

Berufliche Wiedereingliederung von neurologisch Erkrankten

= Mensch mit erworbener Hirnschädigung (MeH)

Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung, der ambulanten Neurorehabilitation und der regionalen Kooperation mit dem BEM



Paul Reuther Ahrweiler

DGMSP Erlangen 2014 - MDK Tag 25.09.2014

Abgrenzung

Für Patienten mit **schwergradiger neurologischer Erkrankung**, mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen, langen Verläufen und sehr eingeschränkter Chance zur Rückkehr ins Arbeitsleben oder solchen mit besonderer Arbeitsplatzproblematik gibt es die besonderen (stationären) beruflich-orientierten Versorgungsstrukturen der Phase II (mbreha) und Phase III (BFW, BBW) Einrichtungen

mein Beitrag beschäftigt sich mehr mit
der (Re)Integration von Menschen mit **leicht- oder mittelgradigen Folgen**
neurologischer Erkrankungen in die Arbeit

Erworbene Hirnschäden entstehen durch

Schlaganfall

Schädelhirntrauma

Meningitis-Encephalitis

Multiple Sklerose

Parkinson

Folgen von Reanimation und Intensivmedizin

Folgen von Interventionen am Herzen

.....

Sie betreffen jährlich viele Menschen zwischen 20 und 65 Jahren - der Klientel der Ausbildungs- und Arbeitswelt

Problemlagen: Die berufliche (Re)Integration leicht- oder mittelgradig betroffener, neurologischer Patienten wird belastet durch

- zunehmend kurze, eher **nicht ausreichend lange medizinische Rehaprozesse**
- zu **geringe Teilhabeorientierung** der üblichen medizinischen Reha (AHB)
 - >>> Weiterentwicklung der SGBs
 - >>> Überarbeitung der Rahmenempfehlungen der BAR (und Umsetzung ICF ...)
- (noch) **fehlende Verfügbarkeit medizinisch-beruflich-orientierter Reha** für NeuroPatienten
- das **Verschieben der beruflichen Perspektive** auf spätere Intervallreha (dazwischen „gap“)
- die **reflexartige frühe EU-Berentung** durch DRV
- (noch) **mangelnde Umsetzung der RehaPhase E** (nachgehende Leistungen zur Integration... siehe BAR Empfehlungen 2013)
 - >>> Struktur- und Prozessentwicklung beschleunigen
 - >>> Anreize für Ambulantisierung, Regionalisierung, aber auch Personenzentrierung und Individualisierung (> Blick über den Tellerrand return-to-work-Konzepte)
 - >>> Siehe Gutachten 2014 des Sachverständigenrates Kapitel 4

- **Stufenweise WE („Hamburger Modell“) für (viele) neurologische Fälle unzureichend konzipiert**

Das wichtigste Prozesselement ist NICHT geregelt > die **Begleitung der stWE** = Supervision oder Coaching durch neurokompetenten Arzt, NP, ET, BH, Integrationshelfer, Casemanager..)

Dauerstreit um die Zuständigkeit (GKV – DRV)

Zeitfenster: stWE kommt zu spät („time is return-to-work“)

Zeitressource: Prozess der stWE wird zu kurz gestaltet

Druck von Träger und deren SozialmedizinDienst auf den Patienten während der stWE

>>> AU-Richtlinie (Selbstverwaltung gBA, AG und AN-Bank)

>>> § 28 SGB IX und §§ 42 und 74 SGB V und SGB XI

- **Niedergelassener Bereich (ambulante Nachsorge) ist für die berufliche Begleitung der stWE nicht ausreichend vorbereitet**

Coachingkompetenz?

Muster 60 oder Formular G834 **Zeitplan reicht nicht**

kein aufsuchendes Angebot zum Mitwirken in BEM

keine Vergütung der Leistungen etc

>>> sozialmedizinische Kompetenz der Neurologie und Psychiatrie (FB, WB, Coach)

>>> Leistungsdefinition und Bewertung in den Gebührenordnungen

>>> Zusammenwirken im BEM konkretisieren (Mustervereinbarungen, regionale AG...)

Kernthese 1

„Nach akuten und chronischen Hirnerkrankungen und -schädigungen ergeben sich besonders durch kognitive Teilleistungsstörungen und Fatigue- Symptome Problemlagen für die Arbeitswelt

Berufliche Wiedereingliederung gelingt dann, wenn es dem Betroffenen, dem medizinischen und rehabilitativen Versorgungssystem und dem Betrieb gelingt, diese Problemlagen frühzeitig zu erkennen, beruflich-orientiert zu behandeln und den Prozess der Integration in die Arbeit zu begleiten“

Kernthese 2

„Die Eigenarten einer erworbenen Hirnschädigung oder neurologischen Erkrankung - vor allem die Probleme durch neurokognitive und organisch-psychische Störungen („Pseudoneurasthenie“) - lassen eine valide Einschätzung der Arbeits- und Belastungsfähigkeit und der Anpassungsmöglichkeiten oft erst durch eine praktische Erprobung im konkreten individuellen Arbeitsprozess zu und decken oft den Bedarf nach weiterer Behandlung (Phase E, Coaching) auf“

Kernthese 3

„Um die berufliche Integration des MeH zu erreichen, dem Betroffenen eine sinnvolle Lebensstruktur und der Gesellschaft Arbeitskraft zu erhalten sind eine neue Kultur der Achtsamkeit für den Betroffenen und des Zusammenwirken zwischen Medizin/Rehabilitation und Arbeitswelt erforderlich (früh und regional)

>>> Systementwicklung wegen schon bestehender und kommender Probleme!

>>> Es ist machbar, auch und gerade regional“

Erworbene Hirnschäden bedingen *körperliche* und *geistige* Beeinträchtigungen

besonders arbeitsrelevant sind dabei die
neurokognitiven Teilleistungsstörungen

Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Planungs- und
Handlungsfunktionen....

Sprache und Kommunizieren

Lesen-Rechnen-Schreiben-PC-Bedienen

Affektive Instabilität und Verunsicherung

Minderbelastbarkeit

Faktoren, die (meist) im Prozess Anpassung wirksam werden = Therapeutische Aufgaben iR der (Re)Integrationsphase



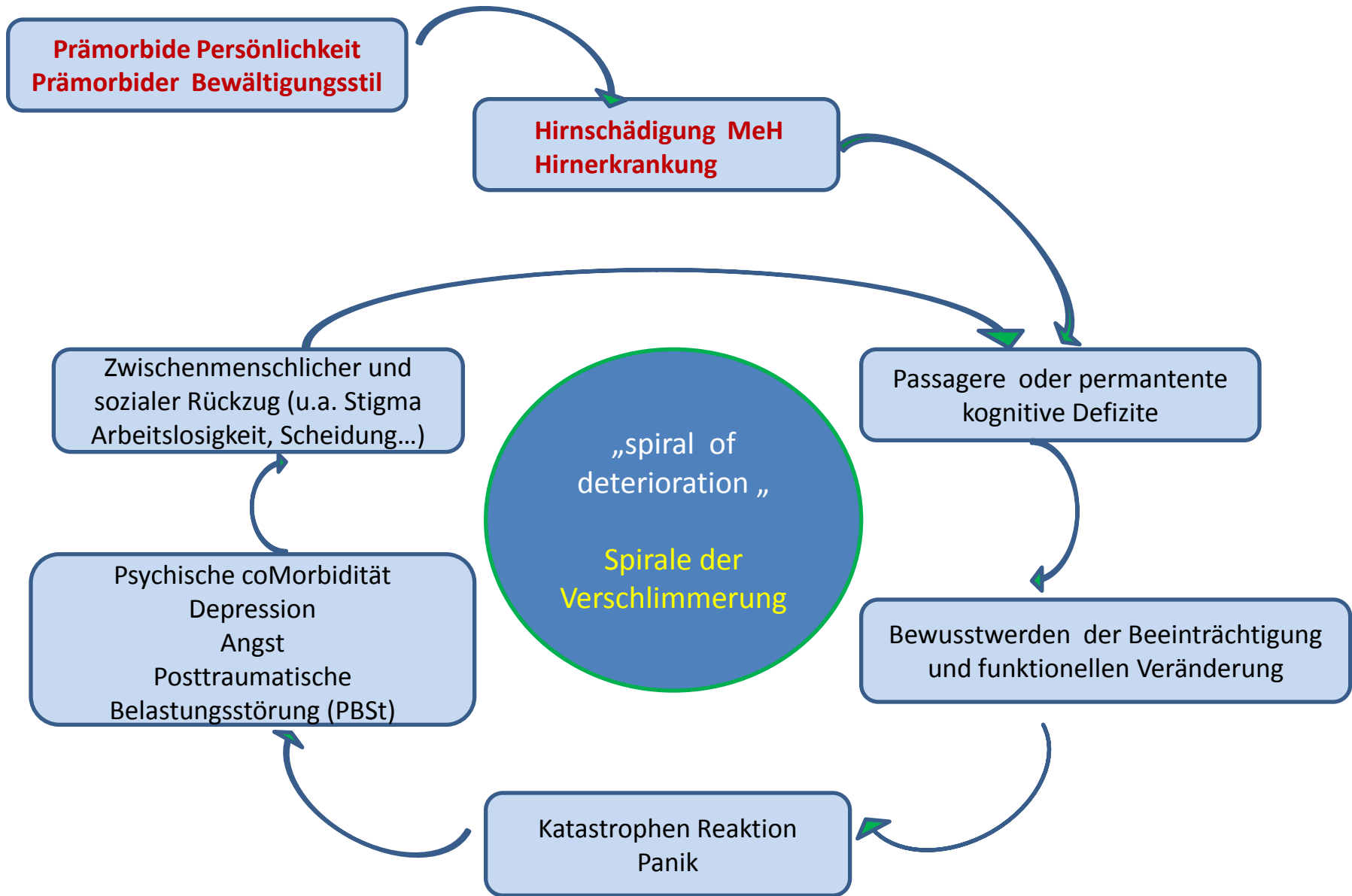
Diese Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten bei MeH

sind oft **nicht direkt sichtbar**, werden nicht gesehen oder übersehen und fehlgedeutet und vom Betroffenen auch verdrängt

sind aber sehr **oft behandelbar** im Sinne von Wiederherstellung, Kompensation oder Anpassung

müssen **Integrationschancen** und **Chronifizierungsgefahren** **früh** aufgegriffen werden

bedürfen besonderer **fachlicher Aufmerksamkeit** (Beratung, Supervision, Behandlung), **ausreichende Zeitspannen** und positive Förderung



Frühes Integrieren setzt voraus, dass

Arbeit, aktive Tagesstruktur und Beschäftigung als **wichtige und positive Ressource** einer selbstbestimmten Lebensführung angesehen werden (gerade auch vom/beim MeH)

der Mensch mit gesundheitlichen Problemen und eingeschränkter Arbeitskraft (und ggf. sein Umfeld) **salutogenetisch** also ressourcenorientiert behandelt-beraten-geführt-begleitet wird

sich **Medizin und Arbeitswelt wechselseitig „entängstigen“** vor allem auch in der Negativ-Bewertung der „Hirnschädigung“

in vielen Köpfen ein **Paradigmenwechsel** einsetzt

Schon die medizinische Reha muss sich teilhabeorientierten Aufgaben stellen

und dabei vor allem bei **leichtgradig und mittelgradig Betroffenen** **möglichst früh** auch die arbeits-, ausbildungsbezogene Funktionen und Fähigkeiten aufgreifen, wiederherstellen, evtl. kompensieren oder Anpassungen einleiten

Die Probleme an den **Sektoren der Versorgung** und mit den **Zuständigkeiten verschiedener Träger** sind bekannt („das ist Kontext“).

Das erfordert aber besonders aktives Vorausschauen mit **notwendiger Informationsvermittlung (Aufklären, Führen)**, **vorausschauendem Planen und Handeln** sowie **frühem Vernetzen des Betroffenen (+ des Angehörigen) und des Arbeitgebers** und dem Versuch, den/die **Sozialträger aktiv mit ins Boot zu ziehen** („Dem Verwaltungshandeln Beine machen“)

Rehabilitation und Nachsorge müssen gezielt mit hoher **Fallmanagementkompetenz** gestaltet und regional verfügbar werden

Tools für die ambulante Förderung der Integration in die Arbeitswelt

Neurokompetenz ärztlich/fachärztlich, neuropsychologisch, ergotherapeutisch, berufs- und sozialpädagogisch,

Coachingkompetenz

Beratungs- und **Fallmanagementkompetenz**

Sozialrechtliche Kompetenz

Regionales Netz von verschiedenen Leistungen (mono- oder komplextherapeutisch)

Anbietender Kompetenz in die Arbeitswelt (spez KuM inkl Kammern...)

Flexible und **mehrdimensionale Integrationsmethode** (Konzept)

theoretisches Assessment (in vitro) und praktisch (in vivo)

Abstimmung und Planung des Integrationsprozesses (AG und Träger)

Arbeitstherapie und Üben der kognitiven Skills (ggfs ander med. Massnahmen)

Belastungserprobung und Belastungssteigerung

Rückkopplung mit Eigen- und Fremdbeurteilung

Ergänzende Massnahmen (Mobilität, Ergänzende Dienste, Förderung, Assistenz unterstützte Beschäftigung

Arbeitsbezogene Fragen bei MeH früh klären, beachten, behandeln ggf. anpassen

beim Patienten

- Zustimmung zum Beginn der beruflichen Integration
- Ausreichende psychophysische Belastungsfähigkeit für >2-3h Arbeitserprobung im Arbeitsumfeld
- Besondere gesundheitliche und/oder berufliche Problemlagen
- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit
- Motivation, Kontrollüberzeugungen und Persönlichkeitsmerkmale
- Störungsbewusstsein und Selbsteinschätzung
- Motivation, Antrieb und Anstrengungsbereitschaft
- Affektive Situation
- Rolle in Bezug auf Arbeitsleben (präorbider Arbeitsstil)
- Berufsbezogene Mobilität (verkehrsmedizinische Situation)

im Betrieb

- Zustimmung des Arbeitgebers zu betriebsintegrierter Rehabilitation und zu BEM Anforderungen des konkreten (Integrations)Arbeitsplatzes
- Hemmenden und fördernden Faktoren in Bezug auf physikalisches und soziales Arbeitsumfeld
- Anpassungsbedarf des Arbeitsplatzes
- Klärung der präorbide Arbeitsbiographie und -Rolle im Betrieb
- Verfügbarkeit und Mitwirkung von Arbeitsmediziner, Behindertenbeauftragtem, Arbeitnehmervertretung („BEM“)
- Verfügbarkeit eines innerbetrieblichen Coachs (Fremdeinschätzung iR des Verfahrens)
- Umstellbereitschaft des betrieblichen Umfeldes

Sonstige

- Zustimmung des primären sozialen Umfeldes (Familie) zur beruflichen Integration
- Zuständigkeitsklärung der sozialen Sicherungssysteme
- Beantragung (und Bewilligung) von berufsorientierter Teilhabeplanung und Teilhabeleistungen (Zuständigkeitsklärung)
- Verfügbarkeit von Berufshelfer und Fallmanagement des Trägers (Synergie durch Beratungs- und Integrationsfachdienste)
- Notwendigkeit von LTA Leistungen
- Sicherstellung von berufsnotwendiger Mobilität (selbst oder fremd)
- Verfügbarkeit/Notwendigkeit von ggf. notwendigen ergänzender Hilfen
- *Besonderheiten für die Integration in Schule, Universität und berufliche Ausbildung
Besonderheiten für zweiten Arbeitsmarkt (Integrationsbetriebe) und Tagesförderangebote*



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Dr. med. habil. Paul Reuther

FA für Neurologie, Rehabilitationswesen, Verkehrsmedizin, Coach BVDN

Leiter des Zentrums für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge
NeuroTherapie Rhein Ahr in Ahrweiler www.neuro-therapie.de

Mitglied im Bundesvorstand des Berufsverband der Dt. Nervenärzte BVDN eV Krefeld(SpiZ)

Mitglied im Vorstand Bundesverband Neuroreha BNR eV Bonn

Mitglied im Vorstand des Bundesverbandes ambulant-teilstationäre NeuroReha BVANR eV Krefeld

Mitglied der AG Teilhabe: Rehabilitation, Integration und Nachsorge nach SHV Bonn

Mitveranstalter der Serie von bislang 8 Nachsorgekongressen in Bonn und Berlin seit 2006

Beratungsarzt der AG Werkstätten für MeH (seit 2012)

Mitbegründer der AG Wohnen MeH (seit 2014)

Mitglied der Vereinigung Lebenshilfe Ahrweiler (20 Jahre Vorstandsmitglied)

Publikation zum Thema:

Risse G, Börkel B, Reuther P: Ambulante/mobile berufliche Wiedereingliederung in der Neurologie: Ein Beitrag zur Gestaltung der neurologischen RehaPhase E

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 321-341

Ergebnisdarstellung 156 Fälle > return to work Ergebnis 86%

Kontakt reuther@neuro-therapie.de

Anhang 1 Häufigkeit der „nicht sichtbaren Störungen“ (= „übersehene Störungen“?)

<i>Störungen: Daten aus der Klinik Enzensberg</i>	Schlaganfall 51,6%	Hirntumore 7,2%	Schädelhirntrauma 5,9%	Entzündliche/ hypoxische Schädigung 2,4%
Halbseitenlähmungen	74%	58%	29%	19%
Handfunktion-Störungen	82%	53%	44%	47%
Cerebrale Sehstörungen	16%	15%	12%	10%
Räumliche-visuelle Konstruktive Störungen	21%	13%	13%	22%
Orientierungsstörungen	9%	8%	14%	10%
Aufmerksamkeitsstörungen	69%	73%	76%	78%
Lern- und Gedächtnisstörungen	32%	33%	52%	44%
Planungs- und Problemlösestörungen	30%	33%	38%	50%
Neglect (Wahrnehmung)	10%	3%	4%	
Apraxie	5%	2%	2%	
Sprachstörung	17%	18%	12%	10%
Sprech- und Stimmstörung	13%	7%	16%	19%
Psychopathologische Störungen	39%	40%	53%	52%

Anhang 2 Assessment

Fähigkeiten des Mitarbeiters

Anforderungen des Arbeitsplatzes

Möglichkeiten zur Anpassung des Arbeitsplatzes

Möglichkeiten zur weiteren Reha des Mitarbeiter (kognitive skills)

Merkmalkatalog **IMBA** (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt)

Körperhaltung (z. B. mit den Untergruppen Stehen, Sitzen)

Körperfortbewegung (z.B. mit den Untergruppen Gehen, Kriechen)

Körperteilbewegung (z.B. mit den Untergruppen Arm-, Bein-, Rumpfbewegungen)

Information (z. B. mit den Untergruppen Sehen, Hören, Sprechen)

Komplexe Merkmale (z. B. mit den Untergruppen Heben, Tragen)

Umgebungseinflüsse (z.B. mit den Untergruppen Klima, Schall)

Arbeitssicherheit (z. B. mit den Untergruppen Unfallgefährdung, Tragen von Arbeitsschutzmitteln)

Arbeitsorganisation (z. B. mit den Untergruppen Arbeitszeit, Akkord/Prämienlohn)

Schlüsselqualifikationen (z. B. mit den Untergruppen Antrieb, Sorgfalt)

Verfahren **MELBA** (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit)

Enthält psychische Merkmale der Gruppe Schlüsselqualifikationen

Publikation Götter et al in Goldenberg 2002 enthält Auflistung von Problemlagen bei minimaler kognitiver Dysfunktion

Anlage

Über den Tellerrand: Return to work after TBI research review

Mount Sinai Medical Center www.brainline.org

Summary

Providing Vocational Rehabilitation (VR) early in the rehab process

Creating supportive work environment

Providing cognitive skills training

Supplying assistive technology and train in its use

Supported employment is useful

On-the-job-training

Counseling and guidance

Job placement services

Creating of working alliance with the counselor

Anhang 3 Literatur

Die Phänomenologie des hirnorganischen Psychosyndroms als organisch begründete Psychose wird im triadischen Ordnungssystem der Psychiatrie - leider weniger in Lehrbüchern der Neurologie – beschrieben:

- *Gross und Huber 1993* differenzieren die klassischen Prägnanztypen der körperlich begründbaren Psychosen als „**chronische pseudoneurasthenisches Syndrom**“ mit reizbarer Schwäche, mit Veränderung der affektiven Reaktivität (u.a. gesteigerte Erregbarkeit) und Asthenie (u.a. Konzentrationsschwäche, abnorme Ermüdbarkeit) und als „**organische Persönlichkeitsveränderung**“ mit Zuspitzung, Abschwächung differenzierter Züge, Veränderungen von Grundstimmung und Antrieb, Verlangsamung, Haften..“
- *Helmchen* weist 2002 im Zusammenhang mit organischer Hirnschädigung auch auf sogenannte „**unterschwellige psychische Störungen unterhalb operationalisierter ICD-Diagnosen**“ hin.
- Die psychosomatische Rehabilitation kennt die **mild cerebral dysfunction (MCD)** des Erwachsenen (Enseroth 2011)
- Die NeuroFatigue-Forschung mündet in eine ähnliche Richtung (Schenkeis 2014)
- Supprian und Naumann (Hrsg) haben 2014 unter dem Titel Neuropsychiatrie – Psychiatrische Symptome bei neurologischen Erkrankungen publiziert
- **Die Standardwerke der Neurologie und Neurorehabilitation beschäftigen sich nicht mit der Behandlung des organischen Psychosyndroms, des pseudoneurasthenischen Syndroms und der psychophysischen Minderbelastbarkeit des Menschen mit erworbener Hirnschädigung. In der (deutschsprachigen) Literatur zur neuropsychologisch-holistischen und teilhabeorientierten Rehabilitation wird das Problem aufgegriffen und mit therapeutischen Empfehlungen beschrieben (Goldenberg-Prossl-Zieger 2002, Prigatano 2004, Fries-Lössl-Wagenhäuser 2007, Frommelt-Lösslein 2010)**