

Therapeutische Supervision während der beruflichen Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung

A. Schellhorn, J. Pössl, U. Kursawe, G. Goldenberg

Abteilung für Neuropsychologie, Städtisches Krankenhaus München Bogenhausen

Zusammenfassung

Stufenweise Wiedereingliederungen in den Arbeitsprozess nach § 74 SGB V werden seit vielen Jahren in unserer Abteilung für Neuropsychologie durchgeführt und therapeutisch begleitet. Der Verlauf und Erfolg solcher Maßnahmen wurden zwischen 2001 und 2003 systematisch anhand einer Stichprobe von 77 hirngeschädigten Patienten erfasst. Durchschnittlich begannen die Arbeitsversuche sechs Monate nach der Hirnschädigung und dauerten im Mittel 4,4 Monate. Bei einem Anteil von 85,8% der Patienten war eine Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz möglich. Die Hälfte dieser Patientengruppe konnte die gleichen Anforderungen wie vor der Erkrankung erfüllen, bei der anderen Hälfte erfolgte eine inhaltliche und/oder zeitliche Reduktion der Arbeitsanforderungen. Bei nicht erfolgreichen Patienten fand sich im Durchschnitt eine höhere Anzahl berufsrelevanter Defizite und ein längeres Zeitintervall zwischen Hirnschädigung und Beginn der beruflichen Wiedereingliederung. Ansonsten ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen den erhobenen sozialen und krankheitsbezogenen Variablen und dem Erfolg der Wiedereingliederung. Eine mangelnde Krankheitseinsicht stellte ebenfalls keinen Prädiktor für einen geringeren Erfolg dar. Der Anteil von Patienten mit einer mangelnden Krankheitseinsicht reduzierte sich von 37,7% auf 9,1% am Ende der Wiedereingliederung. Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer therapeutischen Betreuung gerade in der Phase der beruflichen Wiedereingliederung am Ende einer langen Rehabilitationskette, um mit individuellen Anpassungen den Arbeitsplatz halten zu können und die Krankheitseinsicht zu verbessern. In der klinischen Praxis ist dieses erfolgreiche Vorgehen aber zunehmend gefährdet, da die Kostenträger immer seltener bereit sind, die therapeutische Betreuung zu finanzieren.

Schlüsselwörter: Hirnschädigung, Rehabilitation, Rückkehr an den Arbeitsplatz, stufenweise berufliche Wiedereingliederung, Teilhabe behinderter Menschen

Therapeutic supervision during vocational reintegration after acquired brain damage

A. Schellhorn, J. Pössl, U. Kursawe, G. Goldenberg

Abstract

In our department, stepwise re-integration of neurologic patients into employment, as specified by § 74 SGB V, has been organized and accompanied therapeutically for many years. Between 2001 and 2003 the re-integration process and its outcome was assessed systematically on the basis of a sample of 77 brain injured patients. Integration trials were initiated six months post-onset, on the average, with an average duration of 4.4 months. 85,8% of the observed patients were able to return to their previous occupation, half of them even mastering their pre-morbid responsibilities, while the other half required some quantitative or qualitative reduction of occupational demands. In patients who were unsuccessful, a higher number of occupationally relevant deficits and a longer time interval between brain damage and beginning of the vocational re-integration were found. No relations between social and clinical variables and the re-integration outcome were found otherwise. In particular, the presence and degree of unawareness failed to predict the outcome. The proportion of patients who were unaware of their deficits decreased from 37,7% at the beginning to 9,1% at the end of the re-integration period. These results underscore the importance of therapeutic support during the vocational re-integration process following a long rehabilitation period, in order to be able to improve the patients' awareness of their deficits and maintain employment by individually adjusting occupational demands to the patients' capabilities. However, the success of this approach is increasingly put at risk by significant cutbacks in the financial support provided by insurance companies.

Key Words: Brain injury, rehabilitation, return to occupation, stepwise reintegration into employment, participation

Einleitung

Die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit stellt eine der schwerwiegendsten Folgen einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns dar. Die beruflichen Auswirkungen wurden durch Studien zur psychosozialen Situation von Patienten nach Schädel-Hirn-Traumen aus den achtziger Jahren deutlich, in denen Rehabilitationsprogramme noch keine berufsspezifischen Maßnahmen beinhalteten. In der klassischen Studie aus Großbritannien von *Brooks* et al. [2] ergab sich eine Abnahme der Beschäftigungsrate von 86% auf 29%. Ähnliche Zahlen (ein Absinken von 77,9% auf 26,7%) berichtete *Jacobs* [9] für die USA.

Als Folge dieser niedrigen Wiedereingliederungsraten wurden verschiedene Konzepte berufsunterstützender Maßnahmen für hirnverletzte Patienten entwickelt, die die üblichen neuropsychologischen Interventionen ergänzen sollten [8, 19]. Auch für Schlaganfall-Patienten wurden Therapieprogramme erarbeitet [1]. Studien zur beruflichen Situation dieser Patientengruppe sind allerdings eher selten, da die Mehrzahl der betroffenen Personen zum Zeitpunkt der Erkrankung bereits nicht mehr berufstätig war.

Die berufsunterstützenden Maßnahmen reichen von außerbetrieblichen Interventionen im Sinne eines vorbereitenden Trainings berufsrelevanter Leistungen und der Erarbeitung von Bewältigungskompetenzen (»train and place«) über unterschiedlich intensiv gestaltete Supervisionen von Arbeitsversuchen bis hin zu umfassenden Unterstützungsmaßnahmen an der Arbeitsstelle (»place and train«). Nachbefragungen von Patienten, die solche Therapieprogramme absolviert hatten, ergaben höhere Beschäftigungsraten als die Marke von 30% bei Programmen ohne berufliche Therapiemaßnahmen [8]. Trotzdem bleibt eine relativ große Streubreite in der Erfolgsrate von circa 40% bis 80% [13, 17, 18]. Der Prozentsatz von Personen, die dabei ihr prä-morbides berufliches Niveau ungefähr halten konnten, variiert, sofern angegeben, von 35% bis 65% [10, 17]. Diese Variabilität dürfte durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Untersuchungsstichproben hinsichtlich des Schweregrades der Hirnschädigung bzw. deren Folgen, den jeweiligen Katamnesezeitpunkt und durch verschiedene Definitionen von Berufstätigkeit bedingt sein.

Zur beruflichen Situation von Patienten nach einer erworbenen Hirnschädigung unter den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen Deutschlands liegen nur wenige Untersuchungen bzw. Daten vor. In der Studie von *Claros-Salinas* et al. [3] wurde ein berufsvorbereitendes Therapiekonzept für ein stationäres Behandlungssetting beschrieben. Hierbei wurde 75 Patienten mit unterschiedlicher Ätiologie der Hirnschädigung nach Abschluss des Programms eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess gemäß § 74 SGB V empfohlen. Bei 63 Patienten wurde diese Maßnahme auch durchgeführt. Schließlich konnten 52 Patienten (83%) an den Arbeitsplatz zurückkehren (Nachbefragung 1–2 Jahre nach dem stationären Aufenthalt). Allerdings blieb unklar, in welchem Umfang die frühere Tätigkeit wieder ausgeführt werden konnte.

Ein ambulantes Behandlungskonzept zur beruflichen Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten mit ebenfalls unterschiedlicher Ursache der Hirnschädigung wurde in der Untersuchung von *Fries* und *Seiler* [7] vorgestellt. Hier konnte die Rückkehr in das Erwerbsleben therapeutisch kontinuierlich begleitet werden. Die Autoren berichteten, dass 40 von 51 Patienten (78%) beruflich wiedereingegliedert werden konnten, 33 (65%) davon zu 100%. Klinische Erfahrungen mit einer wohnortnahen Rehabilitation als Möglichkeit, die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorzubereiten und zu unterstützen, werden anhand von Fallbeispielen von *Dettmers* et al. [4] vorgestellt. Auch diese Autoren bewerten die stufenweise Wiedereingliederung, kombiniert mit einer individuellen therapeutischen Unterstützung, als effektive Methode. Auch in einem Schweizer Konzept profitierten Patienten von einer individuellen Betreuung am Arbeitsplatz während einer beruflichen Wiedereingliederung [5]. Wie wichtig eine erfolgreiche Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz ist, zeigen die Ergebnisse der Schweizer Studie, da Patienten, die keinen Arbeitsplatz mehr haben, trotz erhaltener Teilarbeitsfähigkeit meist berentet werden.

In der Tagesklinik der Abteilung für Neuropsychologie im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen werden seit ihrer Gründung 1984 berufliche Wiedereingliederungen nach einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns therapeutisch begleitet. Bei Patienten, bei denen eine Rückkehr an ihre frühere Arbeitsstelle geplant ist, wird nach dem Modell einer stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach § 74 SGB V verfahren, wobei die individuell ausgerichtete therapeutische Unterstützung ein wesentliches Element bildet [11]. Nach positiven klinischen Erfahrungen mit dieser Konzeption und einer Nachbefragung ehemaliger Patienten aus den Jahren 1989–1990 [14] erschien es uns erforderlich, aktuelle Daten zum Verlauf und zum Ergebnis der stufenweisen Wiedereingliederung unserer Patienten systematisch zu erheben und mit vorliegenden Studien zur beruflichen Situation hirngeschädigter Patienten zu vergleichen. Im folgenden Beitrag soll deshalb das Resultat einer Erfassung aus den Jahren 2001 bis 2003 vorgestellt werden.

Methode

Behandlungsprogramm der Abteilung für Neuropsychologie

In der Abteilung für Neuropsychologie des Städtischen Krankenhauses München-Bogenhausen werden Patienten mit einer erworbenen Hirnschädigung aufgenommen, bei denen die akutmedizinische Erstversorgung abgeschlossen ist. Hauptsächlich handelt es sich um zerebrovaskuläre Erkrankungen und Schädel-Hirn-Traumen. In der Regel erfolgt die Aufnahme unmittelbar nach der Erstversorgung. Im Falle gravierender Probleme bei der sozialen Reintegration kann die Aufnahme auch nach einem Intervall von Monaten bis Jahren erfolgen. Die Abteilung besteht aus einer Station mit 30 Betten und einer Tagesklinik mit 30 Therapieplätzen, in der Patienten aus dem Einzugsbereich Münchens behandelt werden.

Das Behandlungskonzept umfasst ein interdisziplinäres Team (Ärzte, Pflegekräfte, Neuropsychologinnen, Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen, Sprach- und Sprechtherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialpädagoginnen, Orthoptistinnen) und basiert auf der Verbindung funktioneller neuropsychologischer und sensomotorischer Therapien mit Maßnahmen für die psychosoziale Reintegration. Gemeinsam mit den Patienten und ihren Angehörigen werden Zukunftsperspektiven erarbeitet und Therapieziele an der individuellen Problemlage ausgerichtet. In regelmäßig durchgeführten Therapeutenrunden wird die Zielerreichung und damit der Therapieverlauf fortlaufend kontrolliert [15]. In beruflicher Hinsicht können Belastungserprobungen in der Klinik (z. B. Archiv, Patientenverwaltung) oder in Arbeitsbereichen der Stadt München (München-Modell) durchgeführt werden. Einen Schwerpunkt bildet schließlich die Vorbereitung und die therapeutische Begleitung von Arbeitsversuchen im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (§ 74 SGB V).

Therapeutische Supervision einer stufenweisen Wiedereingliederung

Im folgenden möchten wir unsere Vorgehensweise bei der Durchführung solcher Wiedereingliederungsmaßnahmen vorstellen (siehe auch Abbildung 1). Eine ausführlichere Beschreibung findet sich bei *Kursawe* und *Pössl* [11].

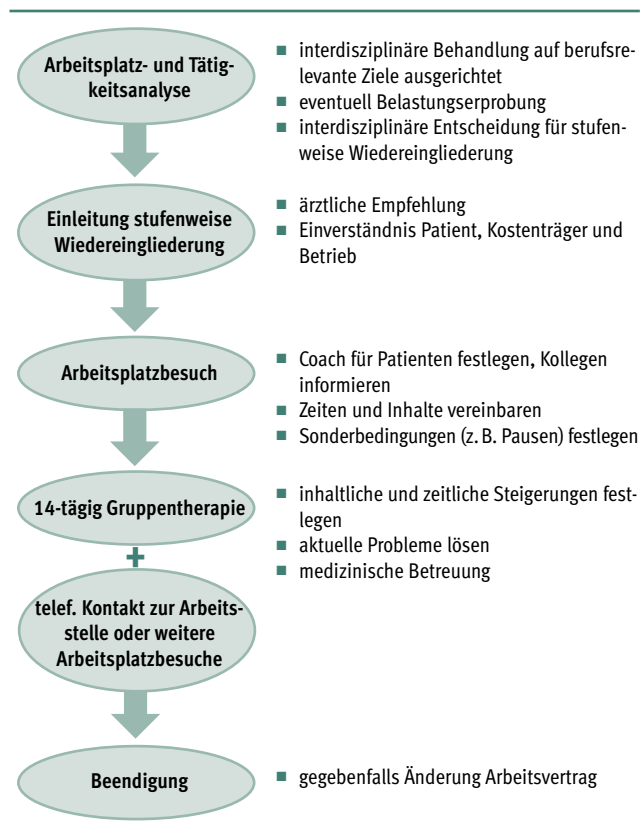


Abb. 1: Schematischer Ablauf der Vorbereitung und Durchführung einer stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung

Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanalyse

Schon zu Beginn der Behandlung in unserer Abteilung wird im Rahmen der sozialtherapeutischen Arbeit eine ausführliche Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanalyse zur Erfassung der beruflichen Anforderungen durchgeführt. Hierzu wird ein Interviewraster verwendet, in dem folgende Bereiche differenziert erfragt werden:

- Rahmenbedingungen wie Arbeitszeit, Schicht- oder Akkordarbeit, Dauer der Betriebszugehörigkeit, geleistete Überstunden, Bewältigung des Weges zur Arbeit
- Arbeitsplatzbeschreibung: Räumliche Gestaltung, Lärmbelastung, Ablenkungen etc.
- Tätigkeitsanalyse: Welche Leistungen muss der Patient erbringen? Welche Kenntnisse sind dazu erforderlich, z. B. im Umgang mit EDV oder Maschinen und Werkzeugen? Welche Fähigkeiten gehören zur Ausübung des Berufes, wie z. B. Empathie, Führungsqualitäten oder Umstellungsfähigkeit?

In einer interdisziplinären Teamsitzung werden die beruflichen Anforderungen mit dem Störungsbild verglichen, um die Auswirkungen auf die Berufstätigkeit abzuschätzen. Ziel der neuropsychologischen Behandlung ist, dass der Patient die Auswirkungen seiner Hirnschädigung möglichst gut kennen und Kompensationsstrategien anwenden lernt. Inhalt der Sozialtherapie ist ebenfalls eine detaillierte Analyse, über welche Ressourcen der Patient verfügt und welche Schwierigkeiten beim beruflichen Wiedereinstieg zu erwarten sind.

Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung

Folgende organisatorische Maßnahmen müssen zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung durchgeführt werden:

- Information und Einverständniserklärung des Kostenträgers und Arbeitgebers über die geplante Maßnahme,
- Erstellung eines Stufenplans unter Berücksichtigung aller Faktoren, v. a. des Störungsbildes und der Belastbarkeit des Patienten,
- Arbeitsplatzbesuch und Erörterung der Durchführung der geplanten Maßnahme mit Patienten, Vorgesetzten und Kollegen. Es erfolgen die Festlegung der Arbeitszeiten und -inhalte und die Bestimmung eines Coaches, d. h. eines Kollegen, der eng mit dem Patienten zusammenarbeitet und Rückmeldungen an den Patienten und die Sozialtherapeutin geben kann. Schließlich müssen die Notwendigkeit von Pausen und der Einsatz von Kompensationsstrategien besprochen werden.

Therapeutische Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung

Nach einem ersten Arbeitsplatzbesuch findet alle 14 Tage eine Supervision in einer Gruppe von drei bis sechs Patienten statt, die sich ebenfalls in einer beruflichen Wiederein-

gliederung befinden. Anfangs wird ein Gruppenentspannungstraining durchgeführt, da bei fast allen Patienten eine reduzierte Dauerbelastbarkeit vorliegt und Entspannungsübungen als Grundlage von Stressbewältigung sehr sinnvoll und nützlich sind. Anschließend findet eine zweistündige Gruppensitzung statt, die von einer Sozialpädagogin geleitet wird. In dieser Sitzung wird die aktuelle Situation besprochen, die Leistungsfähigkeit bilanziert und das weitere Vorgehen festgelegt. Bei vorliegenden Schwierigkeiten werden in der Gruppe gemeinsam Lösungen erarbeitet.

Diese Vorgehensweise hat sich als besonders effektiv herausgestellt, da Patienten Ratschläge von ebenfalls Betroffenen eher akzeptieren und somit auch eher bereit sind, neue und für sie ungewohnte Strategien auszuprobieren. Die Therapeutin versucht, eine positive und wertschätzende Gruppenatmosphäre zu schaffen, um offen über Probleme in der Arbeit reden zu können. Ein wesentliches Ziel der Gruppentherapie besteht darin, den Teilnehmerinnen zu vermitteln, Einbußen in der Arbeitsleistung nicht als persönliches Versagen, sondern als Auswirkung der Hirnschädigung zu verstehen. Damit soll auch einer depressiven Verarbeitung entgegengewirkt werden.

In der Regel holt sich die Sozialtherapeutin regelmäßig telefonisch Auskunft beim Coach, um auch eine Fremdeinschätzung der Leistungsfähigkeit und des Arbeitsverhaltens des jeweiligen Patienten zu erhalten. Damit kann beurteilt werden, ob beim Patienten eine realistische Selbsteinschätzung vorliegt. Abhängig vom Verlauf finden weitere Arbeitsplatzbesuche statt. Alle Steigerungen der zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen orientieren sich am Gesamtverlauf der Wiedereingliederung. In sehr problematischen Fällen kann auch statt der Gruppentherapie eine Einzelfallbetreuung stattfinden.

In manchen Fällen treten während der beruflichen Wiedereingliederung Probleme auf, die eine erneute Behandlung durch Funktionstherapeuten erfordern. In diesem Fall können gezielt Sprach-, Ergo-, Seh-, Physiotherapeuten oder Neuropsychologen hinzugezogen werden, um berufsspezifische Anpassungen vorzunehmen oder berufsrelevante Kompensationsstrategien zu erarbeiten. Zusätzlich findet eine fachärztliche Betreuung statt. Der Arzt kennt den aktuellen Stand der Wiedereingliederung, stellt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus und wird bei auftauchenden medizinischen Problemen wie beispielsweise Kopfschmerzen, vegetativen Beschwerden, Anfällen oder Depression tätig.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte kontinuierlich bei Patienten, die zwischen Januar 2001 und August 2003 eine stufenweise Wiedereingliederung begonnen hatten. Die Datenbank enthielt die bereits während der Behandlung erfassten sozialen, beruflichen und krankheitsbezogenen Angaben. Zusätzlich schätzte die für den jeweiligen Patienten zuständige Sozialtherapeutin den gesundheitlichen Zustand bei Beginn der beruflichen Wiedereingliederung ein. Grundlage hierfür waren die Diagnostikergebnisse aus den interdisziplinären

Teambesprechungen. Für 16 verschiedene Problembereiche (z. B. Belastbarkeit, Anfallbereitschaft, Störungseinsicht, Verhalten und Erleben, Kognition, Sprache/Sprechen, Sensomotorik) wurde beurteilt, ob ein berufsrelevantes Defizit in dem jeweiligen Bereich vorlag oder nicht (ja/nein). Zusätzlich wurde ein Summenscore – Anzahl der jeweils vorhandenen Problembereiche – gebildet. Bei Abschluss der Maßnahme erfolgte die Dokumentation der erreichten zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen. Im Falle eines Scheiterns des Arbeitsversuchs wurde das weitere Vorgehen beschrieben.

Patientenstichprobe

Im Studienzeitraum wurde bei 83 Patienten eine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet und begonnen. Bei sechs Personen musste der Arbeitsversuch allerdings vorzeitig abgebrochen werden. Bei zwei Patienten waren Probleme mit der Kostenübernahme für diese Maßnahme ausschlaggebend. Eine Patientin musste aufgrund von medizinischen Problemen (epileptische Anfälle) abbrechen, und ein Patient wurde während der Wiedereingliederung in eine psychosomatische Klinik aufgenommen. Zwei Patienten beabsichtigten, die berufliche Wiedereingliederung alleine oder mit dem Hausarzt weiterzuführen, so dass ein Abbruch im engeren Sinn auf eigenen Wunsch des Patienten bei 2,4% der Fälle vorlag.

Den folgenden Datenauswertungen lag nach dem Abschluss dieser sechs Patienten eine Untersuchungsstichprobe von 77 Probanden zugrunde. 43% der Patienten waren weiblich, und das Alter variierte von 18 bis 61 Jahren mit einem Mittelwert von 41 Jahren. Die Verteilung der Ätiologie wird aus Abbildung 2 ersichtlich. Die Patienten begannen die stufenweise Wiedereingliederung zwischen 3 und 21 Monaten nach ihrer Erkrankung mit einem Mittelwert von 6 Monaten und einer Streuung von 2,8 Monaten.

Vor dem Krankheitsereignis arbeiteten zehn Patienten (13%) Teilzeit (19–35,5 Stunden pro Woche), alle anderen Personen Vollzeit (≥ 36 Stunden pro Woche). 15 Patienten

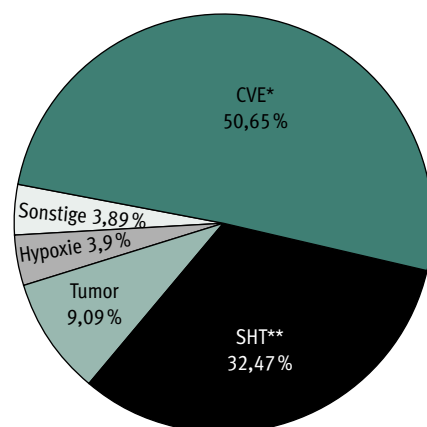


Abb. 2: Verteilung der Ätiologie in der Untersuchungsstichprobe (* CVE = Zerebrovaskuläre Erkrankung, ** SHT = Schädelhirntrauma)

(17%) gaben an, regelmäßig Überstunden zu erbringen und somit zwischen 40 und 60 Stunden zu arbeiten. Damit ergab sich für die Patientenstichprobe eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche. Informationen zum Schulabschluss, zum beruflichen Status und zu den beruflichen Anforderungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

	Anzahl	Prozent
Schulabschluss:		
Kein Abschluss	3	3,9
Hauptschule	24	31,2
Mittlere Reife	31	40,3
Abitur	19	24,6
Beruflicher Status:		
Ausbildung, Lehre	4	5,2
Selbständige Tätigkeit	6	7,8
Angestelltenverhältnis	61	79,2
Beamtenverhältnis	6	7,8
Berufliche Anforderungen:		
Einfache, angelernte Tätigkeit	11	14,3
Tätigkeit als Fachkraft	51	66,2
Ausübung einer Leitungsfunktion	15	19,5

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe (n=77): Schulabschluss, beruflicher Status und berufliche Anforderungen

Ergebnisse

Erfolg der stufenweisen Wiedereingliederung

Die durchschnittliche Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung betrug 4,4 Monate mit einem Variationsbereich von einem bis elf Monaten. Der Großteil der Patienten (n=54, 70%) benötigte zwischen 3 und 6 Monate (Abbildung 3). Zehn Patienten (13%) brauchten länger, bei ihnen dauerte die Wiedereingliederung mehr als 6 Monate.

33 Patienten (42,9%) konnten bei Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung die gleichen inhaltlichen Arbeitsanforderungen erfüllen wie vor der Erkrankung und

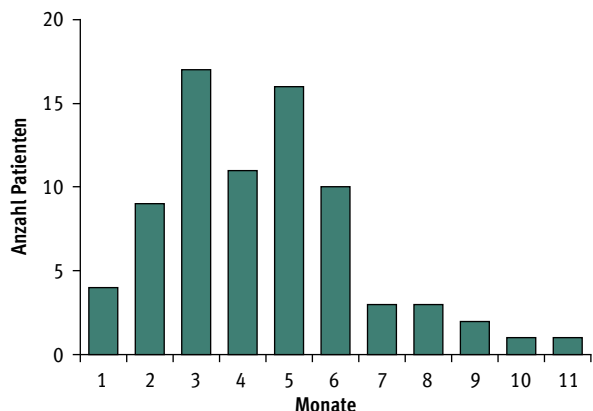


Abb. 3: Dauer der beruflichen Wiedereingliederung in Monaten

die vertraglich festgesetzte Arbeitszeit erbringen. Von diesen 33 Studienteilnehmern arbeiteten sechs Patienten auf Teilzeitbasis. Ebenfalls 33 Patienten (42,9%) kehrten an ihren Arbeitsplatz zurück, wobei aber die Arbeitsbedingungen zeitlich und/oder inhaltlich verändert und angepasst werden mussten (Tabelle 2).

Bei 11 Patienten (14,2%) zeigten sich starke Überforderungssymptome, so dass eine Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit auch in modifizierter Form nicht möglich war. Bei 5 Personen dieser Gruppe wurde zwar eine geringfügige Beschäftigung empfohlen, einen derartigen Arbeitsplatz konnte oder wollte der frühere Arbeitgeber jedoch nicht zur Verfügung stellen. Alle Patienten, bei denen eine Rückkehr an die frühere Arbeitsstelle nicht realisierbar war, stellten während der Wiedereingliederung einen Renten Antrag. Einen entsprechenden Antrag mit dem Ziel, eine Teilerwerbsminderungsrente zu erhalten, stellten ebenfalls zwei Patienten, die ihre Tätigkeit noch in einem reduzierten Umfang ausführen konnten. Insgesamt beantragten somit 13 Patienten (16,8%) eine Erwerbsminderungsrente.

Die Reduktion der zeitlichen Anforderungen war dann notwendig, wenn sich deutliche Grenzen der Dauerbelastbarkeit zeigten und eine Steigerung zu Leistungseinbrüchen

		Anzahl	Prozent
Erfolgreiche Wiedereingliederung bei 66 Patienten (85,8%)	Gleiche zeitliche und inhaltliche Anforderungen wie prämorbid	33	42,9
	Reduzierte inhaltliche Anforderungen	12	15,6
	Reduzierte zeitliche Anforderungen	13	16,9
	Reduzierte zeitliche und inhaltliche Anforderungen	8	10,4
Nicht erfolgreiche Wiedereingliederung bei 11 Patienten (14,2%)	keine Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz	11	14,2

Tab. 2: Ergebnis der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess für die Untersuchungsstichprobe (n=77)

(z.B. Flüchtigkeitsfehler) oder körperlichen Symptomen (z.B. Kopfschmerzen) führte. Vor der Erkrankung bzw. dem Unfall arbeiteten 13% der Stichprobe auf Teilzeitbasis (19–35,5 Stunden/Woche). Dieser Anteil vergrößerte sich nach der stufenweisen Wiedereingliederung auf 45,5%. Der Prozentsatz von Vollzeitkräften sank von 67,5% auf 40,2%. Kein Patient leistete bei Abschluss der Wiedereingliederungsmaßnahme Überstunden, was während der Eingliederung auch nicht angestrebt wird (vor ihrer Erkrankung machten noch 19,5% der Patienten regelmäßig Überstunden). Insgesamt reduzierte sich die wöchentliche Arbeitszeit im Mittel um 6,8 Stunden. Tabelle 3 zeigt, dass vor allem Vollzeitkräfte von einer Reduzierung der Wochenarbeitszeit betroffen sind. Für sieben Vollzeitkräfte war eine Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz nicht mehr möglich.

	Erfolgreiche Wiedereingliederung		Nicht erfolgreiche Wiedereingliederung	Gesamt
	Teilzeit	Vollzeit		
Prämorbid Arbeitszeit				
Teilzeit 19–35,5 h/Wo	9	0	1	10 (13%)
Vollzeit 36–40 h/Wo	20	25	7	52(67,5%)
Über 40 Stunden	6	6	3	15(19,5%)
	35(45,5%)	31(40,2%)	11 (14,3%)	77 (100%)

Tab. 3: Zusammenhang zwischen der prämorbid wöchentlichen Arbeitszeit und der Arbeitszeit nach der stufenweisen Wiedereingliederung

Einem Teil der Studienteilnehmer gelang es nicht mehr, die früheren Arbeitsinhalte voll zu erfüllen. Ihre Aufgabenfelder mussten eingegrenzt und Verantwortungsbereiche abgegeben werden, oder es kam zu einer betrieblichen Umsetzung. Am häufigsten ging es darum, den Zeitdruck zu vermindern, Störquellen möglichst auszuschalten und einen eher sequentiellen Arbeitsablauf zu gestalten. Fast 60% der Patienten waren in der Lage, auf dem gleichen beruflichen Anforderungsniveau zu arbeiten wie vor der Erkrankung. Patienten mit mittleren Anforderungen schneiden im Vergleich zu Personen mit einfachen oder anspruchsvollen Tätigkeitsbereichen schlechter ab (Tabelle 4). Patienten mit hohen Anforderungen konnten alle wieder in ihren Beruf zurückkehren, der Großteil von ihnen (12 von 15) war sogar in der Lage, die gleichen beruflichen Anforderungen zu erfüllen wie prämorbid.

	Erfolgreiche Wiedereingliederung		Nicht erfolgreiche Wiedereingliederung	Gesamt
	Gleiche Anforderungen	Reduzierte Anforderungen		
Prämorbid Anforderungen				
Angelernte Tätigkeit	7	3	1	11 (14,3%)
Fachkraft	27	14	10	51 (66,2%)
Leitungsfunktion	12	3	–	15 (19,5%)
	46 (59,7%)	20 (26%)	11 (14,3%)	

Tab. 4: Zusammenhang zwischen den prämorbid beruflichen Anforderungen und den Anforderungen nach der stufenweisen Wiedereingliederung

Einflussfaktoren auf den Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung

Um mögliche Einflussfaktoren auf den Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung zu untersuchen, wurde die Untersuchungsstichprobe in eine »erfolgreiche« Gruppe von Personen (n=66), bei denen eine Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz gelang, und in eine »nicht erfolgreiche« Gruppe (n=11), die ihre frühere Tätigkeit nicht wieder aufnehmen konnte, aufgeteilt. Ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ergab sich für die Variable »Anzahl der Problembereiche«. Bei den nicht erfolgreichen Patienten lagen im Mittel mehr Defizitbereiche

vor als bei den erfolgreichen Personen (6,7 versus 5,1 bei 16 Bereichen). Für die Problem- und Defizitbereiche im einzelnen (Belastbarkeit, Sehen, Kognition, Sprache, Sensorik usw.) waren jedoch keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Hinsichtlich der Erkrankungsdauer bei Beginn der Wiedereingliederung unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant. Für die »erfolgreiche« Gruppe ergab sich ein Mittelwert von 5,8 Monaten, bei den »nicht erfolgreichen Patienten« lag der Unfall bzw. die Erkrankung im Durchschnitt 8,6 Monate zurück.

Für alle anderen in der Studie erfassten Variablen wie Geschlecht, Alter, Ätiologie, Schulabschluss, beruflicher Status, berufliche Anforderungen, Dauer der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung, Krankheitseinsicht vor und nach der Wiedereingliederung fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Krankheitseinsicht

Nach Einschätzung der Therapeuten nahmen 29 Patienten (37,7%) zu Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung ihre Defizite und deren Auswirkungen auf die Arbeitstätigkeit nicht realistisch wahr. Bei Abschluss der beruflichen Wiedereingliederung traf eine mangelnde Krankheitseinsicht noch auf sieben Patienten (9,1%) zu. Eine Analyse des Arbeitsumfeldes ergab, dass fünf Patienten keine guten Rückmeldebedingungen hatten. Sie waren entweder selbstständig tätig oder arbeiteten im Familienbetrieb, hatten ihre Arbeitsstelle erst kurz zuvor angetreten oder wurden durch vermeintlich rücksichtsvolle Kollegen geschont.

Die Patienten, die zu Beginn des Arbeitsversuchs keine Krankheitseinsicht zeigten, sind allerdings annähernd so erfolgreich wie die Patienten ohne mangelnde Krankheitseinsicht (82,8% versus 87,5%). Selbst von den sieben Patienten, die bei Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin keine realistische Selbsteinschätzung erlangten, konnten fünf (71,4%) ihre Arbeit, wenn auch in modifizierter Form, wieder aufnehmen.

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung zeigen, dass die Mehrzahl der Patienten (85,8%) nach einer stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unter therapeutischer Supervision an die frühere Arbeitsstelle zurückkehren konnte. Nur 13 Patienten stellten einen Rentenantrag. Die Abbrecherquote von 2,4% ist relativ gering, was wir als Zeichen einer hohen Patientenzufriedenheit werten. Damit liegen diese Zahlen im Vergleich zu anderen nationalen oder internationalen Studienergebnissen [3, 7, 10, 13, 17] im oberen Bereich. Vor allem die Untersuchung von *Fries et al.* [7], deren Patientenstichprobe der Klientel unserer Abteilung vergleichbar ist, ergab erstaunlich ähnliche Ergebnisse.

Bezüglich der Arbeitszeit zeigte sich, dass prozentual deutlich mehr Patienten Teilzeit arbeiteten als vor dem Krankheitsereignis. Überstunden wurden nicht gemacht

bzw. durften zum Abschluss der Wiedereingliederung nicht gemacht werden. Weiterhin sind für hirngeschädigte Patienten individuelle Anpassungen im Arbeitsumfeld und -ablauf notwendig. Unsere Patienten erleben es als besonders entlastend, wenn in den entsprechenden Verhandlungen mit dem Arbeitgeber um modifizierte Arbeitsbedingungen eine professionelle Unterstützung durch die Klinik verfügbar ist.

Es kann nur spekuliert werden, warum Patienten mit höheren beruflichen Anforderungen relativ gesehen besser abschneiden als Personen mit mittleren oder niedrigen Anforderungen. Möglicherweise können diese Patienten manche Arbeiten besser delegieren, den Arbeitsprozess leichter umstrukturieren oder Bewältigungsstrategien effektiver nutzen.

Eine mangelnde Krankheitseinsicht wird häufig als ein negativer Prädiktor [16] für die berufliche Wiedereingliederung angesehen. In unserer Stichprobe zeigen Patienten mit einer unrealistischen Krankheitseinsicht im Mittel aber keine schlechteren Ergebnisse. Vielmehr deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Störungswahrnehmung bei einem Großteil dieser Patienten im Verlauf der beruflichen Wiedereingliederung realitätsbezogener wird. Trotz monatelanger intensiver Rehabilitation und Arbeit an der Erhöhung der Krankheitseinsicht gelingt es diesen Patienten erst durch die tatsächliche Konfrontation mit dem »echten Leben« [6], die notwendige realistische Selbsteinschätzung zu erreichen.

Unserer Erfahrung nach beruht die Einsichtssteigerung vor allem auf der therapeutischen Betreuung in der Gruppe, d.h. auf dem Erfahrungsaustausch mit Mitpatienten, und auf einer wiederholten differenzierten Analyse der aktuellen Arbeitsleistungen in gemeinsamen Gesprächen mit den Vorgesetzten bzw. dem Coach am Arbeitsplatz. Aufgabe der betreuenden Sozialtherapeutin ist es dabei, optimale Rückmeldebedingungen zu schaffen, beispielsweise im Falle einer übertriebenen Schonhaltung seitens der Kollegen. Es gab Anhaltspunkte dafür, dass Patienten, die wenig Fortschritte in der Störungswahrnehmung zeigten, keine guten Rückmeldebedingungen hatten. Auch mit therapeutischer Unterstützung konnten bei ihnen solche Bedingungen nicht geschaffen werden. Wir sehen eine unzureichende Krankheitseinsicht nicht als ein Hindernis für den Beginn eines Arbeitsversuches an. Allerdings halten wir die therapeutische Betreuung, um den Prozess der Krankheitsauseinandersetzung zu unterstützen, bei dieser Klientel für besonders notwendig.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung müssen allerdings in dem Sinne relativiert werden, dass der Zeitpunkt der Beendigung der beruflichen Wiedereingliederung nur eine Momentaufnahme darstellt. Katamneseuntersuchungen zeigen, dass es nicht allen Personen gelingt, ihren Arbeitsplatz dauerhaft zu halten [10, 14]. Es bleibt aber stets schwer zu beurteilen, ob später auftretende Probleme im Beruf alleine auf längerfristige hirnschädigungsbedingte Einbußen zurückzuführen sind, vor allem dann, wenn es sich um größere Katamnesezeiträume handelt.

Die berufliche Eingliederung am Ende einer oft monatelangen Rehabilitation stellt eine kritische Zeit dar, in der die Patienten einer konstanten therapeutischen Begleitung bedürfen. Die erfolgreiche berufliche Reintegration erbringt neben dem volkswirtschaftlichen Nutzen auch persönliche Selbstbestätigung und eine Stabilisierung der psychischen Verfassung, die sich auf die Lebenszufriedenheit positiv auswirkt [12].

Leider ist die in dieser Untersuchung vorgestellte Vorgehensweise einer therapeutisch unterstützten beruflichen Wiedereingliederung bei hirngeschädigten Patienten in Deutschland nicht sehr häufig, obwohl unseres Erachtens genügend Know-how vorhanden wäre. Zudem stellt die Finanzierung einer solchen Supervision ein wachsendes Problem dar, da die stufenweise Wiedereingliederung jetzt auch im § 28 SGB IX geregelt ist und die Zuständigkeit zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern, hauptsächlich den Krankenkassen und gesetzlichen Rentenversicherern, nicht eindeutig geklärt ist. Die stufenweise Wiedereingliederung als medizinische Maßnahme wird zwar relativ problemlos von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert (§ 74, SGB V), die Kostenübernahme für die therapeutische Betreuung lehnen die Krankenkassen aber immer häufiger ab. Inzwischen muss jeder Einzelfall bei den Krankenkassen bewilligt werden, was viel Zeit in Anspruch nimmt, die nicht primär am Patienten geleistet werden kann. Wir erhoffen uns für die Zukunft gerade für die kritische Phase der beruflichen Wiedereingliederung eindeutige Richtlinien und weniger Bürokratie im Sinne der Patienten.

Danksagung

Wir danken Claudia Stern, Bernadette Kaßecker, Dr. Brigitte Gsellhofer und Dr. Bettina Bogdahn für ihr Engagement in der Patientenbetreuung während der beruflichen Wiedereingliederung und ihre Unterstützung bei der Datenerhebung.

Literatur

1. Black-Schaffer RD, Osberg JS: Return to work after stroke: development of a predictive model. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 285-290
2. Brooks N, McKinlay W, Symington C, Beattie A, Campsie L: Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury* 1987; 1: 5-19
3. Claros-Salinas D, Greitemann G, Jeske A: Berufliche Neurorehabilitation innerhalb medizinischer Rehabilitationsphasen: Behandlungskonzept und Evaluation anhand katamnestischer Daten. *Neurologie & Rehabilitation* 2000; 6: 82-92
4. Dettmers C, Stein H, Bock H, Simon U, Slowik M: Begleitung des Patienten während der beruflichen Wiedereingliederung komplettiert die neurologische Rehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2003; 9: 217-225
5. Drechsler R, Padovan F, Di Stefano G, Conti FM: Ein integriertes Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung von hirnverletzten Patienten – eine Katamneseuntersuchung zum beruflichen Outcome 1 bis 2 Jahre später. *Rehabilitation* 1995; 34: 193-202
6. Fleming J, Strong J: A longitudinal study of self-awareness: Functional deficits underestimated by persons with brain injury. *The Occupational Therapy Journal of Research* 1999; 19: 3-17
7. Fries W, Seiler S: Erfolg ambulanter neurologischer/neuropsychologischer Rehabilitation: Berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. *Neurologie & Rehabilitation* 1998; 4: 141-147

8. Haffey WJ, Lewis FD: Programming for occupational outcomes following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology* 1989; 34: 147-157
9. Jacobs HE: The Los Angeles head injury survey: procedures and initial findings. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1988; 69: 425-431
10. Johnson R: How do people get back to work after severe head injury? A 10 year follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation* 1998; 8: 61-79
11. Kursawe U, Pössl J: Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. In: Goldenberg G, Pössl J, Ziegler W (eds): *Neuropsychologie im Alltag*. Georg Thieme, Stuttgart 2002, 149-164
12. Oppermann JD: Interpreting the meaning individuals ascribe to returning to work after traumatic brain injury: a qualitative approach. *Brain Injury* 2004; 15: 15-27
13. Ponsford JL, Olver JH, Curran C: A profile of outcome: 2 years after traumatic brain injury. *Brain Injury* 1995; 9: 1-10
14. Pössl J, Jürgensmeyer S, Karlbauer F, Wenz C, Goldenberg G: Stability of employment after brain injury: a 7-year follow-up study. *Brain Injury* 2001; 15: 15-27
15. Pössl J, Schellhorn A, Ziegler W, Goldenberg G: Die Erstellung individueller Therapieziele als qualitätssichernde Maßnahme in der Rehabilitation hirngeschädigter Patienten. *Neurologie & Rehabilitation* 2003; 9: 62-70
16. 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 (5): 52-61
17. Teasdale TW, Skovdahl Hansen H, Gade A, Christensen A-L: Neuropsychological test scores before and after brain-injury rehabilitation in relation to return to employment. *Neuropsychological Rehabilitation* 1997; 7: 23-42
18. Wehman PH, West MD, Kregel J, Sherron P, Kreutzer JS: Return to work for persons with severe traumatic brain injury: a data-based approach to program development. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1995; 10: 27-39
19. Wehmann P, Kreutzer JS: *Vocational rehabilitation for persons with traumatic brain injury*. Aspen Publishers, Rockville MD 1990

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Anne Schellhorn
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen
Abteilung für Neuropsychologie
Engschalkingerstr. 77
D-81925 München
e-mail: anne.schellhorn@kh-bogenhausen.de