

fiehlt es sich, Patienten mit entsprechendem Bedarf an intensiverer Beratung oder sogar Therapie an qualifizierte Entwöhnungsexperten weiter zu vermitteln.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Website www.anbieter-raucherberatung.de eine Datenbank zusammengestellt, auf der, nach Postleitzahlenbezirken geordnet, Anbieter von Raucherentwöhnungskursen und unterschiedlichen Einzelentwöhnungsverfahren gelistet sind.

Rauchertelefon des DKFZ:

Telefon: 0 62 21-42 42 00
Rauchertelefon für Krebspatienten des DKFZ:
Telefon: 0 62 21-42 42 24
Mo–Do 14.00–17.00 Uhr

BZgA Beratungstelefon:

Telefon: 0 18 05-31 31 31
Mo–Do 10.00–22.00 Uhr
Fr–So 10.00–18.00 Uhr

Die Raucherberatungstelefone des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bieten ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern qualifizierte Entwöhnungsberatung an.

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums bietet auch einen Beratungsservice für in Gesundheitsberufen Tätige an, die sich mit ihren fachspezifischen Fragestellungen direkt telefonisch oder aber per Mail (rauchertelefon@dkfz.de) an suchttherapeutisch ausgebildete Psychologische Psychotherapeutinnen wenden können. □

Dipl. Psych. A. Albrecht
Psychologische Psychotherapeutin LPK-BW
Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg

Literaturhinweise

- [1] AWMF Leitlinie (2006): Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ ICD-10:F 17.xx
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (2008) MAK- und BAT-Werte-Liste 2008, Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte; Mitteilung 44. Wiley-VCH, Weinheim
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, Heidelberg und Berlin 2005
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Tabakatlas Deutschland 2009, S. 29
- Fiore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ et al. (2008) Treating Tobacco Use and Dependence: Update. U.S. Department of Health and Human Services.

- Heatherton, T. F., Koziowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit. J. Addict* 86 (1991), 1119–1127
- IARC Monographs Volumes 1–99, overall evaluations of carcinogenicity to humans, last update 28.04.08, available online at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/crthalllist.php>
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforchung
- [2] Nervenarzt 2009, DOI 10.1007/s00115-009-2744-y, Batra, A., Friederich, H.M. & Lutz, U., Therapie der Nikotinabhängigkeit, Springer Medizin Verlag

Der Beitrag der psychiatrischen Klinik

zur beruflichen Integration psychisch kranker und behinderter Menschen

Einführung

Der Anteil der durch psychische Krankheiten verursachten Arbeitsunfähigkeitstage, wie auch die Zahl deswegen notwendigen Frühberentungen zeigen, dass die Konsequenzen psychischer Erkrankungen auf die berufliche Integration über die Bedeutung für den betroffenen Menschen hinaus eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung haben. Sicherlich hat in den letzten Jahren die Stigmatisierung psychisch Kranker abgenommen. Dadurch werden psychisch Krankheiten auch häufiger als solchen benannt, sodass die gegenwärtigen Zahlen ein etwas realistischeres Bild vermittelt. Psychisch Krankheiten sind häufig und dauern vielfach auch länger an, als somatische Krankheiten. Zudem ist die Gefahr der Chronifizierung über alle seelischen Krankheiten hinweg gegeben. Gegen eine verbreitete Annahme nimmt dagegen die Zahl psychischer Krankheiten nicht zu. Es gibt aber viele Hinweise, dass die gegenwärtigen Anforderungen in der Arbeitswelt Auswirkungen auf die Auslösung und die

Dr. Ewald Rahn
Stellv. Ärztlicher Direktor
der LWL Klinik Warstein,
Chefarzt der Abteilung
Allgemeine Psychiatrie
der LWL-Kliniken
Warstein und Lippstadt



Folgen psychischer Erkrankungen haben. Die Öffentlichkeitswirksame Suizidwelle in großen französischen Firmen (Renault, France Telecom) ist ein jüngstes Beispiel für diesen Zusammenhang. Angesichts der Bedeutung des Problems ist natürlich zu fragen, wie auf diese Entwicklung angemessen reagiert werden kann und wie der Beitrag der psychiatrischen Klinik bei der Lösung der Probleme aussehen kann.

Ausgangspunkt

Die Aufgabenstellung der klinischen psychiatrischen Versorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Die Behandlungszyklen sind

deutlich kürzer geworden (ca. 30 Tage im Durchschnitt), das Spektrum der behandelten Erkrankungen hat sich verändert (in Richtung Depression und Persönlichkeitsstörungen) und die Behandlungsmöglichkeiten haben sich erweitert. Dadurch sind die Aufgaben in der klinischen psychiatrischen Versorgung komplexer geworden. Dies betrifft auch die Fragen der beruflichen Integration. Dies gilt nicht alleine in Bezug auf die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (Depression, Suchterkrankung, Psychose), sondern auch für die beruflichen Laufbahnzyklen (Schule, Berufsfindung, Ausbildung, Karriere, Beendigung der beruflichen Laufbahn). Die Wechselwirkung zwischen Krankheitsfaktoren und psychosozialen Anforderungen im Beruf sind Grund dafür, dass eine erfolgreiche Therapie der psychischen Erkrankung alleine noch kein Garant für eine ebenso erfolgreiche berufliche Reintegration sein muss. Daher ist die Entwicklung spezifischer Techniken zur Rehabilitation und Reintegration erforderlich, zumal es auch in der Arbeitswelt erheblichen Veränderungen der Anforderungsprofile gegeben hat.

Welche Strategien haben sich als effizient erwiesen?

Lange Zeit spielte in der psychiatrischen Versorgung die Behandlung von Psychosen eine zentrale Rolle. Die berufliche Integration dieser Zielgruppe ist insgesamt nur für einen kleineren Teil der Betroffenen möglich (ca. 30%). Die Integrationsraten haben sich auch unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht wesentlich verbessert. Es ist nicht verwunderlich, dass in diesem Bereich die Schaffung von Nischenarbeitsplätzen nach wie vor im Vordergrund steht (Was im Hinblick auf die Lebensqualität auch berechtigt ist). Die Transferraten etwa von Arbeitsplätzen im Bereich beschützter Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sind aber sehr niedrig. Dies zeigt, dass die Schaffung von Schutz- und Schonräumen die Reintegration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht erleichtert. Ebenso unbefriedigend bleiben die

Trainingsstrategien, den vielen psychisch Kranken gelingt nach dem Training oft nicht, die Trainingsergebnisse in ihren beruflichen Alltag zu übertragen. So ist es nicht verwunderlich, dass Praxiserprobungen, etwa im Rahmen der Arbeits- und Belastungserprobung, oft zuverlässiger die Reintegration unterstützen. Daraus hat sich das Prinzip „First place, then train“ entwickelt. Ohnehin scheint die Beratung bei der beruflichen Reintegration eine gewichtige Rolle zu spielen, wobei die Beratung umso erfolgreicher eingesetzt werden kann, umso näher sie am möglichen Arbeitsplatz angesiedelt ist, also eine echte Begleitung darstellt (Supported employment). Der einfacher Fähigkeits- Anforderungsvergleich reicht als Grundlage für eine gezielte Platzierung in der Regel nicht aus, weil die Leistungsfähigkeit und noch mehr die Leistungsbereitschaft eines Betroffenen stark von motivationalen Faktoren abhängig sind, die sich im Spannungsfeld zwischen Anforderungshöhe und eingeräumter Gestaltungsspielraum beschreiben lassen. Dabei spielen bei dem Erfolg einer Strategie die Aktivierung von Ressourcen eine entscheidende Rolle, ebenso wie Übernahme von Eigenverantwortung und Eigeninitiative. Dies muss beim Arbeitstraining mehr noch bei der Beratung des Betroffenen berücksichtigt werden. Daraus resultieren spezifische Beratungstechniken (etwa motivierende Gesprächsführung u. ä.). Dadurch bekommen auch psychotherapeutische Strategien ein höheres Gewicht. Gegenwärtig noch nicht abzuschätzen ist der Nutzen der Hirnforschung und der Neuropsychologie für die berufliche Rehabilitation. Gesichert ist der Einfluss exekutiver Funktionen auf die Leistungsfähigkeit, denn in der Arbeitswelt ist planerisches Handeln, Impulskontrolle und die Modifikation von Verhalten fortlaufend gefordert. Die Bedeutung der exekutiven Funktionen verändert möglicherweise in der Zukunft den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik und des neuropsychologischen Trainings. Insgesamt müssen also bei der beruflichen Integration verschiedene Ebenen berücksichtigt werden. Aus diesem Grunde erfolgen die Hilfen

multiprofessionell und wenn möglich in Rahmen eines koordinierten Vorgehens aller Beteiligten (Integrierte Rehabilitation). Die Hilfen müssen aber nicht nur angemessen sein, sie sollten auch zeitgerecht erfolgen. Die Folgen längerfristiger Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass die Länge der Latenz bis zum Einsetzen der Hilfe die (Re)integrationschancen verschlechtert. So kommen gegenwärtig die stationären Behandlungen psychischer Erkrankungen im Hinblick auf die berufliche Integration oft zu spät, weil die Zeit der Desintegration zu diesem Zeitpunkt die Motivation der Betroffenen bereits zu weit in Richtung Vermeidung und Resignation verschoben hat.

Welche Arbeitsbedingungen tragen zur Auslösung psychischer Erkrankungen bei, oder stellen Barrieren für die Integration dar?

Eine weiterhin populäre Vorstellung belastender Arbeitsbedingungen stellt das Konzept der Erschöpfung (Burn Out) dar. Erschöpfung stellt sich ein, wenn fortlaufend die -Arbeitsanforderungen das Leistungsvermögen des Arbeitenden übersteigt und damit die Arbeit nicht mehr als erfolgreich wahrgenommen wird. Zentraler Ausdruck der Erschöpfung ist ein zunehmendes Gefühl der Hilflosigkeit, oft getarnt hinter Sarkasmus und Klagsamkeit. Ein weiteres Konzept beleuchtet die Folgen von Feindseligkeit am Arbeitsplatz (Mobbing Konzept). Feindseligkeit kann kurzfristig aktivierend sein, führt auf lange Sicht aber zur Inaktivität und zum Rückzug und beeinträchtigt dann erheblich die Arbeitsleistung. Feindseligkeit erzeugt die basalen Reaktionen Kampf und Flucht. Wird beides unterdrückt, entsteht ein hohes Krankheitsrisiko. Die langfristige Arbeitsmotivation (Hingabebereitschaft) ist maßgeblich von einer ausgewogenen Gratifikation (nicht nur in Form materieller Zuwendung oder Erfolges) abhängig. Kommt es hier längerfristig zu einem Missverhältnis leidet zunächst die Motivation, später entstehen auch hier Krankheitsrisiken (Modell der Gratifikationskrisen). Nach wie vor stellen Stressreaktionen das Verbindungs-

glied zwischen den Arbeitsbedingungen und der individuellen Reaktion des Individuums dar. Stressreaktionen sind eng mit den persönlichen Erfahrungen verknüpft und wurzeln in individuell angelegten Mustern und Schemata. Hierbei ist die emotionale Bewertung wichtig. Psychisch Kranke oder für eine psychische Erkrankung disponierte Personen zeigen hier oft Auffälligkeiten, zumal fast alle psychischen Erkrankungen zu Veränderungen in diesem Bereich führen. Meist leidet das wichtige Gefühl der Sicherheit.

Welche Rolle spielt die psychiatrische Klinik

In der Tradition der Sozialpsychiatrie hat die Integration in die Arbeitswelt in der psychiatrischen Klinik immer schon einen etwas höheren Stellenwert als in anderen Bereichen der Medizin, auch weil viele psychisch Kranke in diesem Bereich immer schon besonders große Schwierigkeiten hatten. Die Veränderungen in der Arbeitswelt und auch die anderen Zielgruppen stellen jedoch auch die psychiatrische Klinik vor neue Herausforderungen. Die in der Klinik vorhandene Kompetenz wird dabei nur nutzbar gemacht werden können, wenn die daraus entwickelten Angebote in eine Gesamtkonzeption eingebunden werden. Nur so können die Hilfen koordiniert, zeitgerecht und gezielt eingesetzt werden. Dabei werden sicherlich eine Reihe von (etwa institutionelle) Barrieren zu überwinden sein.

Grundidee des Kompetenz-Zentrum für Integration

Vor allem die Vielfalt der Probleme und die Komplexität der Fragestellungen war in der LWL Klinik Warstein nun Ausgangspunkt, das Angebot in der Klinik grundsätzlich zu überdenken und zu modifizieren. Auf diese Art und Weise entstand in der Klinik das Kompetenz-Zentrum Integration (kurz KomZI). Zunächst sollte mit dem KomZI die Kompetenz der Klinik in der Frage berufliche (Re)integration gebündelt und damit die Multiprofessionalität

gesichert werden. Gebündelt wurden die Funktionen Beratung, Begleitung, ein spezifisches psychotherapeutisches Angebot, Arbeitsdiagnostik, Arbeitstraining, neuropsychologische Diagnostik und Therapie und Kooperation mit anderen Hilfen und Trägern. Das Ziel war die Koordination der einzelnen Kompetenzen prozessorientiert im Rahmen von Programmen zu organisieren. Diese Programme werden dazu anhand von arbeitsbezogenen Fragestellungen zu Modulen zusammengefasst. Projektiert wurden die Module:

- Motivation zur Arbeit
- Überwindung längerfristiger Arbeitslosigkeit
- Klärung der Erwerbsfähigkeit
- Wiedereingliederung
- Berufliche Neuorientierung
- Berufliche Orientierung
- Überwindung von Arbeitsstörungen
- Prävention

Im folgenden soll die Entwicklung und die zentralen Fragen und Erfahrungen mit einzelnen Modulen erläutert werden.

Motivation zur Arbeit

Aktives Handeln ist nach wie vor einer der wichtigsten Garanten psychischer Gesundheit, schützt vor Funktionsverlust und Chronifizierung und beugt sozialer Desintegration vor. Die Fähigkeit und Bereitschaft zu arbeiten ist auch heute ein wichtiges Feld auf dem aktives Handeln gefördert und aufrecht erhalten werden kann. Es gibt dazu wenig funktionierende Alternativen. Nicht arbeiten bedeutet daher für viele sozialer Rückzug und Inaktivität. Nun finden heute eine Reihe von Zielgruppen keinen selbstverständlichen Zugang zur Arbeit. Das sind ein zunehmende Zahl von jungen Leuten, die hohe Hürden beim Zugang zum Arbeitsmarkt zu überwinden haben, die aber auch motivational nicht ausreichend ausgestattet sind, oder in Subkulturen hineinwachsen, oft begleitet mit Drogenkonsum. Die Betroffenen sind meist nicht in der Lage, verschiedene Alternativen emotional zu priorisieren und können in der Folge keine ausreichende und nachhaltige Motivation aufbauen. Außerdem sind

Wahrnehmungsfertigkeiten, die der Erfahrungsbildung nutzen, nicht ausreichend vorhanden. Diese Zielgruppe muss daher lernen, Entscheidungen zu treffen, Erfahrungen auszuwerten und eine stabile Motivation aufzubauen. Übungen und Verhaltensexperimente sind hilfreich, müssen aber noch durch psychotherapeutische Elemente (etwa im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung) ergänzt werden. Zentrales Element ist hier das Fertigkeitstraining, etwa im Umgang mit Stress, emotionalen inneren Zuständen und Verbesserung der sozialen Kompetenz. Bewährt hat sich bei dieser Zielgruppe, die Hilfe in einen Coaching Prozess einzubetten mit eindeutigen Bezugspersonen. Für die Nachhaltigkeit ist auch wichtig, dass die Aktivierung kontinuierlich ist und auch durch ambulante Hilfen aufrecht erhalten wird.

Eine andere Zielgruppe für dieses Modul sind Phänomene die an anderer Stelle als chronisches Krankheitsverhalten beschrieben worden sind. Dabei kommt es zu einem zunehmenden Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten. Die Erwartungen an die Gesundheit sind dabei zu hoch (vollkommene Abwesenheit von Symptomen), bei eher passiven eigenen Lösungskonzepten. Die Betroffenen warten so auf die Heilung, nehmen dabei zahlreiche medizinischen Hilfen in Anspruch, fühlen sich aber zunehmend gekränkt und hilflos. Bei dieser Zielgruppe muss im Rahmen des Hilfe an die Verbesserung des Selbstwertgefühls gearbeitet werden. Es geht darum wieder mehr Zutrauen in die eigenen Stärken und Fähigkeiten zu bekommen. Zudem müssen die Erwartungen und Ziele realistischer werden und Ängste vor Versagen abgebaut werden. Es geht dabei auch um die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, wobei dem Einsatz des eigenen Körpers viel Beachtung geschenkt werden muss.

Überwindung längerfristiger Arbeitslosigkeit

Die Reintegrationschancen auf den Arbeitsmarkt sinkt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit rapide ab. Arbeitslosig-

keit erhöht die Wahrscheinlichkeit von einer Vielzahl von Erkrankung, wie auch psychische Erkrankungen oft bei der Entstehung von Arbeitslosigkeit beteiligt sind. Bei längerfristiger Arbeitslosigkeit verändert sich das Verhalten der Betroffenen. Arbeitslosigkeit wird quasi gelernt, was dann zu einer der Haupthindernissen für die Reintegration werden kann. Diese Phänomene erschweren auch den Beratungs- und Betreuungsprozess im Rahmen der Träger des Arbeitslosengeldes II (ARGE). Ein wichtiges Bindeglied für dieses KomZI Modul ist daher die enge Kooperation mit den regionalen ARGE, mit denen es feste Kooperationsverträge gibt. Kernelement dieser Kooperation sind Fortbildung für die Berater der ARGE und Sprechstunden von Mitarbeitern der Klinik für die Klienten der ARGE. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen, dass bei den Klienten ein überdurchschnittlich hohe Zahl psychische Erkrankungen haben, vor allem Suchterkrankungen, aber auch Depressionen, somatoforme Störungen und Angsterkrankungen. Bei vielen psychisch kranken Klienten kommt es zu Schwierigkeiten bei der Kooperation und dem Durchhalten von Maßnahmen. Zentrales Anliegen des Angebotes der Klinik ist es daher, die Eigeninitiative der Betroffenen zu stärken, etwa durch Hilfen bei dem Management des Tagesablaufes und der Arbeitsstellensuche. Die Betroffenen sollen sich mit Ihren Ressourcen und Fähigkeiten beschäftigen und sich nicht als weitgehend passive Empfänger von Leistungen und Maßnahmen verstehen. Auch soll das Interesse an der Arbeitswelt, der lokalen Beschäftigungssituation und möglichen Tätigkeitsfeldern aufrecht erhalten werden. Ein weiteres Element ist die Bearbeitung der Problematik Arbeitslosigkeit in psychotherapeutischen Gruppen. Auch in diesem Modul bewährt sich das Coaching, ebenso eine differenzierte Leistungsdiagnostik.

Klärung der Erwerbsfähigkeit

In diesem Modul nimmt die Diagnostik eine zentrale Rolle ein, wobei sich gerade hier der multiprofessionelle Ansatz be-

währt. Diagnostik findet in diesem Sinne als neuropsychologische Diagnostik statt aber auch im Rahmen konkreter Beobachtungen bei der Arbeit und bei berufsspezifischen Aufgaben und bei der der nervenärztlichen Untersuchung. Viele unserer Patienten kommen in die Klinik bereits mit einer vorgefassten Meinung zu ihrer Erwerbstätigkeit. Manche haben bereits Rentenanträge gestellt oder haben sogar einen länger andauernden Rentenantragsverfahren hinter sich. Andere sind jedoch noch ambivalent, meist jedoch sehr verunsichert im Hinblick auf ihre zukünftige Arbeitstätigkeit. In den meisten Fällen liegen Gratifikationskrisen vor. Die vorherrschende Haltung ist Verbitterung, gelegentlich sogar Resignation. Bei einer solchen Konstellation reicht es natürlich nicht aus, Leistungsdiagnostik zu betreiben. Es geht auch um eine Bilanzierung der Erwerbsgeschichte, die Betrachtung und das Abwägen von Erwartungen. All dies muss eingebettet sein, in eine Lebensplanung inklusive der Berücksichtigung der familiären Kontextes. Gegenwärtig werden insbesondere von den Rentenversicherern höhere Hürden für die Frühberentung aufgebaut. Viele Betroffene geraten dabei zwischen die Fronten der unterschiedlichen Kostenträger, wobei unterschiedliche Definitionen über die Integrationsvoraussetzungen ein Rolle spielen. In der Praxis zeigt sich, dass diese Hürden das Problem alleine nicht wirklich lösen. Vor allem wird durch lang andauernde Rentenantragsverfahren sehr viel Schaden angerichtet und auch Kosten verursacht. Die komplex und multiprofessionell angelegte Diagnostik dieses Moduls soll daher dazu beitragen, ein möglichst realistisches Bild über die Fähigkeit eines Individuums zu bekommen, auf die vorhandenen Leistungsressourcen zurück zu greifen.

Wiedereingliederung

Gerade im Rahmen der Depressionsbehandlung hat sich gezeigt, wie wichtig eine sorgfältig vorbereitete Wiedereingliederung der Betroffenen in den Arbeitsprozess ist. Eine der Gründe da-

für ist, dass auch nach Verschwinden der Symptomatik bei vielen die Belastungsfähigkeit noch eingeschränkt ist. Auch wird die Wiedereingliederung von Seiten der Arbeitgeber und noch mehr der Arbeitskollegen oft von einer gewissen Skepsis begleitet. Viele Betroffene fühlen sich dann beobachtet, werden misstrauisch und vermeidend. Zentrales Element der Wiedereingliederung ist daher ein Beratungsprozess, bei dem die unterschiedlichen Aspekte der Wiedereingliederung zu Sprache kommen. Bei vielen lohnt sich eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen der Arbeits- und Belastungs-erprobung, wobei auch hier oft Hilfe durch Berater wichtig ist. Die Betroffenen müssen sich darüber hinaus auch wappnen, wie sie ihre Krankheiten kommunizieren und mit welchen Mitteln gegen eventuell vorhandene Mythen angegangen werden kann.

Berufliche Orientierung, berufliche Neuorientierung

Es ist mitunter erschreckend, dass gerade junge Patienten keinerlei Vorstellungen haben, wie ihre berufliche Laufbahn aussehen könnte. Vielfach fehlen sogar basale Informationen über die Arbeitswelt. Deren Komplexität erfordert aber ein zielgerichtetes selbständiges Handeln, weil ansonsten keine Orientierung möglich ist. Auch eine berufliche Neuorientierung, wenn sie notwendig wird, ist heutzutage nicht mehr einfach, vor allem wenn die Weiterbeschäftigungschancen beachtet werden. Zentraler Ansatzpunkt in diesen beiden Modulen ist daher die Förderung einer beruflichen Identität, zumindest die Beschreibung eines persönlichen Profils. Selbstverständlich gehören zu diesem Modul Elemente der Stellenrecherche, das Bewerbertraining und die Erprobung im Rahmen von Praktika. Gerade diese Module erfordern zudem eine Vernetzung durch nachsorgende Institutionen, etwa im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Selbstverständlich ist natürlich eine sorgfältige Leistungsdiagnostik, die auch in diesem Falle multiprofessionell angelegt ist.

Arbeitsstörungen

Viele der Patienten und Klienten zeigte bereits vor der Erkrankung Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten, insbesondere bei der sozialen Kompetenz, der Arbeitsorganisation und der Arbeitskontinuität. Dabei spielen die oben beschriebenen Konstellationen eine Rolle, etwa Überforderung, Verbitterung, Feindseligkeit etc. Die Bewältigung dieser Anforderungen und die Realisierung der dazu notwendigen Veränderungen bei der eigenen Haltung und im Verhalten erfordert vordringlich eine psychotherapeutische Intervention und eine zielgerichtete sozialpädagogische Beratung. Die Interventionen erfolgen hauptsächlich im Gruppensetting, wobei Elemente der Selbsthilfe einfließen. Dieses Angebot formiert in der Klinik und der Ambulanz je nach Zielgruppe unter verschiedenen Begriffen (Zielfindungsgruppe, Arbeitsstörungsgruppe etc.). Die Konzentration auf die berufliche Tätigkeit hat sich sehr bewährt und hat im Sinne des Empowerment Gedankens einen großen Einfluss auf das Erschließen von Ressourcen, die Verbesserung des Selbstbildes und den Abbau von Aversionen im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Arbeit.

Prävention

Dieses Modul ist als Element des betrieblichen Gesundheitsmanagement gedacht und als Element der universellen und selektiven Prävention. Die Schnittstelle für die Maßnahmen zu selektiven Prävention sind sicherlich die Integrationsfachdienste und die arbeitsmedizinischen Dienste der Betriebe. In der Zukunftsprojektion müssen allerdings noch eine Reihe von methodischen Fragen geklärt werden, etwa ob in der Prävention überhaupt Strategien sinnvoll sind, die ursprünglich im kurativen Bereich entwickelt wurden. Gegenwärtig läuft in der Klinik dazu ein Projekt mit einer berufsvorbereitenden Schule, bei dem der Umgang mit Emotionen Thema ist. Dabei mussten selbstverständlich aus dem Programm (das als Unterrichtsfach konzi-

piert ist) alle Verweise auf Pathologie entfernt werden.

Die Bündelung der Ressourcen der Klinik zur beruflichen Rehabilitation scheint aufgrund der bisherigen Erfahrungen zu einem deutlichen Kompetenzzuwachs zu führen. Schon bald ließen sich in diesem Rahmen einige Fragen herausarbeiten, die bei der Integration psychisch Kranker von zentraler Bedeutung sind. Außerdem hat sich die Methodenvielfalt bewährt, die auch die Einführung neuer spezifischer Angebote ermöglicht. Auf diese Weise kann es gelingen, die Rolle eines konstruktiven Beitrag zur Lösung der zahlreichen Probleme zuleisten. Nicht zuletzt ist das KomZI ein Ansatz, der die Organisationsentwicklung der Klinik vorantreibt und die Vernetzung mit anderen Angeboten und gesellschaftlichen Bereichen entwickeln hilft. Es bleibt zu hoffen, dass es perspektivisch gelingen wird, die Position psychisch Kranker in der Arbeitswelt zu verbessern. □

Dr. Ewald Rahn

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

Redaktion dieser Ausgabe

Dr. med. R. Hess-Gräfenberg

Dr. med. J. Petersen

Dr. med. M. Stichert

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher
Musberger Straße 50
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11-74 23 84
Fax: 07 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: Juergen.Dreher@online.de

Hautschutz Kongress in Essen

Etwa 600 Mediziner, Sicherheitsingenieure sowie Vertreter der Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht werden anlässlich des 10. Internationalen Hautschutztages am 8. und 9. Juni 2010 im Congress Center Essen erwartet. Erstmals findet der größte Fachkongress auf dem Gebiet des beruflichen Hautschutzes nicht mehr in Krefeld, sondern in der Kulturhauptstadt Essen statt.

Mit dem Ortswechsel nach Essen soll noch mehr Interessenten als bisher die Teilnahme ermöglicht werden. Ziel des Internationalen Hautschutztages ist der Austausch von Informationen und Forschungsergebnissen zwischen Experten aus ganz Europa. Veranstaltet wird die Tagung von einem wissenschaftlichen Beirat und dem Geschäftsgebiet STOKO Skin Care der Evonik Stockhausen

GmbH. Wissenschaftlicher Leiter des Hautschutztages ist der Dermatologe Prof. Dr. Sawko W. Wassilew.

Schwerpunkt des Kongresses ist die Verhütung von beruflich bedingten Hautkrankheiten. Der erste Veranstaltungstag widmet sich vor allem praxisorientierten Themen und richtet sich an Sicherheitsfachleute, Sicherheitsingenieure und Präventionsbeauftragte. Auf dem Programm stehen zum Beispiel eine kritische Bewertung über Informationsquellen zum Hautschutz im Internet sowie ein Vortrag zum aktuellen Thema Händedesinfektion. Am zweiten Tag werden die Mediziner angesprochen. Es geht um Duftstoffallergien sowie Hautbelastungen durch UV-Licht. □

Kontakt: Organisationsbüro KMB Media, Info@kmb-media.de oder www.internationaler-hautschutztage.de