

## Berufliche Gratifikationskrisen und Beeinträchtigungen der Teilhabe

Bethge, M. (1), Herbold, D. (2), Müller-Farnow, W. (1)

(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin, (2) Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim

### Hintergrund

Beeinträchtigungen der Teilhabe sind keine kausale Folge des Gesundheitsproblems an sich, sondern vielmehr eine Wechselwirkung von Gesundheitsproblem sowie Umwelt- und personalen Faktoren. Angesichts der zunehmenden Evidenz, dass beruflicher Stress und eine ungünstige Bewältigung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (Tsutsumi und Kawakami 2004), stellt sich für die Rehabilitation die Frage, inwiefern beruflicher Stress bei bereits bestehenden Erkrankungen Beeinträchtigungen der Teilhabe moderiert. In der epidemiologischen Forschung wird hier neben dem Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek und Theorell 1990) insbesondere das Modell beruflicher Gratifikationskrisen diskutiert (Siegrist et al. 2004). Letzteres nimmt an, dass ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (*extrinsische* Modellkomponente) sowie ungünstige Einstellungen, wie übersteigerte Verausgabungsbereitschaft (*intrinsische* Modellkomponente), zu intensiven Distress-Erfahrungen führen und damit das Risiko für gesundheitsbedingte Teilhabebeeinträchtigungen erhöhen.

### Ziel

Die vorliegende Studie untersucht, ob bei Patienten der orthopädischen Rehabilitation ein Zusammenhang zwischen den Komponenten des Modells beruflicher Gratifikationskrisen und Beeinträchtigungen der Teilhabe besteht.

### Methodik

Die Querschnittuntersuchung umfasst zu Rehabilitationsbeginn erfasste Daten von 234 Versicherten der DRV Bund mit muskuloskelettalen Erkrankungen, die eine stationäre orthopädische Rehabilitation in der Paracelsus-Klinik an der Gande durchliefen. Teilhabe wurde über die Skala Soziale Funktionsfähigkeit des SF-36, die extrinsische Modellkomponente über das Verhältnis wahrgenommener Verausgabung und Belohnung (ER-Ratio) und die intrinsische Modellkomponente über eine Skala zur Verausgabungsbereitschaft operationalisiert. Ein ER-Ratio  $> 1$  deutet auf die Wahrnehmung fehlender Reziprozität von Verausgabung und Belohnung hin. Als Confounder wurden Alter, Geschlecht, Sozialschicht und Schmerzintensität berücksichtigt. Um deren Einfluss kontrollieren zu können, wurden multiple Regressionen gerechnet.

### Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter der Rehabilitanden beträgt 49,1 Jahre (SD = 8,1). 75,6% der Befragten sind weiblich. Ein Drittel der befragten Rehabilitanden zeigt ein Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung (ER-Ratio  $> 1$ ).

In verschiedenen Regressionsmodellen erklärten wir die Soziale Funktionsfähigkeit jeweils durch die genannten Kontrollvariablen sowie das ER-Ratio (Modell 1), Verausgabungsbereitschaft (Modell 2) und schließlich sowohl ER-Ratio als auch Verausgabungsbereitschaft (Modell 3).

Personen mit einem ER-Ratio  $> 1$  zeigen eine stärkere Beeinträchtigung der Sozialen Funktionsfähigkeit (Modell 1:  $B = -7,36$ ;  $T = 2,03$ ;  $p = 0,04$ ;  $R^2 = 0,10$ ). Die Veränderung in  $R^2$ , die

durch Berücksichtigung des ER-Ratios resultiert, ist zwar signifikant, beträgt aber lediglich 2%. Der Zusammenhang zwischen Verausgabungsbereitschaft und beeinträchtiger Sozialer Funktionsfähigkeit ist hingegen deutlicher. Die Veränderung in  $R^2$  beträgt hier 8% (Modell 2:  $B = -15,72$ ;  $T = -4,71$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2=0,16$ ). Werden sowohl Verausgabungsbereitschaft als auch das ER-Ratio zur Erklärung genutzt (Modell 3), erhöht sich die erklärte Gesamtvarianz gegenüber Modell 2 nicht mehr. Der um den Einfluss der Verausgabungsbereitschaft bereinigte Effekt des ER-Ratios verringert sich deutlich und ist nicht mehr signifikant. Der Einfluss des ER-Ratios wird in der hier untersuchten Stichprobe offenbar primär durch eine damit einhergehende erhöhte Verausgabungsbereitschaft vermittelt.

### *Schlussfolgerung*

Rehabilitanden mit stärkeren Beeinträchtigungen der Teilhabe zeichnen sich offenbar insbesondere durch eine erhöhte Verausgabungsbereitschaft aus. Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe sollte deshalb neben dem Gesundheitsproblem auch verstärkt arbeitsbezogene Einstellungen berücksichtigen.

### *Danksagung*

Die Studie wurde durch die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH gefördert.

### *Literatur*

- Karasek, R. und Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, Basic Books.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. und Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med 58 (8): 1483-99.
- Tsutsumi, A. und Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. Soc Sci Med 59 (11): 2335-59.

### *Korrespondenzadresse*

Dipl.-Päd. (Rehab.) Matthias Bethge  
Charité Universitätsmedizin Berlin / CCM  
Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation  
Luisenstraße 13A  
10098 Berlin

E-Mail: [matthias.bethge@charite.de](mailto:matthias.bethge@charite.de)

Telefon: 030 - 450 517 114

Telefax: 030 - 450 517 932

Internet: [www.reha-vqs.charite.de](http://www.reha-vqs.charite.de)

## **Berufliche Zukunftserwartungen und Gesundheit: Analysen mit Daten des SOEP**

Bethge, M. (1), Radoschewski, F. M. (1), Hansmeier, T. (2)

(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin; (2) Deutsche Rentenversicherung Bund

### *Hintergrund*

Die Bedeutung beruflicher Zukunftserwartungen für Gesundheit und Erwerbsfähigkeit findet sowohl in Forschung als auch Versorgung zunehmend Beachtung (Bethge et al. 2007; Herbold et al. 2007). In der Epidemiologie gilt eine Beziehung zwischen Exposition und Beeinträchtigung allerdings erst dann als kausal, wenn die Exposition der Beeinträchtigung zeitlich vorausgeht, Veränderungen in der Exposition mit einer Veränderung in der Krankheitshäufigkeit einhergehen und der Zusammenhang von Risikofaktor und Krankheit nicht Folge einer Assoziation beider mit vorhergehenden Faktoren ist (Kreienbrock und Schach 1997). Im Gegensatz zu Längsschnittuntersuchungen lassen Querschnittuntersuchungen deshalb keine Aussagen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu. So muss der querschnittlich gut belegte Zusammenhang zwischen subjektiver Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit nicht bedeuten, dass ein stärker ausgeprägtes Gefühl von Arbeitsplatzunsicherheit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Der Zusammenhang wäre auch erklärbar durch die Annahme, dass gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer eine stärkere Bedrohung ihres Arbeitsverhältnisses erleben.

### *Ziel*

Die vorliegende Untersuchung sollte unter Verwendung von Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 2003 und 2004 den Zusammenhang von beruflichen Zukunftserwartungen und subjektiver Gesundheit längsschnittlich prüfen.

### *Methodik*

Der subjektive Gesundheitszustand wird im SOEP mit einer 5-stufigen Skala erfasst, die wir für die vorliegenden Analysen dichotomisierten (sehr gut, gut = eher gut; andere = eher schlecht). Berufliche Zukunftserwartungen werden mittels numerischer Ratingskalen (0 - 100) erhoben („Wie wahrscheinlich ist es, dass innerhalb der nächsten zwei Jahre die folgenden beruflichen Veränderungen für sie eintreten?“). Erwartungen, die ein Ereignis mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50% vorhersahen, kategorisierten wir als eher wahrscheinlich, sonst als eher unwahrscheinlich. Als Confounder berücksichtigten wir Alter, Geschlecht, beruflichen Status (ISEI), Bildung (ISCED-1997) sowie den Gesundheitszustand im Jahr 2003. Um deren Einfluss kontrollieren zu können, wurden logistische Regressionen gerechnet.

### *Ergebnisse*

Für 11.123 erwerbstätige Personen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren lagen sowohl für 2003 als auch 2004 Angaben zur subjektiven Gesundheit vor. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 40,1 Jahre (SD = 10,7). 52,8% (5.869) der Befragten waren männlich. 9,2% (1.006) hielten einen Arbeitsplatzverlust in den folgenden zwei Jahren für eher wahrscheinlich und 3,7% (401) erwarteten in den kommenden zwei Jahren einen beruflichen Abstieg. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, beruflichem Status, Bildung und dem Gesundheitszustand 2003 gehen sowohl ein erwarteter Arbeitsplatzverlust (OR = 1,213; 95% CI = 1,030-1,427) als auch ein erwarteter

beruflicher Abstieg (OR = 1,484; 95% CI = 1,163-1,893) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eines schlechteren subjektiven Gesundheitszustands im folgenden Jahr einher.

### *Schlussfolgerung*

Ungünstige berufliche Zukunftserwartungen, wie die Erwartung von Arbeitsverlust und beruflichem Abstieg, erhöhen das Risiko beeinträchtigter Gesundheit. Hierzulande fehlt allerdings nach wie vor eine Datenbasis, die weitergehende längsschnittliche Untersuchungen zu sozialmedizinischen und sozialepidemiologischen Fragestellungen in Zusammenhang mit dem Präventions- und Rehabilitationsverhalten deutscher Erwerbspersonen zulässt. Diese Datenlücke wollen wir mit dem „Sozialmedizinisches Panel für Erwerbspersonen (SPE)“ zukünftig schließen.

### *Literatur*

- Bethge, M., Thren, K. und Müller-Farnow, W. (2007). Arbeitsbezogene Einstellungen und subjektive Erwerbsprognose bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen. Praxis Klin Verhaltensmed Rehab 77 (2): in Druck.
- Herbold, D., Bethge, M., Hansmeier, T., Jacobi, C. und Müller-Farnow, W. (2007). Implementierung eines kognitiv-behavioralen Gruppenangebots für MSK-Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage: Ergebnisse einer formativen Evaluation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Gesund älter werden - mit Prävention und Rehabilitation - 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 26. bis 28. März in Berlin. Bad Homburg, wdv Gesellschaft für Medien und Kommunikation: 250-252.
- Kreienbrock, L. und Schach, S. (1997). Epidemiologische Methoden. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag.

### *Korrespondenzadresse*

Dipl.-Päd. (Rehab.) Matthias Bethge  
Charité Universitätsmedizin Berlin / CCM  
Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation  
Luisenstraße 13A  
10098 Berlin

E-Mail: [matthias.bethge@charite.de](mailto:matthias.bethge@charite.de)

Telefon: 030 - 450 517 114

Telefax: 030 - 450 517 932

Internet: [www.reha-vqs.charite.de](http://www.reha-vqs.charite.de)

## Nachbehandlung nach Implantation von Hüfttotalendoprothesen – derzeitiger Stand an deutschen Rehabilitationskliniken

Birk, K. (1), Gottfried, T. (2), Forst, R. (3), Beyer, W. F. (1)

(1) Orthopädie-Zentrum Bad Füssing der Deutschen Rentenversicherung Bayern-Süd, (2) Klinik Höhenried, (3) Orthopädische Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

### *Hintergrund*

Über Nachbehandlung im Rahmen einer stationären Rehabilitation nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese existieren nur sehr wenig evidenzbasierte Studien. Eine Folge davon ist, dass in der Praxis keine anerkannten Therapiekonzepte existieren und jede Einrichtung ihre eigenen Standardtherapiepläne verfolgt.

### *Fragestellung*

Untersucht werden sollte zunächst die Frage, welche Therapiearten für einen definierten Musterpatienten als wichtig erachtet werden. Zusätzlich sollte erörtert werden, inwieweit Kostenträger und Kliniken unterschiedliche Vorstellungen von Therapien und deren Frequenzen haben und ob medizinische Notwendigkeit und tatsächliche Realität der Behandlungen hinsichtlich Therapieart und –frequenz große Unterschiede aufweisen.

### *Methodik*

Im Rahmen einer empirischen Studie wurden Ende 2005 180 Rehabilitationskliniken und 21 Kostenträger deutschlandweit per Fragebogen befragt. Der Gesamtrücklauf betrug 51%, dabei antworteten 80% der Kostenträger und 44% der Kliniken.

Untersucht wurden Therapiekonzepte nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese anhand eines vorgegebenen Musterpatienten. Darüber hinaus wurden reale Therapiepläne und Standardtherapiekonzepte der jeweiligen Klinik angefordert.

### *Ergebnisse*

Erste Ergebnisse zeigen, dass klassische Therapieformen, wie z.B. Krankengymnastik einzeln oder Bewegungsbad einen sehr hohen Stellenwert haben und flächendeckend angewendet werden. Hinsichtlich der Frequenz ergeben sich jedoch durchaus erhebliche Unterschiede.

Sämtliche andere Therapieformen wie z.B. Massage, Lymphdrainage, Ergotherapie werden mit einer geringeren Frequenz genannt.

Es gibt ein breites Spektrum an Therapiearten, die innerhalb der Kliniken stark variieren.

Evidenzbasierung wird sowohl von den Kliniken, als auch von den Kostenträgern als wichtig, die individuelle Entscheidung zu einer Therapie wird jedoch als wesentlich wichtiger angesehen.

### *Diskussion*

Über Nachbehandlung im Rahmen einer stationären Rehabilitation nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese existieren zur Zeit nur wenig evidenzbasierte Studien. Aus der wissenschaftlichen Diskussion kann daher zum heutigen Zeitpunkt kein allgemein anerkanntes optimales Therapieprogramm abgeleitet werden. Auch werden in der Praxis die verschiedenen Therapieformen sehr unterschiedlich eingesetzt, so dass sich im Ablauf von Anschlussheilbehandlungen Unterschiede zwischen den verschiedenen Kliniken zeigen.



## Psychosomatische Erkrankung und berufliche Realität im Polizeidienst

Hiller, G.

Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Polizeibeamte sind häufig berufsspezifischen Belastungen ausgesetzt, die zu psychischen Störungen führen können. Die beruflichen Belastungen bei den von Januar 2006 bis Juni 2007 in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck behandelten Polizeibeamten wurden untersucht. Diese beschränken sich nicht auf tätigkeitsspezifische Faktoren wie belastende Fälle (z. B. bei der Bearbeitung von Gewaltkriminalität oder Leichensachen) und persönliche Bedrohungssituationen, sondern umfassen auch Arbeitsplatzkonflikte, überlange Dienstzeiten, Nacht- und Wechselschichten, Übernahme von neuen Rollen und andere.

Dies entspricht den Angaben in der Literatur. So haben Befragungen von Polizisten ergeben, dass Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen (wie der Schichtdienst) und Belastungen, die aus der Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit erwachsen am häufigsten wahrgenommen werden. „Soziale Bedingungen“ (also Konflikte mit Kollegen, sog. Mobbing, aber auch in der Familie) werden zwar als seltener, aber als überdurchschnittlich belastend wahrgenommen. Potentiell traumatisierende Ereignisse, die auch zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen könnten, treten dagegen relativ selten ein; Posttraumatische Belastungsstörungen sind auch nur bei wenigen der stationär in einer psychosomatischen Klinik behandelten Polizeibeamten die Hauptbehandlungsdiagnose.

Berufsspezifische Faktoren sollten in der Behandlung von psychischen Störungen bei Polizeibeamten besondere Beachtung finden.

Dr. med. Gabriele Hiller  
Klinik Roseneck  
Am Roseneck 6  
83209 Prien





## Entwicklung eines Fragebogens zum Interesse an berufsbezogenen Maßnahmen bei Arbeitslosen

Meng, K., Jungkunz, C., Vogel, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich  
Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

### Hintergrund

Zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit besteht eine vielschichtige Wechselbeziehung. So weisen etwa ein Viertel der Arbeitslosen gesundheitsbedingte Wiederbeschäftigungsbarrieren auf. Trotz der relevanten Anzahl an arbeitslosen Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation (rund 11%) sind bisher nur wenige Daten zur speziellen Behandlungssituation verfügbar. Differenzierte und erprobte Konzepte zur rehabilitativen Behandlung dieser Patientengruppe mit zusätzlich beruflicher und psychosozialer Problemlage existieren bisher noch nicht. Ziel eines aktuellen Forschungsprojekts „Entwicklung und Evaluation eines Behandlungskonzeptes Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II“<sup>1</sup> (Vogel, Holderied, Meng, Wolf) ist die inhaltliche Konzeption eines spezifischen Behandlungskonzeptes für rehabilitationsbedürftige Langzeitarbeitslose. In diesem Zusammenhang sind die subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit und insbesondere der subjektive Bedarf an berufsbezogenen Interventionen von Interesse. Im vorliegenden Beitrag werden erste Ergebnisse zur Entwicklung eines diesbezüglichen Fragebogens vorgestellt.

### Methode

Der subjektive Bedarf an berufsbezogenen Maßnahmen wurde über Fragen zum Interesse operationalisiert. Zur Definition des inhaltlichen Fragebogenbereichs wurde auf die verschiedenen Ansätze zu berufsbezogenen Interventionsbausteinen in der medizinischen Rehabilitation Bezug genommen (vgl. Umsetzungsprojekt Neudert, Gerlich, Vogel). Die Testentwurf umfasste 15 Items, die auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 = sehr, 5 = gar nicht) beurteilt wurden. Dieser wurde in einer schriftlichen Versichertenbefragung bei konsekutiven Zeitstichproben von Antragstellern für medizinische Rehabilitationsleistungen mit ALG II-Bezug erprobt. Als weitere Kriterien wurden der funktionale Gesundheitsstatus (IRES-3), die subjektive Erwerbsprognose (SPE-Skala) sowie rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivation (FREM) erfasst.

Zur psychometrischen Evaluation wurde eine Itemanalyse berechnet. Die Dimensionalität wurde mittels exploratorischer Faktorenanalyse geprüft. Zur Reliabilitätsanalyse wurde Cronbachs  $\alpha$ , zur Validitätsprüfung Korrelationen mit standardisierten Instrumenten berechnet.

Die Probanden der Stichprobe (N = 61) sind im Durchschnitt 47 Jahre (SD = 10,2) alt. Die Geschlechterverteilung ist in etwa ausgeglichen (33 Frauen). Bei drei Viertel handelt es sich um un-/angelernte Arbeiter bzw. gelernte Arbeiter. 54 Personen sind nicht erwerbstätig, davon sind 47 arbeitslos gemeldet. Rund 80% sind seit über einem Jahr arbeitslos.

### Ergebnisse

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen ein differenziertes Interesse an berufsbezogenen Maßnahmen. Das meiste Interesse besteht im Kontext von Gesundheitsbildung und Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit sowie Klärung der beruflichen Perspektive und Leistungsfähigkeit.

---

<sup>1</sup> Förderer: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Unterfranken.

Für die Items liegen gute Itemkennwerte und keine Decken- und Bodeneffekte vor. Die Anzahl der fehlenden Werte pro Item ist unter 5%. Die exploratorische Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) ergibt 4 Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1. Diese klären 76% der Gesamtvarianz des Fragebogens. Für die Skalenbildung wurden Items mit geringer Faktorladung bzw. Items die auf mehrere Faktoren laden, ausgeschlossen. Die vier Skalen sind inhaltlich den Bereichen Arbeitserprobung und –suche (3 Items), Diagnostik und Beratung zur Erwerbstätigkeit (3 Items), Information zu Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie Sozial-/Arbeitsrecht (3 Items) und Belastungsbewältigung (2 Items) zugeordnet. Die Skalen weisen akzeptable bis gute interne Konsistenzen auf (Cronbachs  $\alpha$  = .70 bis .86). Für einzelne Skalen bestehen signifikante geringe bis mittlere Zusammenhänge mit den Validierungsinstrumenten (IRES-3, FREM, SPE-Skala).

### *Schlussfolgerungen*

Erste Analysen lassen auf gute psychometrische Eigenschaften des Fragebogens schließen. Aufgrund seiner inhaltlichen Konzeption und Kürze kann er einfach und ökonomisch im Rehabilitationskontext eingesetzt werden. Die weitere Validierung an einer größeren Untersuchungspopulation ist geplant.

### *Korrespondenzadresse*

Dr. Karin Meng  
Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie  
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften  
Marcusstr. 9-11  
97070 Würzburg  
Telefon: 0931-31-2074  
E-mail: [k.meng@uni-wuerzburg.de](mailto:k.meng@uni-wuerzburg.de)

## Sozialer Beratungsbedarf in einer psychosomatischen Klinik

Lorenz, U., Roth, N., Schantz, U., Görlitz, T., Rother, W., Leiberich, P.

Inntalklinik Simbach am Inn

### *Fragestellung*

Ausmaß des Beratungsbedarfs durch den Sozialdienst bei psychosomatischen Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation.

### *Hypothese*

Anstieg des Beratungsbedarfs durch die Zunahme der beruflichen, familiären und sozialen Problematiken, erhöhte Erwerbslosigkeit und veränderte Sozialgesetze.

### *Stichprobe und Methode*

Sämtliche 1756 Patienten mit sozialer Beratung in den Jahren 2005 und 2006 wurden einbezogen. Der Altersdurchschnitt liegt zwischen 30 und 59 Jahren. 73,6 % der Patienten waren Frauen und 26,4 % Männer. Psychosomatische Hauptdiagnosen sind depressive Episoden (F32,F33 - 28,6 %), Persönlichkeitsstörungen (F60, 61 - 22,3 %), Anpassungsstörungen (F43.2/8/9 - 21,0 %). Anhand der Gesprächsdokumentationen wurden die Daten systematisch ausgezählt und ausgewertet.

### *Ergebnisse*

Festzustellen ist ein hoher Bedarf an Klärung der beruflichen Situation (24,6 %) in Verbindung mit der Erarbeitung neuer Perspektiven (14,60%). Ein Grund für dieses Ergebnis sind beispielsweise psychische und physische Einschränkungen, hervorgerufen durch Überforderung, Arbeitsplatzkonflikte etc. oder schwere körperliche Belastung, Unfall etc. am Arbeitsplatz. Ein weiterer Faktor ist die derzeitige Arbeitsmarktlage bedingt durch die veränderten Sozialgesetze. Zum Thema Familie wurden am häufigsten Informationen zum Ehe- und Familienrecht weitergegeben (5,5 %). Durch die therapeutische Behandlung und die räumliche Distanz während der medizinischen Rehabilitation befassen sich Patienten mit dem Thema Trennung/Scheidung, Sorge- und Umgangsrecht. Die Vermittlung in Selbsthilfegruppen und zu Psychotherapeuten wurde von 9,8 % der Patienten in Anspruch genommen und ist somit der größte Anteil an Nachsorgeberatung. Um den Behandlungserfolg zu sichern bzw. weiterzuführen, nehmen Patienten ambulante Psychotherapie sowie Selbsthilfegruppen in Anspruch. In 18,7 % der Fälle wurde die Frage nach der Zuzahlung für die medizinische Rehabilitation geklärt. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation sind viele Patienten im Vorfeld der Rehabilitation nicht in der Lage einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei der Rentenversicherung zu stellen bzw. mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen. Die Patienten werden bei dieser Angelegenheit vom Sozialdienst unterstützt. Im Jahr 2005 wurden 987 Beratungstermine durchgeführt. Hingegen nahmen im Jahr 2006 1354 Patienten Beratungsgespräche des Sozialdienstes wahr. Vergleicht man die Jahre 2005 und 2006 ist ein Anstieg um 15,7 % Einzeltermine zu verzeichnen.

### *Schlussfolgerungen*

Die Hypothese, dass der Bedarf an sozialer Beratung angestiegen ist, hat sich bestätigt. Wie in vorangehenden Grafiken ersichtlich, sind die Klärung der beruflichen Situation, die Information über Ehe- und Familienrecht, die Vermittlung zu Selbsthilfegruppen und Psychotherapeuten sowie

die Klärung der Zuzahlung die Themenschwerpunkte in der Sozialberatung. Diese Ergebnisse belegen die Hypothese.

*Kontakt*

Inntalklink Simbach

Fachklinik für integrierte Psychosomatik und Ganzheitsmedizin

Sozialdienst

Jakob-Weindler-Straße 1

84359 Simbach am Inn

Telefon: +49 (0)8571 / 985-0

Fax: +49 (0)8571 / 985-103

Mail: [sozialdienst@inntalklinik.de](mailto:sozialdienst@inntalklinik.de)

Internet: [www.inntalklink.de](http://www.inntalklink.de)