U. 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.

- 13 Greitemann B, Dibbelt S, Büschel C. 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.
- 14 Neuberger O, Allerbeck M. Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem "Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)". Bern, Huber 1978.
- 15 Herrmann Ch, Buss U, Snaith R.P. HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Bern: Huber Verlag 1995.
- 16 Boll-Klatt A, Bohlen O, Schmeling-Kludas C. Passt oder passt nicht? Methoden und Personen orientierte differenzielle Indikationsstellung im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut 2005; 50: 179-185.
- 17 Schmeling-Kludas C, Boll-Klatt A. Rechtliche Grundlagen der psychosomatischen Rehabilitation. Auswirkungen auf die Psychotherapeut-Patient-Beziehung. Psychotherapeut 2003 ; 48: 255-259.
- 18 Heintz H, Petzold H, Fallenstein A. Das Arbeitspanorama. In: Petzold, H, Heintz, H (Hrsg). Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann 1983: 356-408.
- 19 Bürger W, Dietsche S, Morfeld M, Koch U. Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation 2001; 40: 217-225.
- 20 Mittag O, Raspe, H. 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 2003; 42 : 169-174.
- 21 Sandweg R, Sänger-Alt C, Rudolf G. Psychopathologischer Befund und Behandlungsergebnisse bei Rentenantragstellern. Nervenarzt 1992; 63:539-544.
- 22 Stevens A, Förster K. Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenantrag). Nervenarzt 1995; 66: 811-819.
- 23 Plassmann R, Färber K. Rentenentwicklung bei psychosomatisch Kranken. Rehabilitation 1995; 34: 23-27.
- 24 Koch S, Hillert A. Was leistet eine berufsbezogenen Therapiegruppe für die psychosomatische Rehabilitation ? Ergebnisse von 12-Monatskatamnesen einer



kontrollierten Evaluation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien. Tagungsband vom 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13. bis 15. März 2006 in Bayreuth. DRV-Schriften 2006; Bd. 64: 52-54.

- <sup>25</sup> Bürger W. Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M. (Hrsg.). Wissenschaftliche Grundlagen der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. 2006, Pabst Verlag, 47-55.

## Tabellen und Abbildungen

Tab. 1 Teilnehmerzahlen

	N (%)
Einschlusskriterien	199
Bereitschaft Studienteilnahme	135
Randomisierung möglich	129
Patientenfragebogen Entlassung	95 (74%)
Deckblatt RV-Träger	115 (89%)
2-Jahres-Katamnese	43 (33%)
Interventionsgruppe	41 (32%)
Kontrollgruppe	88 (68%)

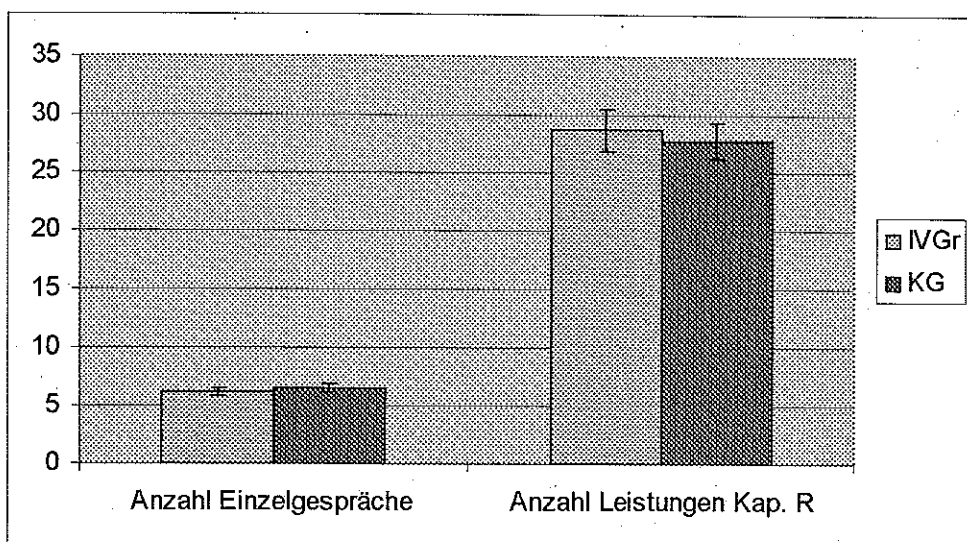
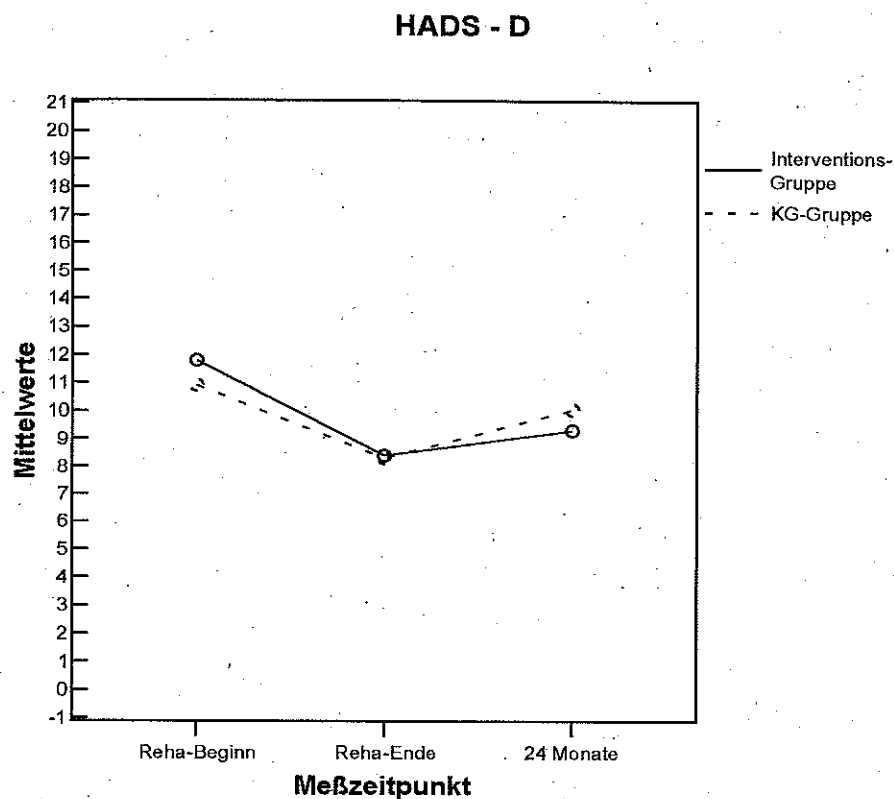


Abb. 1: Mittlere Zahl der psychotherapeutischen Einzelgespräche und der psychotherapeutischen Leistungen (Kapitel r lt. KTL) in Stunden bei Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe, Mittelwerte und Standardfehler des Mittelwertes (N=115)

Anzahl Einzelgespräche	AM	s	N	t-Test
IVGr	6,2	2,0	34	t=0,61, p=0.51, d=0,14
KG	6,5	3,2	81	
Anzahl Leistungen Kap. r				
IVGr	28,8	10,7	34	t=0,39, p=0.70, d=0,10
KG	27,6	13,4	81	

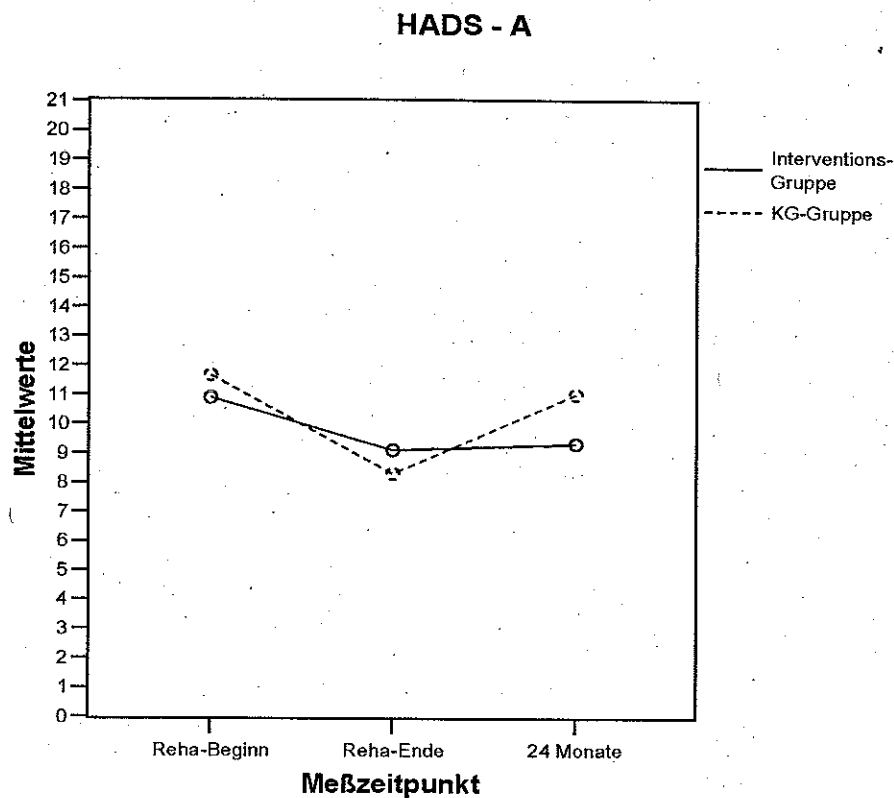
Tab. 2 Stichprobenbeschreibung (n = 129)

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	79%
arbeitslos	21%
Mittelwert: Fehltage im Jahr vor Reha	176
Rentantrag geplant	16%
Rentantrag gestellt	6%
Zufriedenheitsquote mit Arbeit	38%



HADS-D	AM (s); t1	AM (s); t2	AM (s); t3	N
IVGr	11,8 (4,8)	8,4 (5,9)	9,3 (5,1)	10
KG	10,9 (5,0)	8,3 (5,0)	10,0 (5,3)	23
Multivariate VA	Faktor Zeit: $f=12.9$ , $df=2$ , $p<.01$ , $\eta^2=.46$ Faktor Zeit x Gruppe: $f=0.57$ , $df=2$ , $p=.57$ , $\eta^2=.04$			

Abb. 2 Mittelwerte der HADS-Skala Depression zu allen drei Meßzeitpunkten für Patienten der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe



HADS-A	AM (s); t1	AM (s); t2	AM (s); t3	N
IVGr	10,9 (4,4)	9,1 (5,5)	9,3 (3,7)	10
KG	11,7 (4,1)	8,3 (4,6)	11,0 (4,3)	24
Multivariate VA	Faktor Zeit: $f=7.0$ , $df=2$ , $p<.01$ , $\eta^2=.31$ , Faktor Zeit x Gruppe: $f=1.2$ , $df=2$ , $p=.32$ , $\eta^2=.072$			

Abb. 3 Mittelwerte der HADS-Skala Ängstlichkeit zu allen drei Meßzeitpunkten für Patienten der Interventionsgruppe (N=10) und der Kontrollgruppe (N=24)

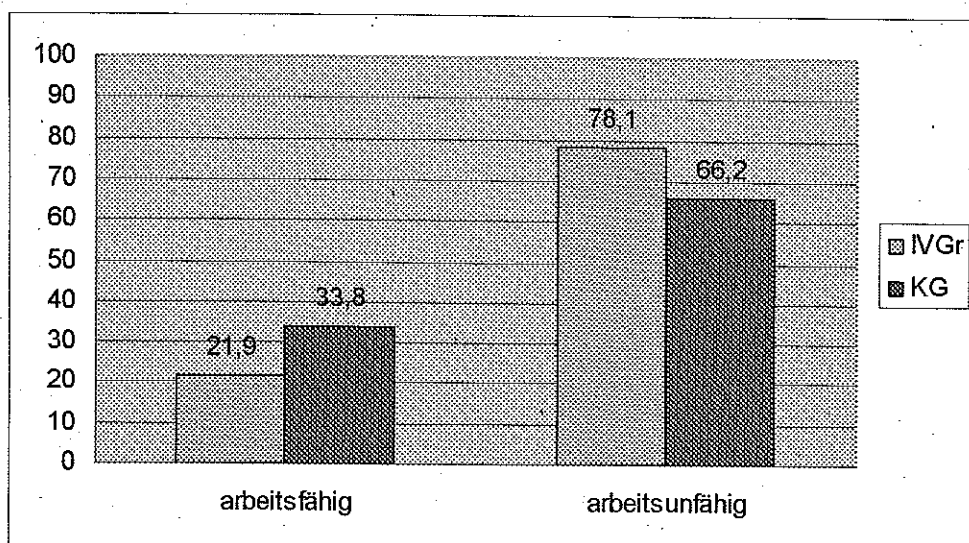


Abb. 4: Angaben aus dem Entlassbericht, Anteile von Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe in Prozent, die laut Entlassbericht als „arbeitsfähig“ bzw. „arbeitsunfähig“ entlassen wurden, (N IVGr = 32, N KG = 77,  $\chi^2=1,51$ ,  $df=2$ ,  $p=0.22$ ,  $\phi=0.12$ )

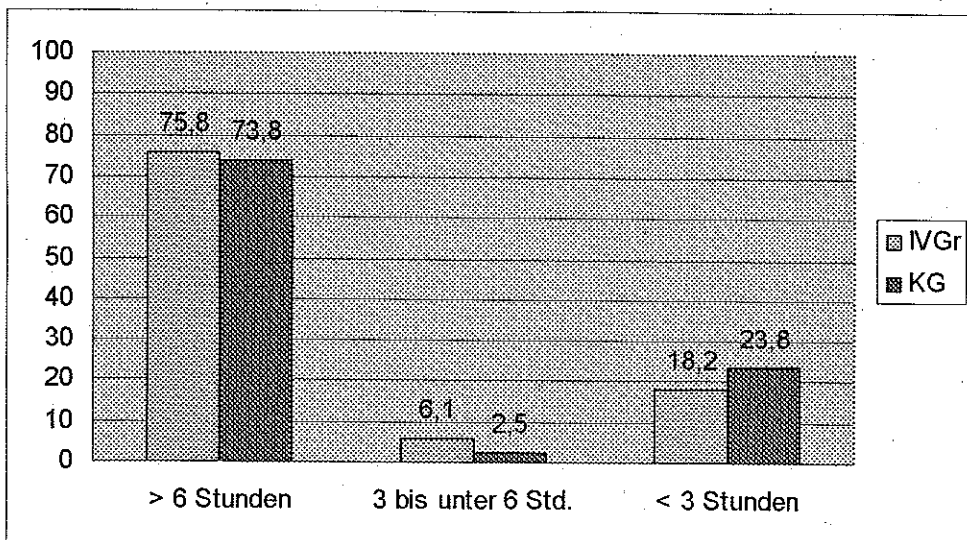


Abb. 5: Zeitlicher Umfang, in dem die letzte Tätigkeit lt. Entlassbericht noch ausgeübt werden kann, bei Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe, (N IVgr = 33, N KG = 80,  $\chi^2=1,18$ ,  $p=0,56$ ,  $\phi=0,10$ )



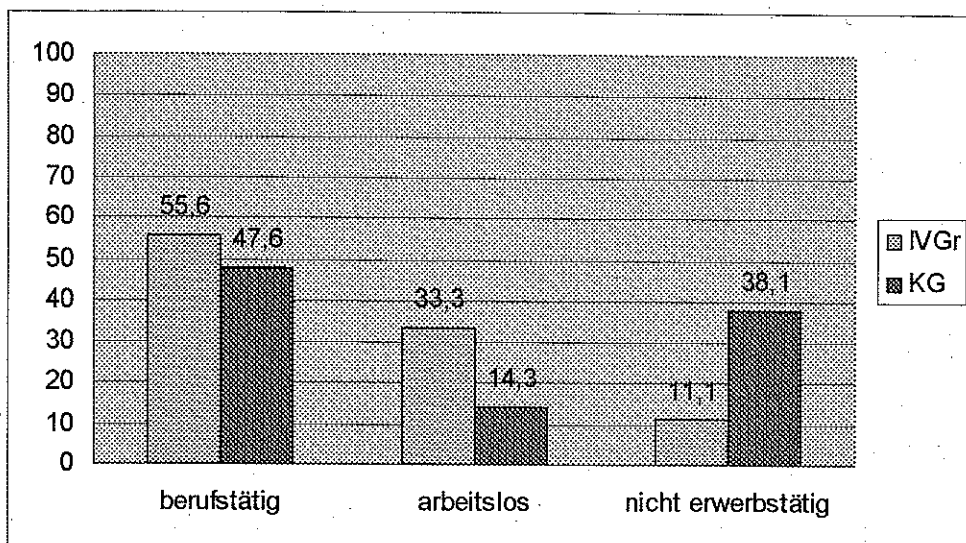


Abb. 6: Berufssituation von Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe, die zu Rehabilitationsbeginn berufstätig waren, zum Katamnesezeitpunkt 24 Monate nach der Rehabilitation in Prozent,  $N(\text{IVGr}) = 9$ ,  $N(\text{KG}) = 21$ ,  $\chi^2 = 2,8$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,25$ ,  $\phi = 0,30$

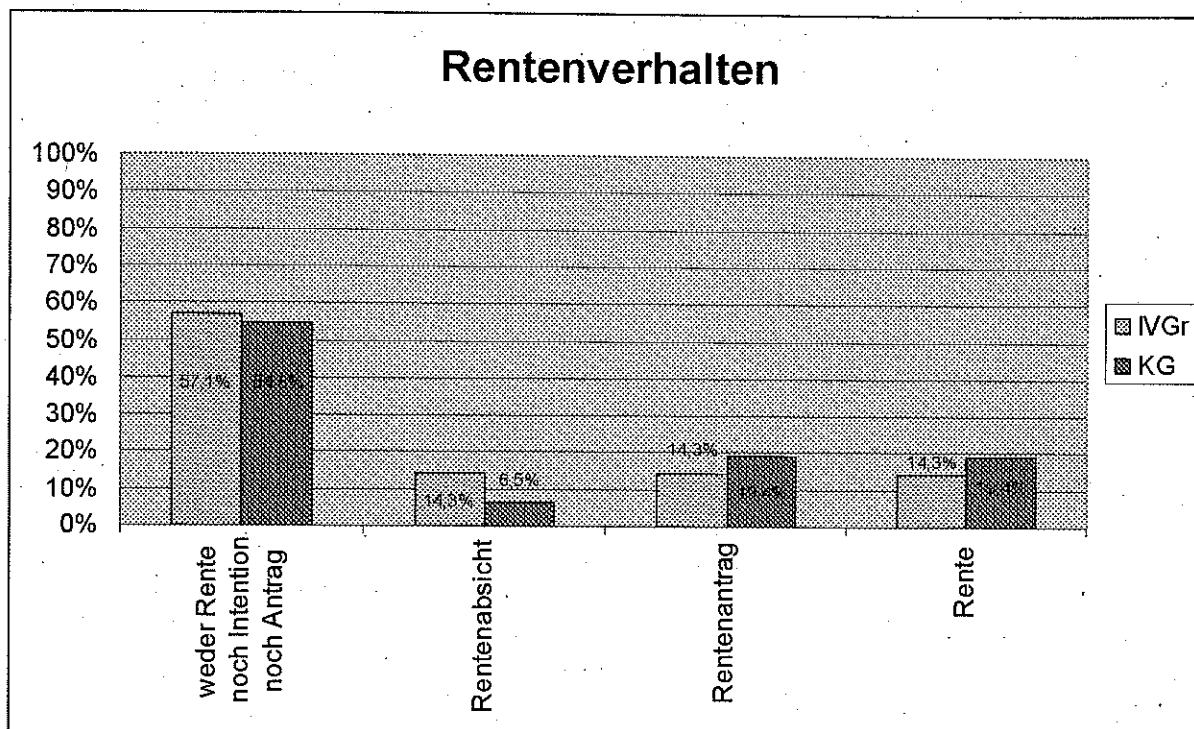
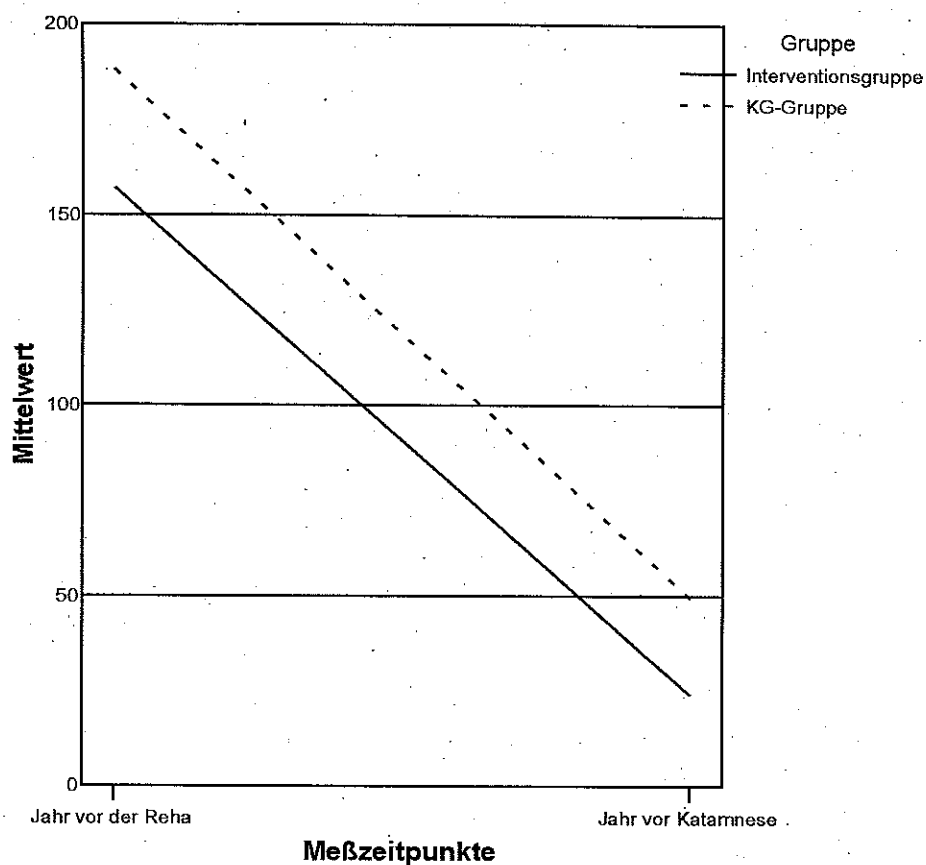
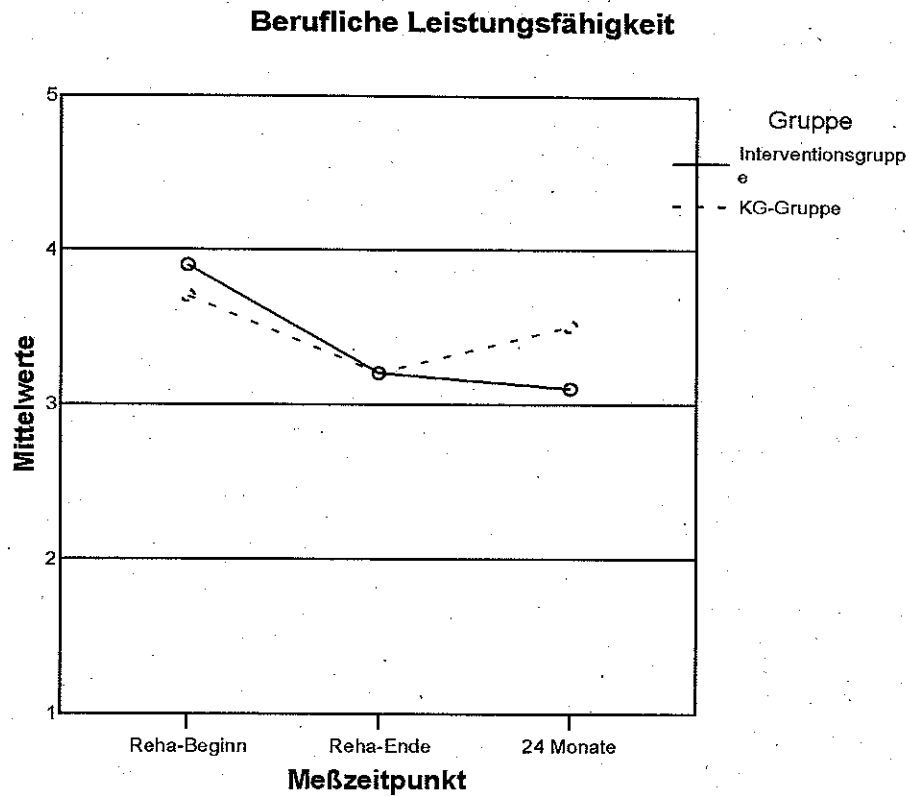


Abb. 7: Angaben von Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe zum Katamnesezeitpunkt 24 Monate nach der Rehabilitation zu Frühberentungen, -anträgen und -intention,  $N(\text{IVGr}) = 14$ ,  $N(\text{KG}) = 31$ ,  $\chi^2=0,95$ ,  $df=2$ ,  $p=0.81$ ,  $\phi=.15$



Fehlzeiten	AM (s); t1	AM (s); t2	N
IVGr	157 (109)	24 (37)	13
KG	188 (109)	50 (110)	25
Multivariate VA	Faktor Zeit: $f=28.7$ , $p<.01$ , $\eta^2=.44$ , Faktor Zeit x Gruppe: $f=0.12$ , $p=.91$ , $\eta^2<.01$		

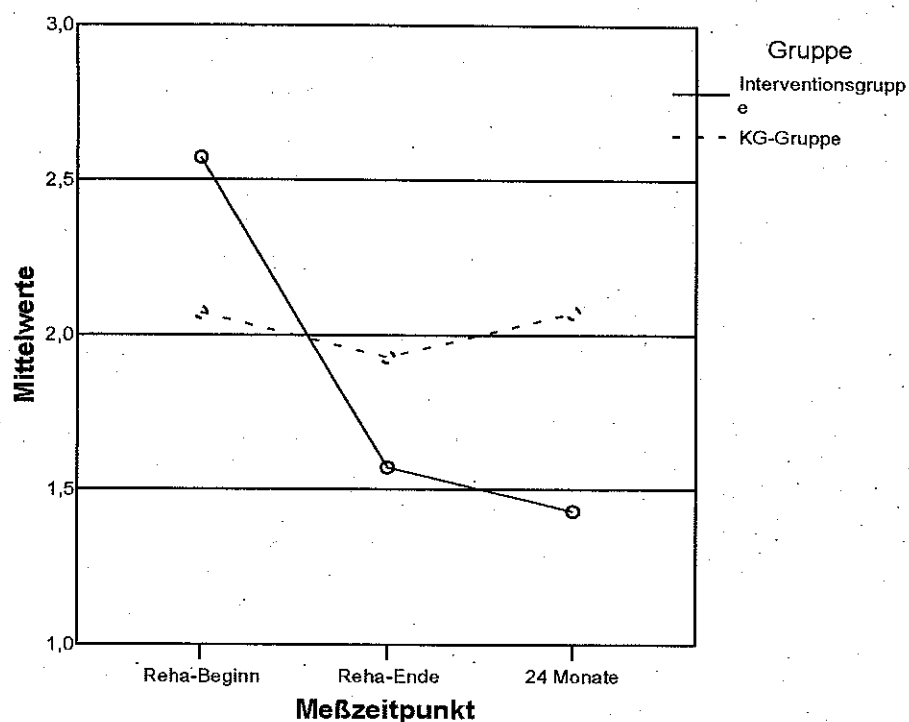
Abb. 8: Veränderung der mittleren Krankschreibungszeiten (in Tagen) vom 12-Monats-Zeitraum vor der Rehabilitation zum Zeitraum 12 Monate vor der Katamnesebefragung, Angaben von Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe



Berufliche Leistungsfähigkeit	AM (s); t1	AM (s); t2	AM (s); t3	N
<b>IVGr</b>	3,9 (0,74)	3,2 (0,92)	3,1 (1,50)	10
<b>KG</b>	3,7 (1,22)	3,2 (1,20)	3,5 (1,40)	20
<b>Multivariate VA</b>	Faktor Zeit: $f=6.04$ , $df=2$ , $p<.01$ , $\eta^2=.31$ , Faktor Zeit x Gruppe: $f=0.69$ , $df=2$ , $p=.51$ , $\eta^2=.05$			

Abb. 9: Veränderung der Patienteneinschätzungen ihrer aktuellen beruflichen Leistungsfähigkeit (1=voll leistungsfähig – 5 = nicht erwerbsfähig) über alle drei Meßzeitpunkte in der Interventions- und Kontrollgruppe, Mittelwerte

### Zeitl. Umfang der beruflichen Belastbarkeit



Umfang berufliche Belastbarkeit	AM (s); t1	AM (s); t2	AM (s); t3	N
<b>IVGr</b>	2,6 (0,54)	1,6 (0,79)	1,4 (0,79)	7
<b>KG</b>	2,1 (0,83)	1,9 (0,83)	2,1 (0,83)	14
<b>Multivariate VA</b>	Faktor Zeit: $f=5.0$ , $df=2$ , $p=.02$ , $\eta^2=.36$ , Faktor Zeit x Gruppe: $f=4.35$ , $df=2$ , $p=.03$ , $\eta^2=.33$			

Abb. 10: Veränderung der Patienteneinschätzungen zum zeitlichen Umfang ihrer aktuellen beruflichen Belastbarkeit (1 „6 Stunden und mehr“ 2 „3 bis 6 Stunden“ 3 „weniger als 3 Stunden“) über alle drei Meßzeitpunkte in der Interventions- und Kontrollgruppe, Mittelwerte

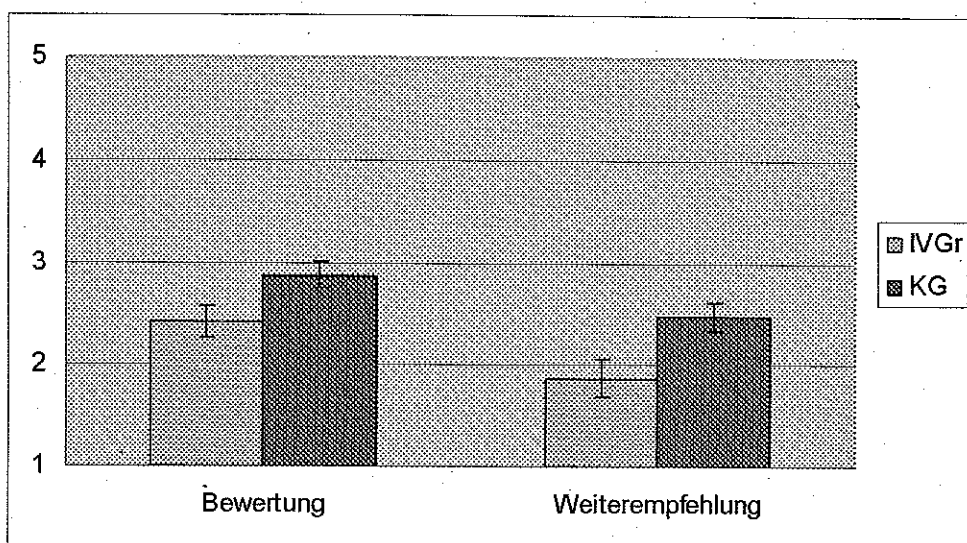


Abb. 11: Mittelwerte und Standardmeßfehler der Patientenangaben am Ende des Klinikaufenthaltes zur Bewertung des berufsbezogenen Behandlungsangebotes der Klinik (1=sehr positiv bis 5=sehr negativ) und zur Weiterempfehlung der Klinik bei beruflichen Problemen (1= ja, unbedingt bis 5= auf keinen Fall ja)

	AM (s); Bewertung	AM (s); Weiterempfehlung	N
<b>IVGr</b>	2,42 (0,85)	1,87 (1,06)	31
<b>KG</b>	2,88 (0,99)	2,48 (1,05)	60
<b>t-Test Bewertung</b>	t=2,22, p=.03, d=.50		
<b>t-Test Weiterempfehlung</b>	t=2,63, p=.01, d=.58		

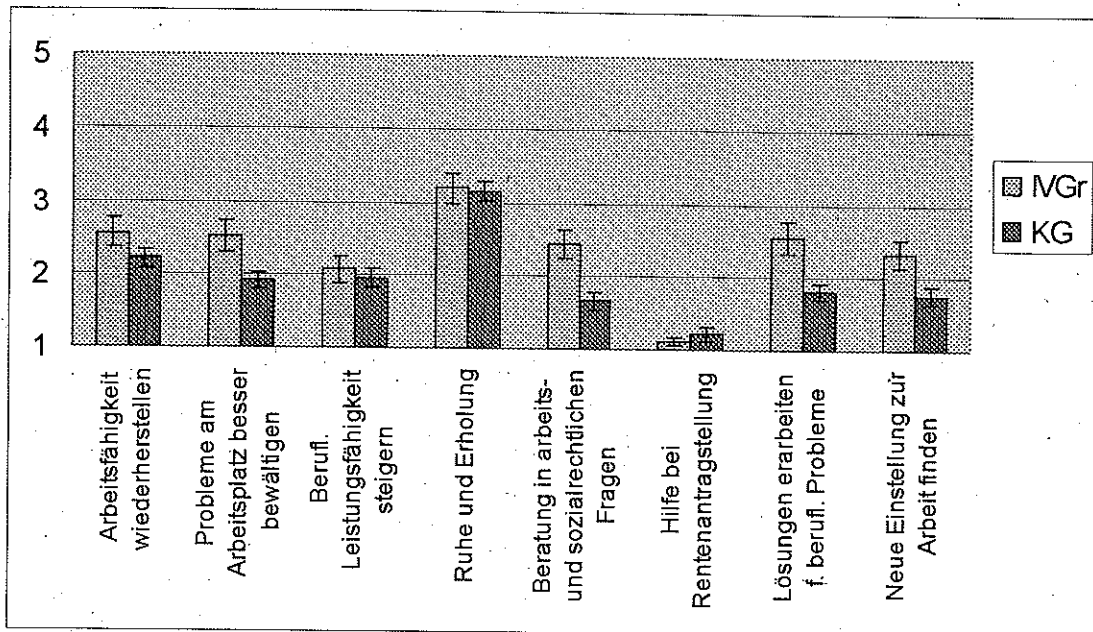


Abb. 12: Mittelwerte und Standardmeßfehler der Patientenangaben am Ende des Klinikaufenthaltes zur Hilfestellung durch den Klinikaufenthalt bei verschiedenen berufsbezogenen Zielen von „1=überhaupt nicht“ bis „5=sehr stark“ (N=90)