

MBOR in der Psychosomatik – brauchen wir andere Konzepte als die Orthopädie?

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Abt. Psychosomatik und Verhaltenstherapie

Rehazentrum Seehof der DRV Bund

14513 Teltow/Berlin

koellner@psychosoma.de



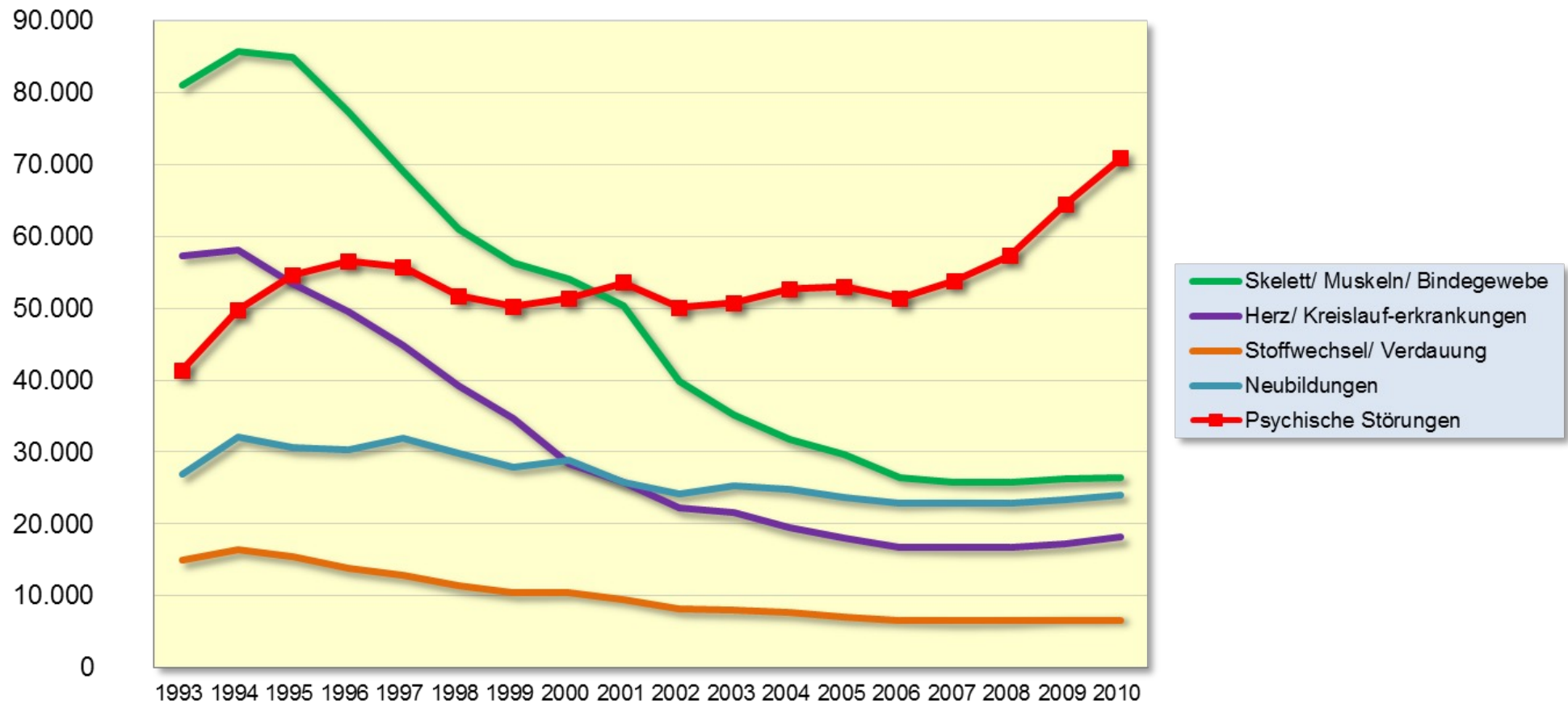
Warum MBOR?

- Orientierung der Rehabilitation auf Erhalt und Wiederherstellung von Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF als Abgrenzungskriterium von der Akutbehandlung.
- SGB IX fordert seit 2001 eine stärkere Ausrichtung auf den nahtlosen Übergang zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (§ 11 SGB IX).
- Ziel ist eine stärkere berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation.

MBOR als spezielles Angebot für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL)

- a) problematische sozialmedizinische Verläufe zum Beispiel mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und oder Arbeitslosigkeit,
- b) negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags),
- c) aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.

Warum MBOR in der Psychosomatik?



Warum MBOR in der Psychosomatik?

- Berufliche Problemlagen sind häufig, etwa 30-40% unserer Rehabilitanden.
- In der ambulanten Psychotherapie wird das Thema Beruf – zumindest nach Auswertung von Therapieanträgen – häufig ausgeklammert / vermieden.
- Rehabilitation steht besonders für das Soziale im bio-psycho-sozialen Modell.

Abstufungen von MBOR

- a. Basisangebot für alle RehabilitandInnen:**
z. B. Diagnostikbausteine zur Feststellung einer BBPL, Therapiebausteine wie Arbeitsplatzberatung, Informationen oder niederschwellige Gruppenangebote zu sozialmedizinischen, sozial-rechtlichen und anderen Themen mit Berufsbezug).
- b. Kernangebot für RehabilitandInnen mit nachgewiesener BBPL (ca. 30-50%)**
z. B. Psychoedukative Gruppenangebote (zum Beispiel Stressbewältigung am Arbeitsplatz), Arbeitsplatztraining.
- c. Spezifische Maßnahmen für einzelne RehabilitandInnen mit BBPL und erhöhtem Interventionsbedarf**
z. B. Arbeitsplatzzerprobung während der Reha

Spezielles Anforderungsprofil der DRV

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

- Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung
- Aktualisierte Auflage: 30.10.2023

Zuschlag zum normalen Tagessatz von aktuell 11,69 € pro Tag und Rehabilitand.

Anforderungen an die MBOR-Kernangebote (Stufe B)

MBOR Angebote	Dosis	Teilnehmer	Personelle Voraussetzungen	Rehabilitanden Anteil	Abbildung in der KTL
Berufsorientierte Diagnostik	90 Min. 1–2 ×	1	Ärzte, Ergotherapie, Sporttherap., Psychologen, Sozialarbeiter,	100 %	C580, E60, E61
Soziale Arbeit in der MBOR	15–60 Min. 2–5 ×	1, ggf. Gruppe 4–12	Sozialarbeiter/ Sozialpäd.	100 %	C580, D561, D562, D563, u.v.a.m.
Berufsbezogene Gruppen	45 Min. 4–10 ×	4–12	Psychologen/Psychotherap., Sozialtherap./Ergotherapeuten	25-75 %, indikations-spezifisch	D581, D583, D586, D591, D593, D596, F571, G5762, G6022, G6052, H84
Arbeitsplatz-training	60 Min. 6–10 ×	4–12	Ergotherapie, Arbeitspäd., Arbeitstherap.,	50-80 %, , v. a. für somatische Rehabilitation	A570, A602, A654, E55, E56, E57, E58, E59

MBOR in der Psychosomatik:

- Das MBOR-Konzept wurde von der DRV indikationsübergreifend entwickelt, hierbei wurde zwar Raum für indikationsspezifische Besonderheiten gelassen, es ist aber primär an der somatischen Rehabilitation orientiert.
- Das erste Rollout erfolgte in der Orthopädie, die Konzepte dort waren sehr trainingsorientiert.
- Leider folgten bei der 2. Implementierungsphase auch viele Psychosomatische Konzepte diesem Paradigma.
- Gute Evidenzbasierung bisher v. a. für die Orthopädie.

Berufliche Problemlagen in der Psychosomatik:

1. Ursache sind häufig interaktionelle und motivationale Probleme.
 2. Bei einem Teil der Rehabilitanden auch erlernte Hilflosigkeit und Entwöhnung vom Arbeitsleben durch lange unterbrochene Erwerbsbiographie.
- Im AVEM gibt es Subgruppen mit dominantem Muster A oder B
 - → unterschiedliche Konzepte analog zu Avoidance/Endurance bei chronischen Schmerzpatienten erforderlich?

Probleme in der Psychosomatik:

- Wie lassen sich die Anforderungen von MBOR mit anderen Vorgaben zur Qualitätssicherung, z. B. dem Rehatherapiestandard „Depressive Störungen“ vereinbaren, ohne die Rehabilitanden zu überfordern?
- Besteht die Gefahr einer Überforderung bei zu früher Orientierung auf den Beruf? Geht die störungsspezifische Wirksamkeit bei MBOR zurück?
- Zu starke Leistungs-/Trainingsorientierung kann kontraproduktiv wirken!

Befunde zur Leistungsorientierung in der psychosomatischen Rehabilitation

- Randomisierte Studie (N = 133) Aktivierungs- und „Resistance“-Orientierung vs. Orientierung auf Regeneration und Selbstfürsorge in der psychosom. Rehabilitation: Stärkere Verhaltensaktivierung in der Regenerationsgruppe. (Otto & Linden, 2017)
- N = 121 Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation: Im Prä-Post-Vergleich Abnahme der Resistenzorientierung und Zunahme der Regenerationsorientierung. Eine höhere Regenerationsorientierung war im Gegensatz zur Resistenzorientierung bei Entlassung mit einer höheren Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Arbeit assoziiert. (Wasilewski et al., 2018).

Stufen der Integration von MBOR in die psychosomatische Rehabilitation

1. Berufsbezogene Therapiebausteine haben einen eher ergänzenden Charakter, z. B. kognitives Training bei Depression oder PTBS, rückengerechtes Arbeiten bei chronischem Rückenschmerz, Bewerbungstraining bei Arbeitslosigkeit.
2. Spezifische Psychotherapiegruppen werden bei beruflichen Problemlagen angeboten, wie z. B. Burnout- oder Mobbingproblematik.
3. Das Therapiekonzept ist überwiegend auf die berufliche Problemlage ausgerichtet. Hier sind wiederum 2 Formen zu unterscheiden:
 - a. berufsgruppenübergreifende Konzepte
 - b. berufsgruppenspezifische Konzepte, z. B. für Lehrkräfte, Pflegeberufe, Soldaten etc.

**Wie kann man MBOR in der
Psychosomatik konkret
umsetzen?**

Konzept im Rehazentrum Seehof:

Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die MBOR-Angebote¹ und daraus erarbeitete Umsetzung im Reha-Zentrum Seehof

Anforderung DRV

Umsetzung im Reha-Zentrum Seehof

Berufsbezogene Diagnostik
90 min, 1-2 x, 100 %

PC-gestützte Eingangsdiagnostik mit Erfassung von Auffälligkeiten über einen Protokollbogen
1 x 90 min (E61)

Psychosoziale Arbeit in der MBOR
15-45 min, 2-5 x, 100 %

Betreuung der Patienten durch den Sozialdienst
mind. 2x30 min pro Reha

Berufsbezogene Gruppen
45/60 min, 4-10 x, 25-75 %

Indikative Psychotherapiegruppe
"Arbeitswelt"
2x pro Woche 90 min (G619)

Gruppe "Belastung am Arbeitsplatz", mind. 4x60 min. PLUS störungsspez. ind. Gruppe (D591)

Arbeitsplatztraining
120 min pro Woche, 50-80 %

Ergotherapeutische Projektgruppe
2x pro Woche 90 min (E720)

Ergotherapeutisches Arbeitsplatztraining 2 x 60 min./Woche (E579)

Konzept im Rehazentrum Seehof:

- 2 Schienen mit unterschiedlicher Indikation:
- **Schiene 1: Problem Chronifizierung**
 - Lange Abwesenheit vom Arbeitsplatz durch Langzeit-AU, AL, Bürgergeld
 - Schwerpunkt auf Sozialtherapie- /Beratung
- **Schiene 2: Berufliche Konfliktlage**
 - Arbeitsplatzkonflikte, Mobbing, Burnout, Arbeitsbezogene Ängste, Anpassungsstörungen
 - Arbeitsplatzbezogene Psychotherapiegruppe in Kombination mit einer Ergotherapie-Projektgruppe.

Screening-Instrumente zur Erkennung von BBPL

- das Würzburger Screening
- das Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR)
- das Screening-Instrument zur Erkennung eines MBOR-Bedarfs (SIMBO)
- In den meisten Kliniken kommt eine Kombination aus Fragebogenscreening und klinischer Diagnostik zum Einsatz.

SIMBO-C: Screening-Instrument MBO-Bedarf für Chronische Krankheiten
(Streibelt, M. 2008)

Frage 1: Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

<input type="checkbox"/> ganztags berufstätig	<input checked="" type="checkbox"/> arbeitslos/erwerbslos
<input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig	<input type="checkbox"/> Rentner wegen Erwerbsminderung
<input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig	<input type="checkbox"/> Altersrentner
<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

Relevante Bedingung: Erwerbsstatus „arbeitslos“ Gewicht: 16

Frage 2: Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)

nein ja — falls ja —> seit Wochen

Relevante Bedingung: Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme „arbeitsunfähig“ Gewicht: 29

Frage 3: Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

nein ja — falls ja —> insgesamt 0 - 52 Wochen) (> 26 Woche)

Relevante Bedingung: AU-Zeiten im letzten Jahr > 6 Monate Gewicht: 13

Frage 4: Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

Relevante Bedingung: PDI-Unterskala „Beruf“ > 7 Skalenpunkte Gewicht: 8

Frage 5: Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.	<input type="checkbox"/>	eine Rente beantragen/bekommen werde.	<input type="checkbox"/>
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.	<input checked="" type="checkbox"/>	arbeitslos sein werde.	<input type="checkbox"/>
eine andere Arbeit suchen will.	<input type="checkbox"/>	krankgeschrieben werde.	<input type="checkbox"/>
überhaupt nicht mehr arbeiten kann.	<input type="checkbox"/>	Ich weiß es noch nicht.	<input type="checkbox"/>

Relevante Bedingung: Berufliche Zukunft: nicht mehr im Beruf arbeiten können Gewicht: 20

Frage 6: Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt?

Ich hoffe, dass ...

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
man hier endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevante Bedingung: Erwartung: Klärung/Besserung der beruflichen Situation Gewicht: 7

Frage 7: Zum Ende benötigen wir noch einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person:

Alter 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 (< 46 Jahre) | Geschlecht weiblich männlich

Relevante Bedingung: Alter < 46 Jahre Gewicht: 7

Vorgehen im Rehazentrum Seehof

- MBOR – Zuweisung Ja/Nein ?
- Simbo-C positiv/grenzwertig/negativ ?
- Indikationsstellung im Team nach der Eingangsdagnostik: **Erst hier fällt die definitive Entscheidung!**
 - Ggf. Mitteilung an die Aufnahme über Umstellung
 - **Besprechung des MBOR-Konzepts mit den Patienten!**

MBOR-Diagnostik

- Kognitive Testung incl. Beschwerdevalidierungstest und Vigilanztest (Daueraufmerksamkeit, > 30 Minuten)
- Ggf. ADHS-Diagnostik
- Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster)

11 Skalen mit je 6 Items, Normbereich 4-6

- Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
- Beruflicher Ehrgeiz
- Verausgabungsbereitschaft
- Perfektionsstreben
- Distanzierungsfähigkeit
- Resignationstendenz (bei Misserfolg)
- Offensive Problembewältigung
- Innere Ruhe/Ausgeglichenheit
- Erfolgserleben im Beruf
- Lebenszufriedenheit
- Erleben sozialer Unterstützung

4 vorgeschlagene Profile / Subtypen

- **Typ G – Gesundheitsförderliches Muster**-deutliche, aber nicht exzessive Ausprägung im Arbeitsengagement bei erhaltener Distanzierungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme, offensives Bewältigungsverhalten und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, positives Lebensgefühl.
- **TYP S - Auf Schonung/Selbstschutz orientiertes Muster**- geringes Arbeitsengagement bei starker Distanzierung gegenüber den Arbeitsproblemen, psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, (relative) Zufriedenheit .
- **Risikotyp A – Gesundheitsgefährdendes Muster**- überhöhtes Engagement und geringe Distanzierung in Bezug auf die Arbeitsprobleme, verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, eingeschränktes Lebensgefühl.
- **Risikotyp B – Gesundheitsgefährdendes Muster**-reduziertes Engagement bei zugleich eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit gegenüber den Arbeitsproblemen, starke Resignationstendenz und verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, deutlich eingeschränktes Lebensgefühl .

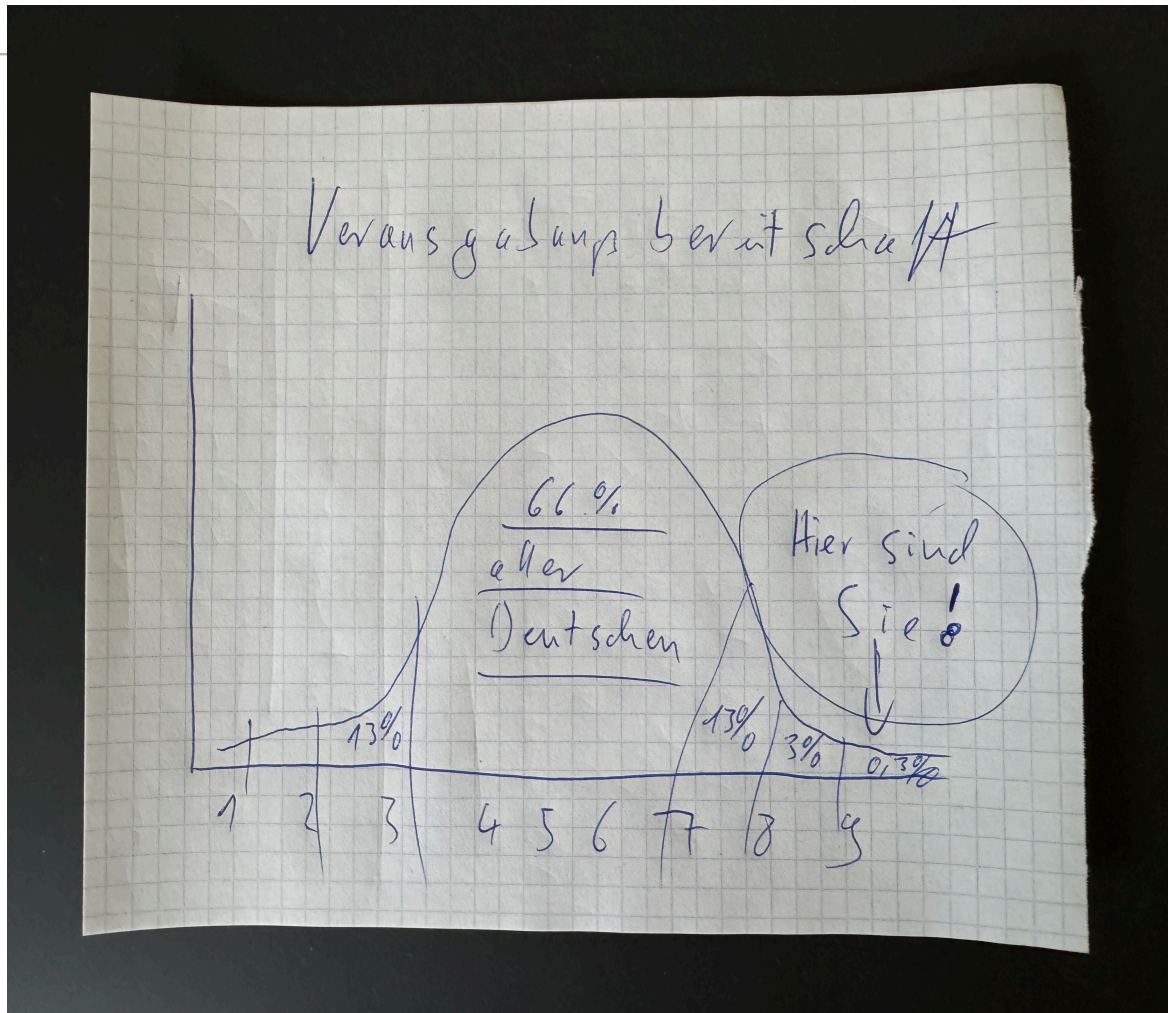
AVEM: Interpretation

- Wertebereich 1 – 9 (Stanine)
- Normbereich 4 – 6, Verteilung gemäß Gaußscher Kurve.
- Sowohl sehr hohe (8, 9) als auch sehr niedrige Werte (1, 2) sollten beachtet und mit den Patienten besprochen werden.
- Relevant sind v. a. Perfektionismus, Verausgabungsbereitschaft, Distanzierungsfähigkeit, Resignation und off. Problembewältigung.
- Muster A bei Entlassung ist eher prognostisch ungünstig, Muster S günstig. Muster B ist sehr mit Depression assoziiert und relativ änderungsresistent.
- **Im Zweifelsfall sind die Einzelskalen aussagekräftiger, die Muster dienen eher der groben Orientierung.**

Beispiel: 49-jährige Krankenschwester mit Depression/Burnout & Analgetikaabusus

Skala (Normbereich 4-6)	Aufnahme	Entlassung
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	3	4
Beruflicher Ehrgeiz	2	2
Verausgabungsbereitschaft	8	4
Perfektionsstreben	7	5
Distanzierungsfähigkeit	2	4
Resignationstendenz	9	7
Offensive Problembewältigung	1	2
Innere Ruhe / Ausgeglichenheit	3	2
Erfolgserleben im Beruf	2	2
Lebenszufriedenheit	1	2
Erleben sozialer Unterstützung	4	3

AVEM - Kommunikation



= unter 300 Deutschen finde ich einen, der so verausgabungsbereit ist wie Sie!

Ziel: Sie müssen nicht auf die 1 oder 2 kommen / kein neuer Mensch werden, - 6 oder 7 reicht, um besser durchs Leben zu kommen!

AVEM: Modifizierbar oder lebenslanger Persönlichkeitsstil?

- AVEM-Verlaufsdaten von N= 476 Rehabilitanden in einem berufsbezogenen Setting:
- signifikanten Reduktion von Muster A ($d = .47$) sowie zu einer Zunahme der Muster S ($d = .45$) und G ($d = .2$).
- Rehabilitanden, die arbeitsunfähig entlassen wurden, hatten ein signifikant niedriger ausgeprägtes Muster S als arbeitsfähige Entlassene. (Käfer et al., 2018)

Dissertation von Meyer, 2017

In der AIT-Gruppe zeigten sich im AVEM folgende signifikante prä-post-Effekte:

- Bedeutsamkeit der Arbeit $d = .55$
- Verausgabungsbereitschaft $d = .60$
- Perfektionsstreben $d = .71$
- Distanzierungsfähigkeit $d = .62$
- Resignationstendenz $d = .37$
- Innere Ruhe $d = .36$

Insgesamt zeigte sich eine Verschiebung weg von den Mustern A und B vor allem in Richtung Muster S.

➔ Gleiche Effekte im BDI in AIT- und Kontrollgruppe.

Papst et al., 2023



OPEN ACCESS

EDITED BY
Wulf Rössler,
Charité University Medicine Berlin, Germany

REVIEWED BY
Jovica Jovanovic,
University of Niš, Serbia
Silvio Manuel da Rocha Brito,
Polytechnic Institute of Tomar (IPT), Portugal
Cristina Corina Bentea,
Dunarea de Jos University, Romania

*CORRESPONDENCE
Lilia Papst

Responsivity and relation to depressive symptoms of occupational behavior and experience patterns

Lilia Papst^{1*}, Christian Zickwolf², Michael Käfer², Volker Beierlein³ and Volker Köllner^{1,4}

¹Psychosomatic Rehabilitation Research Group, Department of Psychosomatic Medicine, Center for Internal Medicine and Dermatology Charité – University Medicine Berlin, Berlin, Germany, ²Mediclin Bliestal Clinics, Clinic for Psychosomatic Medicine, Bliestal, Germany, ³Department of Medical

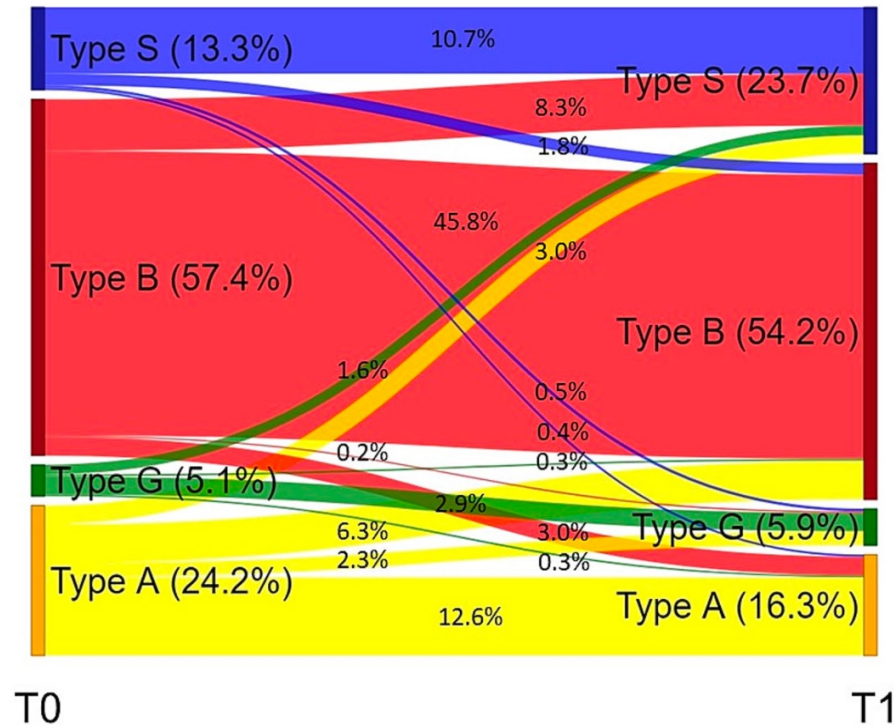
- N = 1706 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden;
- Signifikante Effekte in 8 der 11 Skalen
- Korrelation mit dem Rückgang der Depressivität

TABLE 2 Results of paired-sample t-Tests for changes in AVEEM scores between admission (T0) and discharge (T1).

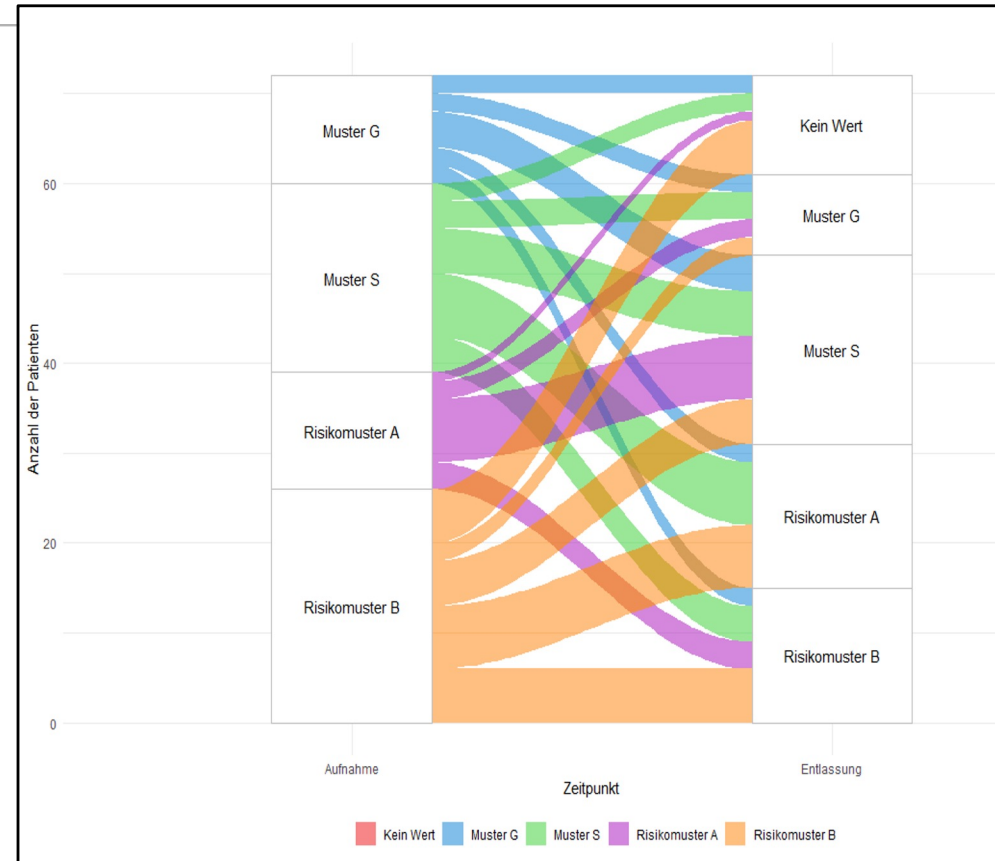
AVEEM scale	M _{T0} (SD)	M _{T1} (SD)	T	P	P _{adj.}	d _z
1. work importance	15.74 (5.02)	14.58 (4.91)	-14.17	< 0.001	< 0.001	-0.34
2. work ambition	15.85 (4.66)	15.56 (4.65)	-3.97	< 0.001	< 0.001	-0.10
3. willingness to work to exhaustion	21.10 (5.09)	19.66 (4.92)	-16.49	< 0.001	< 0.001	-0.40
4. striving for perfection	23.64 (4.30)	22.16 (4.54)	-18.76	< 0.001	< 0.001	-0.45
5. ability to distance oneself	15.13 (5.40)	16.70 (5.38)	17.92	< 0.001	< 0.001	0.43
6. tendency for resignation	19.65 (4.86)	18.77 (4.89)	-10.65	< 0.001	< 0.001	-0.26
7. problem solving	18.88 (4.04)	18.99 (3.92)	1.51	0.132	1	0.04
8. inner peace	16.20 (4.56)	17.15 (4.41)	13.32	< 0.001	< 0.001	0.32
9. experience of success	20.11 (4.78)	20.18 (4.81)	1.03	0.301	1	0.03
10. life satisfaction	16.86 (4.77)	18.21 (4.88)	17.83	< 0.001	< 0.001	0.43
11. social support	21.01 (4.62)	21.08 (4.67)	1.01	0.311	1	0.03

Annotation. MT0 = mean at admission; MT1 = mean at discharge; SD = standard deviation; t = t-statistic; P = significance level; P_{adj.} = adjusted significance level; dz = Cohen's dz for repeated measures

Ändern sich auch AVEM-Muster?



Psychosomatik



Post COVID

Arbeitsbezogene interaktionelle Therapie (AIT)

- **Fixe Kombination von Psychotherapiegruppe mit Ergotherapie-Projektgruppe (je 2x 90 Minuten /Woche).**
- Die Projektgruppe ist der Erlebnisraum, in dem sich individuelle Problemmuster aktualisieren (Problemaktualisierung nach Grawe) und Lösungen erprobt werden können (Lösungskompetenz).
- Die Therapiegruppe ist der Reflektionsraum, in dem diese Muster erkannt (Klärung) und Lösungsstrategien erarbeitet werden können (Ressourcenaktivierung).

Arbeitsbezogene interaktionelle Therapie (AIT)

- Fixe Kombination von Psychotherapiegruppe mit Ergotherapie-Projektgruppe (je 2x 90 Minuten /Woche).
- Die Projektgruppe ist der Erlebnisraum, in dem sich individuelle Problemmuster aktualisieren (Problemaktualisierung nach Grawe) und Lösungen erprobt werden können (Lösungskompetenz).
- Die Therapiegruppe ist der Reflektionsraum, in dem diese Muster erkannt (Klärung) und Lösungsstrategien erarbeitet werden können (Ressourcenaktivierung).

Cave: Wohin mit den Projektarbeiten???

Berufsgruppenspezifische Konzepte

Gesundheitliche Problemlagen im Pflegeberuf

- erhöhte Morbidität für psychische Störungen (v. a. Depression)
- verstärkte Belastung durch chronische Schmerzen (v. a. Kreuzschmerz)
- hohe Identifizierung mit dem Beruf: salutogenetisches Potential oder Risikofaktor für Burnout?
- In vielen Einrichtungen Personalabbau im Pflegebereich: Zunahme von Überstunden und durchgearbeiteten Wochenenden.
- häufig vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf → Fachkräftemangel / Pflegenotstand

Gründe für ein berufsgruppen-spezifisches Rehakonzept

- Hoher Anteil von RehabilitandInnen aus Pflegeberufen in der Klinik
- Häufig ähnliche gesundheitliche und berufliche Problemlagen
- Bessere Möglichkeit
 - zum Herausarbeiten von individuellen und berufsspezifischen Faktoren bei der eigenen Krankheitsentwicklung
 - zur Ressourcenaktivierung durch gemeinsamen Erfahrungshintergrund
 - den Berufsbezug der Rehabilitation stärker in den Fokus zu rücken.

Unterscheiden sich RehabilitandInnen aus Pflegeberufen von der Grundgesamtheit?

Verglichen wurden N = 157 TeilnehmerInnen des Programms aus den Jahren 2012 & 2013 mit den 2802 übrigen RehabilitandInnen dieser Jahrgänge.

Parameter	Grundgesamtheit	Pflegegruppe	Signifikanz
Geschlecht			
Alter			
Hauptdiagnose			
BDI bei Aufnahme			
AVEM Verausgabungsbereitschaft			
AVEM Perfektionsstreben			
AVEM Distanzierungsfähigkeit			

Unterscheiden sich RehabilitandInnen aus Pflegeberufen von der Grundgesamtheit?

Verglichen wurden N = 157 TeilnehmerInnen des Programms aus den Jahren 2012 & 2013 mit den 2802 übrigen RehabilitandInnen dieser Jahrgänge.

Parameter	Grundgesamtheit	Pflegegruppe	Signifikanz
Geschlecht	32% m / 68% w	15,3% m / 84,7% w	p < 0,001
Alter	MW 51,1; SD = 8,73	MW 51,9; SD = 7,56	n. s.
Hauptdiagnose	F3: 43% F4: 48%	F3: 75% F4: 21,5%	p = 0,003
BDI bei Aufnahme	24,4	23,3	n.s.
AVEM Verausgabungsbereitschaft	21,28 ± 5,097	23,26 ± 4,278	p < 0,001; d = 0,39
AVEM Perfektionsstreben	23,58 ± 4,339	24,28 ± 4,309	p = 0,056; d = 0,16
AVEM Distanzierungsfähigkeit	14,73 ± 5,408	13,69 ± 5,019	p = 0,023; d = 0,19

Bausteine des Konzepts

Indikationen	Depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und chronische Schmerzen bei Rehabilitanden, die in Pflegeberufen arbeiten
Diagnostik	Ausführliche Anamneseerhebung bei Aufnahme AVEM, Health-49, BDI-II sowie ggf. weitere störungs-spezifische Instrumente (jeweils Prä- und Post-Messung)
Gruppenstärke	9 -12 Rehabilitanden, halboffene Gruppe
Obligate Therapiebausteine nur im Pflegekonzept	2 x 90 min/Woche berufsspezifische Gruppe 2 x 90 min/Woche kreative Bewegungstherapie in einer geschlossenen Gruppe nur für Rehabilitanden im Pflege-Konzept 30 Min./Woche Einzeltherapie

Bausteine des Konzepts

Zusätzliche Therapie- bausteine gemeinsam mit anderen Rehabili- tandInnen

- 2 x 90 min/Woche indikative Gruppe (z. B. Depression, Schmerzbewältigung oder soziales Kompetenztraining)
- 2 x 90 min/Woche Ergotherapie (z. B. rückergerichtetes Arbeiten oder PC-Training)
- 2 x 30 Minuten Entspannungstraining (PMR oder Qi Gong)/Woche
- Psychoedukative Seminare
- 3 x 60 Minuten Ausdauertraining/Woche
- 2 x 60 Minuten Kraft-Ausdauertraining (Geräteraum) für die Rückenmuskulatur
- Physiotherapie und physikalische Therapie nach Indikation
- Physikalische Therapie
- Sozialberatung (z. B. Planung der Reha-Nachsorge und der stufenweisen Wiedereingliederung)

Warum Kopplung von Basisgruppe und „Tanztherapie“?

- Die kreative Bewegungstherapie wirkt als Erfahrungsraum, der in der Therapiegruppe reflektiert werden kann (z. B. „Wie viel Raum nehme ich mir?“ „Wie behaupte ich meinen Standpunkt?“).
- Die Ausdrucks- und Beziehungsaufgaben in der Tanztherapie sind so konzipiert, dass typische Konfliktsituationen in pflegerischen Berufen unmittelbar erlebt und danach bewusst reflektiert werden können.
- Weitere Ziele der Tanztherapie sind die Schulung der Körperwahrnehmung und die spielerische Erprobung neuer Verhaltensweisen in der Bewegung und der Begegnung mit anderen.

Profitieren beide Gruppen in unterschiedlichem Maße von der Reha?

Parameter	Grund-gesamtheit	Pflegegruppe	Signifikanz
BDI bei Aufnahme bei Entlassung	23,3 ± 12,3 13,8 ± 12,3	24,4 ± 10,7 13,6 ± 10,4	n. s.
Health-49			n. s.
AVEM Verausga- bungsbereitschaft	1,97 ± 4,10	3,05 ± 4,03	p=0.003; d=0.26
AVEM offens. Pro- blembewältigung	-,22 ± 3,04	,58 ± 3,29	p=0.004; d=0.26

Vision:

- MBOR-Angebot, das speziell auf arbeitsweltbezogene Fähigkeitsbeeinträchtigungen nach früher Traumatisierung / KPTBS eingeht:
- **Erfolg im Beruf trotz frühem Trauma**

Leitthema

Bundesgesundheitsbl

<https://doi.org/10.1007/s00103-024-03908-3>

Eingegangen: 2. Januar 2024

Angenommen: 27. Mai 2024

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
von Springer Nature 2024



Lorena Brenner¹ · Sophia Chrysanthou² · Eva Rothermund³ · Volker Köllner^{1,2}

¹ Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

² Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow, Deutschland

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

Auswirkungen der komplexen Traumafolgestörung auf die Arbeitswelt: Ein Scoping-Review

Diskussion & Fazit

- Berufliche Orientierung lässt sich gut in die Psychotherapie integrieren, wenn nicht unkritisch orthopädische Trainingskonzepte übernommen werden.
- Hierdurch keine Reduktion der störungsspezifischen Wirksamkeit, aber differentielle Effekte im AVEM (Meyer, 2016)
- Forschungsbedarf hinsichtlich Subgruppen und Bedarf nach spezifischen Interventionen - Welche Skills braucht es, um in der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts gesund zu überleben?
- Berufliche Aspekte werden in der Psychotherapie auch in der Reha noch zu oft ausgeblendet – eine stärkere berufliche Orientierung ist eine Chance, das Profil der Reha zu schärfen!

Diskussion & Fazit

- Wichtig ist, die berufliche Orientierung der Reha individuell klar zu vereinbaren und transparent zu machen. (Bethge et al., MBOR-Prime-Studie)
- **Wenn der Patient nicht weiß, dass er MBOR macht, ist der spezifische Effekt deutlich geringer!!!**

Originalarbeit

 Thieme

Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse eines Delphi-Prozesses

Practice recommendations for work-related medical rehabilitation in psychosomatic rehabilitation facilities – results of a Delphi process

Autorinnen/Autoren

Matthias Bethge¹ , Jessica Roder¹ , Stefan Schulder¹ , Hannes Banaschak¹ , Nina Gabriel² , Stefanie Freytag², Andrea Budde³, Volker Köllner⁴ , Michaela Fleck⁵, Bernhard Koch⁶, Frank Rosbiegal⁷, Markus Bassler² 

Diskussion & Fazit

- **MBOR in der Psychosomatik ist eine spannende Aufgabe für Forschung und Praxis – es gibt noch viel Raum für Innovationen!**
- **Wenn man das Thema Arbeitswelt annimmt, kommt das bei den Patienten durchaus gut an und kann auch Spaß machen!**

Literatur

- Adam-Keßler U, Köllner V. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). In: Köllner V, Bassler M (Hrsg.): Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München: Elsevier, 2021; S. 324-327
- Bethge M, Roder J, Schulder S, Banaschak H, Gabriel N, Freytag S, Budde A, Köllner V, Fleck M, Koch B, Rosbiegal F, Bassler M. Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse eines Delphi-Prozesses. Rehabilitation (Stuttg). 2025 Aug;64(4):205-214. German. doi: 10.1055/a-2572-4338.
- Brenner L, Chrysanthou S, Rothermund E, Köllner V. Auswirkungen der komplexen Traumafolgestörung auf die Arbeitswelt: Ein Scoping-Review. Bundesgesundheitsbl 2024. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03908-3>
- Rudolph M, Köllner V. Psychosomatische Rehabilitation - Indikationen, Zugangswege und therapeutische Konzepte. Psychotherapie, 2025; 68, online first, <https://doi.org/10.1007/s00278-025-00795-0>
- Papst L, Zickwolf C, Käfer M, Beierlein V and Köllner V (2023) Responsivity and relation to depressive symptoms of occupational behavior and experience patterns. Front. Public Health 11:1271486. doi: 10.3389/fpubh.2023.1271486
- Brenner, L., Härtter, C., Bachem, R., Knaevelsrund, C. & Köllner, V. (2021). Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster. PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, DOI: [10.1055/a-1348-1896](https://doi.org/10.1055/a-1348-1896)
- Christine Wittmann, Lilia Papst, Markus Reischl, Katja Welsch, Michael Käfer, Volker Köllner. (2022) Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte. Z Psychosom Med Psychother 68/2022; 127-140
- Brenner L, Köllner V, Bachem R. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. European Journal of Psychotraumatology, 2019, 10:1, 1694766



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**

volker.koellner@drv-bund.de