

# WISO

## Rehabilitation bei psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Reha

1. Einleitung	54
2. Medizinische und berufliche Rehabilitation	57
3. Stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation	59
4. Erste ambulante Reha-Klinik für psychische Störungen in Österreich	60
5. Leistungsprofil des Zentrums für Seelische Gesundheit Leopoldau	62
6. Diskussion und Ausblick	66

*Gerhard Lenz*

*Ärztlicher Leiter im  
Zentrum für Seeli-  
sche Gesundheit in  
Wien*

**Auszug aus WISO 4/2012**

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

1. Einleitung

*psychische Erkrankungen häufigster Grund für Invaliditätspension*

Die Zuerkennung von Frühinvalidität wegen psychischer Erkrankung hat in den letzten Jahren massiv zugenommen: 2011 waren psychische Erkrankungen bei Angestellten mit 45,7% und bei ArbeiterInnen mit 31,6% bereits die häufigste Ursache bei Neuzugängen zur Invaliditätspension. Daneben ist es auch zu einer Zunahme von Krankenstandstagen auf Grund von psychischen Erkrankungen gekommen, obwohl fast alle anderen Krankheiten als Ursachen für Krankenstandstage zurückgegangen sind.

*Tabelle 1: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Daten aus 2009*

<b>900.000 ÖsterreicherInnen wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung</b> (davon mehr als die Hälfte über 60 Jahre!)
<b>Durchschnittliche Krankenstandsdauer:</b>
bei körperlichen Erkrankungen 11 Tage
bei psychischen Erkrankungen 40 Tage
<b>Therapie:</b>
840.000 PatientInnen bekamen Psychopharmaka
130.000 Psychotherapie
70.000 Spitalsbehandlung



*Tabelle 2: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Daten aus 2009*

<b>Gesamte Kosten für Krankenbehandlung im Bereich psychischer Störungen:</b>	<b>750 Mio €</b>
davon Spitalskosten	280 Mio €
Kosten für Psychopharmaka	250 Mio €
Kosten für Psychotherapie	63 Mio €
Kosten für psychologische Diagnostik	5 Mio €



Als wesentlicher Faktor dafür wird die Zunahme beruflicher psychosozialer Belastungen diskutiert (Schneider 2011). Der Begriff „Burnout“, der wegen Definitionsmängeln sehr heterogen verstanden und verwendet wird, betrifft einerseits arbeitsbedingte chronische Stressreaktionen als Vorstufe einer psychischen Erkrankung (und ist oft von Depressionen, Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen gefolgt), aber auch Zustände des Ausgelaugtseins durch eine körperliche oder psychische Erkrankung (Burisch 2010, DGPPN 2012). Hier spielen der permanente Wettbewerb, hoher Konkurrenzdruck, Arbeitsplatzunsicherheit, die oft geforderte hohe Flexibilität/Mobilität, ständige Erreichbarkeit, Arbeitsverdichtung (steigendes Arbeitsvolumen bei sinkender Personalzahl) sowie eine Erosion des Normalarbeitsverhältnisses (Zeit-/Leiharbeit, befristete Arbeitsverträge, Abbau des Kündigungsschutzes ...) eine wichtige Rolle, aber auch chronische Konflikte zwischen MitarbeiterInnen untereinander oder mit Vorgesetzten („Mobbing“, Schwickerath et al. 2012).

*Definitionsmängel beim Begriff „Burnout“*

Individuelle Vulnerabilitäten vor allem im Bereich von Persönlichkeitsfaktoren spielen bei allen Beteiligten zusätzlich eine Rolle (leichte Kränkbarkeit, überhöhte Ansprüche, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, Störung der Impulskontrolle ...).

*individuelle Vulnerabilitäten*

Arbeitsplatzspezifische Angstausröser werden zunehmend Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen (Linden et al. 2007), Untersuchungen zu arbeitsbedingten Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen (Rau et al. 2010) zeigen, dass depressive Symptomatik, aber auch typische depressive Störungen bei solchen Beschäftigten häufiger vorkommen, die ihre Arbeitsintensität als hoch und gleichzeitig ihren Tätigkeits-spielraum als niedrig erleben.

Die betriebliche Gesundheitsförderung als präventive Maßnahme zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (<http://www.netzwerk-bgf.at>) ist in Österreich gerade bezogen auf psychische Probleme noch nicht sehr weit entwickelt, obwohl es vielversprechende Ansätze gibt, wie z.B. in der Voestalpine Linz („Lehrlinge in Bewegung“), der Erste Bank Wien (Gesundheitscheck für Lehrlinge) oder OÖ GKK Linz (U 21-Betriebliche Gesundheitsförderung mit jungen ArbeitnehmerInnen).

*BGF bezogen auf psychische Probleme noch nicht sehr weit entwickelt*

In kleineren und mittleren Unternehmen ist es allerdings viel schwieriger, betriebliches Gesundheitsmanagement oder gesundheitsförderliche Maßnahmen zu verankern.

*fit2work* fit2work (<http://www.fit2work.at>) ist ein Informations- und Beratungsangebot für Personen und Betriebe, welches aufgrund des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes vom 1. 1. 2011 ins Leben gerufen wurde. Es ist ein gemeinsames Projekt des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, des Arbeitsmarktservices, des Arbeitsinspektorates, des Bundessozialamtes, der Pensionsversicherungsanstalt (PV), der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und der Krankenversicherungsträger, welches österreichweit stufenweise seit Herbst 2011 umgesetzt wird. fit2work organisiert die Angebote verschiedener Partnerinstitutionen zu auf die Problemlage abgestimmten individuellen Lösungen. Durch die Beratungsleistung mit fit2work soll bereits in einem frühen Stadium erkannt werden, ob ArbeitnehmerInnen Gefahr laufen, invalid zu werden. Case ManagerInnen begleiten die Betroffenen während des gesamten Prozesses und ermöglichen im Bedarfsfall dem Klienten/der Klientin auch einen Zugang zu den Rehaleistungen der zuständigen Stellen und weiteren Beratungseinrichtungen. Das Ziel von fit2work ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit verbunden der nachhaltige Verbleib und/oder die Wiedereingliederung der Betroffenen in den Arbeitsprozess. Ebenso werden Betriebe speziell beraten, um Arbeitsplätze gesünder zu gestalten und Maßnahmen der Gesundheitsprävention für MitarbeiterInnen im Betrieb zu integrieren ([www.fit2work.at/home/Angebot\\_fuer\\_Betriebe](http://www.fit2work.at/home/Angebot_fuer_Betriebe)) (siehe auch Freigang-Bauer et al. 2011). Mehrere Projekte von Service Arbeit und Gesundheit (SAG), einem Vorläufer von fit2work, wurden bereits evaluiert und zeigten einen großen Erfolg in Richtung Zufriedenheit, Verbesserung der Arbeitsbedingungen, verbesserter Gesundheitszustand und ein Verbleiben im Berufsleben bei 60% der ehemals Beschäftigten bzw. eine Rückkehr ins Berufsleben von 24% der ehemals Arbeitslosen. (ABIF 2009)

*„Reha vor Pension“*

Nach dem Motto „Reha vor Pension“ soll nun in Österreich gegen vorzeitige Pensionierungen mittels gezielter Rehabilitation gesteuert werden, dazu sind in den letzten Jahren in Österreich bundesweit neue Reha-Zentren entstanden.

### 2. Medizinische und berufliche Rehabilitation

*Medizinische Rehabilitation* umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über die Behandlung der Krankheit hinaus vor allem die Beziehung zu Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne einer Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen.

Die medizinische Rehabilitation ist in Österreich seit 1992 (32. ASVG-Novelle) eine Pflichtaufgabe der Pensionsversicherung, teilweise auch der Krankenkassen und der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt.

*medizinische  
Reha seit 1992*

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation sind die Rehabilitationsbedürftigkeit (drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe), die Rehabilitationsfähigkeit (somatische und psychische Verfassung) und die Rehabilitationsprognose (medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Rehabilitation) zu prüfen:

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen oder zu mildern. Hier geht es also in erster Linie um die Besserung psychischer Funktionen (Reduktion von Angst, Verbesserung der Konzentration, Stimmungsaufhellung ...), um Verbesserungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe (Kommunikationsfähigkeit, soziale Kompetenz, Problemlösefertigkeiten, Stressbewältigung, Krankheitsbewältigung ...) und Änderungen im Bereich von Kontextfaktoren (soziale Integration, Lebensstiländerung, Abbau von Risikoverhalten ...).

Arbeitsplatzanalysen (Zielke 2012) sowie Untersuchungen zu Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz (Zielke & Leidig 2006) spielen hier ebenso eine Rolle wie die Arbeit an der berufsbezogenen Therapiemotivation (Zwerenz 2005, Koch et al. 2006, Fiedler et al. 2011) mit ihren 4 Bereichen Veränderungsabsicht, Rentenbegehren, negative Behandlungserwartung und aktive Bewältigungsorientierung.

*berufsbezogene  
Therapie-  
motivation*

Medizinische Reha kann als notwendige Vorstufe vor beruflichen Reha-Maßnahmen gesehen werden (bei denen eine ausreichende psychische Stabilität und berufsbezogene Motivation Voraussetzung ist), kann aber auch direkt zu einer beruflichen Tätigkeit führen.

### *Zuständigkeitsbereich für berufliche Reha*

*Die berufliche Rehabilitation* fällt in den Zuständigkeitsbereich des AMS, der PVA, der AUVA oder aber auch des Bundessozialamtes. Institutionen wie z.B. das BBRZ ([www.bbrz.at](http://www.bbrz.at), Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) bieten seit mehr als 30 Jahren Menschen mit körperlichen oder psychischen Behinderungen, die ihren Beruf nicht mehr ausüben können, vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten an: Berufsorientierung, Trainingsmaßnahmen, Umschulung, Job-Assistenz oder geschützte Arbeitsplätze.

### *Reha-Planung*

Die Reha-Planung beinhaltet das Reha-Assessment (differenzierte individuelle Standortbestimmung) und die Berufspotentialanalyse (ganzheitliche Abklärung und Orientierung), die Reha-Trainings dienen in erster Linie der Kompetenzentwicklung der TeilnehmerInnen im Bereich von schulischen Kenntnissen und im Erwerb von sozialen Schlüsselqualifikationen. Bei Bedarf finden auch gesundheitsfördernde Interventionen statt (z.B. Einleitung einer Psychotherapie). Reha-Kombinationen beinhalten Elemente von Reha-Planung und Reha-Training und eignen sich besonders als Basis-Angebote für Personen mit psychischer Problematik. Neben den typischen Kerninhalten einer Reha-Planung (Diagnostik der Persönlichkeit und der sozialen Kompetenzen, medizinisches Consulting, Leistungsdiagnostik, berufsspezifische Grund- und Spezialabklärung und berufliche Perspektivenentwicklung) zielen diese Reha-Kombinationen verstärkt auf Elemente zur psychischen Stabilisierung ab. Beispiele für eine solche Reha-Kombination sind AT (Arbeitstraining) oder IMBUS (Individualisierte Maßnahme zur Berufsvorbereitung und Stabilisierung). Reha-Ausbildungen mit Lehrabschlussprüfung werden vor allem im kaufmännischen und technischen Bereich angeboten.

### *Arbeitsassistentz ...*

Die Arbeitsassistentz [www.psz.co.at](http://www.psz.co.at) ist eine seit 1994 im BEinstG verankerte Dienstleistung. Kernauftrag ist die Beratung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen/Erkrankungen zur Erlangung und Sicherung von Arbeitsplätzen.

Die Begleitung durch die Arbeitsassistenten beinhaltet Hilfestellungen zur Bewältigung der Anforderungen der beruflichen und sozialen Lebenswelt der KlientInnen. Ein wichtiger Teil der Dienstleistung ist die Funktion des/der Netzwerklers/in in Zusammenarbeit mit Unternehmen, sozialen und medizinischen DienstleisterInnen, Behörden, FördergeberInnen und anderen KooperationspartnerInnen. Das Dienstleistungsangebot der Arbeitsassistenten richtet sich sowohl an Menschen mit Behinderungen/Erkrankungen als auch an Betriebe und Unternehmen, die diese Menschen beschäftigen bzw. bereit sind, diese zu beschäftigen (Auszüge aus dem Positionspapier der Arbeitsassistenten Dachverband Berufliche Integration Austria, 2008).

*... richtet sich sowohl an Menschen mit Behinderung als auch an Betriebe*

### 3. Stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation

In Österreich wurden 2002 die ersten stationären psychiatrischen Reha-Kliniken in Kärnten (Klagenfurt) und OÖ (Bad Hall) eröffnet, 2007 folgte St. Radegund (Stmk), 2008 Podersdorf (Bgl) mit Übersiedlung nach Rust 2011, 2009 Ottenschlag (NÖ) und Lans (Tirol) sowie 2010 Gars (NÖ) und 2012 Hollenburg (NÖ).

*2002 erste stationäre psychiatrische Reha-Kliniken eröffnet*

*Tabelle 3: Psychiatrische Reha-Kliniken 927 Betten/Plätze in Österreich*

Sonnenpark Lans (Tirol)	100 Betten
Psychiatrische Reha St.Veit (Salzbg)	36 Betten
Sonnenpark Bad Hall OÖ	120 Betten
Reha-Klinik Klagenfurt	96 Betten
Privatklinik St. Radegund (Stmk)	125 Betten
Reha-Klinik Gars/Kamp NÖ	100 Betten
Lebens-Resort Ottenschlag NÖ	50 Betten
Reha-Klinik Sonnenpark Rust (Bgl)	100 Betten
Zentrum f. Seelische Gesundheit Wien	80 Plätze
Reha Klinik Hollenburg NÖ	120 Betten

Die Vorteile einer solchen meist 6-wöchigen stationären Reha ergeben sich durch die Herausnahme aus einem belastenden Milieu, wenn eine durchgängige Stützung im Lern- und Übungsfeld notwendig ist oder wenn Anfahrtswege für ambulante Einrichtungen zu lange sind. Nachteile einer stationären Reha können die Wohnortferne sein (erschwertes Nahtstellenmanagement wie z.B. kein Ineinandergreifen von medizinischer und beruflicher Reha, Einüben von alltagsnahen Bewältigungsstrategien schwieriger ...).

In einer großen Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie Steffanowski et al. 2007) konnten mittlere Behandlungseffekte über alle Studien nachgewiesen werden, die Effekte waren am besten bei affektiven Störungen und bei Angststörungen. Im Jahr nach der Reha konnten auch Verbesserungen im Hinblick auf gesundheitsökonomische Merkmale gezeigt werden (Verbleib im Erwerbsleben, Abnahme der Krankschreibungstage und Krankenhausaufenthalte).

### **4. Erste ambulante Reha-Klinik für psychische Störungen in Österreich**

*Zentrum für  
Seelische  
Gesundheit  
Leopoldau*

Im September 2010 wurde in Wien das Zentrum für Seelische Gesundheit Leopoldau eröffnet. Es ist dies eine ganztags-ambulante Einrichtung mit einer Reha-Behandlung über 6 Wochen (wochentags Mo bis Fr von früh bis nachmittags) in störungsspezifischen geschlossenen Gruppen zu jeweils durchschnittlich 10 PatientInnen.

Zielgruppen sind Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, die entweder noch im Arbeitsprozess stehen oder bereits arbeitslos sind, sich im Langzeitkrankenstand befinden oder um Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension angesucht haben oder diese befristet bewilligt bekommen haben.

*Argumente für  
ambulante Reha*

*Die Argumente für eine ambulante Reha* sind: bessere Integration der Reha in den Alltag der PatientInnen, mehr Arbeitsorientierung durch die tägliche Fahrt von zu Hause in die Ambulanz, Übungsmöglichkeiten vor Ort bzw. alltagsnahes Training, gesundheitsförderliches häusliches Umfeld soll genutzt werden, die Erfüllung nicht delegierbarer häuslicher Pflichten (Kinderbetreuung, Pflege von Familienmitgliedern, etc. ...) ist möglich, besseres Nahtstellenma-



nagement im Hinblick auf die ärztliche und/oder psychotherapeutische Weiterbetreuung oder Anbindung an andere weiterbetreuende Institutionen.

Die Zuweisung erfolgt durch Antrag auf Rehabilitation bei den zuständigen Sozialversicherungsträgern durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin, wobei vor allem vier Zuweisungsgründe im Vordergrund stehen:

*v. a. vier Zuweisungsgründe*

1. Antrag auf Kur-, Erholungs- oder Reha-Aufenthalt
2. Anschlussheilverfahren: psychisch Kranke, die nach einer akuten Krankheitsphase noch nicht ausreichend stabilisiert sind
3. Rehabilitations-Früherfassung: psychisch Kranke, die bereits länger bzw. gehäuft im Krankenstand sind
4. Rehabilitation vor Pension: Antragsteller einer Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension

### **Wie kommen die PatientInnen zu einer Aufnahme?**

Nach der Bewilligung des Reha-Antrages durch den Kostenträger werden die PatientInnen zu einer Informationsgruppe eingeladen, die dazu dient, dass die PatientInnen sich ein Bild über das Zentrum und den Anfahrtsweg machen können, sie bekommen eine detaillierte Information über das Reha-Programm und wir bekommen ein ungefähres Bild über die Schwerpunkte der Problematik/Diagnostik beim einzelnen Patienten/bei der einzelnen Patientin und können damit idealerweise die PatientInnen gezielt zu bestimmten störungsspezifischen geschlossenen Gruppen mit gemeinsamem Aufnahmetermin vormerken.

Solche störungsspezifischen Gruppen betreffen z.B. PatientInnen mit Angststörungen, Depression, Schizophrenie oder bei entsprechendem Bedarf auch mit Zwangsstörungen, bipolaren Störungen, somatoformen Störungen, etc.

*Indikationen für die Reha* sind folgende diagnostische Gruppierungen nach ICD-10:

F2 Schizophrenie und wahnhafte Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Kontraindikationen betreffen akute psychische oder körperliche Störungen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung, primär hirnganische Störungen oder Suchterkrankungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose (z.B. dissoziale und emotional instabile PS), nicht ausreichende Belastbarkeit oder Mobilisierbarkeit, Pflegebedürftigkeit oder fehlende Therapiemotivation.

*Ziel der medizinischen Rehabilitation* ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch Reha-Maßnahmen abzuwenden, zu beseitigen oder zu mildern.

### 5. Leistungsprofil des Zentrums für Seelische Gesundheit Leopoldau

Die Reha erfolgt im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Leitung (siehe Tab. 4).

*Tabelle 4: Multiprofessionelles Team für 80 PatientInnen*

Ärztlicher Leiter (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin)
Weitere FachärztInnen, Praktischer Arzt
PsychotherapeutInnen
PsychologInnen
Pflegeperson
PhysiotherapeutInnen
ErgotherapeutInnen
SozialarbeiterInnen
DiätassistentIn, Sporttherapeut, Musiktherapie

Es wird ein individuelles Therapieprogramm unter Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren durchgeführt. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf Einzel- und Gruppentherapie.

reputischen Aktivitäten (psychoedukativen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen) und medikamentösen Maßnahmen.

### **Ärztliche Leitung und Verantwortung:**

Der ärztliche Leiter ist Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und gleichzeitig auch Psychotherapeut und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Er ist für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger verantwortlich. Er leitet das multiprofessionelle Rehabilitationsteam, stellt regelmäßige Teambesprechungen sicher und verantwortet den Entlassungsbericht.

### **Diagnostik und Rehabilitationsplan:**

In der ersten Woche erfolgt eine Anamneseerhebung mit psychopathologischem Befund und körperlicher Untersuchung, dann eine Diagnostik der psychischen Erkrankung nach ICD-10 der WHO einschließlich SKID-II-Fragebogen zum Screening in Richtung von Persönlichkeitsstörungen sowie eine Evaluierung sozialer und beruflicher Daten und in der weiteren Folge eine Diagnostik der Aktivitäts- und Partizipationsstörungen (ICF-Klassifikation der WHO). Für diese ICF-Klassifikation wird das Mini-ICF-APP Rating (siehe Tab. 5, Linden et al. 2005) durchgeführt.

Im Zusammenhang mit der ambulanten Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen sind Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen einschließlich psychischer Funktionen von Bedeutung und sollten sich im somatischen und psychopathologischen Status abbilden. Infolge dieser Schädigungen können Beeinträchtigungen der Fähigkeiten („Aktivitäten“) und der Teilhabe (Erfüllung von Rollenerwartungen und Einbezogenheit in eine Lebenssituation) auftreten.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Reha-Diagnostik werden unter Beteiligung der PatientInnen individuelle Reha-Ziele definiert und wird ein individueller Reha-Plan erstellt.

### **Behandlungselemente:**

Die Rehabilitationsplanung erfolgt durch das multiprofessionelle Behandlungsteam unter der Verantwortung des ärztlichen Leiters und unter Beteiligung der PatientInnen. Die wesentlichen Behandlungselemente laut Leistungskatalog für die ambulante

*multiprofessionelles  
Behandlungsteam*

psychiatrische Reha sind in Tab. 6 angeführt. Ähnliche Rahmenempfehlungen gibt es auch in Deutschland (BAR 2004).

*Tabelle 5: Mini-ICF-APP Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen*

Anpassung an Regeln und Routinen
Planung und Strukturierung von Aufgaben
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
Anwendung fachlicher Kompetenzen
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
Durchhaltefähigkeit
Selbstbehauptungsfähigkeit
Kontaktfähigkeit zu Dritten
Gruppenfähigkeit
Familiäre bzw intime Beziehungen
Spontanaktivitäten
Selbstpflege
Verkehrsfähigkeit

*Tabelle 6: Zusammenstellung der Therapieeinheiten à 50 min über 6 Wochen*

Psychotherapie und Psychologie	54
Ergotherapie	36
Heilgymnastik + Gesundheitsförderung	18
Ernährungsberatung	1
Patientenschulung, Sozialarbeit	12
Flexible Aufteilung	14
Nichttherapeutische Einheiten	7
<b>Insgesamt</b>	<b>142 Einheiten</b>

ÄrztInnen leiten das Reha-Team, ärztliche Maßnahmen betreffen neben der körperlichen Aufnahmeuntersuchung und der Erhebung medizinisch relevanter Anamnesedaten die Diagnostik der psychischen Erkrankung einschließlich der Beachtung von psychiatrischer und somatischer Komorbidität und die Verordnung von Medikamenten, insbesondere die Verantwortung für die Psychopharmakotherapie.

In der *Psychotherapie* bietet das BezugstherapeutInnensystem für alle PatientInnen eine kontinuierliche Unterstützung und therapeutische Begleitung über den gesamten Prozess- und Turnusverlauf. Die verhaltenstherapeutische Ausrichtung des Therapiekonzepts beinhaltet störungsspezifische (Angststörung, Depression, Psychose, Zwangsstörung, bipolare Störung, somatoforme Störung ...) und störungsübergreifende (soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Genusstraining ...) Gruppen- und Einzeltherapien.

Psychoedukative Maßnahmen sollen zum besseren Krankheits- und Therapieverständnis beitragen und auch die Compliance für psychotherapeutische, soziotherapeutische und medikamentöse Therapiebausteine verbessern.

*Klinische- und Gesundheitspsychologinnen* führen psychodiagnostische Untersuchungen durch, weiters kognitive Trainingsmaßnahmen wie Rehacom, dann auch Psychoedukation, Entspannungsverfahren und Biofeedbacktherapie ...

Störungen in der Beziehung zum eigenen Körper wie auch Störungen im Kontakt zur Umwelt stehen im Vordergrund der *bewegungstherapeutischen Arbeit*. Es geht darum, durch körperliche Aktivierung wieder einen Bezug zum eigenen Körper zu finden und Selbstvertrauen aufzubauen sowie auf non-verbale Art wieder Kontakt zu anderen Menschen zu finden. Die oftmals verloren gegangene Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen und umzusetzen, kann so auf kreative Art und Weise unterstützt werden.

*bewegungs-  
therapeutische  
Arbeit*

In der *Ergotherapie* geht es einerseits darum, Kreativität und Selbstvertrauen zu fördern, andererseits aber auch Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer und Belastbarkeit zu erhöhen und

### *lebenspraktische Übungen*

Problemlösekompetenz und Kommunikationsfähigkeit zu verbessern. Durch die aktive Auseinandersetzung über praktisches Handeln mittels kreativer und handwerklicher Mittel sowie durch lebenspraktische Übungen können Defizite entdeckt, aber auch Fähigkeiten und Ressourcen erkennbar werden, die zur Wiedereingliederung in den Alltag förderlich sein können. Darüber hinaus ist die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeits- und Vorgehensweise notwendig, um zu einer realistischen Selbsteinschätzung der eigenen Möglichkeiten zu gelangen.

In der *Sozialarbeit* gibt es Hilfestellung bei der Anbahnung einer beruflichen Wiedereingliederung (Arbeitsassistenz, Arbeitstraining, Berufsorientierung oder Umschulung) oder bei Problemen bei bestehenden Dienstverhältnissen sowie bei finanziellen- oder Wohnungsproblemen.

### **6. Diskussion und Ausblick**

### *Probleme mit ausreichender Kassenfinan- zierung*

Rehabilitation ist ein Modul in einer Kette von weitreichenden Maßnahmen in der Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen. Während bei kardiologischen Erkrankungen keine Kosten gescheut werden, um eine adäquate Therapie (z.B. koronare Bypass-Operation am Herz) durchzuführen und erst nach gelungener Behandlung eine Rehabilitation zu beginnen, gibt es für eine adäquate Therapie bei psychischen Störungen große Probleme mit einer ausreichenden Kassenfinanzierung vor allem bei der Psychotherapie, sodass in eine Reha-Einrichtung viele Patienten kommen, die weder ausreichend diagnostiziert noch ausreichend behandelt sind, und in einem 6-wöchigen Reha-Aufenthalt oft nachgeholt werden soll, was vorher an Therapie verabsäumt wurde.

Diagnostische, präventive und therapeutische Maßnahmen müssen daher in Zukunft verstärkt beachtet und finanziell unterstützt werden, wobei hier vor allem Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und eine Erhöhung der Kassenfinanzierung für Psychotherapie, aber auch die Etablierung von Betten oder Tagesklinikplätzen an Psychiatrischen Abteilungen mit einem psychotherapeutischen Schwerpunkt zur Behandlung von Menschen mit schweren Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, chronifizierten Angststörungen, chroni-

schen Depressionen oder somatoformen Schmerzstörungen zu berücksichtigen wären.

In einem solchen stationären oder teilstationären Bereich wären auch unterschiedliche Aufenthaltsdauern je nach medizinischer Notwendigkeit möglich, was in einem Reha-Setting mit starren Aufenthaltsdauern von 6 Wochen unabhängig von Diagnosen oder Problemlagen nicht durchführbar ist, wobei es in der Reha ja auch mehr um Bewältigung von Krankheitsfolgen, Förderung der Teilhabe und Bearbeitung von Kontextfaktoren einschließlich beruflicher Wiedereingliederung gehen sollte.

*unterschiedliche  
Aufenthalts-  
dauer je nach  
medizinischer  
Notwendigkeit*

### Literatur:

- ABIF-Analyse und Beratung und interdisziplinäre Forschung (2009): Evaluierung Service Arbeit und Gesundheit des BBRZ Wien. Endbericht 2010
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt, www.bar-frankfurt.de
- Burisch M: Das Burnout-Syndrom, Berlin, Springer 2010
- Dachverband berufliche Integration Austria: Positionspapier Arbeitsassistenz, www.dabei-austria.at 2008
- DGPPN: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout, DGPPN Berlin 2012, www.dgppn.de
- Fiedler R., Hanna R., Hinrichs J., Heuft G: Förderung beruflicher Motivation Trainingsprogramm für die Rehabilitation, Weinheim, Beltz 2011
- fit2work, <http://www.fit2work.at>
- Freigang-Bauer I., Gröben F., Barthen L.: Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen: Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure, Düsseldorf, Hans Böckler Stiftung, Arbeitspapier 224, Hans-Böckler-Stiftung 2011, www.boeckler.de
- Koch S., Hedlund S., Rosenthal S., Hillert A.: Stressbewältigung am Arbeitsplatz: ein stationäres Gruppentherapieprogramm, Verhaltenstherapie 2006; 16: 7–15
- Linden M., Baron S. (2005): Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Rehabilitation 44:144–151
- Linden M., Muschalla B. (2007): Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie, Nervenarzt 78:39–44
- Rau R., Gebele N., Morling K., Rösler U. (2010): Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Schneider W. (2011): Psychische Gesundheit und Arbeit, Psychotherapeut 56;1: 6–7
- Schwickerath J., Holz M.: Mobbing am Arbeitsplatz, Beltz-Verlag, Weinheim, 2012
- Steffanowski A., Löschmann C., Schmidt J., Wittmann WW., Nübling R. (2005): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: MESTA-Studie; Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/ Bad Säckingen
- Zielke M., Leidig S.: KoBeIA: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz, Praxis

## Rehabilitation bei psychischen Störungen – *Gerhard Lenz*

- Klin Verhaltensmedizin und Reha 2006; 72: 184–188
- Zielke M. (2012): Analysemodell des Arbeits- und Leistungsprozesses AMAL-PROZESS, [www.baltic-bay-clinical-consulting.de](http://www.baltic-bay-clinical-consulting.de)
  - Zwerenz R., Knickenberg R., Schottenburg L., Beutel M.E. (2005): Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen, Entwicklung und Validierung eines Fragebogens, Rehabilitation 44: 14–23



INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

# WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:\* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



Oberösterreich

## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO  
 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz  
Tel. ++43/732/66 92 73  
Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
E-Mail: [wiso@isw-linz.at](mailto:wiso@isw-linz.at)  
Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)