

Berufliche Reintegration in einer neurologischen Phase-II-Einrichtung

M. Spranger

Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst, Bremen

Schlüsselwörter

■■■ fehlen!

Key words

■■■ fehlen!

Berufliche Reintegration in einer neurologischen Phase-II-Einrichtung

Seit 30 Jahren existiert in Deutschland die medizinisch-berufliche Rehabilitation: Sie verknüpft schon frühzeitig im Verlauf der Rehabilitation medizinische Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben miteinander und überwindet so die Schnittstelle zwischen beiden Rehabilitationsformen. In einem nahtlosen Prozess erfolgt die medizinische und berufsfördernde Rehabilitation vielmehr "unter einem Dach" zeitgleich und ineinandergreifend. Um die Effektivität der medizinisch-beruflichen Rehabilitation zu überprüfen, wurde am Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst ein kompletter Jahrgang von Rehabilitanden, die eine arbeits- oder berufstherapeutische Leistung erhielten, 5 Jahre lang nachverfolgt. Es handelte sich um Jugendliche und junge Erwachsene, von denen ca. 80% zu Beginn der medizinisch-beruflichen Rehabilitationsphase lebenspraktisch nicht selbstständig war. Ein Jahr nach Entlassung befanden sich 50%, nach 5 Jahren sogar 60% in einer Tätigkeit oder Ausbildung auf dem freien Arbeitsmarkt, die übrigen in weiteren Qualifizierungsmaßnahmen, in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder ohne Beschäftigung. Ein hoher Anteil der Rehabilitanden berichtete von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder bei der Arbeitsplatzsuche. Um die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme zu erhöhen, wurde daher ein Nachsorgeprogramm initialisiert.

Back to work-strategies in neurological rehabilitation

Medical-occupational rehabilitation exists since 30 years in Germany. This specific kind of rehabilitation integrates medical and vocational rehabilitation very early in the process of recovery instead of a sequential treatment. We conducted a follow-up study to show the outcome after integrated medical-vocational rehabilitation. 95 adolescents and young adults, who in the majority lacked independence in every day life tasks on admittance were followed for 5 years. One year after

discharge 50% were in regular work or job training, after 5 years even 60%. The remaining group were in qualifying programs, in sheltered workshops for handicapped people or without work. Many patients had difficulties in finding work or complained of problems at work. Therefore, an outpatient postrehabilitation program was initiated to enhance reintegration.

Einleitung

Die berufliche Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten ist ein wesentliches Ziel der spezifischen neurologischen Rehabilitation. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass intensive Trainingsmaßnahmen die Reintegration in den Beruf erhöhen [5]. Eine medizinische Rehabilitation allein ist allerdings nicht ausreichend für eine erfolgreiche Reintegration in den Beruf [3]. Daher hat sich bereits in den 70er Jahren in Deutschland die sogenannte medizinisch-schulisch/berufliche Rehabilitation etabliert. Hier werden medizinische Leistungen und schulisch-berufliche Leistungen frühzeitig miteinander verknüpft, anstelle dass diese – wie meist üblich – sequenziell aufeinander folgen (Abb. 1). Letzteres geht meist mit einem Wechsel der Einrichtung und damit der professionellen Bezugspersonen einher.

Die Rehabilitation in einer Einrichtung der Phase II hingegen erfolgt nahtlos von der Frührehabilitation bis zur Reintegration in Familie und Gesellschaft, Schule, Ausbildung und Beruf. "Unter einem Dach" erfolgt die zeitgleiche und ineinandergreifende medizinische und berufsfördernde Rehabilitation einschließlich der notwendigen psychosozialen Rehabilitation. Im Verlauf des Rehabilitationsprozesses nimmt der Bedarf an medizinischer Leistung kontinuierlich ab, während

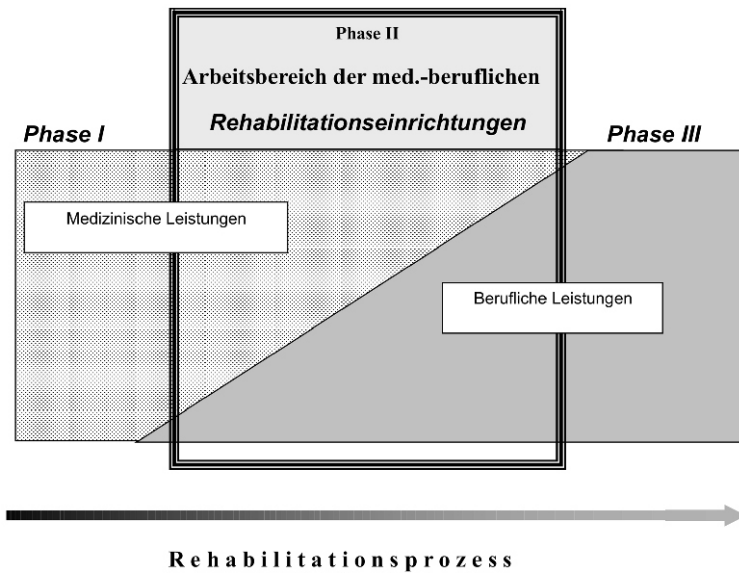


Abb. 1. Schematische Darstellung der Phase-II-Rehabilitation mit simultanen, nicht sequenziellen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen im Verlauf des Rehabilitationsprozesses.

das Angebot an schulisch-beruflichen Leistungen sukzessive gesteigert wird. Hierfür steht neben ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Fachkräften in den verschiedenen Abteilungen eine Berufstherapie mit unterschiedlichen Berufsfeldern (z.B. Metalltechnik, kaufmännische und verwaltende Berufe, Elektrotechnik/Elektronik, Hauswirtschaft, Technische Kommunikation und Montage) zur Verfügung.

Ein Problem für die Durchführung dieses sinnvollen und als frühes Modell einer integrierten Versorgung von den Kostenträgern gewünschten Konzepts stellt allerdings das gegliederte Gesundheitssystem dar: Einerseits sind nach SGB V in Kostenträgerschaft der Krankenversicherungen Leistungen zur beruflichen Teilhabe nicht vorgesehen, andererseits werden im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Kostenträgerschaft der Arbeitsverwaltung keine medizinischen Anteile der Rehabilitation getragen. Daher sind viele Patienten im Verlauf ihres Rehabilitationsprozesses einem Kostenträgerwechsel unterworfen, wovon die angestrebte und mögliche Nahtlosigkeit bedroht ist.

Insbesondere bei Jugendlichen bedarf es aufgrund der neurobiologischen Besonderheiten des sich entwickelnden Gehirns einer umfassenden multiprofessionellen Überprüfung, einschließlich einer sehr differenzierten

neuropsychologischen Diagnostik, bevor die Aussage getroffen werden kann, dass ein junger Mensch eine erworbene zerebrale Schädigung folgenlos überstanden habe. Dabei geht es darum festzustellen, ob die für das ganze weitere Leben entscheidende Fähigkeit zum Neu-Lernen im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich unbeeinträchtigt geblieben ist bzw. gezielter Rehabilitationsmaßnahmen bedarf. So dürfen zum Beispiel auch als "leicht" eingeordnete Schädel-Hirn-Traumen im Kindesalter nicht "leicht genommen" werden. Auch sie werden nicht immer folgenlos überstanden und bedürfen der langfristigen Überprüfung.

Notwendig ist daher insbesondere im Jugendalter eine Rehabilitation mit altersentsprechenden Mitrehabilitanden. Die Interaktion der Jugendlichen untereinander ist hinsichtlich des Zieles einer bestmöglichen Integration in die Gleichaltrigengruppe durch keine noch so qualifizierte professionelle Therapie zu ersetzen. Die Aufgabe der Behandler, die möglichst aus verschiedenen Fachgruppen wie Heil-, Sozial-, Sonder- und Neuropädagogen zusammengesetzt sein soll, ist vielmehr die gezielte – therapeutische – Steuerung der Interaktion der Jugendlichen untereinander. Sie müssen daher auf die speziellen Bedürfnisse von Jugendlichen eingearbeitet und dafür ausgebildet sein. Notwendig sind darüber hinaus spezifische Behandlungskonzepte, die Schule, Ausbildung und jugendspezifische Lebensthemen berücksichtigen und miteinander verbinden.

Studie zum Rehabilitationsergebnis

Um die Effektivität der medizinisch-beruflichen Rehabilitation zu überprüfen, wurde am Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst ein kompletter Jahrgang von Rehabilitanden, die eine arbeits- oder berufstherapeutische Leistung erhielten, 5 Jahre lang nachverfolgt. Das Durchschnittsalter der 95 Patienten betrug 23,9 Jahre, die Mehrzahl war männlich. Häufigste zur Rehabilitation führende Diagnose war das Schädel-Hirn-Trauma. Von diesen Patienten waren bei Aufnahme in die Rehabilitation weniger als 20%, bei Entlassung 82% lebenspraktisch selbstständig, das heißt unabhängig von Pflege

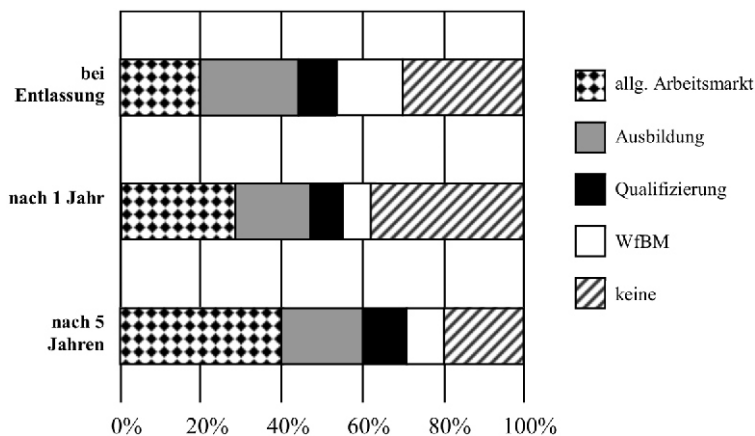


Abb. 2. Berufliche Integration nach medizinisch-beruflicher neurologischer Rehabilitation.

oder Betreuung im Alltag. Der durchschnittliche Frühreha-Barthel-Index betrug bei Aufnahme 82,9, bei Entlassung 91,3 Punkte. Bei Entlassung wurde 20% der Rehabilitanden eine Tätigkeit und weiteren 22,3% eine Ausbildung auf dem freien Arbeitsmarkt empfohlen; 5% wurden in eine weitere Qualifizierungsmaßnahme, meist in einem Berufsbildungswerk, vermittelt; 17% wurde eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen empfohlen; für 30% konnte keine Empfehlung ausgesprochen werden.

Diese Patienten wurden brieflich und telefonisch 1 Jahr und 5 Jahre nach Entlassung nachbefragt. 1 Jahr nach Entlassung befanden sich 30% in einer Tätigkeit und weitere 20% in einer Ausbildung auf dem freien Arbeitsmarkt, 7% befanden sich in einer andersartigen Qualifizierungsmaßnahme. Weniger Menschen als von uns empfohlen waren in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt (5%) und ca. 35% gingen keiner Beschäftigung oder Ausbildung nach.

5 Jahre nach Entlassung befanden sich 40% in einer Tätigkeit und 20% in einer Ausbildung auf dem freien Arbeitsmarkt, weitere 10% in einer andersartigen Qualifizierungsmaßnahme. Nach wie vor 8% der ehemaligen Rehabilitanden arbeiteten in einer Werkstatt für behinderte Menschen und 20% gingen keiner Tätigkeit nach.

Von den ehemaligen Rehabilitanden, die 1 Jahr nach Entlassung berufstätig waren, hatte die ganz überwiegende Mehrzahl die Arbeitsstelle in Eigeninitiative, über Beziehungen oder bei dem bisherigen Arbeitgeber gefunden. Institutionelle Stellen wie Arbeitsagen-

turen, psychosoziale Dienste oder Integrationsämter waren nur in einem geringen Prozentsatz an der Arbeitsplatzvermittlung beteiligt. 5 Jahre nach Entlassung änderte sich dies, so dass etwa zu gleichen Teilen der Arbeitsplatz auf Eigeninitiative und auf Vermittlung durch professionelle Stellen gefunden worden war. Eine Betreuung am Arbeitsplatz fand 1 Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation so gut wie nicht statt, allenfalls durch betriebliche Anleiter. Nach 5 Jahren war bei immerhin 20% der ehemaligen Patienten ein Berufshelfer oder Reha-Berater eingeschaltet. Dies ist insofern bedenklich, als fast zwei Drittel der ehemaligen Rehabilitanden angaben, dass sie am Arbeitsplatz durch ihre Behinderung beeinträchtigt wären und zusätzlich Probleme mit Kollegen und Vorgesetzten hätten. Letzteres war nach 5 Jahren sogar noch deutlich stärker ausgeprägt als im ersten Jahr. Als weiterer Hinweis auf die Notwendigkeit einer professionellen Begleitung kann gewertet werden, dass von den Patienten mit einem Arbeitsplatz nach einem Jahr bereits 20% den zweiten und 8% bereits den dritten Arbeitsplatz innehalten.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in Anbetracht des hohen Schweregrades der Hirnverletzung, ausgedrückt durch den hohen Prozentsatz von Rehabilitanden mit Unterstützungsbedarf im Alltag bei Aufnahme, einerseits eine gute Eingliederungsquote erreicht wurde. Andererseits wurde auch deutlich, dass im Anschluss an die stationäre Rehabilitation eine weitere Betreuung das Rehabilitationsergebnis noch weiter hätte verbessern können.

Optimierungspotenzial in der neurologischen Rehabilitation: Schnittstellenmanagement und Reha-Nachsorge

Aus diesem Grund wurde am Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst in Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung und den Berufsgenossenschaften eine Nachsorgemaßnahme initiiert. Die Ziele

sind die Sicherung des Rehabilitationserfolges und die Verringerung bzw. Verhinderung von Arbeitsplatzverlust in der kritischen Anfangsphase der beruflichen Reintegration. Die Nachsorgemaßnahme besteht in bis zu sechs Visiten in den Betrieben, in denen die ehemaligen Rehabilitanden beschäftigt sind. Diese werden durch Berufstherapeuten, bei Bedarf auch Sozialarbeiter und/oder Neuropsychologen durchgeführt. Aufgrund der während des Rehabilitationsverlaufes gewonnenen Erkenntnisse über den Patienten werden zum Beispiel Hinweise für die Einrichtung des Arbeitsplatzes gegeben oder betriebliche Anleiter über die besonderen Bedürfnisse des Patienten informiert, zum Beispiel beim Vorliegen einer aphasischen oder exekutiven Störung. So können auftretende Probleme frühzeitig erkannt und bereits im Entstehungsprozess aus dem Weg geräumt werden.

Literatur

- [1] *Johnson R.* How do people get back to work after severe head injury? A 10-year follow-up study. *Neuropsych Rehabil.* 1998; *1*: 61-79.
- [2] *Johnstone B, Mount D, Schopp LH.* Financial and vocational outcomes 1 year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; *84*: 238-241.
- [3] *Prigatano G, Klonoff P, O'Brien K, Altman IM, Amin K, Chiapello D, Shepard J, Cunningham M, Mora M.* Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation. *J Head Trauma Rehabilitation.* 1994; *9*: 91-91.
- [4] *Sherer M, Bergloff P, Levin E, High WM, Oden KE, Nick TG.* Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1998; *13*: 52-61.
- [5] *Wehmann PH, West M, Kregel J, Sherron PD, Kreutzer JS.* Return to work for persons with severe traumatic brain injury. A data-based approach to program development. *J Head Trauma Rehabil.* 1995; *10*: 27-39.

Dr. M. Spranger
Neurologisches Rehabilitationszentrum
Friedehorst
Rotdornallee 64
D-28717 Bremen
urz@friedehorst.de