Tagungsdokumentation

Fachtagung

„Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation“

am 24.09.2013 im Bfw Köln

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Impressum

Herausgeber
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

Eupener Str. 70

50933 Köln

Tel.: 0221/277599-0

Fax: 0221/277599-10

E-Mail: info@iqpr.de

iqpr im Internet
www.iqpr.de

Rechte
Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des iqpr

Verantwortlich
Matthias Mozdzanowski
mozdzanowski@iqpr.de

Rückfragen zum Inhalt an
Ricardo Baumann
baumann@iqpr.de

Köln, Oktober 2013

Einleitung

Insgesamt 80 Besucher sind am 24.9.2013 ins Berufsförderungswerk Köln zur Fachtagung gekommen. Neben Praktikern folgten Kostenträgervertreter, Rehabilitandenvertreter und Wissenschaftler der Einladung des iqpr, um sich über das Thema Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation auszutauschen.

Anlass der Veranstaltung war die Beendigung des Projekts „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster zur Verbesserung des Integrationserfolgs bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“. Nach vierjähriger Laufzeit lagen weitgehend die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellprojektes vor, so dass diese einer Fachöffentlichkeit präsentiert wurden. Das Projekt diente der Erkennung und Verringerung psychischer Belastungen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit dem Ziel, die Chancen auf eine zeitnahe und dauerhafte Wiedereingliederung zu verbessern. Insgesamt über 1000 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Berufsförderungswerken Köln und Hamburg haben an dem Projekt teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Analyseinstrument „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ einen wertvollen Beitrag zur Prognose von Praktikumserfolg, Rehaabbruch und nachhaltiger Wiedereingliederung leisten kann. Darüber hinaus verbessert die im Projekt praktizierte Resilienzförderung bei erschöpften und resignierten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Vergleich zu Kontrollgruppenteilnehmern signifikant die Belastbarkeit im Betrieb und verringert bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit hohem Burnouterleben das Abbruchsrisiko.

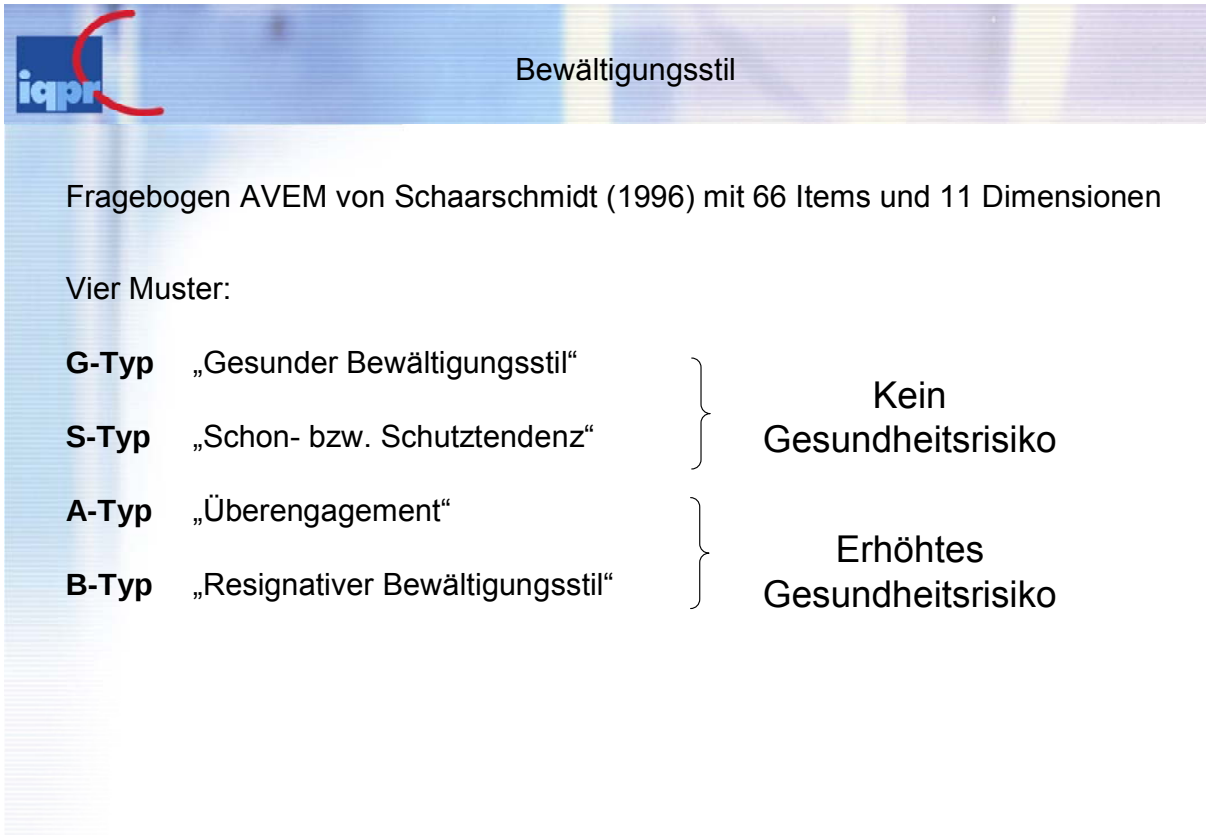
Das Tagungsthema „Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation“ wurde darüber hinaus beleuchtet von Praktikern, Rehabilitandenvertretern, Kostenträgern beruflicher Rehabilitationsleistungen, vom Vorstand der Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke und von der Projektleitung der Initiative RehaFutur.

1. Anforderungsbewältigung als Kriterium psychischer Gesundheit
Ricardo Baumann, Projektleiter iqpr 5
2. Gesundheitskompetenz aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Berufsförderungswerke
Markus Hertrich, Vorstand Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke 11
3. Gesundheitsförderung in der beruflichen Rehabilitation aus Sicht des ärztlichen Dienstes der BA
Dr. Marion Mc Cullough, Leitende Ärztin des Regionalverbundes Ost der Bundesagentur für Arbeit 18
4. Vorgehensweise im Projekt „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster“
Anne Frohnweiler, Berufsförderungswerk Köln 21
5. Wirksamkeit der Förderung gesunder Bewältigungsmuster
Ricardo Baumann, Projektleiter iqpr 30
6. Förderung der physischen Gesundheit im BFW Hamburg
Angelika Schwerdt, Berufsförderungswerk Hamburg 36
7. ICF-Anwendung in der beruflichen Rehabilitation
Bia von Raison, Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren 41
8. Impulse von RehaFutur für die Gesundheitsförderung
Prof. Dr. Hans-Peter Riedel, Projektleiter RehaFutur 44
9. Podiumsdiskussion: „Welche Gesundheitsförderung brauchen wir?“
Torsten Titz, Vorstand Rehabilitanden für Rehabilitanden e.V.
Markus Hertrich, Vorstand Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke
Marcus Schian, Bundesarbeitgemeinschaft für Rehabilitation
Norbert Gödecker-Geenen, Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Moderation: Michael Brocker, Journalist 49
10. Abschluss und Ausblick
Matthias Mozdzanowski, Geschäftsführer iqpr 51
11. Hinweis für Praktiker 53

1. Anforderungsbewältigung als Kriterium psychischer Gesundheit

Ricardo Baumann, Projektleiter iqpr

Ricardo Baumann trug Ergebnisse zur Gesundheitsentwicklung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus dem Modellprojekt „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster zur Verbesserung des Integrationserfolgs von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ in zweijährigen Qualifizierungsmaßnahmen vor. Deutlich wurde, dass sowohl Leistungsberechtigte mit Überengagement als auch Leistungsberechtigte mit resignativem Bewältigungsstil ein erhöhtes Risiko für eine negative Entwicklung der psychischen Gesundheit im Rehaverlauf tragen, während sie sich bei guter Work-Life-Balance tendenziell verbessert.



AVEM-Typ	Beispiel-Item
G-Typ: Gesunder Bewältigungsstil	„Ich bin sicher, dass ich auch die zukünftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann“
S-Typ: Schon- bzw. Schutztendenz	„Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen“
A-Typ: Überengagement	„Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt“
B-Typ: Resignativer Bewältigungsstil	„Wenn ich bei der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr“

Prognose der psychischen Gesundheit zum Rehaende (wiedergegeben mit der psychischen Summeskala des Fragebogens SF12) anhand der psychischen Gesundheit und des Bewältigungsmusters zu Rehabeginn

Multiple lineare Regressionsanalyse N=597

Merkmal zu Rehabeginn	**b**	**Signifikanz**
Konstante	24,825	,000
Psychische Lebensqualität zu Rehabeginn	,475	,000
G-Typ: Gesunder Bewältigungsstil zu Rehabeginn	Referenz	
S-Typ: Schon- bzw. Schutztendenz zu Rehabeginn	-1,283	,325
A-Typ: Überengagement zu Rehabeginn	-3,594	,010
B-Typ: Resignativer Bewältigungsstil zu Rehabeginn	-4,212	,001

R^2=0.316

Aus der obigen Tabelle geht hervor, dass eine steigende psychische Gesundheit zu Rehabeginn mit einer steigenden psychischen Gesundheit zum Rehaende einhergeht. Darüber hinaus lässt sich aus der Tabelle entnehmen, dass Überengagement zu Rehabeginn und ein resignativer Bewältigungsstil zu Rehabeginn im Vergleich mit einem gesunden Bewältigungsstil zu Rehabeginn mit

einer statistisch signifikant geringeren psychischen Gesundheit zum Rehaende einhergehen.

Außerdem zeigen die Auswertungen, dass bei Vorliegen von Überengagement zu Rehabeginn das Risiko für Herzkreislaufbeschwerden am Ende der Qualifizierung um das 15-fache im Vergleich zu Leistungsberechtigten steigt, die zu Rehabeginn eine gute Work-Life-Balance (G-Muster) hatten. Dabei wurden Herzkreislaufbeschwerden zu Rehabeginn häufiger berichtet, wenn die Leistungsberechtigten am letzten Arbeitsplatz hohe Anforderungen und wenig Anerkennung, schlechte berufliche Perspektiven und geringe materielle Belohnung erfahren hatten.

Ausgewählte verhaltensmedizinische, psychologische und soziologische Konzepte, die einen Beitrag zur Erklärung der Effekte leisten:

Konzepte, die die Art und Weise, wie Menschen sich beanspruchenden Situationen stellen zum Kriterium psychischer Gesundheit machen (und die sich im AVEM wiederfinden):

- Typ-A-Verhalten (Friedman & Rosenman)
- Berufliche Gratifikationskrisen (Siegrist)
- Kohärenzerleben (Antonovsky)
- ABC-Modell (Ellis)

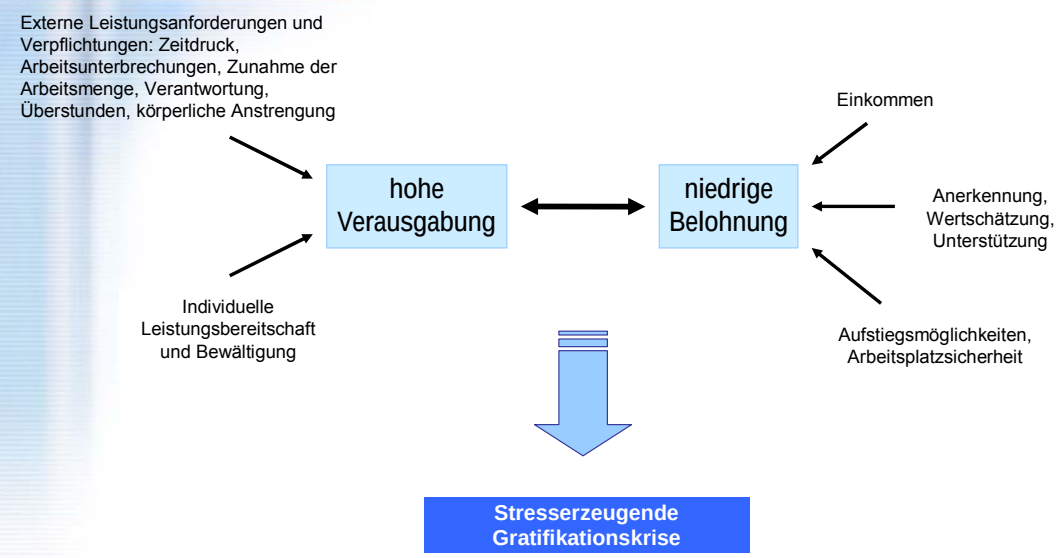
Typ-A-Verhalten nach Friedman & Rosenman (1974)

Grundlage für das Konzept waren die Erfahrungen der Autoren als Kardiologen in der eigenen Praxis

„Das A-Typ-Verhalten ist eine Gruppe von Emotionen und Gewohnheiten, die man bei jedem Menschen antrifft, der sich aggressiv, chronisch und unablässig bemüht, immer mehr Aufgaben in immer weniger Zeit zu schaffen, und dabei gegen den Widerstand der Dinge oder der anderen Menschen kämpft, wenn es nötig ist“.

In dem Komplex emotionaler Reaktionen des A-Typ-Verhaltensmusters sehen die Autoren die Hauptursache für koronare Arterienleiden und Herzkrankheiten.

Berufliche Gratifikationskrisen nach Siegrist (1991)



Nach Siegrist erhöhen berufliche Gratifikationskrisen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das Modell wird auch für die Erklärung der Entstehung von Burnout herangezogen

Konzept des Kohärenzerlebens von Antonovsky (1979, 1987)

Verstehbarkeit:
Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als geordnete, konsistente und strukturierte Information wahrnimmt und nicht als chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich.

Handhabbarkeit:
Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen.

Bedeutsamkeit
Ausmaß, in dem das Leben emotional als sinnvoll empfunden wird. Damit ist gemeint, dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert.

Einflussmöglichkeiten: Beeinflussbar am ehesten über Setting.

ABC-Modell von Ellis (1997)

Ellis: Überzeugungen sind „irrational“, wenn sie subjektiv belastend sind und die Verwirklichung der eigenen Lebensziele behindern. „Rationale“ Überzeugungen hingegen sind im Hinblick auf Gefühle und Verhaltensweisen hilfreich und zielführend („Fehler zu machen ist gut, dann kann ich daraus lernen“).

Ellis unterscheidet:

Activating Event = Auslöser (z.B. neuer Chef, Entlassung)

Beliefs = Überzeugungen (z.B. „Wenn ich bei meiner Arbeit versage, bin ich als ganzer Mensch ein Versager“)

Consequences = Reaktionen (z.B. Schlafstörungen, Hilflosigkeit, sozialer Rückzug)

Intervention: Fragen stellen, die zu rationalen Überzeugungen verhelfen

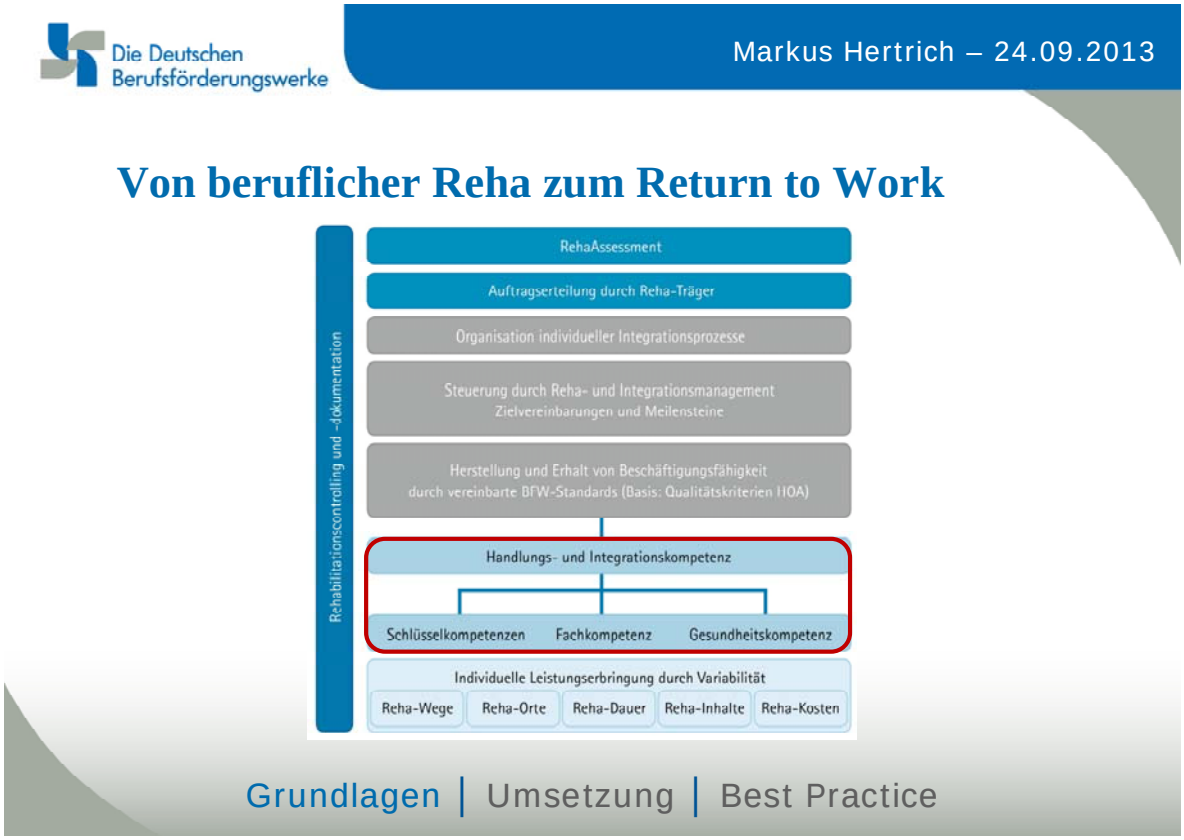
Bsp: Was würde ich einem Freund zur Unterstützung sagen, der sich in einer ähnlichen Situation befindet?

Aus iqpr-Sicht sollten die genannten Risikogruppen (A und B), die mit dem Fragebogen AVEM erfasst werden können, im Rehaverlauf ihre Kompetenzen in Bezug auf eine gesunde Arbeitsbewältigung erweitern, um die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Außerdem sollten bei der Wiedereingliederung Gratifikationskrisen, die von einem Arbeitsplatz ausgehen können, berücksichtigt werden: Themen wie Arbeitsplatzsicherheit, Bezahlung, Aufstiegsmöglichkeiten, Unternehmenskultur und das Vorhandensein von betrieblichem Gesundheitsmanagement sind gesundheitsrelevant und haben einen Einfluss auf die Beschäftigungsfähigkeit.

2. Gesundheitskompetenz aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Berufsförderungswerke

Markus Hertrich, Vorstand der Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke

Markus Hertrich betonte in seinem Vortrag den Stellenwert der Gesundheitskompetenz für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation und beschrieb Grundlagen, Ziele, Inhalte und Praxis der Gesundheitsförderung in Berufsförderungswerken. Nicht zuletzt wies er auf die Nachfrage von Unternehmen nach gesundheitsbezogenen Angeboten der Berufsförderungswerke hin. Der demographische Wandel bringe es mit sich, dass Unternehmen sich verstärkt um die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern und Dienstleister brauchen, die über Konzepte und Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügen.



Gleichrangige Kompetenzentwicklung

Kompetenz-Dreiklang

- Berufliche Handlungskompetenz erfordert die gleichrangige Beachtung und integrative Förderung von **Fach-, Schlüssel- und Gesundheitskompetenz**
- Weiterentwicklung der didaktischen Konzeption – Betonung der Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit der Teilnehmenden (keine Fortführung der medizinischen Reha)
- Paradigmenwechsel: Weg von der reaktiven Reha-Begleitung hin zum aktiven Gesundheits- und Kompetenzmanagement

Die Deutschen Berufsförderungswerke
Markus Hertrich – 24.09.2013

Gesundheitskompetenz im BFW

Integration und Beschäftigungsfähigkeit

Oberstes Ziel der Förderung der Gesundheits-kompetenz:

- nachhaltige Integration der Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt
- dauerhafter Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit

Förderung der Gesundheitskompetenz ist damit originärer Teil des BFW-Leistungsangebots:

- verbindlich für alle Teilnehmenden
- für die gesamte Dauer garantiert

Grundlagen | Umsetzung | Best Practice

Gesundheitskompetenz im BFW

Stabilisierung und Aktivierung

- Teilnehmende ermitteln geeignete Maßnahmen für sich und nutzen sie dauerhaft
- Gesundheitskompetenz fordert und fördert den eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit
- befähigt zur Selbstfürsorge im Sinne des Erhalts und der Förderung der eigenen physischen und psychischen Ressourcen (keine Defizitorientierung)
- Änderung von Gewohnheiten, Vermeidung chronischer Krankheitsphasen

Gesundheits-kompetenz

- Gesundheitsbewusstsein
- Gesundheitsmotivation
- Gesundheitsbewusstes Verhalten

Die Deutschen Berufsförderungswerke
Markus Hertrich – 24.09.2013

Gesundheitskompetenz in der BFW-Praxis

Aspekte der Umsetzung

- Leistungserbringung und Individualisierung
- Angebote
- Leistungsauswahl
- Information
- Vorbildfunktion

Grundlagen | Umsetzung | Best Practice

Gesundheitskompetenz in der BFW-Praxis

Leistungserbringung und Individualisierung

Förderung der Gesundheitskompetenz ist integraler Bestandteil der Ausbildung in den BFW – Teilgebiet der Individualisierung

- Neuorganisation der Ausbildung: Förderung während der Kernzeit – Förderfenster, Individualisierungskorridore, Lern- und Bewegungspausen, Mittagspausenangebote – und in der Freizeit
- Gruppen- und Einzelförderung
- Ausgestaltung orientiert sich am individuellen Bedarf/Integrationsziel jedes Teilnehmenden
- Optimaler Einsatz begrenzter Ressourcen
- interne multiprofessionelle Teamarbeit
  + externe Partner wie Kliniken, Hochschulen

Die Deutschen Berufsförderungswerke
Markus Hertrich – 24.09.2013

Gesundheitskompetenz in der BFW-Praxis

Angebote

- Sport und Bewegung
- Ernährung und Essverhalten
- Psychophysische Stabilität
- Information und Bewusstseinsbildung
- Umwelt „Berufsförderungswerk“
- Sonstige Maßnahmen

} Bedarfsgerechte integrationsorientierte Förderung (Prävention entsprechend der Stadien der Erkrankung)

Ausprägung der Angebote in den BFW variiert z.B. je nach

- Spezialisierung/Krankheitsbildern
- Möglichkeiten/Ressourcen der BFW

Grundlagen | Umsetzung | Best Practice

Gesundheitskompetenz in der BFW-Praxis

Leistungsauswahl

Ermittlung des individuellen Förderbedarfes:

- Ergebnisse des RehaAssessments, Gesundheitscheck zu Beginn im Rahmen des Prozessprofilings durch das Reha-Team (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Ausbilder etc.)
- Im Verlauf den Überblick behalten (Ampel, Reha-Team, RIM, Hilfsmittel)
- Ergebnisse sind Bestandteil des Prozessprofilings

Information

- Frühzeitige Information zum Thema Gesundheitskompetenz z.B. in der Einladung
- Widerstände verringern/vermeiden, Bereitschaft zur Mitwirkung erhöhen.

Die Deutschen Berufsförderungswerke
Markus Hertrich – 24.09.2013

Gesundheitskompetenz in der BFW-Praxis

Vorbildwirkung

- BFW und dessen Mitarbeiter leben „Gesundheitskompetenz“ vor – gesundes BFW, Gesundheitsmanagement, Gesundheitsbewusstsein steigern z.B. über Gesundheitstage
- Gesundes Verhalten wirkt positiv auf die Teilnehmenden, erhöht Glaubwürdigkeit der Angebote
- wesentliche Bedingung für den Erfolg ist die aktive Unterstützung durch die „Umwelt Berufsförderungswerk“ – Gestaltung gesunder Lernumgebung und Arbeitsbedingungen.

Grundlagen | Umsetzung | Best Practice

Best Practice

Die Deutschen Berufsförderungswerke

Markus Hertrich – 24.09.2013

Angebote und Individualisierung

Adipositas – therapeutische Angebote im BFW Dortmund

Adipositas – Sprechstunde

- Gesundheitsberatung
- Anamnese – Basisuntersuchung
- Diagnostik (Labor/ EKG)
- Verlaufskontrollen/Nachsorge

Multimodale Programme

- Ernährungsberatung/Ernährungsumstellung
- Bewegungstherapie/strukturiertes Training („personal trainer“)
- Psychologische Beratung/Betreuung

Externe Kooperation: Klinikum Vest – Adipositaszentrum, Recklinghausen

Grundlagen | Umsetzung | Best Practice

Die Deutschen Berufsförderungswerke

Markus Hertrich – 24.09.2013

Angebote und Individualisierung

Neue Wege im BFW Köln – Förderung der psychischen Flexibilität

- Hintergrund: Psychische Störungen bei ca. 70 % der Teilnehmenden
- Zentrales Ziel: Förderung der psychischen Gesundheit/Flexibilität als Teilgebiet der Individualisierung
  (Fähigkeit die aktuelle Situation adäquat einzuschätzen und in Übereinstimmung mit den eigenen Werten systematisch zu handeln)
- Gesundheitsförderung i.S.v. Stabilität und Leistungssteigerung
- Systematisches Vorgehen, Priorisierung der Maßnahmen im Sinne der Integration in Arbeit

Primärprävention (in der Freizeit)	Prävention für Kranke	Selbststeuerung	Interaktion
- Freizeit - Fitnesspass - Bewegungspause - Mittagspausenangeb.	- Med. Trainingstherapie - Angst/Vermeidung* - Schmerz, funkt. Störungen - Bewegungsferne	- Achtsamkeit - Entspannung - Lernen lernen - Arbeitsorga	- Soziale Kompetenz - Kommunikation - Konflikte lösen - Bewerbungstraining

* z.B. Soziale Angst als Hürde für die Praktikumssuche/-aufnahme

Grundlagen | Umsetzung | Best Practice

Prävention/Gesundheitskompetenz

BFW als Partner von Unternehmen

- Langjährige Expertise im Bereich Prävention und Gesundheitskompetenz
- Unterstützung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)
- Unterstützung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)
- Angebote zur Prävention

3. Gesundheitsförderung in der beruflichen Rehabilitation aus Sicht des ärztlichen Dienstes der BA

Dr. Marion Mc Cullough, Leitende Ärztin des Regionalverbundes Ost der Bundesagentur für Arbeit

Dr. Marion Mc Cullough schilderte die Gesundheitssituation von Arbeitslosen und die Rahmenbedingungen für die Förderung der Gesundheit dieser Personengruppe.

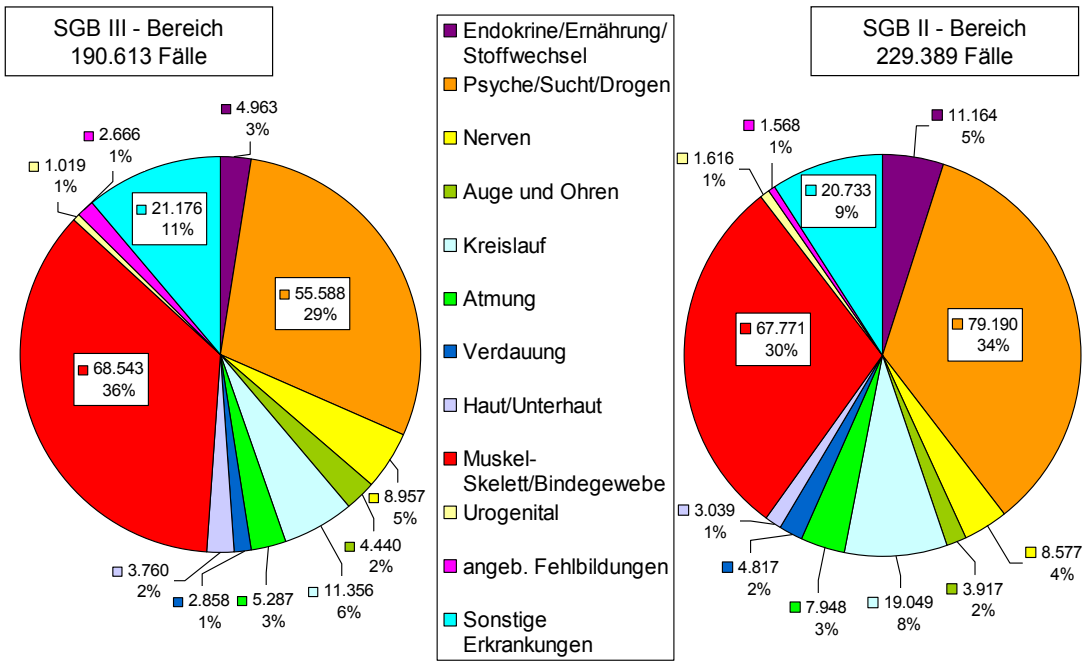
Gesundheitssituation von Arbeitslosen:

Arbeitslose haben eine

- höhere Beeinträchtigung der subjektiven Gesundheit
- mehr gesundheitliche Risiken
- höhere Morbidität (= Krankheitshäufigkeit / Bevölkerungsgruppe)
- höhere Mortalität (= Sterblichkeit / Bevölkerungsgruppe)

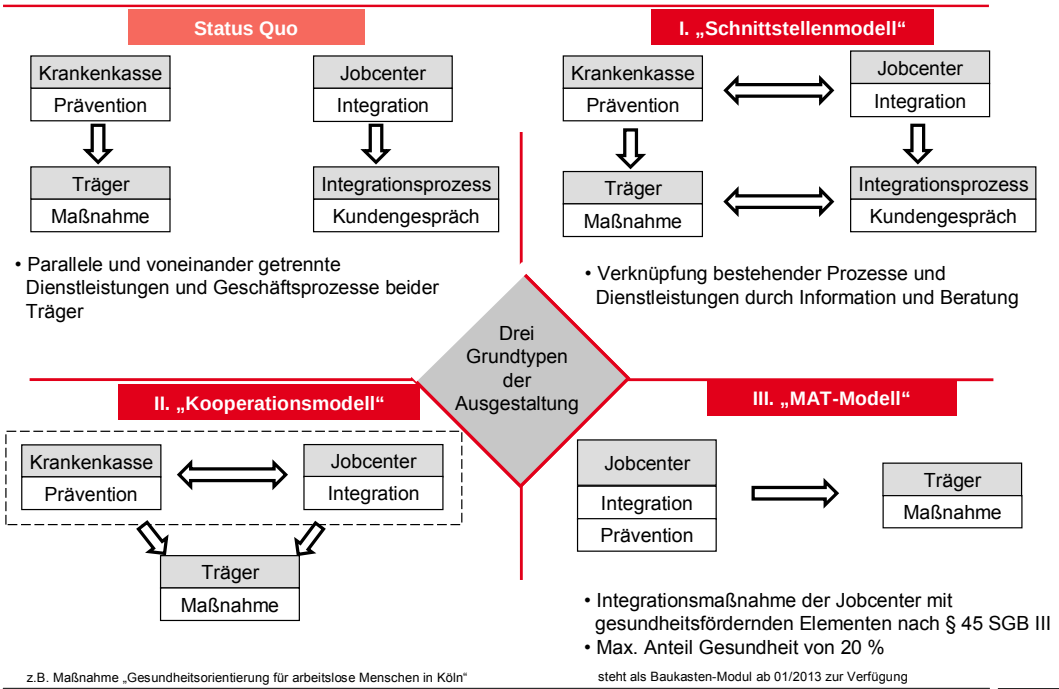
Nach: Lampert und Kroll „Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer- und Längsschnittbefunde des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) in Das Gesundheitswesen 2006; 68: 219 - 230

Kalenderjahr 2007: 420.002 durch Gutachten des ÄD der BA dokumentierte Erstdiagnosen aufgeteilt nach SGB - Rechtskreisen



Rahmenbedingungen für die Förderung der Gesundheit von Arbeitslosen:

Aktuelle Formen der Verknüpfung von Integrations-maßnahmen mit gesundheitsfördernden Angeboten



z.B. Maßnahme „Gesundheitsorientierung für arbeitslose Menschen in Köln“ steht als Baukasten-Modul ab 01/2013 zur Verfügung

Fazit von Dr. Marion Mc Cullough:

- Arbeitslosenversicherung und Grundsicherung schließen „Gesundheit“ nicht als versichertes Gut ein.
- Indirekte Maßnahmen zur Schadensbegrenzung im Versicherungsfall „Arbeitslosigkeit“ entsprechen jedoch dem Versicherungsauftrag.
- Gesundheit ist ein wichtiges Kriterium für erfolgreiche Integration.
- strategischer Vorteil der BA/JC: fast 100% Erreichbarkeit der Zielgruppe
- Es existiert – mit deutlichen lokalen Unterschieden – ein sehr breit gefächertes Hilfsangebot bei Gesundheitsstörungen und den sie oft begleitenden Negativeffekten.
- Entscheidend ist: dieses Angebot und die anbietenden externen Netzwerkpartner zu kennen, das Angebot nach Möglichkeit zu verbessern, ggf. zu ergänzen und die passende Auswahl daraus dem Kunden zugänglich zu machen.

4. Vorgehensweise im Projekt „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster“

Anne Frohnweiler, Berufsförderungswerk Köln

Anne Frohnweiler berichtete über die Erfahrungen der Projektmitarbeiter beim Einsatz des Befragungsinstruments AVEM und bei der Durchführung von Interventionen, zu denen Feedbackgespräche und Gruppenangebote bzw. Coachinggespräche gehörten.

Erhebungsdesign

- **Ziel**

  Verbesserung der Integrationsquote durch Veränderung ungünstiger Arbeitsbewältigungsstile

- **Studientyp:**

  Interventionsvorhaben mit längsschnittlicher Evaluation inklusive Kontrollgruppe.

- **Zielgruppe und Datenbasis**

  Insgesamt 1000 Rehabilitand/innen in zweijährigen Qualifizierungen der Berufsförderungswerke Köln und Hamburg.

Vorgehensweise

- Erfassung des arbeitsbezogenen Bewältigungsstils mit einem validierten Assessmentinstrument (Fragebogen: AVEM)
- Bei ungünstigem Bewältigungsstil Zuweisung zu einer Gruppenintervention
- Messung von Veränderungen des Bewältigungsstils nach der Intervention
- Erfassung des Integrationserfolgs

Instrument AVEM

Arbeitsbezogenes **V**erhaltens- und **E**rlebens**m**uster

(Fragebogen von Schaarschmidt & Fischer,1996)

Idee des Verfahrens

- Erfragung von Verhalten und Erleben in Bezug auf berufliche Anforderungen
- Erfassung sowohl von Ressourcen als auch von Gesundheitsrisikoverhalten
- Unterscheidung verschiedener Bewältigungstypen

11 Dimensionen

- Bedeutsamkeit der Arbeit
- Beruflicher Ergeiz
- Verausgabungsbereitschaft
- Perfektionsstreben
- Distanzierungsfähigkeit

→ Arbeitsengagement

- Resignationstendenz
- Offensive Problembewältigung
- Innere Ruhe/Ausgeglichenheit

→ Widerstandsfähigkeit

- Erfolgserleben im Beruf
- Lebenszufriedenheit
- Erleben sozialer Unterstützung

→ Lebensgefühl

Differenzierung von 4 Typen

Typ G (Gesundheitsideal)

Hohes berufliches Engagement, ausgeprägte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, mittlere Verausgabungsbereitschaft, positives Lebensgefühl

Typ S (Schon- bzw. Schutztyp)

Ausgeprägte Schontendenz bzw. Schutzhaltung gegenüber beruflichen Anforderungen

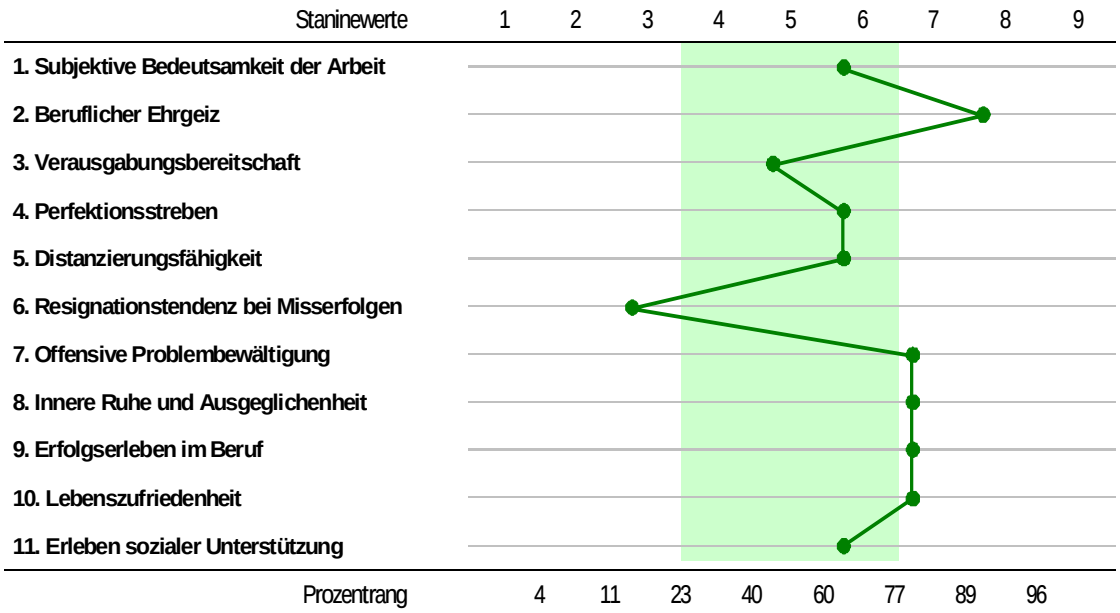
Typ A (Risikotyp)

Überhöhtes Engagement, das keine gleichermaßen hohe Entsprechung im Lebensgefühl findet; verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen (i. S. der Selbstüberforderung)

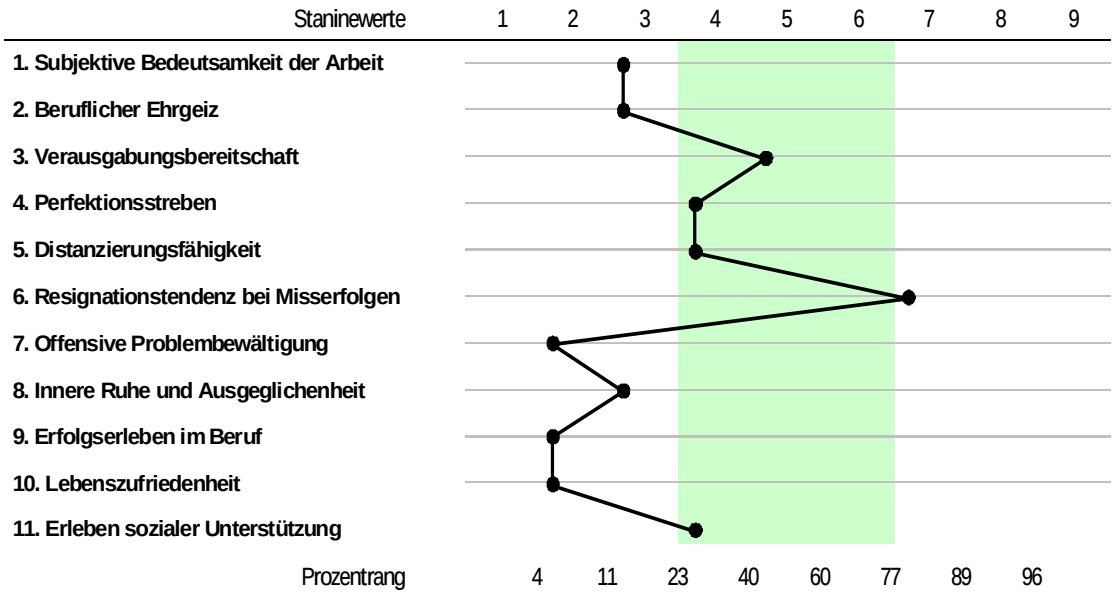
Typ B (Risikotyp)

Reduziertes Arbeitsengagement, einhergehend mit verminderter Belastbarkeit und negativem Lebensgefühl (i. S. von chronischem Erschöpfungserleben und Resignation)

Voll ausgeprägtes G-Muster



Voll ausgeprägtes B-Muster



Rahmenbedingungen

- **Interne Kommunikation** – große Unterstützung in den Häusern
- **Logistische Herausforderung** – Platzierung von Erhebungen und Angeboten
- **Umgang der TN mit dem AVEM** - Verständnisprobleme
- **Freiwilligkeit der Teilnahme** – Abbruch jederzeit möglich
- **Zeitfenster** – während der regulären Qualifizierungszeiten

Interventionen

- Feedbackgespräche für alle Bewältigungsmuster
- Gruppenangebot für Risikomuster A und B
- Coaching-Gespräch für S-Muster
- kein Angebot für G-Muster

Feedbackgespräche - Inhalt und Ablauf

- Aushändigung des AVEM-Profils (siehe Beispielprofil)
- Besprechung von Dimensionen und Muster
- Klärung von Handlungsbedarf
- Beschreibung der Intervention
- Vereinbarung zur Teilnahme an Intervention

- Dokumentation der Musterzugehörigkeit und der individuellen Ausprägungen der 11 Dimensionen –sehr hilfreich und strukturierend
- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkannten sich in ihrem Profil und in den Ausprägungen der Dimensionen wieder
- Potenziale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden sichtbar und kommunizierbar
- vorhandene bzw. sich andeutende Risiken (z. B. Selbstüberforderung) können erörtert werden
- im lebensgeschichtlichen Zusammenhang konkretisieren und bewerten

Schutz- bzw. Schonmuster (S)

In diesen Feedbackgesprächen war es von besonderer Bedeutung nachzuspüren und Folgendes zu klären:

- Ausdruck einer **Schontendenz**, die Fragen nach Motivation, „innerer Kündigung“ oder/und Unzufriedenheit mit der Berufswahlentscheidung aufwerfen

  oder

- **Schutzfunktion**, die eine zurückhaltende Verausgabungsbereitschaft und eine hohe Distanzierungsfähigkeit erforderten, um sich nicht durch stark belastende Anforderungen aufzureiben.

Schutz- bzw. Schonmuster (S)

- „Verausgabungsbereitschaft“ und „Distanzierungsfähigkeit“ waren Themen, die bereits im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation therapeutisch bearbeitet wurden.

- Das Ergebnis dieser Abklärung war ausschlaggebend für die Bereitschaft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Angebot der Coachinggespräche in Anspruch zu nehmen.

Coaching

- berufliche Rolle der Rehabilitandin/des Rehabilitanden steht im Vordergrund.

✓ biographische Fragen zur Entwicklung der subjektiven Bedeutung von Arbeit

✓ zukunftsorientierte Vorstellungen von einem idealen Arbeitsplatz

✓ Handlungsplanung für den weiteren Verlauf der beruflichen Rehabilitation, wie z. B. Praktikumsplatz

✓ Umsetzungstand und hinderliche / förderliche Bedingungen

Nutzen für die berufliche Rehabilitation

Einsatz des AVEM-Instrumentes und Auswertungsgespräche

- AVEM als brauchbares Instrument der Bedarfsermittlung
- Problematiken, die zwar teilweise durch die Diagnosen bekannt sind, können konkreter und berufsbezogener spezifiziert werden
- gewünschte Individualisierung bei der Vorbereitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen

Gruppenintervention

10 Module à 90 Minuten

A-Muster	B-Muster
Arbeitsbezogene Einstellungen reflektieren und verändern (z.B. Perfektionismus, Verausgabungsbereitschaft)	Vision eines befriedigenden Alltags entwickeln
Bedeutung von Genuss und Distanzierungsfähigkeit für Lebenszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit ▪ Entspannungs- und Genusstraining	Aufbau angenehmer Aktivitäten I und II Bewertungen, Einstellungen, Überzeugungen I und II
Die Rolle von Bewertungen und Einstellungen beim Stress	Stressverstärkenden irrationalen Denkstil abbauen zugunsten eines funktionalen Denkstils
Bedeutung des sozialen Netzes für die Arbeitsbewältigung	Aufbau sozialer Fertigkeiten und funktionaler Konfliktlösungsstrategien

Hinweise zur Implementierung

- Exklusive Gesundheitszeitfenster für die Inanspruchnahme der Interventionen zur Verfügung stellen
- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Teilnahme ermutigen
- Verbindliche Teilnahme der RehabilitandInnen sicherstellen
- Voll ausgeprägten B-Muster besonders in den Blick nehmen

5. Wirksamkeit der Förderung gesunder Bewältigungsmuster

Ricardo Baumann, Projektleiter iqpr

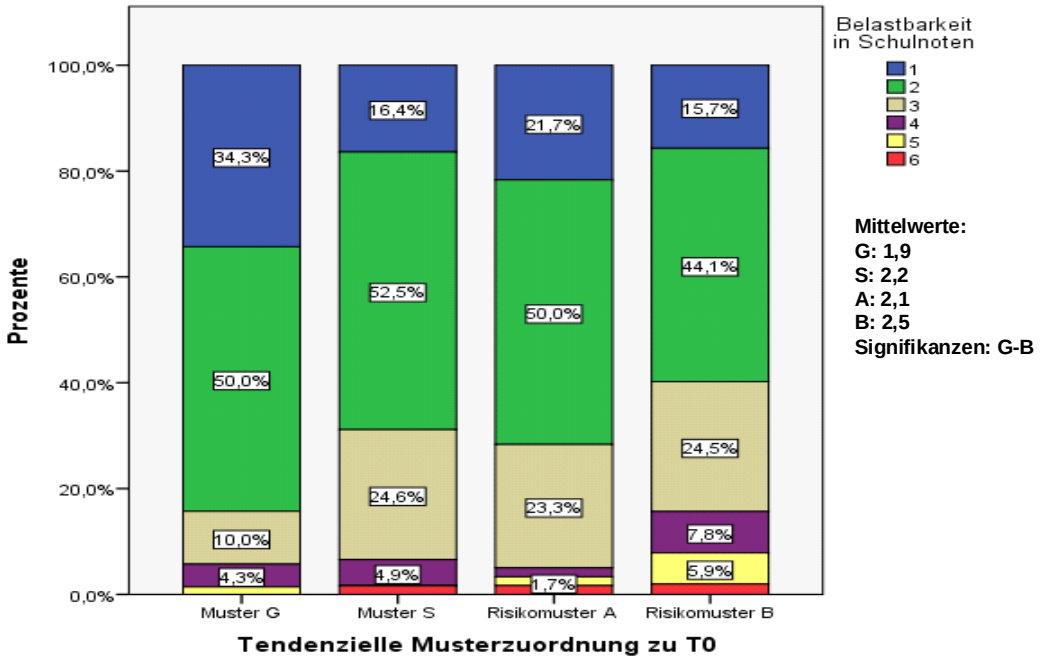
Ricardo Baumann stellte zunächst vor wie häufig verschiedene Bewältigungsstile in der beruflichen Rehabilitation vertreten sind. Die folgende Tabelle weist darauf hin, dass Verhaltens- und Erlebensmuster mit hoher Resignationstendenz (Burnout-Muster) in der beruflichen Rehabilitation bei 37% aller Befragten vorkommen und somit fast genauso häufig sind wie in der medizinischen Rehabilitation.

Muster	Stichproben		
	Berufs-übergreifend N = 3168 [1]	Medizinische Reha N = 1910 [2]	Bfw K/HH Rehabeginn N= 1043
G „Gesund“	26%	9%	19,7 %
S „Schon-/Schutzhaltung“	29%	15%	20,8 %
A „Überengagement“	25%	32%	22,5 %
B „Burnout“	20%	44%	37,0 %

Schaarschmidt, 2003 [1], Heitzmann, 2005 und 2007 [2]

Dabei war die Belastbarkeit im Betrieb (T2) 15 Monate nach der Erfassung des Bewältigungsmusters (T0) innerhalb der Gruppe der Personen mit B-Muster deutlich geringer als die innerhalb der Gruppe der Personen mit G-Muster.

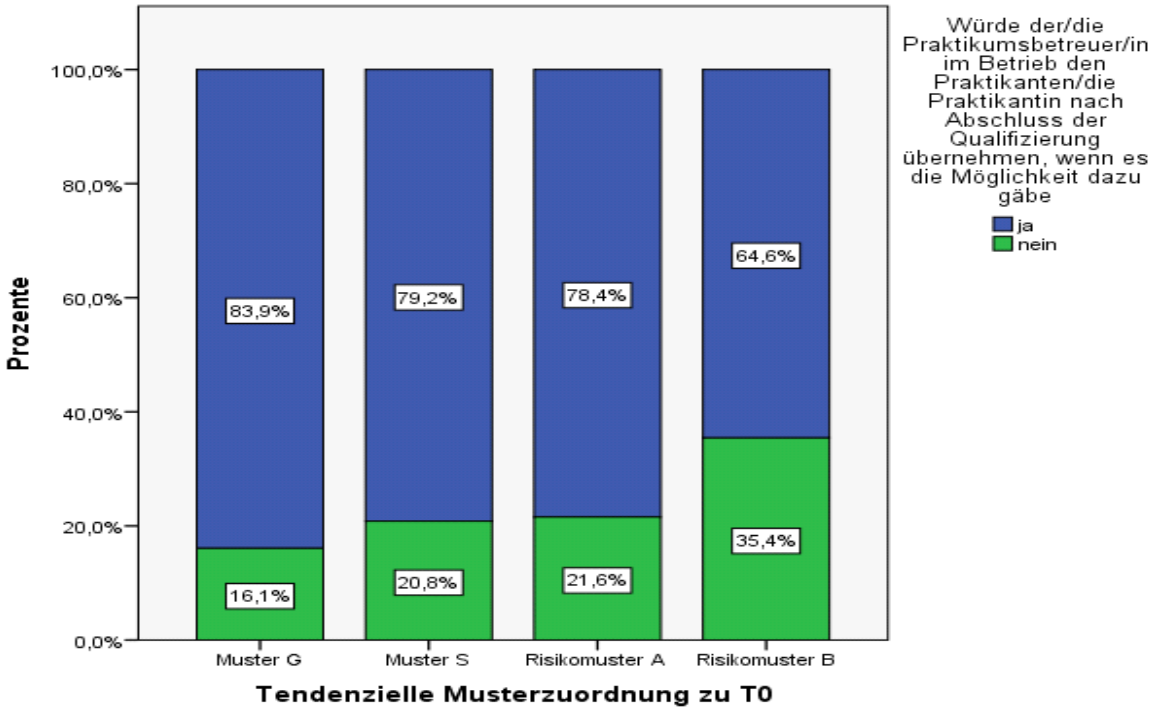
Belastbarkeit im Betriebspraktikum bewertet durch Praktikumsbetreuer im Betrieb (T2) Kontrollgruppe N=293



In der Kontrollgruppe erhielten Personen mit B-Muster im Durchschnitt von den Praktikumsbetreuern die Note 2,5, während Personen mit G-Muster im Durchschnitt die Note 1,9 erhielten.

Darüber hinaus gaben Praktikumsbetreuer im Betrieb bei Personen mit B-Muster (64,6%) signifikant seltener als bei Personen mit G-Muster (83,9%) an, sie würden diese nach Ende der Qualifizierung übernehmen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten.

AVEM-Typ zu T0 und Job-Chancen bewertet durch Praktikumsbetreuer im Betrieb (T2) Kontrollgruppe N=234



Wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit B-Muster an Projektinterventionen teilnahmen, erhielten sie im darauffolgenden Praktikum eine bessere Belastbarkeit bescheinigt. Allerdings zeigt sich bei einer genaueren Analyse, dass Frauen in höherem Maße profitiert haben als Männer. Die Übernahmechancen verbesserten sich nicht signifikant durch Teilnahme an Interventionen.

Belastbarkeit, bewertet durch Vorgesetze im Betriebspraktikum in Schulnoten - 15 Monate nach der Erhebung des AVEM-Musters

Muster	N			Treatment IG	Durchschnittsnote		Test	Signifikanz
	Gesamt	IG	KG		IG	KG		zweiseitig
Männer und Frauen	150	48	102	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	2,0	2,5	T-Test	p=.015*
Frauen	69	22	47	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	1,9	2,6	T-Test	p=.021*
Männer	81	26	55	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	2,1	2,3	T-Test	p=.307

Bei der Untersuchung von Einflussfaktoren auf Rehaabbrüche zeigte sich ein vorhandenes B-Muster nicht als signifikanter Prädiktor. Es muss hinzugefügt werden, dass für die Zuordnung zu einem „B-Muster“ in diesem Fall, wie auch bei allen anderen bislang betrachteten B-Mustern (B-Tend) lediglich gefordert war, dass die Zuordnungswahrscheinlichkeit zu einem der 4 Cluster größer ist als zu allen anderen Clustern. Bei voll ausgeprägten B-Mustern (B-Voll), die dadurch definiert sind, dass eine 95%tige Zuordnungswahrscheinlichkeit zu diesem Muster vorliegt, die also dadurch gekennzeichnet sind, dass ein sehr ausgeprägter resignativer Bewältigungsstil vorliegt, erfolgten in der Kontrollgruppe deutlich häufiger Abbrüche (32,2%) als im Durchschnitt aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden(14,0%).

Abbrüche in der Kontrollgruppe nach AVEM-Muster N=480

	Muster	B-Tend	B-Voll	S-Tend	S-Voll	A-Tend	A-Voll	G-Tend	G-Voll	AVEM-Tend
Kontroll gruppe	N	163	59	102	27	110	15	105	21	480
	Abbruch	29 17,8 %	19 32,2 %	13 12,7 %	7 25,9 %	14 12,7 %	2 13,3 %	11 10,5 %	3 14,3 %	67 14,0 %

In der Interventionsgruppe zeigte sich jedoch kein auffälliges Abbruchsverhalten dieser Personengruppe. 11,1 % der Personen mit voll ausgeprägtem B-Muster brachen in der Interventionsgruppe ab. Hier wurden allerdings nicht nur Probanden berücksichtigt, die an mindestens 4 Gruppenmodulen teilgenommen hatten, sondern alle Personen mit voll ausgeprägtem B-Muster. Hätte man in der Interventionsgruppe nur die Personen berücksichtigt, die an mehreren Modulen teilgenommen haben, dann hätte man in der Interventionsgruppe erst mit einigen Monaten Verspätung anfangen können, Abbrecher mitzuzählen, da man hätte abwarten müssen, bis Interventionsbausteine erfolgt waren, um dann in Abhängigkeit davon zu Abbrüche zu untersuchen. Dadurch hätte man in der Interventionsgruppe automatisch weniger Abbrüche bekommen als in der Kontrollgruppe. Die hier gewählte Vorgehensweise, alle Personen einzuschließen, erscheint vertretbar, da bis auf 2 Personen alle Probanden der Interventionsgruppe zumindest an einem Einzelgespräch teilgenommen haben.

Voll ausgeprägte B-Muster N=140

			kein Abbruch	Abbruch	Gesamt
Treatment	Interventionsgruppe*	Anzahl	72	9	81
		% innerhalb von Treatment	88,9%	11,1%	100,0%
	Kontrollgruppe	Anzahl	40	19	59
		% innerhalb von Treatment	67,8%	32,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	112	28	140
		% innerhalb von Treatment	80,0%	20,0%	100,0%

Chi²=9,492, df=1, **p=.002**

*79 Tn haben ein Feedbackgespräch zum AVEM-Ergebnis nach T0 wahrgenommen

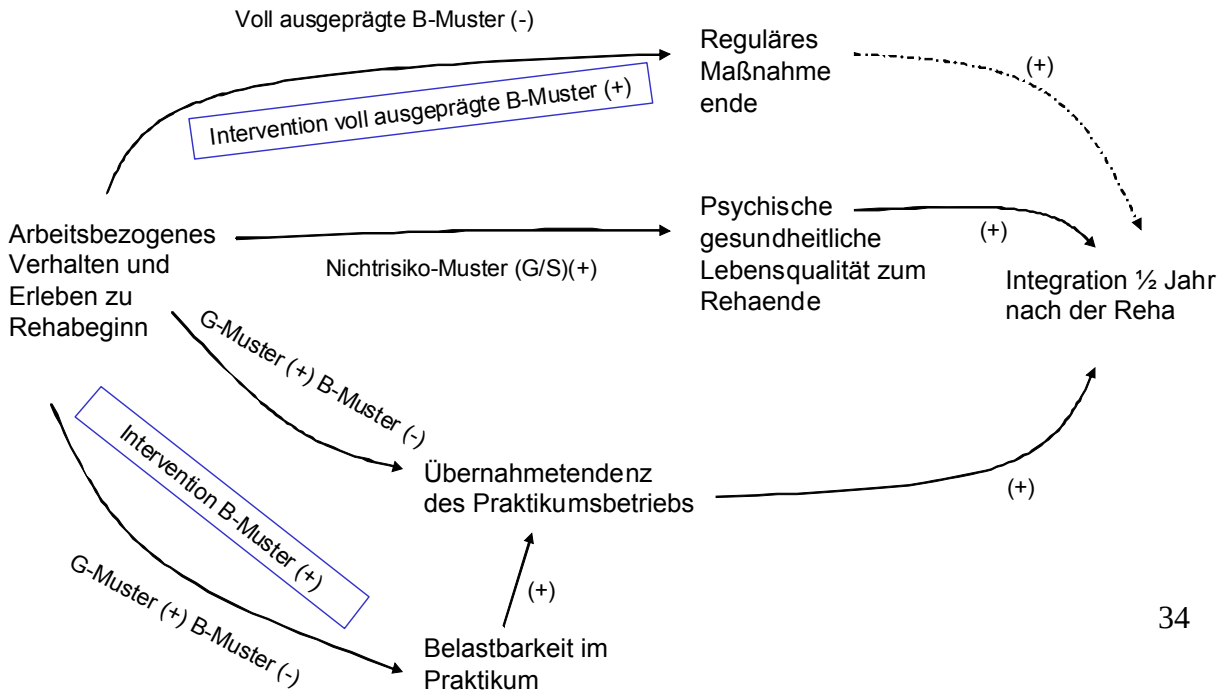
*47 Tn haben mindestens an einem Gruppenmodul teilgenommen

*42 Tn haben ein Feedbackgespräch nach T1 wahrgenommen

In Bezug auf die berufliche Integration ein halbes Jahr nach Ende der Qualifizierung zeigten AVEM-Muster keine prognostische Relevanz. Dem entsprechend waren Personen mit B-Muster aus der Interventionsgruppe ein halbes Jahr nach Ende der Reha auch nicht häufiger beruflich integriert als Personen mit B-Muster aus der Kontrollgruppe. Auffällig war jedoch, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, denen vom Praktikumsbetreuer im Betrieb ein halbes Jahr vor Beendigung der

beruflichen Rehabilitation gute Übernahmechancen attestiert wurden, ein halbes Jahr nach der Qualifizierung signifikant häufiger eine Arbeitsstelle hatten als Personen, bei denen am Ende des Praktikums explizit geäußert wurde, dass man sie nicht übernehmen würde, auch wenn man die Möglichkeit dazu hätte. Aber auch wenn Praktikumsbetreuer keine Angaben dazu machten, ob sie die Person übernehmen würden, hatten diese ein halbes Jahr nach der Qualifizierung seltener einen Job als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen eine Übernahmemöglichkeit explizit genannt wurde. Dabei hatte die vom Praktikumsbetreuer eingeschätzte Belastbarkeit im Praktikum den stärksten Einfluss auf dessen Übernahmeabsichten. Eine gute subjektive psychische Gesundheit am Ende der Qualifizierung, gemessen mit dem Fragebogen SF-12, war ebenfalls ein signifikanter Prädiktor für berufliche Integration ein halbes Jahr nach der Reha. Bei der Überprüfung der Einflüsse auf den Integrationserfolg wurden multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt unter Berücksichtigung von Bfw, Kohorte, körperlicher und psychischer gesundheitlicher Lebensqualität, dem AVEM-Muster zu verschiedenen Messzeitpunkten, Alter, Schulabschluss, Umschulungsberuf, Erwerbsstatus vor der Qualifizierung, Praktikumserfolg, Geschlecht und Arbeitslosenquote am Wohnort im Jahr nach Ende der Reha. Der im Schaubild eingezeichnete Pfeil, der vom regulären Maßnahmeende zur Integration führt, gibt Ergebnisse aus anderen Studien wieder (siehe Streibelt & Egner, 2012). In der vorliegenden Studie standen Daten zum Integrationsstatus von Abbrechern nicht zur Verfügung.

Einflussfaktoren beruflicher Integration im Projekt Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster



Die wichtigsten Ergebnisse

- Arbeitsbezogene Bewältigungsmuster zu Rehabeginn haben einen Einfluss auf
  - Gesundheitsentwicklung
  - Belastbarkeit im Praktikum
  - Praktikumserfolg
  - erfolgreichen Abschluss der Qualifizierung
- Die im Projekt eingesetzten Interventionen steigern bei Personen mit resignativem Bewältigungsstil (B-Typ) die Belastbarkeit im Praktikum
- Die im Projekt eingesetzten Interventionen senken bei einem stark ausgeprägten resignativem Bewältigungsstil (>95% B-Typ) die Abbruchsquote
- Praktikumserfolg und psychische Gesundheit am Ende der Reha sind bedeutsame Einflussfaktoren für die zeitnahe berufliche Wiedereingliederung

Anregungen

Praxis

- Assessmentinstrumente wie den AVEM standardmäßig für Zuweisung zu Interventionen und für Evaluation einsetzen
- Interventionsangebote für Risikotypen sicherstellen
- Für voll ausgeprägte B-Muster Projekt-Interventionen einsetzen, um Rehaabbrüche zu verringern
- Praktikumsergebnisse als Zuweisungskriterium für Interventionen nutzen

Forschung und Entwicklung

- Entwicklung und Evaluation von Interventionskonzepten, die Praktikumserfolg erhöhen und psychische Gesundheit nachhaltig fördern
- Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Gesundheitsförderung beachten

6. Förderung der physischen Gesundheit im BFW Hamburg

Angelika Schwerdt, Berufsförderungswerk Hamburg

Angelika Schwerdt schilderte zunächst einen von ihr als Diplom-Sportlehrerin betreuten Fall und ging dann auf das System der Gesundheitsförderung im BFW Hamburg ein.

Fallbeispiel: Herr S., 46 Jahre

Anamnese Rehasport

- Ziel : FachKiG
- BO-Status: Coxarthrose, Impigement bds., WS-Syndrom
- Persönl. Infos: AC-Gelenksarthrose, Bluthochdruck, Blockaden ISG/LWS
- Gesundheitsstatus: problematische MTT/KG, starke Schmerzen LWS/Schulter, dekonditioniert, schlaffe Haltung, Übergewicht, in medizinischer und physiotherapeutischer Dauerbehandlung
- Altenpfleger, Hauptverdiener mit Kind, Typ „Überforderer“, sehr ehrgeizig
- In ungekündigter Stellung, aber AU, strebt andere Beschäftigung in Firma an
- Wasserballer in Jugend

Verabredungen

- Ziel: Eigenverantwortlich Sport/Bewegungshandeln, Schmerzreduktion, Gewichtsreduktion
- Kurse: Je 1x Rückentraining und 1x Gerätetraining

Bewegungsförderung: Start

BFW HAMBURG
Ihre Zukunft : Arbeit

Verlauf:

- regelmäßige Teilnahme,
- MTT mit Schwerpunkte Schulter, LWS/ISG und allgemeine Fitness
- sehr geringe schmerzfreie Belastbarkeit, zum Teil Verbesserungen
- Stress in alter Firma und in Qualifizierung
- Weitere Diagnosen: Depression („Burn out“-Syndrom)

- Bewusst erlebter Break: „ Anderen Dingen Aufmerksamkeit geben“
- Reduktion auf Gerätetraining
- Ausschluss von spezifischen Schulterübungen, Fokus Ausdauertraining und LWS/ISG
- Plötzlich Fortschritte , Schmerzreduktion
- Zunehmend Verlagerung der Sportzeiten in Freizeit

„Je länger ich trainierte, desto weniger Schmerzen hatte ich“, sagt Stefan Schiller. „Ich fühlte mich plötzlich stark“

1 Jahr danach

BFW HAMBURG Ihre Zukunft : Arbeit

- Rumpfmuskulatur stabilisiert
- Hüftdysplasie kompensiert
- Adäquater Umgang mit Beschwerden unterer Rumpf
- Schmerzmittelfrei
- Schulter ist belastbar – alle Belastungen sind schmerzfrei möglich
- Rudert 45 min mit mittlerer Intensität
- Zuversicht
- Mitglied im BFW-Studio
- selbständig

Bild aus: STERN GESUND LEBEN Ausgabe Okt.13

BFW HAMBURG Ihre Zukunft : Arbeit

„Gäbe es ein Medikament, das von seinem Nutzen nur annähernd so effektiv wäre wie sportliche Bewegung, es wäre das erfolgreichste Medikament des Jahrtausend…“

(Prof. Dr. W. Hollmann, 2003 anlässlich DVGS-Tagung an der DSHS Köln)

Die berufliche Integration kann nur erfolgreich sein, wenn die gesundheitlichen Potentiale der TN so weit stabilisiert sind, das sie langfristig arbeitsfähig sind.

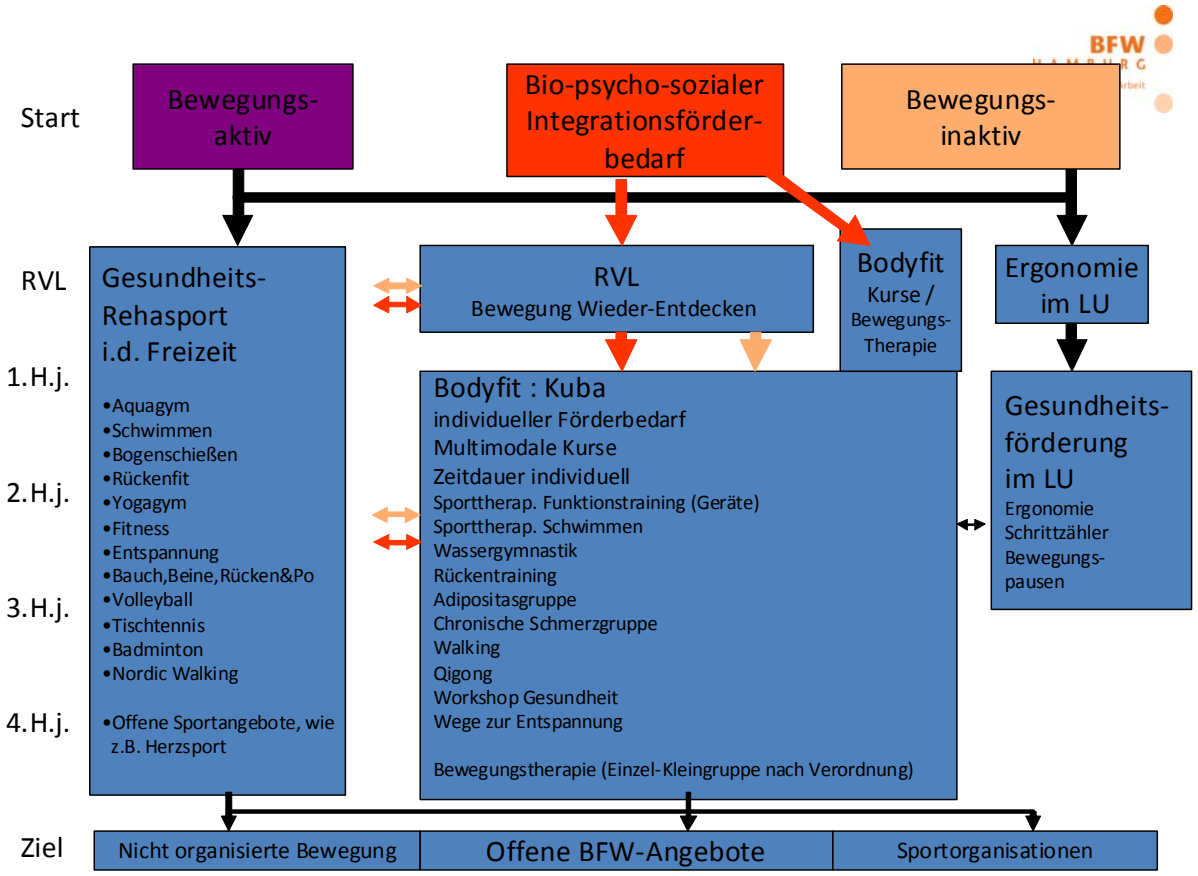
Dazu bedarf des der Einsicht, dass:

- die körperliche Belastbarkeit Voraussetzung ist, um auf dem Arbeitsmarkt bestehen zu können
- die TN aktiv Einfluss nehmen können auf ihren Gesundheitszustand (im Sinne von Gesunderhaltung, Kompensation von Behinderung und Belastungssteigerung)
- ein wesentliches Qualifizierungsmodul im Rahmen der beruflichen Reha die Befähigung zum aktiven, individuellen Gesundheitsmanagement darstellt (biopsychosoziale Belastungs-,Leistungs- und Entspannungsfähigkeit)
- die TN schließlich aktiv an dem Erreichen dieser Ziele im Rahmen der beruflichen Reha arbeiten.

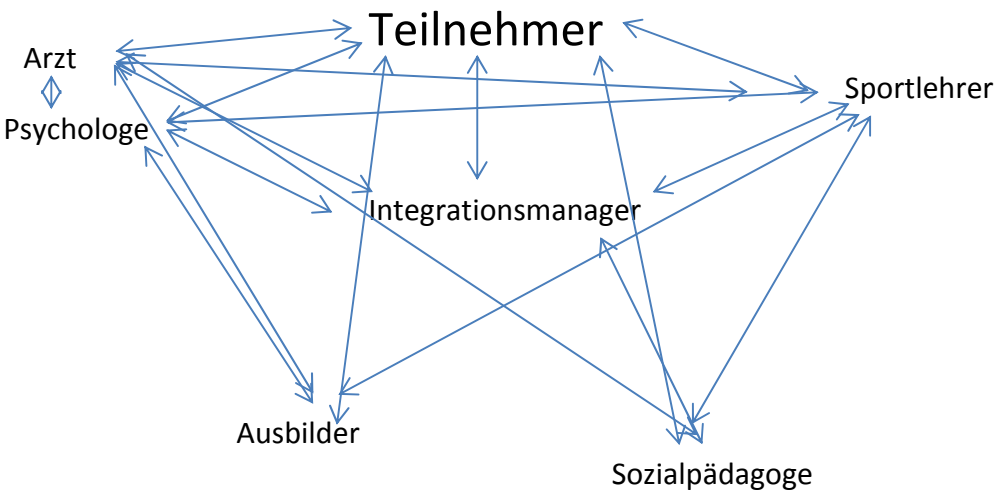
Bio-psycho-soziale Ziele

- Förderung der physischen Gesundheitsressourcen
  - Kraft, Ausdauer, Flexibilität, Koordination, -musk.- Entspannungsfähigkeit
- Förderung der psycho-sozialen Gesundheitsressourcen
  - Handlungs-Effektwissen, Steuerung, Selbstwirksamkeit, realistische Ziele und Konsequenzerwartung, Selbst- Körperkonzept, Stimmungsmanagement, soziale Ressourcen,
- Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz
  - Verhaltens- und Verhältnispräventive Maßnahmen
  - Stressreduzierende einfache Entspannungsmethoden
- Bewältigung von Beschwerden und Missempfindungen
  - Emotionale und problembezogene Bewältigung durch Erleben und Verbesserung der Gesundheitsressourcen, Umgang mit Behinderung
- Bindung an Bewegung und Sport
  - Nachhaltigkeit durch selbst initiierte und selbstgesteuerte körperliche Aktivität durch method./inhaltl. aufbauendes Bewegungsprogramm

Angelehnt an Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen 2000, Rahmenvereinbarungen über Rehabilitationssport und Funktionstraining, 2007



Netzwerk Gesundheitsförderung durch Bewegung im BFW



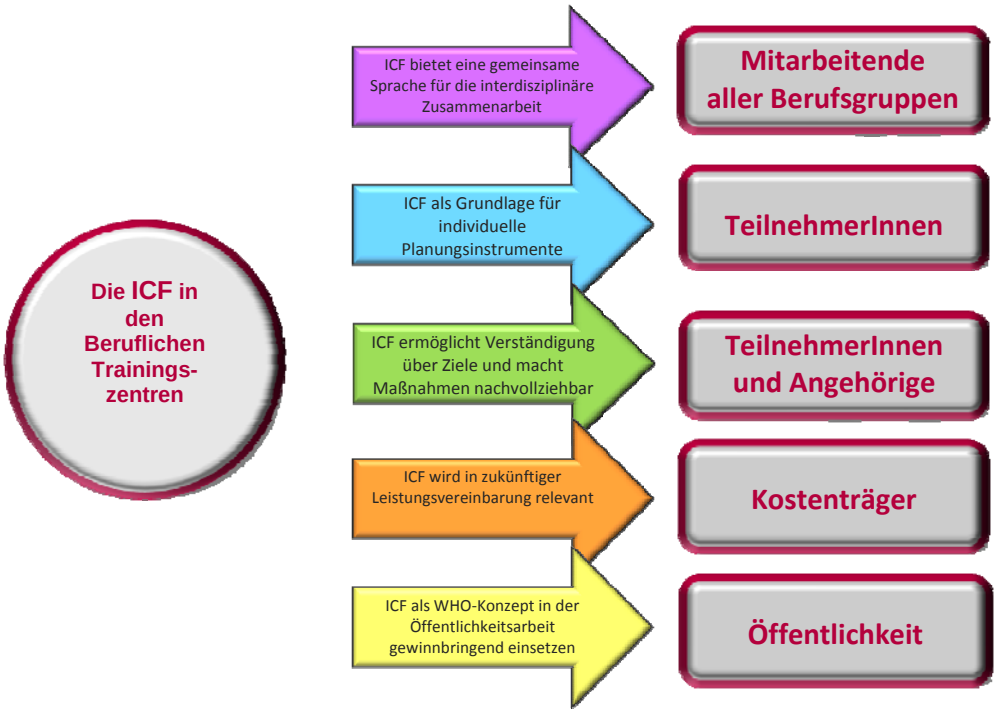
Interaktion der beteiligten Personen, z.T. zwingend, z.T. bei Bedarf

7. ICF-Anwendung in der beruflichen Rehabilitation

Bia von Raison, Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren

Bia von Raison beschrieb Anforderungen, Ziele und Vorgehensweise bei der Erstellung eines ICF-Screening-Manuals für die Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren (BAG-BTZ).

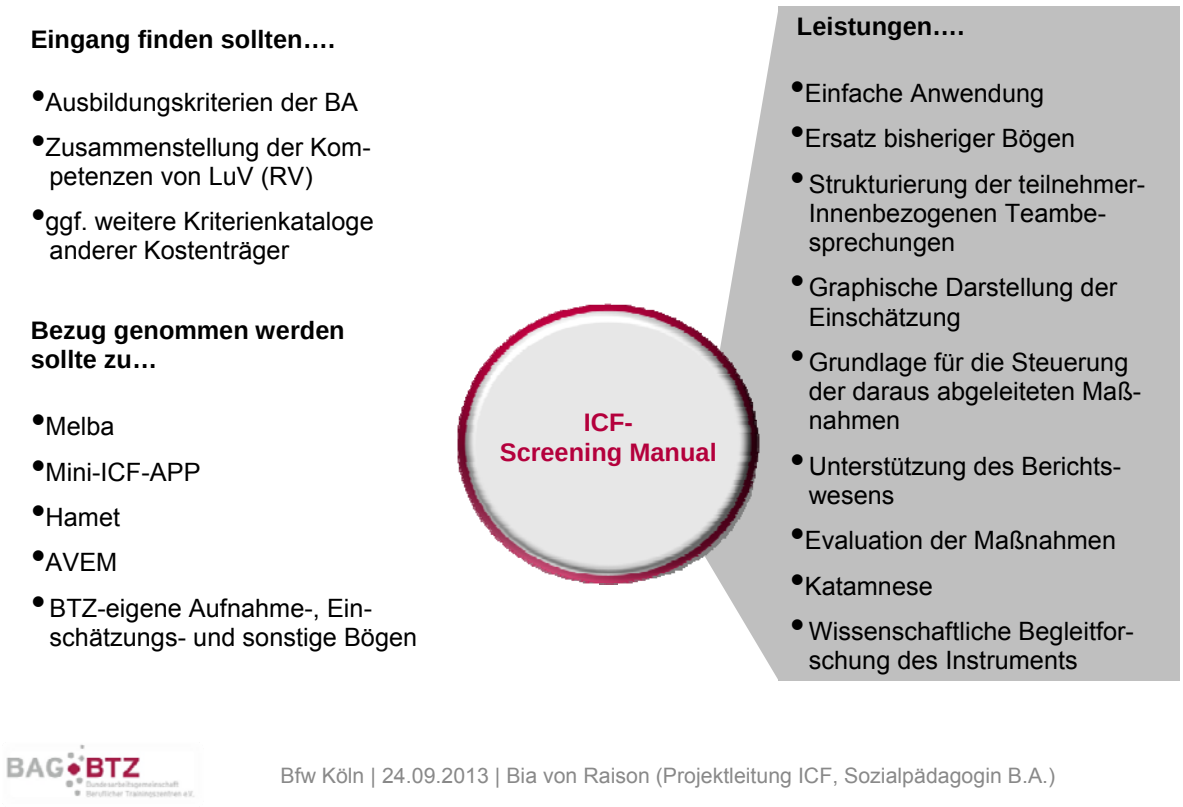
Die ICF wurde deshalb als Basis für das Instrument gewählt, weil sie auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells ganzheitlich und multiperspektivisch die Lebenssituation der RehabilitandInnen erfassen und mit ihnen bzw. ihren Angehörigen eine gemeinsame Zielplanung ermöglichen kann. Darüber hinaus bietet sie den Rahmen für eine einheitliche Fachsprache, die über die Grenzen der unterschiedlichen am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen Verständigung schafft. Schließlich stellt eine Implementierung der ICF als Klassifikation der WHO in ein solches Erhebungs-Instrument wie das ICF-Screening-Manual der BAG-BTZ ein wesentliches Qualitätsmerkmal dar.



BAG BTZ

Bfw Köln | 24.09.2013 | Bia von Raison (Projektleitung ICF, Sozialpädagogin B.A.)

Dabei ist es wesentlich, dass das ICF-Screening-Manual einerseits bestehende Anforderungen (z.B. von Seiten der Kostenträger) erfüllt und bereits bestehende Erhebungsinstrumente (wie z.B. AVEM oder Hamet) abbilden kann. Im Sinne einer Effizienzsteigerung sollte es auch sonstige einrichtungsinterne Erfassungsbögen ersetzen und den gesamten Rehabilitationsprozess durch Screening, abgeleitete Ziel- und Interventionsplanung und Evaluation strukturieren.



Vor allem für die graphische Aufbereitung des Screenings sowie für die Interventionsplanung und Evaluation ist die Überführung in eine Datenbank notwendig. Damit ergibt sich neben einer Einführung aller MitarbeiterInnen in die Klassifikation und das Modell der ICF auch eine umfangreiche Schulungsnotwendigkeit auf das ICF-Screening-Manual und die Datenbank.

Neben der Entwicklung des Instruments ist dessen fundierte, begleitete Implementierung ein wesentlicher Schritt zu einem erfolgreichen Projektabschluss.

Bis August 2013: ICF-Screening Manual in Print-Version (Positivliste, optionale Liste, verkürzte Positivliste)

Bis Ende 2013: Entwicklung der Datenbank
Evaluation der Print-Version an den Modellstandorten

Januar/Februar 2014: Testung der Datenbank
Evaluation der EDV-Version an den Modellstandorten

Ab Frühjahr 2014: Beginn der Implementierung der Datenbank in allen BTZ, Schulung der MitarbeiterInnen

Bis Ende 2014: Support und Upgrade im Rahmen des Implementierungsprozesses, Abschluss des Projekts

8. Impulse von RehaFutur für die Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Hans-Peter Riedel, Projektleiter RehaFutur

Prof. Dr. Hans-Peter Riedel benannte zunächst Ausgangspunkte für die Neuausrichtung der Gesundheitsförderung im Kontext der beruflichen Rehabilitation, um anschließend Ziele zum Thema Gesundheitsförderung und Wege zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu beschreiben.

Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur: Ausgangsthesen

1. **Das SGB IX als normativer Maßstab für die berufliche Rehabilitation der Zukunft**

2. **Sicherung und Wiedereingliederung von dringend benötigten Arbeitskräften als zentrale Funktion der beruflichen Rehabilitation**

rehafutur

2

Ausgangspunkte für die Neuausrichtung:
Demografische und volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen

Demografische Entwicklung

- **Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials: bis 2050 um rd. 6-8 Mio. Personen.**
- **Steigender Altersdurchschnitt der Gesellschaft und der Belegschaften.**
- **Wahrscheinlichkeit alterungsbedingter gesundheitlicher Einschränkungen steigt.**

Berufliche Entwicklungen

- **Wandel der Arbeitswelt: Schrumpfung des produzierenden Bereichs und Ausweitung des Dienstleistungssektors.**
- **Drastischer Rückgang der Nachfrage nach geringqualifizierten Arbeitskräften.**
- **Steigender Bedarf an Fachkräften.**
- **Lebenslanges Lernen und Gesundheit als Voraussetzungen für lebenslange Beschäftigungsfähigkeit (Employability).**

rehafutur

3

Leitziel:
Berufliche Rehabilitation zukunftsfester gestalten

- **Voraussetzungen verbessern für Menschen mit Behinderung, ihre Leistungsfähigkeit produktiv und existenzsichernd in der sich wandelnden Arbeitswelt einzubringen.**
- **Voraussetzungen für lebenslange Beschäftigungsfähigkeit bei gleichzeitig verlängerter Lebensarbeitszeit verbessern.**
- **Dringend benötigte Fachkräfte sichern helfen.**
- **Effektivität, Nachhaltigkeit und Effizienz durch Optimierung der Prozesse verbessern.**

rehafutur

4

Leitbild:
Eckpunkte einer zukunftsfähigen beruflichen Rehabilitation

- **Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und eigenständige Lebensgestaltung von Menschen mit einer Behinderung gezielt fördern und im Reha-Prozess nutzen.**
- **Die gesellschaftliche Teilhabe durch inklusive Strukturen beim Zugang und bei der Durchführung von Rehabilitation gewährleisten.**
- **Arbeitsmarkt-, bildungs- und gesundheitspolitische Konzepte zu einem integrativen Interventionsansatz verknüpfen.**
- **An nachhaltiger Wiedereingliederung und Weiterentwicklungsfähigkeit orientieren - unter Nutzung aller persönlichen Ressourcen und Potenziale. Ganzheitliche Entwicklung der fachlichen und personalen Kompetenz fördern.**
- **Der Qualifizierungs- und Wiedereingliederungsprozess durch systematische Vernetzung mit Unternehmen absichern.**

rehafutur

5

Beschäftigungsfähigkeit:
Definition

Die Beschäftigungsfähigkeit (Employability) fußt auf der fachlichen

Qualifikation und den Sozial-, Personal- sowie Lern- und

Methodenkompetenzen eines Arbeitnehmers sowie seiner Gesundheit

als psychische Grundvoraussetzung

(nach Blancke, Roth und Schmid, 2000)

rehafutur

6

Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur: Verschiedene Ziele zum Thema Gesundheitsförderung

- Erhalt oder Wiederherstellung der Handlungs- und Beschäftigungsfähigkeit
- Förderung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz als wesentliches Element des pädagogischen Profils
- Stärkere Ausrichtung des Reha-Systems auf Bedarfe der Unternehmen mit dem Ziel eines koordinierten Zusammenwirkens bei BEM, Arbeits- und Gesundheitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung
- Beratung für Betriebe und Betroffene an der Schnittstelle Reha-System/Unternehmen
- Förderung der ICF als gemeinsame Sprache im gesamten Reha-Prozess

rehafutur

7

RehaFutur-Entwicklungsprojekt: Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Ausgliederungsverhinderung/Erhalt des Arbeitsplatzes als Auftrag bei Prävention/Rehabilitation:

- Koordinierung der Strategien und Methoden bei BEM, Arbeits- und Gesundheitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung
- Entwicklung geeigneter Instrumente (Beschäftigungsfähigkeits-Beratung, Frühindikatoren bezüglich Abstimmung von Anforderungen und Fähigkeiten
- Beratung von Arbeitgebern und Betroffenen

(Beteiligte: Arbeitsmediziner, Betriebsärzte, Leistungsträger, Leistungserbringer, betroffene Betriebe, Sozialpartner, ggfls. Gesetzgeber)

rehafutur

8

RehaFutur-Entwicklungsprojekt:
Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Dialog der Sozialpartner zur Unterstützung der Vernetzung von Reha-System und Arbeitswelt:

- **Abstimmung der Vorgehensweise bei Ausgliederungsverhinderung bzw. bei Wiedereingliederung**
- **Innerbetriebliche Rahmenvereinbarungen als Basis für die medizinische und berufliche Rehabilitation zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit**
- **Vereinbarungen von prioritären Maßnahmen im Sinne einer inklusiven Arbeitswelt**

rehafutur

9

9. Podiumsdiskussion: „Welche Gesundheitsförderung brauchen wir?“

Torsten Titz, Rehabilitandenvertreter
Markus Hertrich, Vorstand Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke
Marcus Schian, Bundesarbeitgemeinschaft für Rehabilitation
Norbert Gödecker-Geenen, Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Moderation: Michael Brocker, Journalist

Herr Titz sagte, dass er als Rehabilitand gute Möglichkeiten vorgefunden habe, um seine Gesundheit fördern zu können, er machte aber auch deutlich, dass nicht alle zufrieden sind und manche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weniger gut in der Lage sind Bedarfe und Problematiken beim Bildungsträger zu artikulieren. Den Rehabilitandenvertretern gegenüber werde von Seiten der Rehabilitanden häufiger geäußert, man müsse sich zwischen Lernen und Gesundheitsförderungsangeboten entscheiden. Herr Titz sagte, es habe sich in den vergangenen Jahren auch einiges zum Positiven hin verändert. Auf die Frage von Herrn Brocker, wie damit umgegangen werde, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund der Ausbildungsanforderungen zu müde seien, um Gesundheitsangebote zu nutzen, antwortete Herr Hertrich, die Ausbildungsanforderungen seien in der Tat recht hoch, die Kammern hätten Bestimmungen, so dass man nicht einfach den Stundenumfang bei bestimmten Lerneinheiten kürzen könne. Letztendlich gehe es darum für Rehabilitanden vermeidbare zeitfressende Aktivitäten zu minimieren. Auf die Frage von Herrn Brocker, ob alle Akteure im Rehaprozess miteinander kommunizierten, antwortete Herr Gödecker-Geenen, an der Schnittsstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation hake es. Ein zentrales Thema dabei sei die Frage der Zuständigkeit. Aus seiner Sicht müssten auch die Betriebe von den Akteuren der beruflichen Rehabilitation stärker in den Fokus genommen werden. Ein wichtiges Thema für Betriebe sei etwa, dass ältere Beschäftigte länger krank seien, wenn sie erkrankten als jüngere Beschäftigte. Die Rentenversicherung Westfalen berate im Rahmen des Projektes RehaFutur Real Unternehmen und wolle dies auch weiter tun. Mit Blick auf die Unternehmen sagte Herr Hertrich, die Berufsförderungswerke hätten in letzter Zeit sehr viele Gespräche mit Unternehmensvertretern geführt. Es sei aus der Sicht der Unternehmen ein großer Bedarf nach Lösungen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von älteren Beschäftigten gegeben. Herr Schian bestätigte

das große Engagement beider Sozialpartner, der Arbeitgeber und der Gewerkschaften in Bezug auf Gesundheitsförderung. Dies zeige sich nicht zuletzt in den von den BAR-Gremien für die kommenden Jahre vorgesehenen Projekten und Aktivitäten mit entsprechendem Fokus. Auf die Frage, ob es möglicherweise schon zu spät sei, antwortete Herr Schian, die BAR sei optimistisch. Wichtig sei es im Prozess zu bleiben, die Möglichkeiten der Rehabilitationsträger bei Bedarf zu koordinieren und dabei die Perspektiven aller relevanten Akteure, insbesondere der Menschen mit Behinderung und drohender Behinderung, einzubeziehen. Dafür biete die BAR gerne eine Plattform. Herr Brocker fragte, ob die große Nachfrage nach Arbeitskräften die Situation von Rehabilitanden verbessere. Herr Titz antwortete, für Rehabilitanden sei es vor dem Hintergrund eines guten Arbeitsmarktes einfacher, die berufliche Rehabilitation zu bewerkstelligen. Herr Gödecker-Geenen vertrat die Auffassung, dass Place and Train eine gute Möglichkeit der Wiedereingliederung biete. Man suche zuerst einen Arbeitsplatz und qualifiziere dann gezielt, damit die Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllt werden können. Bei der Platzierung sei es wichtig, die persönlichen individuellen Erfahrungsressourcen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu berücksichtigen. Abschließend fragte Herr Brocker in die Runde was sich die Diskussionsteilnehmer von der neuen Bundesregierung wünschen. Herr Titz sagte, er wünsche sich, dass die Berufsförderungswerke unterstützt werden, da sie für Viele eine ideale Möglichkeit darstellten, beruflich wiedereingegliedert zu werden. Herr Gödecker-Geenen sagte, ihm sei es wichtig, dass Erkenntnisse aus RehaFutur umgesetzt und dass Projekterkenntnisse in die Politik getragen werden. Herr Schian unterstützte die Aussage und ergänzte, er wünsche sich eine weiterhin positive Begleitung und Unterstützung von bereits aufgegriffenen bzw. noch zu bearbeitenden Ansätzen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation. Herr Hertrich meinte, er würde sich wünschen, dass man die verschiedenen Sozialgesetze in einem Sozialgesetzbuch integriere. Herr Schian äußerte vor dem Hintergrund des gegliederten Sozialsystems in Deutschland, das viele klare Vorteile biete, erhebliche Bedenken zur Umsetzbarkeit einer solchen Idee. Entscheidender sei aus seiner Sicht die kontinuierliche Stärkung der Möglichkeiten zur Kooperation und Koordination der Akteure.

10. Abschluss und Ausblick

Matthias Mozdzanowski, Geschäftsführer iqpr

Matthias Mozdzanowski hob aus den Tagungsbeiträgen Aspekte hervor, die ihm für die Gesundheitsförderung in der beruflichen Rehabilitation von besonderer Bedeutung erschienen. Die Arbeitsverdichtung, die im Arbeitsleben generell zu beobachten sei, finde sich auch im Ausbildungsalltag von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wieder. Nicht nur das Verhalten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, sondern auch die Verhältnisse in der beruflichen Rehabilitation wirkten auf die Gesundheit der Leistungsberechtigten. Es stelle sich die Frage, welche Bedingungen für die Gesundheit benötigt würden. Als wesentlich erachtete er, dass Zeitfenster geschaffen werden, die ausschließlich für die Gesundheitsförderung reserviert sind. Darüber hinaus sei zu diskutieren, ob man Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme in einem Berufsförderungswerk nicht auch eine Verpflichtung zur Teilnahme an Gesundheitsangeboten auferlegen sollte, ähnlich wie das auch in der medizinischen Rehabilitation der Fall sei. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden müssten sich dann vor der Entscheidung für einen Bildungsträger entscheiden, ob sie die jeweils mit dem Bildungsangebot einhergehenden Leistungsangebote, wie etwa Gesundheitsförderung, nutzen wollen und sich dann auch dazu verpflichten, entsprechend mitzuwirken. Darüber hinaus könnte das Thema Gesundheitskompetenz auch didaktisch in die Ausbildung integriert werden, so dass Gesundheitsförderung nicht nur in Form von Einzel- und Gruppenangeboten, quasi als Sonderthema, durch Fachkräfte erfolgt, sondern in einem integrierten Ausbildungskonzept zum tragen kommt. Matthias Mozdzanowski wies zusammenfassend darauf hin, dass mit dem Instrument „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ eine gezielte bedarfsorientierte Zuweisung zu Interventionen erleichtert werde. Darüber hinaus habe im Projekt „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster“ gezeigt werden können, dass die durchgeführten Interventionen für eine größere Gruppe von Rehabilitanden die Belastbarkeit im Praktikum erhöhen (Personen mit resignativem Bewältigungsstil) und für eine kleinere Gruppe von Rehabilitanden die Abbruchsrisiken mindern (Personen mit stark ausgeprägtem resignativem Bewältigungsstil). Als Forschungs- und Entwicklungsaufgaben benannte Matthias Mozdzanowski die Entwicklung und

Untersuchung genderspezifischer Gesundheitsförderung und die Integration von Ausbildung und Gesundheitskompetenz.

11. Hinweis für Praktiker

Das iqpr bietet zum Projektabschluss 2-tägige Train-The-Trainer-Schulungen zur Vermittlung von Kenntnissen bezüglich der im Projekt „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster“ durchgeführten Interventionen an. Interessenten können sich per Email bei info@iqpr.de vormerken lassen. Bei ausreichend großer Nachfrage werden Informationen zu Inhalt, Umfang und Ablauf der Schulungen bis Ende 2013 mitgeteilt. Die Schulungen werden im Rahmen des Projektes bis zu einem bestimmten Umfang kostenlos in Köln angeboten. Verpflegung, Unterkunft und Reisekosten müssen selbst bezahlt werden. Das Interventionsmanual wird im Rahmen der Schulungen ausgegeben. Darüber hinaus ist das Manual ab Dezember 2013 auf Anfrage als pdf beim iqpr erhältlich.