



## Aktuelles

### **430,5 Millionen Tage der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2000**

Im Jahr 2000 haben die Erwerbstätigen in der Bundesrepublik insgesamt 430,5 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage angesammelt. Dies geht aus dem Bericht über Unfall- und Berufskrankheiten im Jahr 2000 hervor, den die Bundesregierung als Unterrichtung vorgelegt hat. Der Produktionsausfall habe sich auf 72,45 Milliarden DM (rund 37 Milliarden Euro) belaufen, was einen Anteil von 1,84 Prozent am Bruttonationaleinkommen ausgemacht habe, heißt es weiter. 117,41 Milliarden DM (rund 60 Milliarden Euro) seien an Bruttowertschöpfung verloren gegangen (2,97 Prozent des Bruttonationaleinkommens).

Die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle sei gegenüber 1999 um 3 Prozent auf 1,51 Millionen zurückgegangen, während die Zahl der Erwerbstätigen um 1,6 Prozent auf 38,53 Millionen gestiegen sei. Die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle ist den Angaben zufolge deutlich zurückgegangen, und zwar um 10,8 Prozent auf 1.153. Der größte Teil der tödlichen Arbeitsunfälle ist auf Unfälle im Straßenverkehr zurückzuführen. Die Gesamtkosten der gesetzlichen Unfallversicherung seien allerdings gestiegen, und zwar um 1,3 Prozent auf 23,67 Milliarden DM (rund 12,10 Milliarden Euro).

Quelle: Blickpunkt Bundestag 2/2002

## Clowns in Kliniken **Kinder lachen sich gesund**

(sdk) Klinik-Clowns sind in den Kinderabteilungen deutscher Krankenhäuser auf dem Vormarsch. "Immer mehr Klinikleitungen erkennen, dass gerade für unfallgeschädigte und chronisch erkrankte Kinder Lachen ein wichtiges Therapie-Angebot ist", sagt die Diplom- und Theaterpädagogin Birgit Flemming, die für InReha Gruppenangebote betreut. Laut einer Berliner Studie empfinden chronisch kranke Kinder ihren Krankenhaus-Alltag als trist und bedrohlich. "Ärzte und Apparate flößen den Kindern Angst ein, zudem halten sie sich die ganze Zeit in einer sterilen weißen Umgebung auf", so Flemming. Da bringe eine Clown-Sprechstunde wenigstens ein Stück Farbe ins Leben der kleinen Patienten sowie die Möglichkeit, bedrückende Situationen auf spielerische Weise zu bearbeiten.

Der therapeutische Nutzen des Lachens steht mittlerweile außer Frage. So konnte der Neuroimmunologe Lee Berk nachweisen, dass beim Lachen die Konzentration der Stresshormone Cortisol, Wachstumshormon und Adrenalin im Blut deutlich abnimmt. Als Folge davon kommt es zu einer Steigerung der Anzahl und Aktivität verschiedener Immunzellen. Dazu zählen sowohl die B- und T-Lymphozyten, die bakterielle und virale Infektionen bekämpfen, als auch die natürlichen Killerzellen, die an der Erkennung und Eliminierung von Tumorzellen beteiligt sind. Die schmerzstillende Wirkung des Lachens ist auf die Ausschüttung von Endomorphinen zurückzuführen. Diese als Glückshormone bekannten Botenstoffe sorgen bei den Lachenden dafür, dass sich die Stimmung weiter aufhellt. Zudem sind sie für die Senkung der Stresshormone im Blut und die Stärkung des Immunsystems mit verantwortlich.

(Fortsetzung auf S. 2)



(Fortsetzung von S. 1 – **Clowns in Kliniken**)

Und die Erwachsenen sollten sich an den Kindern ein Vorbild nehmen. Kinder lachen im Durchschnitt 400 Mal am Tag, Erwachsene nur mickrige 15 Mal. In der Universitäts-Kinderklinik Bochum und der Kinderchirurgie in Herne hält ein Klinik-Clown seit März 2002 ein Mal pro Woche Sprechstunde. In Köln gibt es das auf therapeutische Clownerie spezialisierte Kolibri-Instituts, Leiterin Petra Klapps. Die Finanzierung ist in der Regel durch die Zusammenarbeit mit öffentlichen und privaten Stellen oder durch Firmensponsoring möglich.

## 🌀 Neuer zusätzlicher Tätigkeitsschwerpunkt bei InReha **Leistungen zur Teilhabe für unfallgeschädigte Kinder und Jugendliche**

(ew) InReha hat seinen Tätigkeitsschwerpunkt über die berufliche und psycho-soziale Reintegration von Erwachsenen hinaus ausgebaut. Nachdem die entsprechenden personellen und logistischen Vorbereitungen abgeschlossen sind, beziehen sich die Leistungen des Integrativen Fallmanagements ab sofort auch auf die medizinische, soziale und schulische Eingliederung von Kindern und Jugendlichen. InReha hilft den Kindern und ihrem Umfeld, passende Angebote zu finden, bestehende Angebote zu nutzen, starre Angebote flexibler zu machen und zwischen allen Beteiligten die wichtigen Informationen fließen zu lassen.

Viele InReha-MitarbeiterInnen verfügen in diesem Bereich über besondere Erfahrungen und Qualifikationen. Im Rahmen der für alle MitarbeiterInnen obligatorischen Schulungsveranstaltungen *Einführung in das Integrative Fallmanagement* werden Besonderheiten in der Arbeitsweise vermittelt. Die Auftragsbearbeitung erfolgt durch Basisbericht und Integrationsbegleitung analog der Punkte 2 und 3 der Angebotsliste (06/01 KHV).

Nähere Informationen unter: <mailto:info@inreha.net>

## 🌀 **Beirat ist komplett**

(hp) Neben Herrn **Prof. Thomas Eissing** (Vorsitz), als Jura-Professor an der Fachhochschule Görlitz vor allem in der Ausbildung von Sozialarbeitern tätig und Frau **Gudrun Rischar**, ehem. Handlungsbevollmächtigte bei R & V Versicherung in Wiesbaden und ehem. Leiterin der Reha-Arbeitsgemeinschaft der KH-Versicherer gehört dem InReha-Beirat nun auch Frau **Dr. Angela Schürmann** an. Frau Dr. Schürmann ist Psychiaterin und Neurologin und als leitende Chefärztin am Ostseezentrum für seelische Gesundheit (*psychatrium-Gruppe*) in Neustadt i. Holstein tätig. Ihr besonderes Augenmerk liegt auf der Gestaltung der Übergänge zwischen Klinik und beruflichem und sozialen Umfeld.

Der Beirat stellt InReha sein Experten- und Erfahrungswissen zur Verfügung. Sein Interesse und seine Empfehlungen gelten besonders der Qualitätssicherung im medizinischen, berufskundlichen und rechtlichen Bereich.

Nähere Informationen unter: <mailto:info@inreha.net>



## Aktuelle Gerichtsurteile

### ***Bei andauernder Arbeitsunfähigkeit kein finanzieller Urlaubsausgleich***

(te) Dauerhaft kranke Arbeitnehmer haben keinen Anspruch auf einen finanziellen Ausgleich für die verstrichenen Urlaubstage. Das hat das Arbeitsgericht Frankfurt in einem Urteil festgestellt. Die Richter wiesen damit die Klage einer Angestellten gegen eine Versicherungsanstalt zurück. Während ihrer rund sechs Monate dauernden Krankheit hatte die Frau ihr Arbeitsverhältnis gekündigt. Obwohl sie bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht mehr zur Arbeit erschien, erhob sie Anspruch auf rund 1 300 Euro Urlaubsabgeltung.

Vor Gericht stellte sich jedoch heraus, dass die Arbeitnehmerin auch über das Ende der Kündigungsfrist hinaus krank gewesen war und deshalb den Urlaub auch im Falle des Fortbestehens des Arbeitsverhältnisses nicht hätte nehmen können. Laut Urteil entfällt damit der Anspruch auf einen finanziellen Ausgleich. **AZ.: 4 Ca 7472/01**

### ***Bei Behinderung erlaubte Tierhaltung trotz Hausordnungsverbot***

(te) Nach einem Urteil des Obersten Bayerischen Landesgerichts dürfen behinderte Menschen im Einzelfall ein Haustier in der Wohnung halten, auch wenn die Hausordnung dies untersagt. Das Gericht bezog sich darauf, dass unter Bezugnahme auf Artikel 3 des Grundgesetzes die Durchsetzung eines solchen Tierhaltungsverbot Verbot gegenüber bestimmten Wohnungseigentümern ausnahmsweise gegen Treu und Glauben verstoßen kann.

Das Grundgesetz verbietet in Artikel 3, Absatz 3, Satz 2 die Benachteiligung von Behinderten. Daraus ist nach Ansicht des Gerichts zu folgern, dass behinderte Wohnungseigentümer, die wegen ihrer Behinderung auf die Haltung eines Tieres angewiesen sind, hierzu auch berechtigt sind. Dies gelte nicht nur für die Fälle, in denen Behinderte physisch darauf angewiesen sind, zum Beispiel in Falle von Blindheit auf einen Blindenhund, sondern auch dann, wenn sie für ihr psychisches Wohlergehen die Nähe des Tieres benötigen. Im konkreten Fall hat die Wohnungseigentümerin eine Conterganbehinderung und kann deshalb nur eingeschränkt soziale Kontakte wahrnehmen. Die Richter wiesen die Klage der Mitbewohner zurück, die sich durch das Bellen des Hundes belästigt gefühlt hatten. Um den behinderungsbedingten Nachteil auszugleichen, gestattete das Gericht der Wohnungseigentümerin die Hundehaltung. **AZ: 2 Z BR 81/01**

## **E-Bundesregierung: Anträge und Formulare im Internet**

(hp) Das Dienstleistungsportal des Bundes bietet seit kurzem in einem Online-Formular-Center alle wichtigen Formulare des Bundes, vom Kindergeld- bis zum Bafög-Antrag, zum Download an. Rund eintausend der wichtigsten Formulare des Bundes stehen ab sofort bereit. Der Nutzer kann die benötigten Formulare herunterladen und teilweise auch direkt ausfüllen. Das Finden eines Formulars wird durch verschiedene Suchstrategien, etwa nach Schlüsselwörtern, Fachgebieten oder Behörden, erleichtert.

Link: <http://www.bund.de/Formlar-Center-5992.htm>



Jetzt anmelden zum September-Termin

## 🌀 Trainingsseminar 4step für Unfallgeschädigte

(bf) Das Trainingsseminars 4step bietet Unfallgeschädigten, die ihrer sozialen und beruflichen Eingliederung bisher eher abwartend bis resigniert gegenüber gestanden haben, einen geeigneten Rahmen zur Klärung oder Erweiterung eigener Perspektiven. Ziel ist des Seminars ist es, bei den Teilnehmern die Mobilisierung eigener Ressourcen anzuregen und Motivation und Handlungsfähigkeit für die Umsetzung neuer Schritte zu gewinnen.

Das Gruppenangebot für fünf bis maximal acht Personen setzt dort an, wo in der Regel die Möglichkeiten des Schadenregulierers oder Mitarbeiters des Reha-Dienstes an Grenzen stoßen. Das Training will Unfallgeschädigten helfen, sich aus einer Resignation zu befreien und wieder einen Platz im gesellschaftlichen und beruflichen Leben einzunehmen. Es befasst sich mit den Fragen:

- 🌀 habe ich ein Ziel und wie komme ich dahin ?
- 🌀 bin ich Opfer oder Gestalter meiner Situation ?
- 🌀 welche Energien treiben mich an oder stehen mir im Weg ?

Das dreitägige Seminar mit täglichen Arbeitseinheiten von sechs bis acht Stunden findet in einem ruhig gelegenen Tagungshaus in der Lüneburger Heide statt. Neben Techniken aus dem Bereich Selbstmanagement und Personaltraining finden hier auch ressourcenorientierte Ansätze aus der Spiel- und Theaterpädagogik ihren Raum. Die Leitung des InReha-Seminars liegt bei der Diplomkauffrau Susanne Dahncke-Köster und der Diplompädagogin Birgit Flemming. Nächster Termin ist die Zeit vom 9. bis 11. September 2002.

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter <http://www.inreha.net> oder direkt bei InReha. Das Teilnehmer-Informationsblatt senden wir Ihnen gern zu. Reservierungen und Anmeldungen sind ab sofort per Brief, Fax oder E-Mail möglich.

Kontakt: <mailto:info@inreha.net>

Bewegung bei sogenannten „Altfällen“

## 🌀 InReha-Frühjahrsoffensive noch bis zum 15. Juni 2002

(MS) InReha sorgt mit einer Frühjahrsoffensive für eine Optimierung in der Schadenregulierung bei sogenannten „Altfällen“ in der Kraftfahrt-Haftpflichtversicherung und weist dabei gleichzeitig auf die besonderen Kompetenzen des Reha-Dienstes in der Reintegration auch bei schwierigen Fallkonstellationen (etwa bei psychischen Folgeschäden) hin.

Bei KH-Neuaufträgen in der Zeit vom 15. März bis 15. Juni 2002 hat InReha die Kosten für den Basisbericht um 20 % reduziert, wenn es sich dabei um einen „Altfall“ (mind. 30 Monate nach Unfall) handelt und mindestens zwei Neuaufträge in diesem Zeitraum erfolgen. Auch im Auftragsbereich der Berufsgenossenschaften gibt es jetzt eine Preisaktion.

Weitere Informationen: <mailto:info@inreha.net>



## Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Das IAB-Kompodium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

ist soeben in der Reihe "Beiträge aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung" (BeitrAB) als Band Nr. 250 erschienen. Es ist der Nachfolgebund zu den "Konzepten der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung", die als BeitrAB 70 erschienen waren. Das Ziel des Kompodiums ist es, einen Überblick über im IAB entwickelte oder in den Arbeitsbereichen des Instituts besonders gepflegte Forschungsrichtungen und -methoden zu geben. Die einzelnen Beiträge fassen den erreichten Wissens- und Kenntnisstand zusammen und verzichten dabei weitgehend auf die Darstellung empirischer Forschungsergebnisse. Die insgesamt 45 Aufsätze sind den folgenden neun Themenbereichen zugeordnet:

1. Datensätze, Datengrundlagen
2. Zur Funktionsweise des Arbeitsmarktes
3. Arbeitsmarktprojektionen und Simulationen
4. Betriebliche Arbeitsstrukturen, betriebliche Arbeitsnachfrage
5. Regionale Arbeitsmärkte
6. Chancengleichheit und Arbeitsmarkt
7. Beschäftigungssystem und Arbeitsmarkt - Wirkungsanalysen
8. Ausbildung und Beruf, Berufseinmündung, Berufsverlauf
9. Informationsdienstleistungen

Mehr Informationen zum Kompodium und Online-Bestellmöglichkeit:

<http://www.iab.de/iab/publikationen/beitrab2002.htm> (BeitrAB 250)

## IAB-Kolloquium "Praxis trifft Wissenschaft" am 21. März 2002 zum Thema: Aktivierende Arbeitsmarktpolitik

(hp) Schon vor geraumer Zeit - und nicht erst nach den aktuellen Turbulenzen um die BA - hatte sich das IAB entschlossen, das Thema "Aktivierende Arbeitsmarktpolitik" auf die Tagesordnung seiner neuen Gesprächsreihe zu setzen. Über 70 Vertreter aus Wissenschaft und Praxis waren diesmal zusammen gekommen, um Befunde und Empfehlungen für eine Reform der Arbeitsvermittlung zu diskutieren. Das Hauptaugenmerk galt dabei der Frage, welche Erwartungen man angesichts ungünstiger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen mit einer Strategie der Aktivierung von Arbeitslosen verbinden könne.

Das Tagungsprogramm, die Teilnehmerliste und die einzelnen Beiträge im Volltext finden Sie hier:

<http://www.iab.de/iab/grauepapiere/ptw2.htm>

Quelle: IAB-Newsletter Nr. 6/2002 vom 30.04.2002



## Traumatherapie und Reintegration

von Birgit Michel, Psycholog. Psychotherapeutin

### Was ist ein psychisches Trauma ?

Durch ein Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung - wie z.B. einen lebensbedrohlichen Verkehrsunfall, einen Unfall am Arbeitsplatz, auch durch massives Mobbing, einen Bank- oder Raubüberfall, ein Gewaltverbrechen, eine Naturkatastrophe oder einen anderen schweren persönlichen Schicksalsschlag - kann es zu einem psychischen Trauma kommen. Solch tief erlebte Erfahrungen können unser Leben verändern, eine tiefe Verstörung hervorrufen und alle bisherigen persönlichen Einstellungen und Konzepte von Grund auf erschüttern.

*Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn die natürlichen Reaktionsmöglichkeiten - z.B. Kampf oder Flucht - unmöglich sind. Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit.<sup>1</sup> Da es in der Regel unmöglich ist, eine solche traumatische Situation im Moment des Geschehens adäquat zu verarbeiten, erfolgt die Verarbeitung als prozesshafter Vorgang, der danach andauert.*

**Typische Symptome**, die fast jedes Traumaopfer zeigt, sind z.B. folgende:

- ☞ Intrusionen (Flashbacks, Alpträume, sich aufdrängende Bilder, Nachhallerinnerungen, unangenehme Sinneseindrücke)
- ☞ Vermeidung und Verleugnung von Orten, Menschen, Gefühlen, Gedanken und Situationen,
- ☞ die an das Trauma erinnern (emotionale Betäubung, eine gewisse Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, eine Art innere Lähmung - "Zombie-Gefühl" = "Konstriktion"
- ☞ Übererregbarkeit, Aggressionen, Erhöhte Schreckhaftigkeit, Gereiztheit,
- ☞ Depressionen, Selbstzweifel, Schuld-, Schamgefühle,
- ☞ Ein- u. Durchschlafstörungen, Gedächtnis-, Konzentrationsstörungen, Spannungszustände.

In einem natürlichen Verarbeitungsprozess, in dem es normalerweise zu einem Schwanken zwischen den verschiedenen Verfassungszuständen kommt, kann das traumatische Ereignis innerhalb von 6 – 8 Wochen bei günstigem Verlauf verarbeitet, bzw. integriert werden. Dies kann erfolgen durch wiederholtes Erzählen, Verträumen, Ablenken. Auch eine Rekonstruktion des traumatischen Ereignisses kann sich positiv auswirken. Dabei ist ein verständnisvolles Umfeld sehr wichtig, von diesem „gesehen, gehört, berührt“ zu werden, d.h. den anderen „brauchen zu dürfen“ ohne Gegenleistung. Dabei können Intrusionen „angetriggert“ werden im Wachzustand, die in Folge versucht werden zu vermeiden. Danach ist ein Erinnern möglich ohne Flashbacks oder „Zombie-Gefühl“.

Zu Störungen dieses Prozesses kann es z.B. durch „falsche“ Reaktionen im privaten oder beruflichen Umfeld kommen. Aus einer akuten **traumatischen Belastung** würde eine akute **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**.

(Fortsetzung auf S. 7)



(Fortsetzung von S. 6 – **Traumatherapie und Reintegration**)

Ein Misslingen der Verarbeitung zeigt sich in Form von **chronifizierten PTBS** - *“es heilt die (seelische) Wunde nicht spontan wieder zu, sondern es entstehen Heilungskomplikationen.....so kann ein Opfer eines schweren ...Unfalls durchaus direkt nach dem Ereignis eine akute Belastungsreaktion, 4 Wochen später eine PTBS und in den Monaten danach eine Panikstörung entwickeln.”*<sup>12</sup>

Die Bildung einer PTBS kann entstehen durch eine **Monotraumatisierung** oder eine Traumatisierung auf dem Hintergrund einer **Polytraumatisierung** aus früherer Zeit, was wiederum zu einer stärkeren Ausprägung von Symptomen des PTBS oder sogar Kopplung verschiedener Krankheitsbilder führen kann. Außer der PTBS können sich nach psychischen Traumatisierungen auch viele andere Störungen und Syndrome entwickeln. Es folgen einige Beispiele:

- ☞ Konfusion, Orientierungsverlust, Panik, Kontrollverlust, “hysterisches” Verhalten
- ☞ Störungen des Bewusstseins - Dissoziation, Wahrnehmungsstörungen, Depersonalisation und
- ☞ Derealisation, (selbstverletzendes Verhalten zur Vermeidung dieser Störungen)
- ☞ Extremes Vermeidungsverhalten bis zu Medikamenten- und Drogenabusus,
- ☞ phobische oder zwanghafte Symptome, Angstzustände, Essstörungen,
- ☞ Überflutungszustände, persistierende Bilder und Gedanken, traumatische Amnesie,
- ☞ psychosomatische Reaktionen, “Körper-flash-backs”, Somatisierungsstörungen.<sup>1</sup>

## Trauma-Behandlungsansätze – in der Vielfalt liegen die Möglichkeiten

Lange Zeit war die Therapie von PTBS schulenspezifisch ausgerichtet, heute (in Deutschland in den 80iger Jahren beginnend) greift immer mehr ein Therapiekonzept, das sich aus dem Austausch zwischen den verschiedenen therapeutischen Schulen und Richtungen entwickelt und zu einer Integration von hilfreichen Vorgehensweisen aus verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen geführt hat. Dabei werden in den letzten Jahren auch vermehrt neurophysiologische und neurobiologische Zusammenhänge miteinbezogen. Zu nennen sind folgende Therapien :

Hypnotherapie, beziehungsorientierte psychoanalytische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP), EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), auch Ansätze in der Gestalt-, Psychodrama- und Systemischen Therapie.

Zu einer tragfähigen therapeutischen Beziehung in der Traumatherapie gehören folgende Grundhaltungen des Psychotherapeuten:

(Fortsetzung auf S. 8)



(Fortsetzung von S. 7 – **Traumatherapie und Reintegration**)

- ☺ eine "parteiliche Abstinenz", verbunden mit Ehrlichkeit und langsam wachsender Offenheit
- ☺ erhöhte Berücksichtigung der Individualität und seiner speziellen Situation (auf dem Hintergrund einer erlebten "Entindividualisierung" - warum gerade ich?) ,
- ☺ Wiederermächtigung ("empowerment") - eine im Gegensatz zum erlebten heftigen Gefühl der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes – "die Kontrolle über die Gefühle des Kontrollverlustes"
- ☺ Förderung des Erlernens von Distanzierungstechniken,
- ☺ Verhandeln des therapeutischen Behandlungsrahmens, Entstehung eines echten Dialogs,
- ☺ Förderung eines Klimas der Zuverlässigkeit und Vorhersagbarkeit.<sup>2</sup>

## **Psychodynamisch imaginative Traumatherapie**

Der Therapieansatz der Psychodynamisch imaginativen Traumatherapie (nach Luise Reddemann u. Ulrich Sachse) ist integrativ und theoretisch psychodynamisch begründet. In ihr sind psychoanalytisch orientierte Anwendungen des imaginativen Erlebens, mentale Imaginationstherapien, wie KiP und Imagination in der Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, (Autogenes Training nur eingeschränkt), EMDR, Körpertherapie, Kraftsport, Selbstbehauptung und Aromatherapie, miteinander verbunden. Diese gemeinsam tragen zu Veränderungen bei, durch

- ☺ Wiedergewinnung der Selbstkontrolle
- ☺ Umdeutung des inneren Dialogs, Gewinnung von Selbstschutz und Selbstberuhigungsstrategien
- ☺ mentales Üben von Verhaltensalternativen, die zur Entwicklung von Bewältigungsreaktionen und Fähigkeiten beitragen und das Selbstmanagement fördern.

Als physiologische Grundlage von Traumaerleben gilt eine veränderte Informationsverarbeitung im Gehirn als nachgewiesen. *Da imaginative Fähigkeiten in sehr vielen verschiedenen Arealen des Gehirns sowohl der linken als auch der rechten Hemisphäre gespeichert zu sein scheinen, vermuten wir, dass es eher zu neuronalen Bahnungen, die das Reprozessieren des traumatischen Materials ermöglichen, kommen kann.*<sup>1</sup>

Die Psychodynamisch imaginative Traumatherapie untergliedert sich in drei Phasen, die in aller Ausführlichkeit innerhalb einer Klinik, dann aber auch in Teilen ambulant durchgeführt werden kann:

### **1. Stabilisierungsphase**

*Anfangs geht es ganz darum, den ungesteuerten inneren Bildern gesteuerte, kontrollierte, nur gute Imagination entgegen zu setzen.*<sup>1</sup> Dies erfolgt mit imaginativen Übungen, Meditationsübungen, Gruppentherapie und Imagination Das Entdecken der Ressourcen und besonderen Fähigkeiten von Traumati-

(Fortsetzung auf S. 9)





(Fortsetzung von S. 8 – **Traumatherapie und Reintegration**)

sieren, das Auffinden von Selbststabilisierungsimpulsen und Selbstheilungsversuchen ist dabei besonders wichtig (Stabilität mit Medikation kann vorübergehend auch mal notwendig sein), Dissoziationsstop, Körpertherapie, Kraftsport, Selbstbehauptung und Selbstverteidigung, Aromatherapie.

## 2. Traumaexpositionstechniken

Ziel jeder Traumaexposition (z.B. mittels Bildschirmtechnik, Fahrstuhltechnik, EMDR) ist es, eine Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körpersensationen herbeizuführen und eine Integration der traumatischen Erfahrung in das Spektrum der Gesamtpersönlichkeit herbeizuführen. Diese Behandlungsphase wird nur bei TraumapatientInnen angewandt, die über genügend Ich-Stärke verfügen, daneben ist die Arbeit an der äußeren sozialen Stabilität eine Grundvoraussetzung. Bei vielen PatientInnen beschränkt sich die Behandlung auf die Stabilisierung.

Bei der **EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing)**-Traumatherapie handelt es sich nicht um eine neue Therapierichtung, sondern um ein schulenergänzendes Zusatzverfahren. Die psychodynamisch-behaviorale Behandlungsmethode gehört heute zum internationalen Behandlungsstandard. *Es handelt sich um eine visuell-konfrontative, entspannende und stark unterstützende Methode. Bilateral wechselnde Sinnesreize (induzierte Augenbewegungen, Antippen der Hände, Schnippen mit den Händen) bringen die Verarbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen neu in Gang und führen sie zu Ende.*<sup>3</sup> Nach Reddemann sollte dieses Verfahren nicht in jedem Behandlungsfall innerhalb der Traumatherapie angewandt werden.

## 3. Betrauern, Neuorientierung und Integration in das Lebensumfeld

In dieser Phase, in der es bei Geschädigten mit Traumaerfahrung um die Wiederherstellung sozialer Kontakte, die Unterstützung in der beruflichen Orientierung und ggf. die Berücksichtigung juristischer Konsequenzen geht, kann der Eingliederungserfolg wesentlich durch Voraussetzungen im Umfeld beeinflusst werden.

### **Personen im sozialen Umfeld, Integrationsbegleiter, aber auch Rechtsanwälte und Schadenbearbeiter sollten**

- ☺ um die Möglichkeit wissen, dass sich hinter einer anhaltenden Störung ursächlich eine zurückliegende Traumatisierung verbergen kann,
- ☺ über Kenntnisse und Erfahrungen in Stabilisierungstechniken verfügen, um auch in der Konfrontation mit dem PatientInnen das Trauma aushalten zu können und die Erarbeitung eines "Notfallkoffers" beherrschen (s. Reddemann),
- ☺ Erfahrungen im Erkennen der eigenen Begrenztheit im therapeutischen Umgang mit TraumapatientInnen haben, d.h. sich („nur“) als unterstützender Begleiter in der 1. Phase des Hinführens in eine Traumatherapie begreifen,
- ☺ eine Liste von Therapiemöglichkeiten bereithalten und pflegen (mit Adressen von speziellen Kliniken und speziell geschulten medizinischen/psychologischen Trauma-Psychotherapeuten), bereit sein, sich über Hintergründe einer traumabedingten psychischen Erkrankung fortzubilden und sich gegebenenfalls in speziell gelagerten Fällen supervidieren zu lassen.



## Literatur zu *Traumatherapie und Reintegration*:

- <sup>1</sup> **Luise Reddemann, Ulrich Sachse**, Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1, "Stabilisierung", in: Persönlichkeitsstörungen 03/97, S. 103 – 112, Schattauer-Verlag, Stuttgart
- <sup>2</sup> **Arne Hoffmann**, EMDR in der Therapie PTBS, Thieme-Verlag, Stuttgart, 1999
- <sup>3</sup> **Francine Shapiro**, EMDR - Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 2.Aufl., Jungfermann Verlag, Paderborn 2001

## Hintergrund Arbeitsmarkt Hat die ABM ausgedient?

(hp) Lange Zeit galt die Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) als das Standardinstrument der Arbeitsverwaltung zur Integration besonders Benachteiligter. In der Vergangenheit war wiederholt Kritik an dieser Maßnahmeform geübt und deren Anzahl bereits bundesweit um 30 % worden. Im Zuge der Neuerungen des Job-AQTIV-Gesetzes sind nun wesentliche Punkte der ABM verändert worden (vgl. §§ 260 –271 SGB III).

Die Hauptkritik an der ABM-Manie war, dass die Maßnahme im Verhältnis zum (finanziellen) Aufwand zu recht geringen Vermittlungserfolgen führte, wobei allerdings häufig die besonderen Vermittlungshemmnisse bei den ABM-Beschäftigten außer Acht gelassen wurden. Zudem waren sowohl für Beschäftigungsträger als auch für Beschäftigte die Anreize gering, sich aus einer laufenden Maßnahme heraus auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu bewerben. Zum 01.01.2002 wurden nun mehrere Änderungen in Kraft gesetzt:

1. Die Wartezeit auf eine ABM entfällt (Die Einmündung ist nach dem 1. Tag der Arbeitslosigkeit möglich).
2. ABM-Träger müssen am Ende dem Arbeitsamt eine Teilnehmerbeurteilung (Fortschreibung des Profiling) vorlegen.
3. ABM-Träger können zukünftig mit der Vermittlung beauftragt werden.
4. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen müssen zu mindestens 20 % Qualifizierung oder Praktika beinhalten (gilt nicht für Beschäftigte ab 55 Jahren).
5. Unter bestimmten Voraussetzungen kann hinsichtlich der Tätigkeit auf das Kriterium „Zusätzlichkeit“ verzichtet werden.
6. Für den Bewerber gilt eine dreijährige Frist vor einer neuerlichen Zuweisung.
7. Betriebe können künftig zwischen der bisherigen Finanzierungsform und einer nach Qualifikation gestaffelten Pauschale, aus der heraus erstmals auch Rücklagen gebildet werden können, wählen.

Ganz offensichtlich hat der Gesetzgeber die Betonung der Wiedereingliederung im Auge gehabt. Die Praxis zeigt allerdings schon jetzt, dass die Realitäten bei der Zielgruppe und auch bei den Maßnahmeträgern unzureichend berücksichtigt worden sind. In dieser Form ist die ABM für manche Träger nicht mehr praktikabel. In der Folge wird sich der kontinuierliche ABM-Abbau im stärker zugunsten von Struktur Anpassungsmaßnahmen (SAM) fortsetzen.



## Neuerscheinung: Wissenspool Innovation

Im Buchverlag der FAZ ist der "Wissenspool Innovation", ein Kompendium für Zukunftsgestalter, erschienen. Das Buch soll ein Nachschlagewerk für alle sein, "die aktiv die Zukunft gestalten wollten, unabhängig davon, ob es sich um beschäftigungssteigernde Produkt-Innovation, zeitsparende Prozess-Innovation, kostensenkende Struktur-Innovation oder um marktsichernde Standort-Innovation handelt". Autoren sind Professor Hans-Joerg Bullinger, Institutsleiter des Fraunhofer IAO, und der Unternehmensberater Gerhard H. Schlick.

*Schlick, G. H., Bullinger, H.-J.:* Wissenspool Innovation  
Frankfurt 2002, ca. 320 Seiten, Hardcover,  
EUR 48.00, ISBN 3-89843-070-7

Info und Bestellung: <http://www.fazbuch.de/>

InReha überall regional spätestens ab 01.10.2002

## 🌀 Aufbau des bundesweiten Kompetenznetzwerks fast vollendet

(hp) Schneller als erwartet geht der Aufbau des bundesweiten Kompetenznetzwerks für Reintegration voran, den InReha seit dem vergangenen Jahr mit Nachdruck betreibt. Nachdem InReha zunächst ausschließlich für den gesamten norddeutschen Raum (zwischen Flensburg und Kassel) regionale Netze aus berufskundlichen, arbeitsmedizinischen, psychosozialen und Assessment-Kompetenzen geknüpft hat, beginnt jetzt ein neues Kapitel für den Reha-Dienst.

Der Stamm der regionalen MitarbeiterInnen im Süden Deutschlands wurde durch besonders erfahrene und eigengeschulte Fachkräfte deutlich erweitert, so dass heute bereits die berufliche und psychosoziale Eingliederung von Flensburg bis Garmisch-Partenkirchen als beinahe vollständiges Netzwerk umgesetzt werden konnte. Der offizielle „Bundesstart“ ist für den 1. Oktober dieses Jahres vorgesehen. Bis dahin fragen Sie bitte für den süddeutschen Auftragsfall noch nach, ob das jeweilige regionale Netz schon besteht. Alle Berufsgenossenschaften, in deren Bezirk wir tätig bereits tätig sind, haben wir in den letzten Tagen darüber informiert.

Weitere Informationen: <mailto:info@inreha.net>

-----  
**Abbestellung:** Wenn Sie diesen newsletter nicht mehr erhalten möchten, tragen Sie bitte in die Betreffzeile nur ein: „stop newsletter“ und senden die leere E-Mail an:  
<mailto:info@inreha.net>

**Neuanmeldung:** Sind Sie noch nicht in die Bezieherliste des newsletters eingetragen und möchten Sie sich eintragen oder Mitarbeiter oder Kollegen anmelden, dann tragen Sie bitte in die Betreffzeile nur ein: „abo newsletter“ und senden die leere E-Mail an:  
<mailto:info@inreha.net>

**Beiträge, Rückmeldung, Anregungen, Interessen:** Wir freuen uns über Ihrer Beitrag oder Ihre Anregungen. Oder teilen Sie uns einfach mit, was Sie in der nächsten Ausgabe des InReha-newsletter gern lesen möchten.  
E-Mail an: <mailto:info@inreha.net>

**Copyright:** Für die öffentliche Verwendung der im newsletter veröffentlichten Artikel bedarf es der schriftlichen Zustimmung der Redaktion.