

ReIntra - ein Modell zur Wiedereingliederung schwer(st)verletzter Unfallopfer

Einleitung

Jährlich verunglücken in Deutschland etwa 500.000 Menschen im Straßenverkehr, davon erleiden mehr als 20 % schwerste Verletzungen (1997: 509.643 Verunglückte, davon 115.414 Schwerverletzte). Hochrechnung zufolge sterben bundesweit täglich 23 Personen im Straßenverkehr; darüber hinaus tragen täglich 32 Unfälle zu schweren und schwersten Verletzungen davon [9]. Insgesamt ist die Zahl von Unfällen mit Personenschäden seit einigen Jahren stabil [7], hat sich die Art der Unfallfolgen deutlich verändert: weniger Menschen werden getötet, dafür steigt die Zahl von schwerverletzten [8]. Im Zeitraum von 1970 bis 1994 konnte durch den Ausbau komplexer Rettungssysteme und eine deutliche Verbesserung der Traumaversorgung die Letalität der Unfallopfer um ca. 50 % reduziert werden [13].

Ein schwerer Unfall unterbricht die Kontinuität des Lebens und verlangt dem Unfallopfer und seinen Angehörigen, die indirekten Unfallopfern, extreme Anpassungsleistungen ab. In vielen Fällen zu langjähriger medizinischer und rehabilitativer Versorgungspflicht. Nicht selten stellt sich darüber hinaus ein psychosomatischer Chronifizierungsprozeß ein, der von den Betroffenen nicht erkannt und somit nicht behandelt wird [1, 6]. Ein Problem besonderer Art stellen Personen dar, die unschuldig schwere Unfallfolgen erlitten haben. Der Opferrolle ist besondere Beachtung zu beizumessen, da eine hierdurch bedingte mangelhafte Unfallverarbeitung zu einer Chronifizierung der psychischen und physischen Beeinträchtigungen führen kann und der Wiedereingliederung im Wege steht.

Deutschland zeichnet sich durch ein hervorragendes Sozialsystem und auch eines der weltweit besten Gesundheitssysteme aus. Neben einem erstklassig ausgebauten Notfallsystem [14], sondern auch ein entwickeltes medizinisches Versorgungsnetz im Rehabilitationsbereich. Seit vielen Jahren schon existiert die Fachrichtung "Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin". Der hohen Bedeutung dieses medizinischen Arbeitsbereiches wurde durch die Zusatzbezeichnung "Rehabilitationswesen" Rechnung getragen. Trotz dieses hohen Grades an institutionalisierter Spezialambulanz ist der Erfolg der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der Betroffenen wünschen übrig.

Der Weg eines Unfallopfers ist in unserem Sozialsystem nicht vorgegeben. Der Akutversorgung (Intensivstation/klinische Erstversorgung) folgen sehr häufig lange Aufenthalte in Spezialambulanz und anschließend klinische und ambulante Rehabilitation. Auf jeder dieser Stationen des Genesungsprozesses wird der - psychisch schwer angeschlagen - mit der Unfallverarbeitung nicht zurechtkommende, mit neuen Ärzten und Betreuern konfrontierte Patient ein bestehendes Patienten-Arzt-Verhältnis wird abgebrochen.

muß mühsam aufgebaut werden, erwartet man doch stets Compliance des Patienten. Dieser soll unter Einbindung von Sozialarbeitern, Reha-Beratern, Berufshelfern sowie mit Hilfe eines Rechtsanwaltes seine berufliche und soziale Reintegration erreichen. Diese Situation wird vom Patienten meist als belastend empfunden und er verlangt daher nach einer Instanz, die die Rolle eines medizinischen sozialen Mediators [2] übernimmt, um ein koordiniertes und erfolgversprechendes Vorgehen zu sichern.

Der medizinisch-berufskundliche Reintegrationsdienst Relntra

Wer koordiniert eine qualitativ hochwertige Wiedereingliederung des Unfallopfers?

Im Jahre 1997 wurde der medizinisch-berufskundliche Reintegrationsdienst Relntra durch die Bayerische Rückversicherung AG ins Leben gerufen. Relntra ist ein Dienst, der mit dem Ziel eingerichtet wurde, Unfallopfer vom Unfalltag bis zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung zu betreuen. Beauftragt von Versicherungsgesellschaften (i. d. R. Großschadenreife Haftpflichtversicherungen), die auch die anfallenden Kosten des Dienstes übernehmen.

Der Bedarf für einen solchen Dienst ist bereits an verschiedenen Stellen in der internationalen medizinischen Fachliteratur indirekt nachgewiesen worden. So wird immer wieder beklagt, daß der Langzeitbedarf an Therapien und Wiedereingliederung bei schwerverletzten Unfallopfern und Kindern heute immer noch weitgehend unerforscht ist. Die verschiedenen Bedürfnisse der Unfallopfer sind in Tabelle 1 aufgeführt. Unfallopfer erwarten zunächst Hilfen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Finanzielle Entschädigungen sind zwar wichtig, stehen aber im Vergleich dazu, insbesondere in der Anfangsphase, eher im Hintergrund. Diesen Erwartungen entsprechen im Rahmen eines persönlichen und vertrauensvollen Betreuer-Verhältnisses entsprochen werden. Das Betreuungsteam bei Relntra aus einem Arzt und einem Berufskundler

Tabelle 1:
Was brauchen Unfallopfer?

- Finanzielle Absicherung
- Medizinische Versorgung (Fachspezialisten und Spezialkliniken)
- Problemgerechte Anschlußtherapien und Rehabilitationsmaßnahmen
- Psychologische Betreuung bei der Unfallverarbeitung
- Frühzeitige Hilfestellung, um einen physischen und/oder psychischen Chronifizierungsprozeß zu vermeiden
- Psychosoziale Betreuung
- Fachkundige, nicht an Interessen gebundene Beratung
- notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen
- Beistand zur positiven Krankheitsbewältigung und zu aktiven Mitwirken am Genesungsprozeß (Selbsthilfegruppen)
- Hilfe bei Lebensumstrukturierungen
- Bestärkung zur Annahme des neuen Ichs
- Soziale Reintegration (Familie, Freundeskreis, Beruf)
- Hilfe bei der schulischen bzw. beruflichen Ausbildung
- Unterstützung bei der beruflichen Integration (am alten oder veränderten oder am neuen Arbeitsplatz)

Das Relntra-Team - seine Kompetenzen,
seine Qualifikationen

Das Relntra-Team setzt sich zusammen aus Medizinern u
berufskundlichen Beratern.

Die Ärzte des Relntra-Teams kommen aus den Fachgebir
Medizin, Arbeitsmedizin, Rehabilitationsmedizin, Neurolog
Kinderheilkunde. Man könnte sie als "spezialisierte Gene
einem besonders ausgeprägten Verständnis und Einfühlu
für Patienten mit schweren Langzeitschäden bezeichnen.
hinaus bestehen intensive Kontakte zu Spezialisten wie U
Psychiatern, Psychosomatikern, Psychologen, Orthopäde
Rehabilitationsmedizinern.

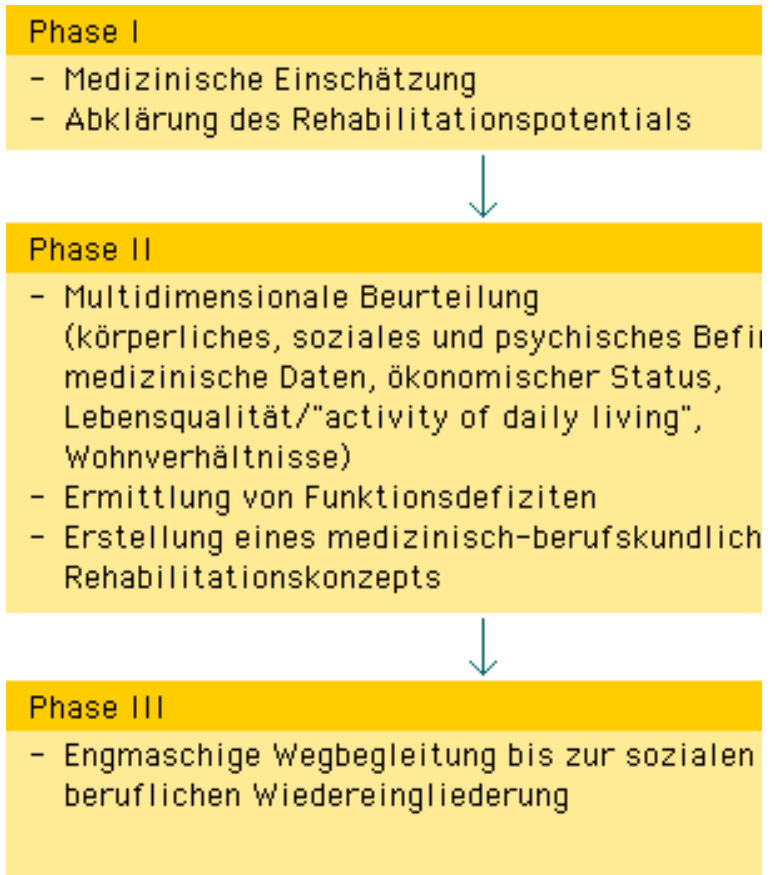
Die zweite Säule des Relntra-Teams bilden die berufskur
Berater, die - wie die Mediziner - besonders dafür ausgek
den komplexen Problemfällen von Opfern schwerster Unf
Sie können als Synthese aus Sozialarbeitern und Berufsk
charakterisiert werden. Die berufskundlichen Berater hab
zunächst einen Beruf erlernt, in diesem mehrjährige Erfaf
gesammelt und dann ein Fachhochschulstudium absolvie
erwarben sie interdisziplinäre Kenntnisse, die sie dann in
langjährigen Beratung von Arbeitnehmern und Arbeitgeb
und weiterentwickeln konnten. Schwerpunkte ihrer Arbeit
alle Fragen des Arbeitsmarktes, insbesondere im Zusamr
Ausbildung, Fortbildung, Umschulung und der beruflicher
Im Rahmen dieser auch bei Relntra fortgeführten Tätigke
sich die berufskundlichen Berater ein Netzwerk von Kont
Institutionen, Behörden und Betrieben, das kontinuierlich
von Unfallopfern gepflegt und laufend ausgebaut wird.

Die Vorgehensweise von Relntra

Relntra bedeutet Management - Management für das Unf
sog. Schadenmanagement. Die Aufgaben dieses Service
wesentlichen drei: Zeitmanagement, Optimierungs-/
Qualitätsmanagement und Informationsmanagement.

Relntra wird durch die Schadenregulierer der Erstversich
Schadensfälle informiert mit der Bitte um medizinisch-ber
Stellungnahme. In Frage kommen Patienten mit Verletzun
Art, die zu Dauerschäden führen und/ oder eine Tätigkeit
undenkbar erscheinen lassen.

Nachdem die Fälle bei Relntra eingegangen sind, durchlä
verschiedene Phasen (Phase I bis III s. Abbildung). Vorau
die Aktivierung des Dienstes ist eine Schweigepflichtentb
seiten des Patienten und eine Einverständniserklärung de
Rechtsanwaltes, der das Unfallopfer betreut.



Phase I

Diese Phase der medizinischen Abklärung sollte so bald wie möglich nach dem Unfallgeschehen eingeleitet werden. Sie beginnt mit dem Studium der medizinischen Akten und der Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzten. Eine umfangreiche Recherche (Teilnehmer: Anspruchsteller, Krankenhaus, Angehörigen, Hausarzt, Sozialversicherer, Juristen, Schadenregulierer) schließt sich an. Ziel dieser Phase ist es, eine Vertrauensbasis zwischen Patienten und ReIntra zu schaffen und eine Prognose zu stellen und einen ersten Besuchstermin mit dem Unfallopfer zu vereinbaren.

Phase II

Während der zweiten Phase steht zunächst die persönliche Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Vordergrund. Dies wird üblicherweise zuerst der Mediziner. Im Rahmen einer multidimensionalen Beurteilung (multidimensionales Assessment) wird die Situation des Unfallopfers möglichst weitgehend erfasst. Die Berater nun ein vollständiges Bild über die Situation vorlegen können. Dabei werden alle Informationen zum körperlichen Befinden des Patienten, zu seinem sozialen und ökonomischen Status, ausstehenden medizinischen Daten und weitere Informationen zum Gesamtbild der Lebensumstände des Patienten von den Beratern gesammelt und dokumentiert. In einer Teambesprechung wird das weitere Vorgehen gemeinsam festgelegt. Ziel der Phase ist es, ein umfassendes und für den Patienten optimiertes Rehabilitationskonzept für die kommenden Monate bis Jahre zu erarbeiten.

Phase III

Dieser letzte Abschnitt ist der intensiven Wegbegleitung des Unfallopfers gewidmet. Ziel ist, den Geschädigten kontinuierlich zu unterstützen und bei der Wiedereingliederung zu helfen.

vollständigen sozialen und beruflichen Reintegration zu b
 Anlehnung an den in Phase II erarbeiteten Reintegrations
 arbeitet Relntra gemeinsam mit den Ärzten und
 Rehabilitationseinrichtungen, den einschlägigen Institutio
 Arbeitgeber und den Personen aus dem sozialen Umfeld
 zusammen. Hauptelement von Phase III ist die dauerhafte
 Wiedereingliederung. Sie kann entweder mit oder ohne zi
 Bildungsmaßnahmen erfolgen. Die berufskundlichen Ber
 Rahmen dieser weg begleitenden Phase Koordinatoren, V
 und Ansprechpartner für alle anstehenden Probleme des
 Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses (z. B. durc
 telefonische und persönliche Betreuung) ist dabei von ga
 Bedeutung, besonders auch im Hinblick auf die psychisch
 und die soziale Reintegration des Unfallopfers. Die gängi
 Interventionen durch Relntra sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2:
 Gängige Interventionen
 durch Relntra

Medizin

- Vermittlung an Spezialisten bzw. Spezialkliniken zur
 Behandlung
- Vorstellung beim Experten, Einholung einer zweiten I
- Entwicklung von therapeutischen Konzepten
- Vermittlung einer psychologischen Betreuung
- Koordination der Reintegrationsmaßnahmen
- Wegbegleitung über Telefon und Besuche
- Auswahl, ggf. auch Besuch von medizinischen Einric
- Hilfsmittelberatung und -vermittlung

Beruf

- Vermittlung und Betreuung von beruflichen Maßnahm
 - Belastungserprobung
 - (erweiterte) Berufsfindungs- und
 Arbeitserprobungsmaßnahme
 - Reha-Vorbereitungslehrgang
 - Teilqualifikation
 - Fortbildung
 - Umschulung
 - Nachhilfeunterricht
 - Bewerbungstraining
 - Arbeitgebergespräch
 - Erwerb von Führerscheinen
- Wegbegleitung über Telefon und Besuche
- Hilfsmittelberatung und -vermittlung

Sonstiges

- Technische Umbauten: im häuslichen Bereich, am K
 Arbeitsplatz
- Beschleunigung des Kostenübernahmeverfahrens (d
 Versicherungsgesellschaft, öffentlichen Kostenträger
 sonstige Intervention)

Das von Relntra betreute Patientenkollektiv

Die Unfallopfer werden durch Relntra über einen relativ la
 (i. d. R. mehrere Jahre) betreut (Längsschnitterhebung). I
 zudem um ein speziell selektiertes Kollektiv. Alle Patiente
 schwer(st)er Unfälle, deren bisheriger Reintegrationsproz

problemlos verlief. In diesen Fällen waren die Versicherer Schadenssummen bereits finanziell besonders gefordert. Die Entscheidung über eine Aufnahme durch Relntra wird durch die Versicherungsgesellschaften getroffen. Auswahl z. B. schwere Verletzungsmuster, gescheiterte Wiedereingliederungsversuche, Komplikationen im Heilungsprozess, drohende Dauerpflege. Bei dem von Relntra betreuten Kollektiv sind 27,5 % der Patienten weniger als sechs Monate nach dem Unfallereignis, 21 % sechs bis zwölf Monate und 24 % zwischen 12 und 24 Monate nach dem Unfall gemeldet. Bei weiteren 27,5 % trat der Unfall länger als zwei Jahre zurück, wobei die Zeitspanne zwischen Unfall und Aufnahme in die Betreuung bei Extremfällen (bei Spätschäden) mehr als zehn Jahre betragen kann. Der Durchschnitt setzt die Betreuung durch Relntra ein bis zwei Jahre nach dem Unfall ein.

Die hier veröffentlichte Auswertung basiert auf 109 Unfällen, die derzeit in Phase III der Betreuung befinden oder unmittelbar nach dem Eintritt in diese Phase stehen. Die Patienten wurden im Moment der Aufnahme von Relntra betreut, und es lassen sich bereits erste Ergebnisse über den Reintegrationserfolg treffen.

Bei dem von Relntra betreuten Kollektiv handelt es sich zu 25 % um weibliche und zu 75 % um männliche Unfallopfer. Die Altersspanne reicht von 18 bis 74 Jahre (Mittelwert 37 Jahre). Der Anteil der Unfallopfer ist zwischen 18 und 25 Jahre alt (38 %), verteilt sich auf die Altersgruppen 26 - 35 Jahre (24 %), 36 - 45 Jahre (17 %), 46 - 55 Jahre (12 %) und älter als 55 Jahre (9 %). Die häufigsten Unfallarten sind Pkw-Unfälle (56 %), gefolgt von Motorradunfällen (34 %) und Unfällen mit dem Fahrrad (3 %). Weitere Unfallarten sind Fußgänger (4 %) sowie Unfällen außerhalb des Straßenverkehrs (4 %).

Definition von Erfolg im Reintegrationsmodell

Geht man von dem aus, was das Handeln und Denken in unserer Welt und in unserer Gesellschaftsordnung bestimmt, so wird deutlich, daß unser Kulturkreis geprägt ist vom Streben nach Arbeit und einem Beitrag zum Bruttosozialprodukt zu leisten. Es gelten die Prinzipien "Rehabilitation vor Rente" und "Rehabilitation vor Pflege". Dementsprechend ist der Erfolg von Relntra am Grad der Wiedereingliederung zu messen.

Für die Versicherungsgesellschaften besteht nur dann die Möglichkeit, langfristig Geld zu sparen, wenn es dem Patienten psychisch und sozial besser geht. Als Erfolg von Relntra kann daher der Zustand definiert werden, in dem dieser Dienst erzielte "win-win"-Situation definiert werden kann, bei der ein gewinnbringendes Ergebnis sowohl für das Unfallopfer als auch für die kostentragenden Versicherungsgesellschaften, wobei die Gesundheit des Patienten allerdings stets im Vordergrund steht. Man kann zwischen verschiedenen Arten von Erfolg unterscheiden: Medizinischer Erfolg bedeutet, Defizite (funktionell, physisch, kognitiv) zu beheben und die allgemeine Lebensqualität zu verbessern. Aber auch einen nicht verbesserungsfähigen Zustand (z. B. bei Dauerpflegefällen) zu erhalten, ist als medizinischer Erfolg anzusehen, wenn dadurch eine konstant progrediente Verschlechterung vermieden wird.

Das immer schockartige Erleben eines schweren Unfalls verbunden mit den Einschränkungen und Belastungen des "Lebens nach dem Unfall" verursacht häufig schwere psychosoziale Komplikationen. Der Patient muß von einem Tag auf den nächsten zum Facharzt

neuen und noch kaum zu überblickenden Bedürfnisse we
 sozialem Erfolg versteht man dann, daß dem Unfallopfer
 Schritt gelingt, das neue Ich zu akzeptieren.
 Zum beruflichen Erfolg gehört eine dauerhafte Wiederein-
 gegebenenfalls mit Hilfe einer Berufsfindung, Fortbildung
 Umschulung - in den alten, einen veränderten oder einen
 Arbeitsplatz.

Ergebnisse der Patientenbetreuung durch Relntra

Verletzungsmuster

Bei den Verletzungsmustern der von Relntra betreuten Pa
 handelt es sich in den meisten Fällen um Frakturen und a
 Läsionen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsappa
 von Schädel-Hirn-Traumata und Paresen. Meist liegen m
 Verletzungen vor, wobei ein Patient durchschnittlich sech
 Einzelverletzungen aufweist. Als häufige Kombinationen f
 multiple Frakturen im Bereich des Haltungs- und Bewegu
 zusammen mit Paresen auf, Schädelfrakturen kombiniert
 Hirn-Traumata und hirnorganischem Psychosyndrom sow
 Hirn-Traumata in Verbindung mit psychischen Auffälligkeit
 3).

Tabelle 3:
 Verletzungsmuster
 von 109 Patienten

Verletzungsmuster

(Mehrfachnennungen möglich)

- Frakturen oder andere Läsionen im Bereich
 des Bewegungs- und Haltungsapparates
- Schädel-Hirn-Traumata
- Paresen/Lähmungen (außer Querschnitte)
- Polytrauma
- Organ- und Weichteilverletzungen
- Posttraumatische Komplikationen
- Psychische Auffälligkeiten
- Frakturen im Schädelbereich
- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Querschnittslähmungen
- Apallisches Syndrom
- Amputationen

Problemanalyse zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins
 Betrachtet man die Unfallopfer zum Zeitpunkt des Eintritts
 (im Mittel ca. 1,5 Jahre nach dem Unfallereignis), so liege
 schwerwiegende gesundheitliche, berufliche und soziale
 Sie zeichnen sich aus durch komplizierte Krankheitsverläu
 Wahrscheinlichkeit einer beruflichen und sozialen Wieder
 (s. Tabelle 4).

Tabelle 4:
 Problemanalyse zum Zeitpunkt
 des Betreuungsbegins (n = 109)

Problemanalyse Phase I/II

(Mehrfachnennungen möglich)

Medizinische Situation

- Dauerschäden
- Psychische Schäden
- Komplikationen
- Chronifizierung
- Pflegefälle

- Vorerkrankungen

Soziale Situation

- Drastische Probleme mit der Unfallverarbeitung
- Zusätzliche belastende Ereignisse
- Familienprobleme
- Finanzielle Schwierigkeiten

Berufliche Situation

- Ausübung des alten Berufes nicht möglich
- Ausbildung nicht vollendet bzw. unterbrochen
- Arbeitslos
- Rente (ca. 1/3 unbefristet, 2/3 befristet)
- Überforderung in Umschulung/Ausbildung
- Ohne Schulabschluß

Bei 9 % der Patienten handelt es sich um Pflegefälle. Der der Betreuung liegt im Aufbau von Selbständigkeit im per: Leben, um damit eine Stabilisierung der sozialen Lage zu Spät- oder Dauerschäden im Sinne körperlicher Funktionseinschränkungen bestehen bei allen Patienten. Unfallopfer traten posttraumatische Komplikationen auf (z Thrombose der tiefen Beinvenen, Hirninfarkt, Epilepsie, Infektionen, Sepsis, Abszesse, Osteomyelitis und Fisteln) psychische Beeinträchtigungen (meist Depressionen, in s auch paranoide Psychosen). Bestehende Vorerkrankung neurologischer, kardiologischer oder pulmonologischer G selten (5 %) vor, da es sich in aller Regel um junge Unfal bestehende Grunderkrankungen handelt.

Bei 28 % der RelIntra-Fälle lag eine Chronifizierung vor, d auf Spät-, Folge- oder Dauerschäden, sondern auf eine schwerwiegende und dauerhafte Unfähigkeit bezieht, sich und soziale Leben wiedereinzugliedern, und stets eine ps Komponente aufweist. Häufig handelt es sich in diesen F. Depressionen, schwerste und oft therapieresistente Schn und soziale Isolation, die manchmal sogar bis zur Suizidg reichen. Charakteristisch für eine Chronifizierung ist, daß Krankheitsgefühl des Patienten und sein daraus resultier Verhalten oft in keiner angemessenen Relation zu den me Befunden stehen [5].

Bei Erhebung des berufskundlichen Status praesens wur daß sich 12 % der Unfallopfer in Rente (befristet oder untl befanden. Bei 62 % war eine Ausübung des alten Berufe: möglich, weitere 27 % konnten durch den Unfall ihre schu berufliche Ausbildung nicht vollenden bzw. mußten sie un Bei 6 % der Fälle lag eine Überlastung in der Umschulung Ausbildung vor, so daß diese wieder abgebrochen werde Tatsache, die häufig zu psychischen Folgereaktionen füh Fällen komplizierte sich die Lage durch einen fehlenden S (6 %) oder durch eine bereits vor dem Unfall bestehende (14 %). Diese Fälle fordern die berufskundlichen Berater besonderem Ausmaß.

Auch auf sozialer Ebene existieren sehr häufig Schwierig Wiedereingliederung erheblich komplizieren. So lähmen c

Familienprobleme (8 %), finanzielle Schwierigkeiten (6 %), drastische Probleme bei der Unfallverarbeitung (51 %) die oder Fähigkeit des Patienten, aktiv bei seiner sozialen und Reintegration mitzuhelfen. In 40 % der Fälle kamen zusätzlich bestehenden Schicksal weitere belastende Situationen hinzu: schwere Krankheit oder Tod eines nahen Angehörigen, eine dem Unfall zusammenhängende somatische Erkrankung, Freundeskreises durch den Unfall, Tod eines Angehörigen

Prognose und Ergebnisse des erzielbaren Wiedereingliederungserfolges

Zu Beginn der Betreuung durch RelIntra (Phase I und II) erließen Ärzte und Berufskundler eine Prognose über das Wiedereingliederungspotential des Patienten. Im Laufe der Zeit kann dann eine vorläufige Aussage über den tatsächlichen Wiedereingliederungserfolg getroffen werden (s. Tabelle 5). In 40 % der Fälle bedarf es einer weiterführenden Betreuung, um die geringe Wiedereingliederung zu stabilisieren und einen Langzeiterfolg herbeizuführen.

Tabelle 5:
Prognose und Ergebnisse des
erzielbaren Wiederein-
gliederungserfolges (n = 109)

Ergebnis nach prognostischer Einschätzung

Prognostische Einschätzung nach RelIntra:

- berufliche Wiedereingliederung wahrscheinlich
- berufliche Wiedereingliederung evtl. möglich
- berufliche Wiedereingliederung unmöglich

Nach einer mittleren Betreuungsdauer der Patienten von 17 Monaten ergab sich folgendes vorläufiges **Ergebnis:**

- Pflege
- in der medizinischen Rehabilitation
- Berufliche Neuorientierung
davon:
2/3 Arbeitserprobung/Berufsfindung
1/3 Umschulung
Arbeitsleben

Nach der prognostischen Einschätzung durch RelIntra wurde eine berufliche Wiedereingliederung in 57 % der Fälle wahrscheinlich, 32 % immerhin möglich. Tatsächlich bewegten sich nach einer mittleren Betreuungsdauer der Patienten von 17 Monaten bereits 71 % der Unfallopfer hin in Richtung Beruf (58 % Umschulung bzw. Berufsfindung, 16 % vollschichtige Berufstätigkeit). Neben den Pflegefällen haben 17 % die medizinische Rehabilitation verlassen. Hier bleibt abzuwarten, welche Patienten dauerhaft pflegebedürftig bleiben und bei wie vielen sich später noch berufliche Möglichkeiten auftun werden. Diese Zahlen verdeutlichen die Bedeutung des medizinisch-berufskundlichen Beratungsdienstes in der Lage, die Wiedereingliederungsrate zu realisieren.

Diskussion

Durch Unfälle verursachte Traumata stellen ein ernstzunehmendes Problem in unserer Gesellschaft dar, das nicht nur mit sozialen Schicksalen, sondern auch mit hohen volkswirtschaftlichen (Pflegebedürftigkeit und verlorene Produktivität junger Menschen) verbunden ist [13, 11].

Das von Relntra betreute Kollektiv von Opfern schwer(er) zeigt, daß in der individuellen rehabilitativen Versorgung Lücken bestehen. Die Auswertung ergab, daß die Hauptprobleme im Reintegrationsprozeß selbst zu suchen sind.

Trotz der Vielzahl von Einrichtungen mit hohem Qualitätsanspruch stellt sich die Frage nach den Gründen für die Defizite in der effektiven Reintegration. Leider spielen auch in der heutigen Medizin Krankheits- und Behinderungsfolgen immer noch eine zu untergeordnete Rolle [10]. Die Schnittstellen zwischen Integriertem Akutkrankenhaus, Spezialkliniken, Frühreha, medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen sowie auch im ambulanten Bereich weisen derart drastische Mängel auf, daß die Koordination durch eine außenstehende Organisation wie Relntra dringend erforderlich erscheint.

Die Betreuung von Patienten mit Dauerschäden sollte in enger, intensiven und interdisziplinären Zusammenarbeit die Gesundheitswissenschaften, medizinischen, beruflichen, sozialen, pädagogischen und rechtlichen Sektoren umfassen, um die erfolgreiche Reintegration der Patienten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sicherzustellen. Essentiell ist die Vermeidung von irreparablen Folgen einer mangelhaft bedarfsgerecht durchgeführten Rehabilitation. Auch müssen die Akutkrankenhäuser als ein entscheidendes Glied der Rehabilitationsgesamtkette [10, 4] gesehen werden, damit der Reha-Prozess bereits von Beginn an Unzulänglichkeiten aufweist.

Entscheidende Bedeutung ist der Mediatoren- oder Vermittlerrolle Relntra zuzuschreiben. Relntra fungiert hier als "Manager der Patienten" und führt durch ihre Koordinations- und Beratungsleistungen deutliche Erfolge herbei. Relntra konnte auch die Kommunikation zwischen Behörden, Ämtern und Rechtsanwälten verbessern und beitragen, daß sich die Unfallopfer nicht mehr so verloren fühlen und besser mit ihren Ängsten umzugehen lernten.

Dabei ist der Aufbau eines frühen Vertrauensverhältnisses zwischen Unfallopfer und Manager entscheidend. Die drei Aufgaben des Relntra-Dienstes sind im wesentlichen Zeitmanagement, Optimierung des Qualitätsmanagement sowie Informationsmanagement. Das Hauptanliegen des Unfallopfer besteht darin, den Patienten nach multidimensionaler Analyse der Situation zu eigenverantwortlichen Entscheidungen für individuelles Handeln anzuregen. Darüber hinaus sind die Relntra-Mitarbeiter Ansprechpartner für alle Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit der Reintegration in ein posttraumatisch möglichst "normales" Leben. Eine Sonderrolle nimmt der Relntra-Berater auch bei der Nahtstellenüberwachung ein, insbesondere beim Übergang von der Station der Krankheitsbewältigung zur anderen (Akutkrankenhaus, Frühreha, medizinische Reha, berufliche Reha). Weiterhin leistet der Relntra-Berater einen entscheidenden Beitrag zur Vermeidung von Informationsverlusten, die sich durch die Übergänge von einer Betreuungseinheit zur nächsten ergeben können.

Abschließend bleibt zu bemerken, daß die bestehenden Lücken in der Reintegration von Unfallopfern in ihr soziales und berufliches Leben in hohem Maße die Notwendigkeit der Intervention eines Disziplinärteams

Relntra bestätigen. Für die Zukunft ist es durchaus vorstellbar, das Relntra-Modell auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens übertragen zu lassen.

Zusammenfassung

Relntra ist ein medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst, der 1997 mit dem Ziel ins Leben gerufen wurde, die Reintegration von Opfern schwer(er)er Unfälle in ihr berufliches Leben zu unterstützen. Wir berichten über 100 schwersten Verletzungsmustern, deren bisheriger Wiedereingliederungserfolg zu wünschen übrig ließ. Die / durch Relntra nach einem mittleren Betreuungszeitraum v ergibt, daß die Hauptprobleme der Patienten nicht im medizinischen Versorgungssystem, sondern im Reintegrationsprozeß selbst liegen sind. So handelt es sich insbesondere um Probleme im Schnittstellenbereich zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Nach den zahlreichen Interventionen durch Relntra können keine Erfolgsaussagen getroffen werden. In 9 % der Fälle war eine Wiedereingliederung durch zu schwere Verletzungsmuster nicht möglich. 17 % haben die medizinische Rehabilitation noch nicht verlassen, wobei eine Aussage über eine endgültige volle Arbeitsaufnahme noch nicht getroffen werden kann. 58 % Unfallopfer befinden sich in der Phase der beruflichen Neuorientierung. Weitere 16 % stehen bereits wieder voll im Berufsleben.

Literatur

- [1] **Allen, S. N., Bloom, S. L.:** "Group and family treatment of post-traumatic stress disorder", Psychiatr. Clin North America, 1994, June, 17 (2): 425 - 437.
- [2] **Bohnert, W.:** "Tasks of case managers in statutory accident insurance", Rehabilitation, 1997, Februar, 39 - 47.
- [3] **Braithwaite, I. J., Boot, D. A., Patterson, M., Roloff, A.:** "Disability after severe injury: five year follow up of a large cohort", Injury 1998, January 29 (1): 55 - 59.
- [4] **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** "Rehabilitation Behinderter: Schädigung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge - Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation", Deutscher Ärzte-Verlag, 1994, Auflage 1994.
- [5] **Delbrück, H., Haupt, E.:** "Rehabilitationsmedizin - Therapie- und Behandlungskonzepte bei chronischen Krankheiten", Urban & Schwarzenberg, 1996.
- [6] **Ehlers, A., Mayon, R. A., Bryant, B.:** "Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accidents", J Abnorm Psychol, August, 1997, (3): 508 - 519.
- [7] **Hannover-Forum:** "Die Zukunft des schweren Personenschadens in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung - Schädigung, Prognose, Kosten", e-Forum, 1997.

- [8] **Informationsbroschüre "RelIntra - medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst"**, RelIntra GmbH, Postfach : 65, 80503 München.
- [9] **Klose, E.:** "Bewertung von Einflüssen auf Unfallop Bericht zum 37. BDP-Kongreß für Verkehrspsycho 1998 in Braunschweig, TÜV MPI GmbH, Unternehmensgruppe TÜV Südbayern.
- [10] **Matthesius, R. G., Jochheim, K. A., Barolin, G. ; Heinz, C.:** "ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO)", U Mosby GmbH, 1995.
- [11] **Merhoff, F.:** "Return to work after occupational acc and occupational diseases", Rehabilitation, 1997, 1 (2): 84 - 91.
- [12] **Orliaquet, G. A., Meyer, P. G., Blanot, S., Jarrea M., Charron, B., Buisson, C., Carli, P. A.:** "Predict factors of outcome in severely traumatized childrer Analg, 1998, September, 87 (3): 537 - 542.
- [13] **Tscherne, H., Regel, G.:** "Unfallchirurgie - Traumamanagement", Springer-Verlag, 1997.
- [14] **Zintl, B., Ruchholtz, S., Nast-Kolb, D., Waydhas Schweiberer, L.:** "Quality management in early cli multiple trauma care. Documentation of treatment : evaluation of critical care quality.", Unfallchirurg, 19 October, 100 (19): 811 - 819.