

Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie

Axel Kobelt

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Zusammenfassung: Die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch psychoneurotische, somatoforme oder auch Persönlichkeitsstörungen beeinflusst nicht nur die Therapeut-Patient-Dynamik, die Therapiezufriedenheit und die Prozesseffektivität, sondern bringt auch gleichzeitig häufig eine Abwärtsspirale mit mangelnder sozialer Anerkennung, zunehmender sozialer Isolierung und Verlust gesellschaftlicher und beruflicher Aktivität und Partizipation des Patienten in Gang. Dabei lassen sich die beruflichen und sozialen Probleme nur schwer von der der Störung zugrunde liegenden Konfliktdynamik trennen.

In diesem Beitrag werden typische soziale und berufliche Probleme aus sozialmedizinischer und psychotherapeutischer Perspektive anhand von charakteristischen Kasuistiken diskutiert, wobei sowohl therapeutische Techniken und typische Prozessdynamiken im Umgang mit den betroffenen Patienten beschrieben als auch für eine Beratung im Rahmen des Casemanagements relevante Informationen zu den einzelnen Problemfeldern gegeben werden.

Einleitung

2004 wurden im gesamten Bundesgebiet 169.390 Menschen wegen voller Erwerbsminderung zeitlich befristet berentet. Davon waren allein 31.313 Personen (18,5 %) wegen psychischer Störungen (ICD 10 F32-F60) nicht mehr erwerbsfähig. Ein Drittel davon waren Männer ($n = 11.390$). Die Rentenhöhe lag im Mittel bei 660 Euro. Das Durchschnittsalter der psychisch Erkrankten lag zum Zeitpunkt der zeitlich befristeten Berentung bei 46 Jahren. Vor allem die Arbeitnehmer im Baugewerbe sind betroffen, aber auch Küchenpersonal, Verkäufer, Lagerarbeiter, Bürofachkräfte, Kraftfahrer, Angehörige sozialer Berufe (Krankenschwestern, Sozialarbeiter/-helfer u.s.w.), Reinigungskräfte und Ungelernte.

Mehr als 80 Prozent der Patienten aus psychosomatischen Fachkliniken stufen ihre Arbeitsfähigkeit als gefährdet ein (Amberger et al., 2003). Leidig (2003) konnte nachweisen, dass stressrelevante Faktoren der Arbeitsbedingungen sowohl die Symptombelastung als auch die Arbeitsun-

fähigkeitszeiten bei psychosomatisch erkrankten Patienten beeinflussen. Die Stressverarbeitungsweise der Patienten hatte hierbei entscheidenden Einfluss. Vor allem wirkten sich einseitige Belastung und geringe Einflussmöglichkeiten auf Urlaubspläne, Arbeitszeiten und Arbeitsplatzgestaltung negativ auf die Stressverarbeitungsweise und damit auf psychische und psychosomatische Symptome aus, besonders wenn die Betroffenen gegenüber diesen Belastungen und Einschränkungen resignierten. In seiner Studie fand er außerdem heraus, dass Patienten, die vor dem Klinikaufenthalt belastende Arbeitssituationen durch Fernbleiben bewältigt hatten, dies auch später wieder taten. Gleichzeitig werden Therapieverlauf und -erfolg durch das „Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“¹ in der Anamnese, Stressoren am Arbeitsplatz sowie maladaptive Stressbewältigungsweisen negativ beeinflusst.

Linden (2006) schlägt vor, dass die Angst vor dem Arbeitsplatz bzw. vor bestimmten Aspekten, die den Arbeitsplatz ausmachen,

eine eigene Krankheitsentität darstellt, die sich gut von anderen psychiatrischen Diagnosen, insbesondere von arbeitsplatzunspezifischen Angsterkrankungen, abgrenzen lasse.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ist entscheidend von der Arbeitsplatzsituation und dort von der Selbsteinschätzung abhängig, die nicht nur physischen sondern auch sozialkommunikativen Anforderungen genauso wie Unsicherheiten, Spannungen im Team oder auch unterschwellige Konflikte bewältigen zu können. Eigentlich ist es dann schon trivial, festzustellen, dass die Psychotherapie und die psychotherapeutische Beziehung in der Therapie-sitzung selbst, die Wirksamkeit von Interventionen bzw. die Bereitschaft, gewonnene Erkenntnisse umzusetzen oder auch die Fortschritte im eigenen Selbstentwicklungsprozess, niemals unabhängig von den Kontextfaktoren, in denen sich der Patient befindet, gesehen werden kann.

Die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch psychoneurotische (Ängste, Phobien, Depression usw.), somatoforme oder auch Persönlichkeitsstörungen beeinflusst nicht nur die Therapeut-Patient-Dynamik, die Therapiezufriedenheit und die Prozesseffektivität, sondern bringt gleichzeitig häufig eine Abwärtsspirale mit mangelnder sozialer Anerkennung, zunehmender sozialer Isolierung und Verlust gesellschaftlicher und beruflicher Aktivität und Partizipation für den Betroffenen in Gang.

Die beruflichen und sozialen Probleme lassen sich dabei nur schwer von der der Störung zugrundeliegenden Konfliktdyna-

¹ Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten.

mik trennen, so dass eine genaue Analyse der Interaktion zwischen Krankheitsfolgen und Arbeitsplatzproblemen notwendig wird. Dabei reicht es nicht aus, zu wissen, dass beispielsweise ein stark ausgeprägter selbstunsicherer Persönlichkeitsstil die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit auf der einen Seite und die sozialen Kommunikationsfertigkeiten auf der anderen Seite stark einschränken. Der Wunsch, nicht mehr an seinen Arbeitsplatz zurückkehren zu wollen oder zu können, hängt auch von der Situation dort (vgl. Linden, 2006), von der subjektiven Bewertung der eigenen Beeinträchtigung, von den zur Verfügung stehenden Alternativen und von der Motivation ab, sich im Erwerbsleben behaupten zu wollen. Der Arbeitnehmer muss sich auf dem aktuellen Arbeitsmarkt den sich immer schneller vollziehenden Wandlungen und betrieblichen Umstrukturierungsprozessen anpassen können. Gerade in der freien Wirtschaft trifft er auf zunehmend unmenschlichere und unmoralischere Produktions-, Interaktions- und Führungsstile, denen er trotz aller gesundheitlichen Einschränkungen etwas entgegensetzen muss. Die hohe Technisierung mit ihrer ebenfalls hohen Erwartung an Ausbildung und Erfahrung des Einzelnen, die Idealisierung der Jugend bei gleichzeitiger entwertender Ignoranz gegenüber älteren Arbeitnehmern lassen sichere Arbeitsnischen verschwinden und dramatisieren auf der einen Seite das Konkurrenzverhalten, aber auf der anderen Seite in noch viel stärkerem Maße die Tendenz zur Resignation und Selbstaufgabe. In manchen Bereichen klafft die Schere zwischen persönlichem Einsatz und institutioneller Gratifikation und Förderung so weit auseinander, dass nicht mehr entschieden werden kann, ob die gesundheitlichen Einschränkungen Ursache oder Folge der Probleme am Arbeitsplatz sind. Mobbing kann und muss in diesem Rahmen als „kulturspezifisches Phänomen“ betrachtet werden, in dem sich die Akteure mangels Alternativen gegenüber den Anderen Platz oder auch Sicherheit zu schaffen versuchen.

Vor dem Hintergrund von Massenarbeitslosigkeit wird die Konfrontation mit dem Verlust des Arbeitsplatzes schnell zu einer dramatischen Krise, vor allem, wenn nach

der Hoffnung auf einen schnellen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben die Ernüchterung angesichts der schon verstrichenen Zeit ertragener Arbeitslosigkeit spürbar wird. Der schleichende Verlust des Selbstbewusstseins und das Gefühl von Wertlosigkeit und mangelnder Selbstwirksamkeit verbinden sich dann mit einem finanziellen und sozialen Abstieg in das Arbeitslosengeld II und der Gewissheit, ab jetzt ohnehin nur noch verwaltet zu werden. Hinzu kommt der immer größer werdende Abstand zur gleichzeitig stattfindenden technologischen Weiterentwicklung, so dass die Größe des zeitlichen Abstands im umgekehrten Verhältnis zur Chance steht, in den alten Beruf wieder einsteigen zu können (Zempel & Frese, 2000).

In diesem Spannungsfeld sind verschiedene Konstellationen und Szenarien denkbar:

1. Der Betroffene kann aufgrund der Folgen seiner Erkrankung nicht ohne Hilfestellung an seinen Arbeitsplatz zurückkehren, der Arbeitgeber ist jedoch flexibel und gesprächsbereit.
2. Der Betroffene kann (oder will) aufgrund der Folgen seiner Erkrankung oder wegen Gründen, die in der Firma oder in der speziellen Interaktion zwischen Betroffenenem und der Firma anzusiedeln sind, nicht wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren.
3. Der Betrieb kann den Betroffenen nicht auf den ursprünglichen Arbeitsplatz zurücknehmen und hat (keine) Alternativen.
4. Der Betroffene war bereits vor Beginn der Erkrankung arbeitslos oder ist im Verlauf arbeitslos geworden.
5. Der Betroffene ist inzwischen so lang krankgeschrieben, dass das Krankengeld ausläuft.
6. Der Betroffene sieht nur noch eine Chance, indem er eine Erwerbsminderungsrente beantragt.

Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es?

Der folgende Beitrag soll einen kurzen, kasuistisch gestützten Überblick über die unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten bei sozialmedizinischen Problemen geben und darüber hinaus dazu ermuti-

gen, diese zum Teil mit psychotherapeutischen Mitteln unmittelbar nicht zu beeinflussenden Probleme trotzdem in die Psychotherapie mit einzubeziehen (s.a. Schneider, 2006).

Fallbeispiel: Herr T. wurde nach seinem Motorradunfall zum IT-Administrator umgeschult. Der sehr ehrgeizige und durch seinen Kraftsport sehr muskulöse 30jährige Mann hatte danach eine Arbeitsstelle gefunden, die jedoch ein Informatikstudium vorausgesetzt hätte. Trotzdem bekam er die Stelle. Erst nach und nach merkte er, dass er von den Anforderungen seines Arbeitsplatzes überfordert war, genoss es aber gleichzeitig deutlich, auf einem Akademikerposten zu sitzen. Als ihn seine Freundin überraschend verließ, geriet er in eine schwere Selbstwertkrise mit Depressionen und latenter Suizidalität. Aufgrund der daraus folgenden Einschränkungen war er nicht mehr in der Lage, seiner Tätigkeit nachzugehen, da er morgens unter gravierenden Antriebsschwierigkeiten und unter Konzentrationsstörungen litt.

Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

Nach sechs Wochen begann die Krankengeldzahlung seiner Krankenkasse, nach weiteren zwei Wochen erhielt Herr T. die Aufforderung nach § 51 SGB V, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen. Herr T. ließ sich in diesem Zusammenhang von seiner Krankenkasse belehren, dass er zwar einen Anspruch auf Krankengeld über 78 Wochen unter Berücksichtigung der 6 Wochen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber hat. Trotzdem könne die Krankenkasse ihn dazu auffordern, alles in seiner Macht Stehende zu tun, um seine Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen. Außerdem wies sie ihn darauf hin, dass eine Arbeitsunfähigkeit bedeutet, dass er nicht in der Lage sei, mindestens 15 Stunden pro Woche seine letzte berufliche Tätigkeit auszuüben.

Medizinische Rehabilitation oder Krankenhausbehandlung?

Zusammen mit seinem Hausarzt beantragte Herr T. eine Leistung zur medizinischen

Rehabilitation. Die Antragsformulare bekam er von seiner Krankenkasse².

Eine Krankenhausbehandlung in der am Ort vorhandenen psychosomatischen Klinik war nicht notwendig, da eine aktuelle Bedrohtheit nicht gegeben und er insgesamt so stabil war, dass keine intensive ärztliche, psychotherapeutische oder pflegerische Versorgung oder eine akute Aufnahme innerhalb von Stunden notwendig erschien (vgl. Schmeling-Kludas, 1999). Gleichzeitig stellte sich das Krankheitsbild offenkundig auch als reaktive Symptombildung vor dem Hintergrund der schwierigen Arbeitssituation und der Beziehungskonflikte heraus, die als Grundlage einer medizinisch-psychosomatischen Heilbehandlung dienen konnte. Das Krankheitsbild von Herr T. war zusätzlich von starken Rückenschmerzen geprägt, die den Einsatz eines multiprofessionellen und -dimensionalen Behandlungsansatzes einer Rehabilitationsklinik erforderlich machten. Die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation im Vorfeld könnte darüber hinaus auch Hinweise für die Notwendigkeit sich anschließender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen) liefern.

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern (§ 9 SGB VI; s.a. www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de).

Persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung ist an persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen geknüpft. Als persönliche Voraussetzung muss die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein.

Gleichzeitig sollte die berechtigte Annahme bestehen, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit entweder abgewendet oder bereits bestehende geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert werden kann. Für die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sollte Herr T. in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge geleistet haben.

Am Ende der medizinischen Rehabilitation erfolgt im Rahmen des Abschlussberichtes eine sozialmedizinische Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit des Patienten in seiner letzten beruflichen Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (über 6 Stunden, 3-6 Stunden, unter drei Stunden). Gleichzeitig können weitere Maßnahmen vorgeschlagen werden, z.B. die Zweckmäßigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (traditionelle Bezeichnung: berufliche Reha-Leistungen) zu prüfen (zur genauen Definition sozialmedizinischer Begriffe vgl. das Lexikon der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de).

Die Beurteilung des Leistungsvermögens

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsentlassungsbericht stellt eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für weiterführende Leistungen dar. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung setzt sich der Arzt mit den Bedürfnissen des Rehabilitanden unter fachlichen, rehabilitativen, gutachterlichen, organisatorischen und versorgungsrechtlichen Aspekten auseinander.

So sollte der Versicherte für seine letzte berufliche Tätigkeit nur noch ein Restleistungsvermögen von unter 3 Stunden aufweisen, wenn gleichzeitig empfohlen wird, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen. In diesem Zusammen-

2 Er hätte sie sich auch bei den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder bei den Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung ([alle Adressen unter www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)) besorgen können. Unter derselben Internetadresse hätte er sich auch die Antragsformulare herunterladen können.

hang ist es wichtig, zu beachten, dass die Feststellung der (momentanen) Arbeitsunfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit oder für den allgemeinen Arbeitsmarkt keine besondere Aussagekraft für die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit und für die vor diesem Hintergrund zu entscheidende Frage hat, ob Leistungen zur Teilhabe bewilligt werden oder nicht.

Unter dem **sozialrechtlichen Begriff der Erwerbsfähigkeit** versteht man, dass sich ein Rehabilitand unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm aufgrund seiner individuellen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens (allgemeiner Arbeitsmarkt) bieten, einen Erwerb verschaffen kann.

Wenn das Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt aufgehoben ist (Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden), liegt eine volle Erwerbsminderung vor, die eine (zeitlich befristete) Berentung zur Folge hat. Wenn ein Patient arbeitslos ist und von der behandelnden Rehabilitationsklinik mit einem Restleistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden entlassen wird, gilt im Allgemeinen der Arbeitsmarkt für ihn als verschlossen, so dass dann auch eine (zeitlich befristete) Rente wegen voller Erwerbsminderung zu zahlen wäre.

Arbeitsunfähigkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, volle Erwerbsminderungsrente? Variationen des gleichen Grundproblems

Bei folgenden Gründen kann es für den weiteren Rehabilitationsverlauf der Versicherten von großer Bedeutung sein, dass durch die behandelnden Ärzte der Rentenversicherung über die Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen im Entlassungsbericht signalisiert wird, dass die Möglichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geprüft werden sollte:

■ Der Verlauf der stationären Heilbehandlung zeigt, dass durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet

werden oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

■ Bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit kann durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Arbeitsplatz erhalten werden.

Die Beurteilung des Arztes hat nun möglicherweise entscheidende Bedeutung für das weitere Erwerbsleben des Patienten, wirkt sich aber auch auf die nachfolgende Psychotherapie aus:

1. Bei nicht aufgehobenem Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit kann die Rehabilitationsklinik eine stufenweise Wiedereingliederung empfehlen. Wenn die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung beginnt, trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten.

Stufenweise Wiedereingliederung:

Der Patient ist weiterhin arbeitsunfähig, bekäme daher auch Übergangsgeld von der Rentenversicherung und würde gemäß einem Wiedereingliederungsplan die Anzahl der Arbeitsstunden langsam erhöhen. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann zwischen 6 Wochen und 6 Monaten dauern. Wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht aus der Klinik heraus empfohlen wird, geht die Kostenträgerschaft auf die Krankenkasse über und wird dann über den Hausarzt eingeleitet. In diesem Fall bekommt der Patient Krankengeld. Bei der Planung der stufenweisen Wiedereingliederung muss speziell bei der heutigen Arbeitsmarktlage immer berücksichtigt werden, dass der Arbeitgeber der Durchführung zustimmen muss.

2. Lässt sich ein Patient umgehend nach der medizinischen Rehabilitationsbehandlung wieder krankschreiben, obwohl er als arbeitsfähig entlassen worden ist, wird er wahrscheinlich einem Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdK) vorgestellt. Dieser Termin ist verbindlich und muss vom Patienten wahrgenommen wer-

den. Der Gutachter überprüft die Einschätzung des Hausarztes, die nicht selten im Widerspruch zur Einschätzung der Rehabilitationsklinik steht, und gibt eine Empfehlung. Diese Empfehlung ist jedoch nicht bindend und hebt daher nicht die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Hausarztes auf.

Das Krankengeld kann im längsten Fall 78 Wochen innerhalb von drei Jahren wegen der gleichen Krankheit gewährt werden und beträgt 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts (§ 47 SGB V). War der Patient vor seiner Erkrankung arbeitslos, würde er Krankengeld in der Höhe des Arbeitslosengeldes bekommen (§ 47b SGB V). Ist ein Patient länger als 78 Wochen krank, endet das Krankengeld und er wird von der Krankenkasse "ausgesteuert". Er steht dann formal dem Arbeitsmarkt im Rahmen seines Restleistungsvermögens wieder zur Verfügung, wenn ihm sein Arbeitgeber keinen anderen leidensgerechten Arbeitsplatz zuweisen kann und keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit seitens des Rentenversicherungsträgers zu leisten wäre. Die Agentur für Arbeit prüft nun, inwieweit der Patient vor dem Hintergrund seines Restleistungsvermögens noch vermittelbar ist.

Wenn der Gutachter der Agentur für Arbeit feststellt, dass der Patient auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mehr als 6 Stunden, also vollschichtig, einsetzbar ist, erhält er Arbeitslosengeld. Sollte er keine Berechtigung mehr haben, Arbeitslosengeld zu beziehen, bekäme er das Arbeitslosengeld II. Sollte sich bei der Begutachtung herausstellen, dass er nur unter 3 Stunden pro Tag arbeitsfähig ist, und käme der Gutachter zu der Einschätzung, dass innerhalb der nächsten sechs Monate mit einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu rechnen ist, bekäme er Sozialhilfe nach dem neuen SGB XII.

Tipp: Bei Patienten, die älter als 58 Jahre sind und die kaum Chancen haben, in den Arbeitsmarkt wieder eingegliedert

zu werden, empfiehlt sich eine Kombination aus Krankengeld, Arbeitslosengeld und die Beantragung einer vorzeitigen Altersrente. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient bei Beginn der Rente insgesamt 52 Wochen arbeitslos war oder 24 Monate Altersteilzeitarbeit ausgeübt hat. Bei dieser Lösung muss jedoch immer bedacht werden, dass der Patient einen Rentenabschlag von 0,3 % pro Monat, den er früher in Rente geht, hinnehmen muss.

Fallbeispiel: Die 58-jährige Buchhalterin Frau I. litt Zeit ihres Lebens unter extremer Selbstunsicherheit und sozialen Ängsten. Sie war stets eine Außenseiterin und es gelang ihr auch nicht, eine stabile Partnerschaft aufzubauen. Nach mehreren nicht sehr erfolgreich verlaufenen Arbeitsversuchen war sie nun seit 13 Jahren in einem Verlag angestellt. Bevor es zu einem Leitungswechsel kam, war Frau I. stets zufrieden gewesen. Die Arbeit bedeutete für sie Stabi-

lität und Selbstbestätigung, gleichzeitig war sie unter Menschen, was ihr in ihrer Freizeit nur schwer gelang. Nach dem Generationswechsel in der Leitung war sie zunehmend Kritik an ihrer Arbeit ausgesetzt, die Leistungsanforderungen wurden erhöht und Arbeitskontrollen durchgeführt. Schließlich wurde ihr unmissverständlich angedeutet, dass sie auf diesem Arbeitsplatz nicht mehr gebraucht würde und dass für sie nach einer anderen Lösung gesucht werde. Die Ablehnung im Büro war für sie gleichbedeutend mit der erfahrenen früheren sozialen Ablehnung, die sie sehr quälte. Den Vorschlag ihres Vorgesetzten, statt als Buchhalterin unterhalb ihrer Qualifizierung im Lager zur arbeiten, empfand sie als noch größere Kränkung.

Das Beispiel von Frau I. macht deutlich, dass der plötzliche Knick in der beruflichen Biographie in Abhängigkeit vom Alter des Betroffenen und immer häufiger auch in Abhängigkeit von der Na-

tionalität zu einer persönlichen Resignation führt. Nicht selten haben sich gerade psychisch eingeschränkte Menschen in ihrem Betrieb einen Nischenarbeitsplatz erkämpft oder erarbeitet, auf dem sie gut und kompetent klar kommen. Jede strukturelle und inhaltliche Veränderung kann dann zu einer Dekompensation der psychischen Struktur führen.

3. Die Feststellung eines Leistungsvermögens von unter 3 Stunden für die letzte berufliche Tätigkeit bei gleichzeitigem vollschichtigem Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt verbietet es einem Patienten theoretisch, an seinen alten Arbeitsplatz zurückzukehren.

Nach § 125 SGB III (Minderung der Leistungsfähigkeit) hat er nun einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, da er aufgrund seines verminderten Leistungsvermögens seine letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, auf-

grund seines vollschichtigen Leistungsvermögens für den allgemeinen Arbeitsmarkt dem Arbeitsamt für eine Vermittlung jedoch zur Verfügung steht.

Diese Lösung ist für manche Patienten vor allem wegen der finanziellen Unsicherheiten und Unwägbarkeiten ein Problem, da in manchen Fällen unklar bleibt, wie es nach der medizinischen Rehabilitationsbehandlung weitergeht, wenn sie aufgrund ihrer Leistungsbeurteilung für ihre letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können. Dabei ist es trivial, dass der Verlust des Arbeitsplatzes immer auch mit finanziellen Einschränkungen verbunden ist.

Aufgrund des aufgehobenen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit und der Empfehlung der Klinik, die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu prüfen, hat ein Rehabilitand jedoch auch die Möglichkeit, berufsfördernde Leistungen zu beantragen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgen das Ziel, die Versicherten behinderungsgerecht und möglichst auf Dauer in Arbeit und Beruf sicher ein- bzw. wiedereinzugliedern. Die Förderungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die sich im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergeben, sind sehr vielfältig und beziehen Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (Berufsvorbereitungs- oder -anpassungsmaßnahmen, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, Arbeitsförderung in Werkstätten für Behinderte), Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme (Umzugskosten, Trennungsbeihilfen, Überbrückungsbeihilfen), Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Hilfe, Arbeitshilfen) und Kfz-Hilfen (Zuschusszahlung zum Erwerb eines Führerscheins, zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges, zu den Berufsbeförderungskosten) ein (vgl. Kobelt et al., 2002).

Auch wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt werden würden (s.u.), heißt das jedoch oftmals nicht, dass die Betroffenen auf einen anderen, gleichwertigen und vergleichbar bezahlten Arbeitsplatz integriert werden können. Die Chance, Leistungen zur Teilhabe bewilligt zu bekommen, ist nicht immer vorhersehbar, so dass manchmal am Ende einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung ein aufgehobenes Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit steht, ohne dass der Patient eine wirkliche Alternative hat. Das folgende Beispiel mag das Problem verdeutlichen:

Beispiel: Frau W., eine 33jährige Verkäuferin, arbeitete in einem Motorradgeschäft. Sie litt unter immer wiederkehrenden Depressionen und Migräneattacken und darüber hinaus unter dem unberechenbaren Führungsstil des Eigentümers. In den psychotherapeutischen Sitzungen während der stationären Heilbehandlung stellte sich heraus, dass Frau W. von einem Nachbarsjungen missbraucht worden war. Die betreuenden Therapeuten hielten es für unzumutbar, dass Frau W. vor dem Hintergrund ihrer Erlebnisse weiterhin mit Männern zusammen arbeitet und stellten ein aufgehobenes Leistungsvermögen (unter 3 Stunden) für die letzte berufliche Tätigkeit als Verkäuferin im Motorradladen fest. Der anschließende Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde jedoch abgelehnt, weil Frau W. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Verkäuferin vermittelbar war und eine gute Chance bestehe, einen Arbeitsplatz ohne Kontakt mit Männern zu finden.

Berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten werden auch von der Agentur für Arbeit angeboten. Die Zuständigkeit verbleibt jedoch in den meisten Fällen beim Rentenversicherungsträger, wenn dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorausgegangen ist. Nach einer Beitragszeit von 15 Jahren ist der Rentenversicherungsträger grundsätzlich zuständig. Anträge können jedoch sowohl bei der Agentur für

Arbeit, bei den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation der Rehabilitationsträger, beim Rentenversicherungsträger selbst oder in seinen Auskunfts- und Beratungsstellen gestellt werden.

Unabhängig von den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es im Falle eines aufgehobenen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit auch die Möglichkeit, innerhalb des Betriebes auf einen anderen, leidensgerechten Arbeitsplatz umgesetzt zu werden. Gerade in groß- und mittelständischen Betrieben gibt es häufig so genannte „Schonarbeitsplätze“. Bei der Vermittlung und Umsetzung unterstützen die Rehafachberater der Rentenversicherung, der Betriebsarzt und ggf. der Personalrat. Diese Lösung sollte jedoch im Vorfeld gut durchdacht werden. Die Feststellung eines aufgehobenen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit kann dem Arbeitgeber im schlechtesten Fall auch als „Steilvorlage“ dienen, einen möglicherweise überzähligen Mitarbeiter los zu werden, da der Betrieb nicht dazu verpflichtet ist, dem Mitarbeiter einen anderen Arbeitsplatz anzubieten. Er kann also in diesem Fall genauso gut behaupten, dass er in seinem Betrieb keinen anderen geeigneten Arbeitsplatz zur Verfügung hat, was bedeuten würde, dass der Arbeitgeber sein „Dispositionsrecht“ freigibt (§ 125 SGB III). Der betroffene Patient hätte dann zwar offiziell noch einen Arbeitsplatz, stünde aber trotzdem der Arbeitsvermittlung zur Verfügung und würde in diesem Fall auch Arbeitslosengeld beziehen.

Dieser kurze und zwangsläufig sehr unvollständige Überblick sollte deutlich machen, wie vielschichtig die sozialen und beruflichen Probleme sein können, mit denen Psychotherapeuten in der täglichen Praxis konfrontiert werden. Auch die Fallbeispiele sollten zeigen, dass soziale und berufliche Probleme häufig als Krankheitsfolge auftreten. Die lösungsorientierte Bearbeitung dieser realen Probleme sollte daher unbedingter Bestandteil jeder Psychotherapie und nicht zuletzt auch der Psychotherapieausbildung sein, um der

Entwicklung eines Circulus Vitiosus aus Krankheit, Krankheitsfolgen am Arbeitsplatz und Verstärkung der Erkrankung vorzubeugen. Vor dem Hintergrund zunehmender Bürokratisierung und gleichzeitiger Verzweigung der verschiedenen Zuständigkeiten kommt dem Psychotherapeuten die Aufgabe zu, seine betroffenen Patienten kompetent zu führen bzw. sie an kompetente Stellen weiterzuvermitteln (Case-Management). Durch die engere Verzahnung des Psychotherapeuten mit Krankenkassen, Arbeitsamt, Rentenversicherung oder Betrieb (z.B. Betriebsmediziner) ließen sich vermutlich einige soziale Probleme schneller und effektiver lösen, wobei die mutige Integration der sozialen und Arbeitswelt möglicherweise dann auch Kosten in der ambulanten Psychotherapie sparen würde, wenn soziale und Arbeitsplatzprobleme, für die den Psychotherapeuten häufig das „Know-how“ fehlt, nicht mehr „verschleppt“ würden. Es ist daher empfehlenswert, berufliche und soziale Probleme möglichst schon in der Anamnese zu erheben und deren Bearbeitung in die Psychotherapieziele mit aufzunehmen. Gerade Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten frühzeitig thematisiert werden, da der Prozess von der Antragstellung über die Bewilligung, Durchführung bis zur Integrationsphase sehr lange dauern kann. In dieser Zeit ist jedoch eine psychotherapeutische Begleitung ganz besonders notwendig, da es

erfahrungsgemäß während der beruflichen Rehabilitation zu erheblichen Problemen und Konflikten kommen kann.

Der vorliegende Beitrag soll Mut machen, sich näher mit dieser Thematik zu beschäftigen und bei entsprechenden Fällen frühzeitig einen Rehabilitationsberater der Rentenversicherung hinzuzuziehen (Adressen und Telefonnummern unter www.deutsche-rentenversicherung.de), da eine kurze Beratung oder auch nur Hinweise auf den einzuschlagenden Weg dazu beitragen können, manche Barrieren und Widerstände im Therapieprozess zu verringern.

Literatur

- Amberger, S., Irle, H. & Grünbeck P. (2003) Arbeitsbezogene Strategien und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit psychischen Störungen. *Deutsche Angestellten Versicherung*, 50 (3), 135–141.
- Kobelt, A., Grosch, E. & Lamprecht, F. (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A., Grosch, E.V. & Gutenbrunner, C. (2006). Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation? *Psychother Psych Med*, 56, 15-22.
- Leidig, S. (2003). *Arbeitsbedingungen und psychische Störungen*. Lengerich: Pabst.
- Linden, M. (2006). Arbeitsplatzängste und -phobien. In W. Müller-Fahrnow, M. Hansmeier & M. Karoff (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation* (S. 181 – 192). Lengerich: Pabst.
- Schmeling-Kludas, C. (1999). Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet „Psychotherapeutische Medizin“ von der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 49, 312-315.
- Schneider, W. (2006). Psychosomatik in der Arbeitswelt. *Psychotherapeut*, 51, 157 – 170.
- Zempel, J. & Frese, M. (2000). Prädiktoren der Erwerbslosigkeit und Wiederbeschäftigung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32 (3), 379 – 90.

Dr. Axel Kobelt

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig - Hannover
Ärztlicher Dienst
Referat für Konzepte und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, Abhängigkeitsbehandlung und Psychosomatik
Lange Weihe 2/4
30875 Laatzen
axel.kobelt@drv-bsh.de