

Zum Stellenwert berufsbezogener Interventionen in der Neurorehabilitation

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 265–268

© Hippocampus Verlag 2012

H. Kulke, W. Schupp

Zusammenfassung

In jüngerer Zeit rückt die Integration berufsbezogener Elemente in die neurologische Rehabilitation in den Mittelpunkt des Interesses. Ausgehend von der Notwendigkeit, neurologisch behinderten Menschen eine vernünftige Teilhabe am Arbeitsleben oder zumindest am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, von dem Bestreben, die UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen, aber auch von wirtschaftlichen Überlegungen der Versicherungsträger hat sich in Deutschland eine vielfältige Landschaft berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation entwickelt. Sie trägt häufig den spezifischen Rahmenbedingungen der Rehabilitationseinrichtungen Rechnung, kann aber auch für anders geartete situative Bedingungen wichtige Impulse geben. In der vorliegenden Ausgabe soll diese Vielfalt ebenso abgebildet werden wie die konzeptionellen Vorstellungen der wichtigsten Kostenträger.

Fachklinik Herzogenaurach

Schlüsselwörter: berufliche Orientierung, Teilhabe, Inklusion

Berufliche Elemente in die medizinische neurologische Rehabilitation zu integrieren ist hochaktuell, aber im Grunde keine ganz neue Idee – betrachtet man den Rehabilitationsprozess als Ganzes, existieren mindestens seit den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen schon deutlich früher, berufsbezogene Bestandteile im neurologischen Rehabilitationsangebot. Meistens wird sie als »Berufstherapie« betitelt und durch berufsbezogene Elemente sowohl im Rahmen des Sozialdienstes als auch im Rahmen psychologischer oder ärztlicher Beratung ergänzt (vergl. etwa [7]). Gerade in der neurologischen Rehabilitation sind berufsintegrierende Hilfen in besonderem Maße angezeigt, da mit dem zentralen Nervensystem dasjenige Organ betroffen ist, das für adaptive Maßnahmen, wie sie bei beruflicher Wiedereingliederung häufig benötigt werden, in erster Linie zuständig ist (vgl. etwa [8]). Schon im Jahr 2000 wurden im Rahmen einer Arbeitstagung der BAR eine Vielzahl berufsorientierter Ansätze gesammelt und vorgetragen [6]. Diese Bemühungen wurden kontinuierlich erweitert und in einem Praxishandbuch zur arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation [4] aktualisiert.

In das Standardrepertoire der neurologischen Rehabilitation sind diese Ansätze jedoch nicht eingegangen. Dafür ist in erster Linie die Kostspieligkeit der erforderlichen Maßnahmen verantwortlich, insbesondere die Einrichtung einer berufstherapeutischen Abteilung, aber auch die strukturellen Probleme, die sich durch die Ergänzung eines Rehabilitationsklinikbetriebs durch ein miniaturisiertes Abbild des Wirtschaftslebens zwangsläufig ergeben. Aus den Bemühungen vieler, die sich den Herausforderungen trotzdem gestellt haben, entstand schließlich die Arbeitsgemeinschaft der Phase-II-Ein-

richtungen (www.mbreha.de), die mit den Sozialversicherungsträgern entsprechende Rahmenbedingungen (MBR = medizinisch-berufliche Rehabilitation) auch hinsichtlich Honorierung und notwendiger Behandlungsdauer aushandeln konnte.

Das bedeutet jedoch nicht, dass beruflich orientierte Maßnahmen auf diese Einrichtungen beschränkt geblieben sind – im Gegenteil, in den letzten Jahren hat sich eine bunte Szenerie unterschiedlicher Ansätze entwickelt, in durchaus verschiedener Kostenträgerschaft. Spätestens seit der Durchsetzung einer ICF-orientierten Denkweise (vgl. etwa [5]) rücken berufsbezogene Elemente wieder verstärkt in das Blickfeld der neurologischen Rehabilitation. Mit der Ratifizierung und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich dieser Trend politisch verstärkt. Die Zielsetzung der Behandlung verlegt sich weg von rein kurativen Gedanken (Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Instandsetzung der beeinträchtigten Funktionen) hin zu einem Therapiemodell, das mehr und mehr die Integration der Betroffenen in den beruflichen und sozialen Rahmen zum Gegenstand hat und damit auch implizit der längst gewachsenen Erkenntnis Rechnung trägt, dass das Heilen im Sinne einer vollständigen Restitution in der Rehabilitation nicht länger Ziel sein kann.

Diese Gedanken dem Rehabilitanden schon in der Anschlussheilbehandlung zu vermitteln, ist nicht unproblematisch. Die Betroffenen erwarten von medizinisch orientierter Behandlung in erster Linie eine vollständige Wiederherstellung, auch nach schwerwiegenden Erkrankungen oder Verletzungen, und werden in dieser Erwartung durch die mediale Darstellung insbesondere von »Erfolgen« bei Hirnverletzungen bestärkt, die gemeinhin nur die Alternativen Tod oder vollständige

The role of vocational interventions in neurorehabilitation

H. Kulke, W. Schupp

Abstract

There is a growing interest in vocational-oriented steps in neurological rehabilitation, which not only results from the need to reintegrate neurologically handicapped people in a working environment (or at least to enable participation in social life) or to meet the UN handicap convention, but is also influenced by the economical interests of insurance companies. In this situation a broad variation of vocational interventions has developed in medical rehab, often influenced by the specific conditions in which a rehab unit has to function, that can nevertheless give valuable impulses for other rehab environments. In the present publication this variety will be described, as well as the conceptional ideas of the most important cost bearers.

Key words: vocational orientation, participation, inclusion

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 265–268

© Hippocampus Verlag 2012

Gesundung betont und die Möglichkeit einer bleibenden Behinderung weitgehend ausblendet. Überlegungen hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung werden von den Betroffenen folglich spontan auf die Zeit nach der Gesundung verschoben, Denkansätze, die Möglichkeiten der beruflichen Reintegration auf der Basis des Status quo abwägen, werden aus dieser Perspektive eher argwöhnisch beäugt – mit entsprechenden Konsequenzen für die Motivation bei der Mitarbeit. Andererseits neigen Patienten, die unter eher diskreten Folgen neurologischer Erkrankungen leiden, bisweilen dazu, sich zu überschätzen und ihren aktuellen Zustand mit dem vor der Erkrankung gleichzusetzen, auch aus Gründen der Abwehr gegen die Wahrnehmung möglicherweise auf Dauer zu akzeptierender Folgen (vgl. etwa Menzel-Begemann & Hemmersbach in dieser Ausgabe). Beide Patientengruppen benötigen psychotherapeutisch basierte Hilfen als Voraussetzung für eine konstruktive Anpassungsarbeit an die künftigen Anforderungen.

Die Rehabilitationsrealität erlaubt uns leider nur sehr begrenzt, auf individuelle Verarbeitungsgeschwindigkeit und Verarbeitungsstile einzugehen. Rehabilitative Angebote nach der Anschlussheilbehandlung sind eher die Ausnahme denn die Regel, sodass die entscheidenden Weichenstellungen innerhalb der Anschlussheilbehandlung vorgenommen werden müssen (vgl. Schupp in dieser Ausgabe) – wohl wissend, dass zu diesem Zeitpunkt in aller Regel die Realitätskonfrontation durch Alltagsbewältigung fehlt, die als motivierender Faktor für berufsintegrierende Schritte eigentlich unentbehrlich ist.

Der Druck, unter dem integrationsorientierte Maßnahmen betrieben werden müssen, wird nicht zuletzt in zunehmendem Maße auch von Sozialversicherungsträgern vorgegeben. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat im Jahre 2010 in einem Positionspapier zur Rehabilitation festgestellt, dass der Integrationserfolg entscheidend von einer frühzeitigen Berücksichtigung beruflicher Aspekte im Reha-Prozess abhängt und demnach eine berufliche Orientierung wesentlich zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation beitragen könne. In einem Anforderungsprofil [1] hat sie zentrale

berufsbezogene Grundleistungen festgeschrieben, die sie von ihren Vertragshäusern generell erwartet; gerechnet wird mit einem berufsspezifischen Bedarf (»Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen«) von bis zu 50 % in der Neurologie. Abgedeckt werden soll dieser Bedarf neben einem Basisangebot durch sogenannte MBOR-Kernmaßnahmen, die interne Belastungserprobung sowie Kooperationen mit externen Einrichtungen durchaus mit einschließen. Für eine Minderheit von bis zu 10 % soll dieses Angebot durch Maßnahmen der externen Belastungserprobung ergänzt werden. Bemerkenswert am Rande ist, dass die Deutsche Rentenversicherung in ihrem MBOR-Konzeptvorstellungen [1] erstmals deutlich auf die Notwendigkeit umfassender und präziser Diagnostik als Aufgabe der Rehabilitation hingewiesen hat. Auch wenn die Deutsche Rentenversicherung Wert darauf legt, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen klar von denen der Phase II (MBR) abgegrenzt werden sollen, so sind Ähnlichkeiten und Überschneidungen unübersehbar. Der Beitrag von Buschmann-Steinhage et al. in dieser Ausgabe dokumentiert die Erwartungen der Deutschen Rentenversicherung in ausführlicher Form.

Auch die deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) kommt aufgrund eigener Situationsanalyse zu einem ganz ähnlichen Ergebnis. Gegenwärtig ist eine Neukonzeption der neurologischen Rehabilitation zu Lasten der DGUV in Arbeit, in der die medizinische und die berufliche Rehabilitation in der Phase D (und E) als Einheit begriffen werden und ein fließender Übergang vom medizinisch-therapeutischen in den beruflich-therapeutischen Abschnitt gefordert wird. Die DGUV realisiert durchaus, dass für die Durchführung solcher Maßnahmen spezialisierte Einrichtungen erforderlich sind, die neben der medizinischen auch die berufliche Rehabilitation realisieren, und fordert somit in Konsequenz die Vorhaltung solcher Strukturen für die Phase D ganz generell, womit die Grenzen zwischen AHB und Phase II bzw. Phase D und E des Phasenmodells eher verschwimmen sollten. Der Artikel von Oberscheven beschreibt diese Vorstellungen genauer.

Sehr erfreulich ist, dass zumindest vereinzelt, wie Kursawe et al. oder auch Reuther et al. in der vorliegenden Ausgabe beschreiben, auch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ihren gesetzlichen Auftrag erkannt haben, auch berufsorientierte Schritte zu finanzieren; viele Rehabilitanden machen jedoch nach wie vor die Erfahrung, dass Krankenkassen solche Maßnahmen unter Verweis auf die vermeintlich alleinige Zuständigkeit der Rentenversicherung ablehnen. Ausnahme in dieser Haltung bildete seit jeher die stufenweise Wiedereingliederung, die allerdings im Herbst des vergangenen Jahres im Ablauf zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung neu geregelt wurde; nunmehr muss schon während der Anschlussheilbehandlung entschieden werden, ob eine Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach Entlassung in Betracht kommt. Wenn ja, ist diese vollständig im Rahmen der AHB zu organisieren und zeitgerecht zu Lasten der DRV-Träger umzu-

setzen. Wenn nein, ist diese Einschätzung ausführlich medizinisch zu begründen, die Kostenträgerschaft geht nur dann auf die Krankenversicherung über. Die Auswirkungen dieser Neuregelung auf die Bereitschaft von Krankenversicherungen, sich für berufliche Maßnahmen zu engagieren, sind derzeit noch nicht absehbar.

Die Entwicklung hin zu verstärkter medizinisch-beruflicher Orientierung wird zumindest diejenigen Rehabilitationseinrichtungen zwingen, ihren Methodenkanon auszuweiten, denen längerfristig an der Versorgung aus der Arbeit kommender oder im Erwerbsalter befindlicher Rehabilitanden gelegen ist. Sinnvoll wäre, Verfahren zu entwickeln bzw. bestehende Instrumente für die Anwendung in der Neurologie zu evaluieren (vgl. Schupp in dieser Ausgabe), mit denen schon früh berufliche Anforderungs- und Fähigkeitsprofile miteinander abgeglichen werden können (siehe etwa Guthke et al. in der vorliegenden Ausgabe), um schon in der medizinischen Rehabilitation gezielt diejenigen Funktionsdefizite behandeln zu können, bei denen sich die größten Diskrepanzen ergeben. Grundsätzlich wird es erforderlich sein, einem breiten Spektrum von Beschäftigungssituationen gerecht werden zu können:

1. Der Rehabilitand kommt aus der Arbeit und wird seinen Beruf nach erfolgreicher Rehabilitation voraussichtlich wieder im gewohnten Umfang ausüben können.
2. Der Rehabilitand kommt aus der Arbeit, wird seinen konkreten beruflichen Anforderungen voraussichtlich wieder gewachsen sein können, jedoch nur in reduziertem zeitlichem Umfang oder mit qualitativen Einschränkungen.
3. Der Rehabilitand kommt aus der Arbeit, wird jedoch seine bisher ausgeübte Tätigkeit voraussichtlich nicht mehr erfüllen können, ist aber für andere Tätigkeiten vollschichtig leistungsfähig und kann möglicherweise innerbetrieblich umgesetzt werden.
4. Der Rehabilitand kommt aus der Arbeit, ist seiner bisher ausgeübten Tätigkeit inhaltlich oder zeitlich nicht mehr gewachsen, eine betriebliche Umsetzungsmöglichkeit fehlt.
5. Die Perspektiven 1–4 sind kurzfristig unrealistisch, jedoch mittelfristig (nach längerer Rekonvaleszenz oder gezieltem Training) wieder erreichbar.
6. Der Rehabilitand war zum Zeitpunkt der Erkrankung oder Verletzung arbeitslos und benötigt erst recht durch die hinzugekommene Behinderung gezielte Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
7. Der Rehabilitand hat in zeitlichem Zusammenhang mit seiner Erkrankung oder Verletzung seinen Arbeitsplatz verloren und benötigt dadurch besondere Hilfen.

Dies stellt keineswegs eine vollständige Aufzählung dar: Weitere komplizierende Faktoren können in einer bereits angetretenen Altersteilzeit (aktive oder passive Phase) liegen, um nur ein Beispiel zu nennen. Eine Übersicht über die Reintegrationschancen unterschiedlicher Subgruppen und über die zur Verfügung stehenden Instrumente findet sich bei Schupp in dieser Ausgabe. Eine

weitere Problemgruppe, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, stellen Rehabilitanden dar, die aus einer schulischen oder universitären Ausbildung kommen und daher in der Regel nicht rentenversichert sind. Sie haben zudem mit dem Problem zu kämpfen, dass entgegen gängiger Erwartung das erfolgreiche Absolvieren einer Ausbildung bei Verletzungen oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems keinen validen Prädiktor für Berufserfolg darstellt.

Die genannten unterschiedlichen Problemlagen werden sehr differenzierte, voneinander abweichende Lösungsansätze benötigen, um das Ziel einer Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. Die Erwartung, ein einheitliches Behandlungskonzept für all diese Voraussetzungen entwickeln und vorhalten zu können, ist somit eher unrealistisch. Die Verschiedenartigkeit der bisher praktizierten medizinisch-beruflich orientierten Ansätze ist daher weder Zufall noch ein Versäumnis im Sinne fehlender Analyse bestehender Konzepte, sondern der Konzentration auf eine der oben genannten Subgruppen geschuldet oder aber auf einrichtungsspezifische situative Besonderheiten bezüglich etwa Kostenträgerschaft oder sozialraumnaher versus weiträumiger Einzugsgebiete der Patienten zurückzuführen. So haben beispielsweise die Autoren in der Fachklinik Herzogenaurach ein integratives medizinisch-berufliches Rehabilitationskonzept (IMBR) entwickelt, das den spezifischen Gegebenheiten dieser Klinik in besonderem Maße angepasst ist. Die Fachklinik Herzogenaurach liegt in einem Ballungsgebiet mit über einer Million Einwohnern und einer Vielzahl industrieller, auch gut qualifizierter Arbeitsplätze; die meisten Patienten wohnen und arbeiten in dieser Region. Das Angebot konzentriert sich folgerichtig auf die intensive und interaktive therapeutische Begleitung von Rehabilitanden zurück an ihren bestehenden Arbeitsplatz. Zu diesem Zweck teilt sich die Fachklinik Herzogenaurach die Arbeitswoche mit dem Arbeitgeber; zu Beginn stehen drei Tage Therapie in der Klinik, zwei Tage arbeitsplatzbezogenes Training am realen Arbeitsplatz. In Fällen, wo es zum Schutz des Patienten ratsam erscheint, beginnt der Rehabilitand an einem simulierten Arbeitsplatz im kooperierenden Berufsförderungswerk Nürnberg und wechselt erst nach Erreichen hinreichender Stabilität in seine Firma. Nach und nach verschiebt sich das Gewicht des arbeitsbezogenen Trainings zu Lasten der Therapiezeit, bis der Rehabilitand in der Schlussphase arbeitstäglich im angestrebten Zielvolumen an seinem Arbeitsplatz eingesetzt ist. Während des gesamten Programms wohnt der Rehabilitand zu Hause, den Transfer zu Klinik und Arbeitsplatz gewährleistet der Fahrdienst der Klinik. Die verzahnte Vorgehensweise erlaubt interaktives Lösen von Eingliederungsproblemen und hat bisher auch in Fällen mittelschwerer kognitiver Störungen oder schwerer körperlicher Behinderungen zur beruflichen Reintegration geführt [3]. Sie kann daher durchaus als exemplarisch für die intensivste Stufe der MBOR-Konzeptvorstellungen der DRV gelten.

Diese Vorgehensweise ist naturgemäß nur eine von mehreren denkbaren Varianten; Guthke et al. beschreiben in der vorliegenden Ausgabe ein Modell für ähnlich gelagerte Rahmenbedingungen. Für die wohnortnahe medizinisch-berufliche Rehabilitation bieten sich auch Modelle mobiler beruflicher Rehabilitation an, wie sie Risse et al. in dieser Ausgabe beschreiben. Für eine Einrichtung in einer Region mit geringerer Beschäftigungsquote oder für eine Klinik mit bundesweitem Einzugsgebiet werden sich andere Lösungskonzepte anbieten (vgl. etwa Claros-Salinas in der vorliegenden Ausgabe).

Es steht an, diese Bemühungen zusammenzufassen und gründlich hinsichtlich ihrer Eignung für konkrete berufliche Problemlagen zu analysieren. Es gilt für alle neurologischen Rehabilitationseinrichtungen, verstärkt ein Spektrum berufsbezogener Angebote vorzubereiten und von solchen Institutionen zu lernen, die in diesem Bereich eine Vorreiterrolle einnehmen.

Von solchen Vorreitern soll in dieser Ausgabe von Neurologie & Rehabilitation die Rede sein. Wir wünschen eine (Ideen-)anregende Lektüre.

Literatur

1. Bechmann M et al. Anforderungsprofil der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – somatische Indikationen. DRV-Schriften 2010.
2. Buschmann-Steinhage R. Positionspapier Rehabilitation 2010. DRV-Schriften 2010.
3. Kulke H, Schupp W. Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation unter Einbindung des realen Arbeitsplatzes – Erste katamnestische Daten. Tagungsband zum 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium Bochum 2011. DRV-Schriften Band 93.
4. Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Wolf H-D, Neuderth S. Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2010.
5. Müller-Fahrnow W, Radoschewski M. Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Dustri, Pabst Science Publishers, Lengerich 2006.
6. Neuderth S, Vogel H. Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Tagungsbericht BAR. Frankfurt 2002.
7. Poser U, Schönle PW, Schaller J. Berufliche Reintegration in der neurologischen Rehabilitation. Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2001.
8. Schupp W, Kulke H. Neurologie. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski M. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Dr. Wilfried Schupp
Neurologie/Neuropsychologie
m&i-Fachklinik Herzogenaurach
In der Reuth 1
91074 Herzogenaurach
E-Mail: neurologie@fachklinik-herzogenaurach.de

Dr. Hartwig Kulke
Neuropsychologie
m&i-Fachklinik Herzogenaurach
In der Reuth 1
91074 Herzogenaurach
E-Mail: hartwig.kulke@fachklinik-herzogenaurach.de