

# Berufliche Reintegration in einer neurologischen Phase II-Einrichtung

M. Spranger

---

## Einleitung

---

Die berufliche Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten ist ein wesentliches Ziel der spezifischen neurologischen Rehabilitation. Untersuchungen in den Vereinigten Staaten belegen die enorme ökonomischer Bedeutung einer gelungenen Wiedereingliederung. Allein im ersten Jahr verursacht ein Schädel-Hirn-Trauma insgesamt 1,1 Mrd. Dollar an Lohnausfall, Steuerausfall und finanzieller Unterstützung durch die Gesellschaft (Johnstone et al, 2003).

Verschiedene prospektive Studien haben gezeigt, dass intensive Trainingsmaßnahmen die Reintegration in den Beruf verdoppeln (Wehman et al, 1995). Eine medizinische Rehabilitation allein ist jedoch nicht ausreichend für eine gesteigerte Reintegration in den Beruf (Prigatano et al, 1994). Daher hat sich bereits in den 70er Jahren in Deutschland die medizinisch-schulisch/berufliche Rehabilitation etabliert. Aufgabe dieser Einrichtungen der Phase II ist es, in einem nahtlosen Rehabilitationsprozess von der Frührehabilitation bis zur Reintegration in Familie und Gesellschaft, Schule, Ausbildung und Beruf unter einem Dach“ umfassende und miteinander verzahnte Leistungen zur medizinischen, schulischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitation zu erbringen („Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1998). Die Rehabilitation umfasst zeitgleich und ineinandergreifend medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation sowie diesen immanent die psychosoziale Rehabilitation (s. u.a. Rahmenempfehlungen nach § 111 a SGB V, 1999; Runderlass 42/96, Bundesanstalt für Arbeit 1996). Hierfür stehen neben der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Fachkräften in den verschiedenen Abteilungen eine Berufstherapie mit unterschiedlichen Berufsfeldern (Metalltechnik, kaufmännisch und verwaltende Beru-

fe, Elektrotechnik/Elektronik, Hauswirtschaft, Technische Kommunikation und Montage) zur Verfügung.

Um die Effektivität der umfassenden medizinisch-/beruflichen Leistungen zu evaluieren, wurde jetzt eine prospektive katamnestische Studie durchgeführt. Im Rahmen der Qualitätssicherung sollte die berufliche Wiedereingliederung und dabei auftretende Schwierigkeiten untersucht werden und mit der am Ende der Rehabilitation ausgesprochenen Empfehlung verglichen werden.

## Patienten und Methoden

---

In die Studie wurden alle Patienten aufgenommen, die im Jahr 2000 in der Abteilung „Neurologische Berufstherapie“ des Neurologischen Rehabilitationszentrums Friedehorst eine Arbeitstherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oder eine berufsvorbereitende Maßnahme erhalten hatten.

Insgesamt 95 Patienten (58 männlich, Altersmedian 22 Jahre) überwiegend nach einem Schädelhirntrauma (n=54) wurden in die Studie aufgenommen.

Es handelte sich überwiegend um Patienten mit einer schweren Hirnschädigung. Bei Aufnahme in das NRZ befanden sich ein Drittel der Patienten noch in der Phase C (32,6 %), bei Entlassung noch 15,1 %: Der Frühreha-Barthel-Index stieg im Verlauf der Rehabilitation von 82,4 auf 92,3 Punkte, die Disability-Rating-Scale sank von 3,9 auf 2,5 Punkte.

Die Verweildauer (VWD) betrug im Median 162 Tage. Haupteinflussfaktor war weder das Alter noch das Geschlecht noch der Pflegeaufwand bei Aufnahme. Die VWD der Patienten mit einem Eingangs-FRBI von 85 und mehr Punkten (174 Tage) unterschied sich nicht signifikant von den mit weniger als 85 Punkten (160). Vielmehr beeinflusste die Dynamik der Rehabilitation gemessen am FRBI die Verweildauer. Diese betrug bei Patienten mit einer Veränderung zwischen 0 und 15 Punkten 106 Tage, während Patienten mit einer Veränderung von mehr als 15 Punkten insgesamt 214 Tage rehabilitiert wurden.

Ein Jahr nach Entlassung wurde die berufliche Wiedereingliederung mittels Fragebogen untersucht. Der Rücklauf betrug 61 von 95 Fragebögen.

## Ergebnisse

Bei Ende der Rehabilitationsmaßnahme wurde in 29,5 % eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, in 18,0 % eine Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt, in 8,2 % eine Ausbildung in einem Berufsbildungswerk und in 8,2 % eine Integration in eine Werkstatt für behinderte Menschen empfohlen. In 36 % konnte keine Empfehlung abgegeben werden. (Abb. 1).

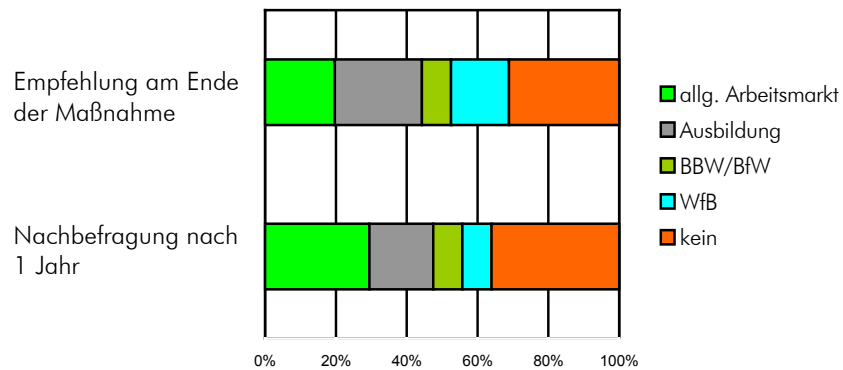


Abb. 1

In der Nachuntersuchung ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation stellte sich heraus, dass die Integration in den ersten Arbeitsmarkt, entweder als Tätigkeit oder in Ausbildung der Empfehlung entsprach, allerdings waren mehr Menschen berufstätig und weniger in Ausbildung als empfohlen. Auf der anderen Seite waren weniger Rehabilitanden in einer Werkstatt für behinderte Menschen integriert als empfohlen, so dass mehr Patienten ohne eine Tätigkeit waren. Insgesamt waren 1 Jahr nach Entlassung ca. 50% auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert, ca. 8% in eine Werkstatt für behinderte Menschen, während 1/3 der Rehabilitanden keiner Beschäftigung nachgingen.

Die ganz überwiegende Mehrzahl der Rehabilitanden hatte den Arbeits-, bzw. Ausbildungsplatz durch Eigeninitiative oder persönliche Beziehungen gefunden, nur ein geringer Prozentsatz wurde über professionelle Organisationen wie Arbeitsagenturen, Integrationsämter oder Psychosoziale Dienste vermittelt.

Bei 59 % der Rehabilitanden erfolgte der berufliche Wiedereinstieg vollschichtig, ein Jahr später arbeiteten 74,4 % ganztags. Knapp zwei Drittel hatten ein Jahr nach Rehabilitation einen befristeten Arbeitsplatz, der Anteil ehemaliger Patienten, der schon die zweite oder dritte Arbeits- oder Ausbildungsstelle inne hatten, war mit 30,7 % unerwartet hoch.

Die Mehrzahl der ehemaligen Patienten wurde am Arbeitsplatz nicht professionell betreut, obwohl laut Eigenauskunft 28,2 % über Probleme am Arbeits- oder Ausbildungsplatz klagten und sich 59,0 % durch die Behinderung in ihrer Berufstätigkeit beeinträchtigt fühlten. Bei keinem wurde der Arbeitsplatz wegen einer Behinderung umgestaltet.

## Diskussion und Ausblick

---

Die Katamnese studie an einem kompletten Jahrgang von Rehabilitanden, die im Jahr 2000 im NRZ Friedehorst eine arbeitstherapeutische Behandlung oder eine berufsvorbereitende Rehabilitationsmaßnahme erhielten, zeigt erstens, dass die am Ende der Rehabilitation ausgesprochenen Empfehlungen mit den tatsächlichen Beschäftigungsverhältnissen ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation gut übereinstimmen. Dies ist nur möglich aufgrund der eingehenden, multidisziplinären Diagnostik und der individuellen Therapie, häufig unter Einbeziehung von Betriebspraktika.

Zweitens kann der vergleichsweise hohe Prozentsatz von ca. 50% Integration in den ersten Arbeitsmarkt in Anbetracht der hohen Schädigungsgrade bei Aufnahme der Patienten in die Rehabilitation als Erfolg gewertet werden.

Drittens besteht in Anbetracht von fast 40% der Patienten, die ein Jahr nach Entlassung in keinem Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis sind, sowie die vergleichsweise hohe Abbrecherquote von Beschäftigungsverhältnissen sowie dem weitgehenden Fehlen von Betreuung am Arbeitsplatz bei bestehenden Problemen Handlungsbedarf. Die Diskrepanz zwischen geschilderten Problemen am Arbeitsplatz und fehlendem Bedarf an Unterstützung weist auf die schon häufig beschriebene besondere Gefährdung von Patienten mit exekutiven Symptomen und einer unrealistischen Selbsteinschätzung (Sherer et al., 1998).

Es ist daher notwendig zur Sicherung des Rehabilitationserfolges, dass die professionellen Betreuer aktiv auf die entlassenen Patienten zugehen. Da in der behandelnden Rehabilitationsklinik das know-how vorhanden und der Patient bekannt ist, ist diese prädestiniert für die Steuerung der (Re)-Integration der beeinträchtigten Menschen in Schule, Beruf und Gesellschaft über die stationäre Phase der Rehabilitation hinaus. Entsprechend des von Wehmann et al (1995)

beschriebenen Modells wurde in Absprache mit den Renten- und Unfallversicherern sowie den Berufsgenossenschaften am Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst ein Nachsorgekonzept entwickelt, welches den Rehabilitationserfolg sichern, die -ergebnisse festigen soll und Abbrüche in der kritischen Phase der Reintegration verhindern oder zumindest verringern soll. Als „job coach“ fungieren Berufstherapeuten, bei Bedarf auch Sozialarbeiter und/oder Neuropsychologen des Reha-Zentrums, die bis zu 6 Visiten in den Betrieben in den drei Monaten nach Entlassung durchführen. Erste Ergebnisse sind vielversprechend und unterstützen die Daten aus einer Katamnesestudie, die 10 Jahre nach einer Hirnschädigung ein besseres Outcome bei solchen Patienten fand, die eine gestufte und längerfristige unterstützte Wiedereingliederungsmaßnahme erhalten hatten (Johnson, 1998).

Da das NRZ Friedehorst wie die meisten Rehabilitationszentren über ein überregionales Einzugsgebiet verfügen, müssen darüber hinaus Netzwerke gebildet werden, in die ein Patient nach Entlassung aus der Rehabilitation übergeben werden kann. In einem zukünftigen Projekt werden zunächst die Verfahrensweisen für eine Weiterleitung aus der Rehabilitation in die wohnortnahe, betriebliche Eingliederung, sowie Qualitätsstandards definiert werden. Neben den organisatorischen Rahmenbedingungen muss jedoch auch die Finanzierung dieses Angebotes sichergestellt werden. Die erfolgsversprechende individuelle Betreuung von hirnverletzten jungen Menschen ist personal-, damit kostenintensiv, und nicht im Rahmen standardisierter und funktionszentrierter Gruppentherapien zu erreichen. Auch wenn zu Beginn der (Re-) Integration der finanzielle Aufwand für die Kostenträger höher erscheint, ist gerade für junge Menschen mit der Perspektive eines langen Berufslebens ein solcher Ansatz auch ökonomisch sinnvoll.

Die Ergebnisse dieser Überleitungen werden in Kooperation mit der Bremer Universität zu einem späteren Zeitpunkt evaluiert werden.

---

## Literatur

- Johnson, R. (1998) How do people get back to work after severe head injury? A 10 year follow-up study. *Neuropsych Rehabil*, 1, 61-79
- Johnstone, B., Mount, D., Schopp, L.H. (2003) Financial and vocational outcomes 1 year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 84, 238-241
- Prigatano, G., Klonoff, P., O'Brien, K., Altman, I.M., Amin, K., Chiapello, D., Shepard, J., Cunningham, M., Mora, M. (1994), Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation. *J. Head Trauma Rehabilitation*, 9, 91-91

- Sherer, M., Bergloff, P., Levin, E, High, W.M., Oden, K.E., Nick, T.G. (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J. Head Trauma Rehabil.* 13, 52-61
- Wehmann, P.H., West, M., Kregel, J., Sherron, P.D. Kreutzer, J.S. (1995). Return to work for persons with severe traumatic brain injury. A data-based approach to program development. *J Head Trauma Rehabil.* 10, 27-39

### *Korrespondenzadresse*

PD Dr. med. Matthias Spranger  
Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Friedehorst  
Rotdornallee 64  
28717 Bremen-Lesum  
Telefon: 0421/63 81 501  
Telefax: 0421/63 81 594  
E-mail: spranger@friedehorst.de