

Relntra – ein Modell zur Wiedereingliederung schwer(st)verletzter Unfallopfer

S. Hinterstraßer-Irmer,
U. Wandl, München

Aus der Bayerischen Rückversicherung AG, München
(Ärztliche Direktorin:
Priv.-Doz. Dr. Ursula Wandl)

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 [9]). Einer Hochrechnung zufolge sterben bundesweit täglich 23 Personen im Straßenverkehr; darüber hinaus tragen täglich 32 Unfallopfer schwere und schwerste Verletzungen davon [9]. Insgesamt ist die Anzahl der Unfälle mit Personenschäden seit einigen Jahren stabil [7]. Allerdings hat sich die Art der Unfallfolgen deutlich verändert: weniger Menschen werden getötet, dafür steigt die Zahl von schwerverletzten Unfallopfern [8]. Im Zeitraum von 1970 bis 1994 konnte durch den Ausbau eines komplexen Rettungssystems und eine deutliche Verbesserung der Traumaversorgung die Letalität der Unfallopfer um die Hälfte reduziert werden [13].

Ein schwerer Unfall unterbricht die Kontinuität des Lebens schlagartig und verlangt dem Unfallopfer und seinen Angehörigen, den sog. indirekten Unfallopfern, *extreme Anpassungsleistungen* ab. Dies führt in vielen Fällen zu langjähriger medizinischer und rehabilitativer Versorgungspflicht. Nicht selten stellt sich darüber hinaus ein *psychosomatischer Chronifizierungsprozeß* ein, der von Kliniken oft nicht erkannt und somit nicht behandelt wird [1, 6]. Ein Problem ganz besonderer Art stellen Personen dar, die unschuldig schwerste Unfallfolgen erlitten haben. Der *Opferrolle* ist besondere Beachtung 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, das nicht nur ein erstklassig ausgebautes Notfallsystem [14], sondern auch ein weit entwickeltes medizinisches Versorgungsnetz im Rehabilitationsbereich beinhaltet. Seit vielen Jahren schon existiert die Fachrichtung des „Arztes für physikalische und rehabilitative Medizin“. Der großen Bedeutung dieses medizinischen Arbeitsbereiches wurde durch die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ Rechnung getragen [4]. Trotz dieses hohen Grades an institutionalisierter Spezialisierung *läßt der Erfolg der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung häufig zu wünschen übrig*.

Der *Weg eines Unfallopfers* ist in unserem Sozialsystem weitgehend vorgegeben. Der Akutversorgung (Intensivstation / klinische Erstversorgung) folgen sehr häufig lange Aufenthalte in Spezialkliniken und anschließend klinische und ambulante

Rehabilitationsmaßnahmen. Auf jeder dieser Stationen des Genesungsprozesses wird der Patient, der – psychisch schwer angeschlagen – mit der Unfallverarbeitung noch nicht zurechtkommt, mit *neuen* Ärzten und Betreuern konfrontiert. Ein bestehendes Patienten-Arzt-Verhältnis wird abgebrochen und ein neues muß mühsam aufgebaut werden, erwartet man doch stets die gute Compliance des Patienten. Dieser soll unter Einbindung von Sozialarbeitern, Reha-Beratern, Berufshelfern sowie mit Hilfe seines Rechtsanwaltes seine berufliche und soziale Reintegration erreichen. Diese Situation wird vom Patienten meist als belastend empfunden und verlangt daher nach einer Instanz, die die Rolle eines *medizinisch-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 Beratungs- und 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 Wieder-

Jährlich verunglücken in Deutschland ca. 500 000 Menschen im Straßenverkehr . . .

. . . wobei die Zahl von schwerverletzten Unfallopfern steigt

Ein schwerer Unfall verlangt dem Unfallopfer und seinen Angehörigen extreme Anpassungsleistungen ab

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 bei notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen
Beistand zur positiven Krankheitsbewältigung und zum aktiven Mitwirken am Genesungsprozeß (Selbsthilfegruppen)
Hilfe bei Lebensumstrukturierungen
Bestärkung zur Annahme des neuen Ichs
Soziale Reintegration (Familie, Freundeskreis, Berufsleben)
Hilfe bei der schulischen bzw. beruflichen Ausbildung
Unterstützung bei der beruflichen Integration (am alten, veränderten oder am neuen Arbeitsplatz)

Der Dienst Relntra wird von Versicherungsgesellschaften beauftragt, die auch die Kosten übernehmen

eingliederung zu betreuen. Beauftragt wird Relntra von Versicherungsgesellschaften (i. d. R. Großschadenregulierer der 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 angemeldet worden. So wird immer wieder beklagt, daß der Langzeiterfolg von Therapien und Wiedereingliederung bei schwerverletzten Erwachsenen und Kindern heute immer noch weitgehend unerforscht ist [3, 12]. Die verschiedenartigen Bedürfnisse der Unfallopfer sind in Tabelle 1 auf S. 161 aufgeführt. Unfallopfer erwarten zunächst Hilfen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Finanzielle Entschädigungsleistungen sind zwar wichtig, stehen aber im Vergleich dazu, insbesondere in der Anfangsphase, eher im Hintergrund. Diesen Erwartungen kann am ehesten im Rahmen eines *persönlichen und vertrauensvollen Patienten-Betreuer-Verhältnisses* entsprochen werden. Das *Betreuer-Team* setzt sich bei Relntra aus einem Arzt und einem Berufskundler zusammen.

Das Relntra-Team – seine Kompetenzen, seine Qualifikationen

Das Relntra-Team setzt sich zusammen aus Medizinerinnen und berufskundlichen Beratern

Das Relntra-Team setzt sich zusammen aus Medizinerinnen und berufskundlichen Beratern.

Die Ärzte des Relntra-Teams kommen aus den Fachgebieten Innere Medizin, Arbeitsmedizin, Rehabilitationsmedizin, Neurologie und Kinderheilkunde. Man könnte sie als „*spezialisierte Generalisten*“ mit einem besonders ausgeprägten Verständnis und Einfühlungsvermögen für Patienten mit schweren Langzeitschäden bezeichnen. Darüber hinaus bestehen intensive Kontakte zu Spezialisten wie Unfallchirurgen, Psychiatern, Psychosomatikern, Psychologen, Orthopäden und Rehabilitationsmedizinern.

Die zweite Säule des Relntra-Teams bilden die *berufskundlichen Berater*, die – wie die Mediziner –

besonders dafür ausgebildet sind, in den komplexen Problemfällen von Opfern schwerster Unfälle zu beraten. Sie können als *Synthese aus Sozialarbeitern und Berufsberatern* charakterisiert werden. Die berufskundlichen Berater haben jeweils zunächst einen Beruf erlernt, in diesem mehrjährige Erfahrung gesammelt und dann ein Fachhochschulstudium absolviert. Dort erwarben sie *interdisziplinäre* Kenntnisse, die sie dann in ihrer langjährigen Beratung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern anwenden und weiterentwickeln konnten. Schwerpunkte ihrer Arbeit waren dabei alle Fragen des Arbeitsmarktes, insbesondere im Zusammenhang mit Ausbildung, Fortbildung, Umschulung und der beruflichen Eingliederung. Im Rahmen dieser auch bei Relntra fortgeführten Tätigkeit erarbeiten sich die berufskundlichen Berater ein Netzwerk von Kontakten zu Institutionen, Behörden und Betrieben, das kontinuierlich zum Nutzen von Unfallopfern gepflegt und laufend ausgebaut wird.

Die Vorgehensweise von Relntra

Relntra bedeutet *Management* – Management für das Unfallopfer oder sog. Schadenmanagement. Die Aufgaben dieses Service sind im wesentlichen drei: *Zeitmanagement*, *Optimierungs-/Qualitätsmanagement* und *Informationsmanagement*.

Relntra wird durch die Schadenregulierer der Erstversicherer über die Schadensfälle informiert mit der Bitte um medizinisch-berufskundliche Stellungnahme. In Frage kommen Patienten mit Verletzungen jeglicher Art, die zu Dauerschäden führen und/oder eine Tätigkeit im alten Beruf undenkbar erscheinen lassen.

Nachdem die Fälle bei Relntra eingegangen sind, durchlaufen sie verschiedene Phasen (Phase I bis III s. Abbildung). Voraussetzung für die Aktivierung des Dienstes ist eine *Schweigepflichtentbindung* von seiten des Patienten und eine *Einverständnis-erklärung* des 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 zu den behandelnden Ärzten. Eine umfangreiche Recherche (Telefonate mit Anspruchsteller, Krankenhaus, Angehörigen, Hausarzt, Spezialisten, Juristen, Schadenregulierer) schließt sich an. Ziel dieser Phase ist es, eine *Vertrauensbasis* zwischen Patienten und Relntra zu schaffen, 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. Diese übernimmt üblicherweise

Relntra betreut die Patienten in drei Phasen

Phase I

- Medizinische Einschätzung
- Abklärung des Rehabilitationspotentials

Phase II

- Multidimensionale Beurteilung (körperliches, soziales und psychisches Befinden, medizinische Daten, ökonomischer Status, Lebensqualität/“activity of daily living“, Wohnverhältnisse)
- Ermittlung von Funktionsdefiziten
- Erstellung eines medizinisch-berufskundlichen Rehabilitationskonzepts

Phase III

- Engmaschige Wegbegleitung bis zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung

Abbildung

zuerst der Mediziner. Im Rahmen einer multidimensionalen Beurteilung (*multidimensionales Assessment*) wird die Situation des Unfallopfers möglichst weitgehend erfaßt, so daß sich die Berater nun ein vollständiges Bild über die Situation verschaffen können. Dabei werden alle Informationen zum körperlichen Befinden des Patienten, zu seinem sozialen und ökonomischen Status, alle noch ausstehenden medizinischen Daten und weitere Informationen, die für das Gesamtbild der Lebensumstände des Patienten von Bedeutung sein können, gesammelt und dokumentiert. In einer *Teambesprechung* wird das weitere Vorgehen gemeinsam festgelegt. Ziel der Phase II ist, 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 bis zur vollständigen sozialen und beruflichen Reintegration zu begleiten in Anlehnung an den in Phase II erarbeiteten Reintegrationsplan. Hier arbeitet Relntra gemeinsam mit den Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen, den einschlägigen Institutionen, dem Arbeitgeber und den Personen aus dem sozialen Umfeld des Patienten zusammen. Hauptelement von Phase III ist die *dauerhafte berufliche Wiedereingliederung*. Sie kann entweder mit oder ohne zusätzliche Bildungsmaßnahmen erfolgen. Die berufskundlichen Berater sind im Rahmen dieser weg begleitenden Phase *Koordinatoren, Vertrauensleute* und *Ansprechpartner* für alle anstehenden Probleme des Patienten. Die Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses (z. B. durch intensive telefonische und persönliche Betreuung) ist dabei von ganz besonderer Bedeutung, besonders auch im Hinblick auf die psychische Stabilität und die soziale Reintegration des Unfallopfers. Die gängigen Interventionen durch Relntra sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Das von Relntra betreute Patientenkollektiv

Die Unfallopfer werden durch Relntra über einen relativ langen Zeitraum (i. d. R. mehrere Jahre) betreut (Längsschnitterhebung). Es handelt sich zudem um ein *speziell selektiertes Kollektiv*. Alle Patienten sind Opfer schwer(er) Unfälle, deren bisheriger Reintegrationsprozeß nicht problemlos verlief. In diesen Fällen waren die Versicherer durch hohe Schadenssummen bereits finanziell besonders gefordert.

Die Entscheidung über eine Aufnahme durch Relntra wird in erster Linie durch die *Versicherungsgesellschaften* getroffen. Auswahlkriterien sind z. B. schwere Verletzungsmuster, gescheiterte Wiedereingliederungsversuche, Komplikationen im Heilungsverlauf und drohende Dauerpflege. Bei dem von Relntra betreuten Kollektiv wurden 27,5% der Patienten weniger als sechs Monate nach dem Unfallereignis, 21%

sechs bis zwölf Monate und 24% zwölf bis 24 Monate nach dem Unfall gemeldet. Bei weiteren 27,5% lag der Unfall länger als zwei Jahre zurück, wobei die Zeitspanne in Extremfällen (bei Spätschäden) mehr als zehn Jahre betragen kann. Im Durchschnitt setzte die Betreuung durch Relntra eineinhalb Jahre nach dem Unfall ein.

Die Betreuung durch Relntra setzte im Durchschnitt eineinhalb Jahre nach dem Unfall ein

Die hier veröffentlichte Auswertung basiert auf 109 Unfallopfern, die sich derzeit in Phase III der Betreuung befinden oder unmittelbar vor dem Eintritt in diese Phase stehen. Die Patienten wurden im Mittel 17 Monate lang von Relntra betreut, und es lassen sich bereits erste Aussagen über den Reintegrationserfolg treffen.

Bei dem von Relntra betreuten Kollektiv handelt es sich zu 25% um weibliche und zu 75% um männliche Unfallopfer. Die Altersverteilung (2 Jahre bis 54 Jahre) weist einen Mittelwert von 27 Jahren auf. Der größte Anteil der Unfallopfer ist zwischen 18 und 25 Jahre alt (38%), der Rest verteilt sich auf die Altersgruppen 26 - 35 Jahre (24%), jünger als 18 Jahre (17%), 36 - 45 Jahre (12%) und älter als 45 Jahre (9%). Die häufigsten *Unfallarten* sind Pkw-Unfälle (56%), gefolgt von Motorradunfällen (34%) und Unfällen mit dem Fahrrad (3%) oder als Fußgänger (4%) sowie Unfällen außerhalb des Straßenverkehrs (3%).

Tabelle 2 Gängige Interventionen durch Relntra

Medizin
Vermittlung an Spezialisten bzw. Spezialkliniken zur Behandlung
Vorstellung beim Experten, Einholung einer zweiten Meinung
Entwicklung von therapeutischen Konzepten
Vermittlung einer psychologischen Betreuung
Koordination der Reintegrationsmaßnahmen
Wegbegleitung über Telefon und Besuche
Auswahl, ggf. auch Besuch von medizinischen Einrichtungen
Hilfsmittelberatung und -vermittlung
Beruf
Vermittlung und Betreuung von beruflichen Maßnahmen
– 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 Kfz, am Arbeitsplatz
– Beschleunigung des Kostenübernahmeverfahrens (durch Versicherungsgesellschaft, öffentlichen Kostenträger oder sonstige Intervention)

Definition von Erfolg im Reintegrationsmodell

Geht man von dem aus, was das Handeln und Denken in der westlichen Welt und in unserer Gesellschaftsordnung bestimmt, so wird man sagen, daß unser Kulturkreis geprägt ist vom Streben nach Arbeit und davon, einen Beitrag zum Brutto-sozialprodukt zu leisten. Es gelten die Formeln: „Rehabilitation vor Rente“ und „Rehabilitation vor Pflege“ [8, 5]. Dementsprechend ist der Erfolg von Relntra am Grad der Wiedereingliederung zu messen.

Der Erfolg von Relntra ist am Grad der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben zu messen . . .

Für die Versicherungsgesellschaften besteht nur dann die Möglichkeit, langfristig Geld zu sparen, wenn es dem Patienten psychisch, physisch und sozial besser geht. Als Erfolg von Relntra kann daher die durch diesen Dienst erzielte „win-win“-Situation definiert werden, also ein gewinnbringendes Ergebnis sowohl für das Unfallopfer als auch für die kostentragenden Versicherungsgesellschaften, wobei die *individuelle Gesundheit des Patienten* allerdings stets im Vordergrund steht.

Man kann zwischen *verschiedenen Arten von Erfolg* unterscheiden. *Medizinischer Erfolg* bedeutet, Defizite (funktionell, physisch, psychisch, kognitiv) zu beheben und die allgemeine Lebensqualität des Patienten 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.

. . . wobei medizinischer Erfolg . . .

Das immer schockartige Erleben eines schweren Unfalls mit den damit verbundenen Einschränkungen und Belastungen des „Lebens nach dem Unfall“ verursacht häufig schwere psychosoziale Komplikationen. Der Patient muß von einem Tag auf den anderen zum Fachmann für seine neuen und noch kaum zu überblickenden Bedürfnisse werden. Unter *sozialem Erfolg* versteht man dann, daß dem Unfallopfer der schwierige Schritt gelingt, das neue Ich zu akzeptieren.

. . . sozialer Erfolg und . . .

Zum *beruflichen Erfolg* gehört eine dauerhafte Wiedereingliederung – gegebenenfalls mit Hilfe einer Berufsfindung, Fortbildung oder Umschulung – in den alten, einen veränderten oder einen neuen Arbeitsplatz.

. . . beruflicher Erfolg wichtig sind

Ergebnisse der Patientenbetreuung durch Relntra

Verletzungsmuster

Bei den *Verletzungsmustern* der von Relntra betreuten Patienten handelt es sich in den meisten Fällen um Frakturen und andere Läsionen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates, gefolgt von Schädel-Hirn-Traumata und Paresen. Meist liegen *multiple Verletzungen* vor, wobei ein Patient durchschnittlich sechs Einzelverletzungen aufweist. Als häufige Kombinationen fielen dabei multiple Frakturen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates zusammen mit Paresen auf, Schädelfrakturen kombiniert mit Schädel-Hirn-

Traumata und hirnorganischem Psychosyndrom sowie Schädel-Hirn-Traumata in Verbindung mit psychischen Auffälligkeiten (s. Tabelle 3).

Tabelle 3 Verletzungsmuster von 109 Patienten

Verletzungsmuster (Mehrfachnennungen möglich)	
Frakturen oder andere Läsionen im Bereich des Bewegungs- und Haltungsapparates	82%
Schädel-Hirn-Traumata	50%
Paresen/Lähmungen (außer Querschnitte)	45%
Polytrauma	42%
Organ- und Weichteilverletzungen	40%
Posttraumatische Komplikationen	40%
Psychische Auffälligkeiten	39%
Frakturen im Schädelbereich	25%
Hirnorganisches Psychosyndrom	23%
Querschnittslähmungen	11%
Apallisches Syndrom	10%
Amputationen	6%

Problemanalyse zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins

Betrachtet man die Unfallopfer zum Zeitpunkt des Eintritts bei Relntra (im Mittel ca. 1,5 Jahre nach dem Unfallereignis), so liegen meist schwerwiegende gesundheitliche, berufliche und soziale Probleme vor. Sie zeichnen sich aus durch *komplizierte Krankheitsverläufe* und *geringe Wahrscheinlichkeit einer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung* (s. Tabelle 4).

Bei 9% der Patienten handelt es sich um *Pflegefälle*. Der Schwerpunkt der Betreuung liegt im Aufbau von Selbständigkeit im persönlichen Leben, um damit eine Stabilisierung der sozialen Lage zu erreichen.

Spät- oder Dauerschäden im Sinne *körperlicher Funktionseinschränkungen* bestehen bei *allen* Patienten. Bei 32% der Unfallopfer traten *posttraumatische Komplikationen* auf (z. B. Thrombose der tiefen Beinvenen, Hirninfarkt, Epilepsie, Hydrozephalus, Infektionen, Sepsis, Abszesse, Osteomyelitis und Fisteln), bei 39% *psychische Beeinträchtigungen* (meist Depressionen, in seltenen Fällen auch paranoide Psychosen). Bestehende Vorerkrankungen (z. B. neurologischer, kardiologischer oder pulmonologischer Genese) liegen selten (5%) vor, da es sich in aller Regel um junge Unfallopfer ohne bestehende Grunderkrankungen handelt.

Bei 28% der Relntra-Fälle lag eine *Chronifizierung* vor, die sich nicht auf Spät-, Folge- oder Dauerschäden, sondern auf eine schwerwiegende und dauerhafte Unfähigkeit bezieht, sich ins berufliche

und soziale Leben wiedereinzugliedern, und stets eine *psychische* Komponente aufweist. Häufig handelt es sich in diesen Fällen um Depressionen, schwerste und oft therapieresistente Schmerzsyndrome und soziale Isolation, die manchmal sogar bis zur Suizidgefährdung reichen. Charakteristisch für eine Chronifizierung ist, daß das *subjektive Krankheitsgefühl* des Patienten und sein daraus resultierendes *Verhalten* oft in keiner angemessenen Relation zu den medizinischen Befunden stehen [5].

Bei Erhebung des *berufskundlichen* Status praesens wurde ermittelt, daß sich 12% der Unfallopfer in Rente (befristet oder unbefristet) befanden. Bei 62% war eine Ausübung des alten Berufes nicht mehr möglich, weitere 27% konnten durch den Unfall ihre schulische oder berufliche Ausbildung nicht vollenden bzw. mußten sie unterbrechen. Bei 6% der Fälle lag eine Überlastung in der Umschulung bzw. Ausbildung vor, so daß diese wieder abgebrochen werden mußte – eine Tatsache, die häufig zu psychischen Folgereaktionen führt. In einigen Fällen komplizierte sich die Lage durch einen fehlenden Schulabschluß (6%) oder durch eine bereits vor dem Unfall bestehende Arbeitslosigkeit (14%). Diese Fälle fordern die berufskundlichen Berater in ganz besonderem Ausmaß.

Auch auf *sozialer* Ebene existieren sehr häufig Schwierigkeiten, die eine Wiedereingliederung erheblich komplizieren. So lähmen oft Familienprobleme (8%), finanzielle Schwierigkeiten (6%) oder *drastische Probleme bei der Unfallverarbeitung* (51%) die Bereitschaft oder Fähigkeit des Patienten, aktiv bei seiner sozialen und beruflichen Reintegration mitzuhelfen. In 40% der Fälle kamen zusätzlich zum bestehenden Schicksal weitere belastende Situationen hinzu (z. B. schwere Krankheit oder Tod eines nahen Angehörigen, eigene nicht mit dem Unfall zusammenhängende somatische Erkrankung, Verlust des Freundeskreises durch den Unfall, Tod eines Angehörigen beim Unfall).

Prognose und Ergebnis des erzielbaren Wiedereingliederungserfolges

Zu Beginn der Betreuung durch Relntra (Phase I und II) erstellen die Ärzte und Berufskundler eine *Prognose über das Wiedereingliederungspotential* des Patienten. Im Laufe von Phase III kann dann eine vorläufige Aussage über den tatsächlichen Wiedereingliederungserfolg getroffen werden (s. Tabelle 5 auf S. 166). Dennoch bedarf es einer *weiterführenden Betreuung*, um die gerade angelaufene Wiedereingliederung zu stabilisieren und einen Langzeiterfolg herbeizuführen.

Nach der prognostischen Einschätzung durch Relntra war eine berufliche Wiedereingliederung in 57% der Fälle wahrscheinlich, in 32% immerhin möglich. Tatsächlich bewegten sich nach einer mittleren Betreuungsdauer der Patienten von 17 Monaten bereits 74% der Unfallopfer hin in Richtung Beruf (58% Umschulung bzw. Berufsfindung, 16% vollschichtige Berufstätigkeit). Neben den 9% Pflegefällen haben 17% die medizinische Rehabilitation noch nicht verlassen. Hier bleibt ab-

zuwarten, welche Patienten dauerhaft pflegebedürftig bleiben und bei wie vielen sich später noch berufliche Möglichkeiten auftun werden. Diese Zahlen verdeutlichen, daß der medizinisch-berufskundliche Beratungsdienst in der Lage ist, eine hohe Wiedereingliederungsrate zu realisieren.

Diskussion

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

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

Trotz der Vielzahl von Einrichtungen mit hohem Qualitätsniveau [5] stellt sich die Frage nach den Gründen für die Defizite in der erfolgreichen Reintegration. Leider spielen auch in der heutigen Medizin Fragen der Krankheits- und Behinderungsfolgen immer noch eine zu sehr *untergeordnete* Rolle [10]. Die Schnittstellen zwischen Intensivstation, Akutkrankenhaus, Spezialkliniken, Frühreha, medizinischen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen sowie auch im ambulanten Bereich weisen derart *drastische Mängel* auf,

In der individuellen rehabilitativen Versorgung bestehen Defizite, v. a. im Reintegrationsprozeß selbst

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

Problemanalyse Phase I/II (Mehrfachnennungen möglich)	
Medizinische Situation	
Dauerschäden	100%
Psychische Schäden	39%
Komplikationen	32%
Chronifizierung	28%
Pflegefälle	9%
Vorerkrankungen	5%
Soziale Situation	
Drastische Probleme mit der Unfallverarbeitung	51%
Zusätzliche belastende Ereignisse	40%
Familienprobleme	8%
Finanzielle Schwierigkeiten	6%
Berufliche Situation	
Ausübung des alten Berufes nicht möglich	62%
Ausbildung nicht vollendet bzw. unterbrochen	27%
Arbeitslos	14%
Rente (ca. 1/3 unbefristet, 2/3 befristet)	12%
Überforderung in Umschulung oder Ausbildung	6%
Ohne Schulabschluß	6%

Tabelle 5 Prognose und Ergebnisse des erzielbaren Wiedereingliederungserfolges (n=109)

Ergebnis nach prognostischer Einschätzung	
Prognostische Einschätzung nach Relntra:	
berufliche Wiedereingliederung wahrscheinlich	57%
berufliche Wiedereingliederung evtl. möglich	32%
berufliche Wiedereingliederung unmöglich	11%
Nach einer mittleren Betreuungsdauer der Patienten von 17 Monaten ergab sich folgendes vorläufiges Ergebnis:	
Pflege	9%
in der medizinische Rehabilitation	17%
Berufliche Neuorientierung	58%
davon:	
2/3 Arbeitserprobung / Berufsfindung	
1/3 Umschulung	
Arbeitsleben	16%

daß die Koordination durch eine *außenstehende* Organisation wie Relntra dringend geboten erscheint.

Die Betreuung von Patienten mit Dauerschäden sollte in einer intensiven und interdisziplinären Zusammenarbeit die Gesamtheit *aller* medizinischen, beruflichen, sozialen, pädagogischen und anderen Sektoren umfassen, um die erfolgreiche Reintegration des Unfallopfers in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sicherzustellen. Essentiell hierbei ist die *Vermeidung von irreparablen Folgen einer mangelhaften oder nicht bedarfsgerecht durchgeführten Rehabilitation*. Auch müssen sich *bereits die Akutkrankenhäuser* als ein entscheidendes Glied der Rehabilitationsgesamtkette [10, 4] sehen, damit der Rehaprozess nicht bereits von Beginn an Unzulänglichkeiten aufweist.

Essentiell ist die Vermeidung von irreparablen Folgen einer mangelhaften oder nicht bedarfsgerechten Rehabilitation

Relntra fungiert als „Manager für den Patienten“ . . .

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

. . . wobei der Aufbau eines frühen Vertrauensverhältnisses zwischen Unfallopfer und Manager entscheidend ist

Dabei ist der Aufbau eines *frühen Vertrauensverhältnisses* zwischen Unfallopfer und Manager entscheidend. Die drei Aufgaben des Relntra-Dienstes sind im wesentlichen *Zeitmanagement, Optimierungs- und Qualitätsmanagement* sowie *Informationsmanagement*. Die Funktion für das Unfallopfer besteht darin, den Patienten nach multidimensionaler Analyse der Situation zu *eigenverantwortlichen* Entscheidungen und *individuellem* Handeln anzuregen. Darüber hinaus sind die Betreuer 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 einer Station der Krankheitsbewältigung zur anderen (Akutkrankenhäuser, Frühreha, medizinische Reha, berufliche Reha). Weiterhin kann ein entscheidender Beitrag zur *Vermeidung von Informationsverlusten* geleistet werden, die sich durch die Übergänge von einer Betreuungseinheit zur nächsten ergeben können.

Abschließend bleibt zu bemerken, daß die bestehenden Defizite in der Reintegration von Unfallopfern in ihr soziales und berufliches Leben in hohem Maße die Notwendigkeit der Intervention eines Dienstes wie Relntra bestätigen. Für die Zukunft ist es durchaus vorstellbar, daß sich das Relntra-Modell auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens übertragen läßt.

Zusammenfassung

Relntra ist ein medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst, der 1997 mit dem Ziel ins Leben gerufen wurde, die Reintegration von Opfern schwer(st)er Unfälle in ihr soziales und berufliches Leben zu unterstützen. Wir berichten über 109 Patienten mit schwersten Verletzungsmustern, deren bisheriger Wiedereingliederungserfolg zu wünschen übrig ließ. Die Auswertung durch Relntra nach einem mittleren Betreuungszeitraum von 17 Monaten ergibt, daß die Hauptprobleme der Patienten nicht im medizinischen Versorgungssystem, sondern im Reintegrationsprozeß selbst zu suchen sind. So handelt es sich insbesondere um Probleme im Schnittstellenbereich zwischen den einzelnen Versorgungsstationen.

Nach den zahlreichen Interventionen durch Relntra können vorläufige Erfolgsaussagen getroffen werden. In 9% der Fälle war eine berufliche Wiedereingliederung durch zu schwere Verletzungsmuster nicht mehr möglich. 17% haben die medizinische Rehabilitation noch nicht verlassen, wobei eine Aussage über eine endgültige vollschichtige Arbeitsaufnahme noch nicht getroffen werden kann. 58% der Unfallopfer befinden sich in der Phase der beruflichen Neuorientierung. Weitere 16% stehen bereits wieder voll im Berufsleben.

Summary

Relntra is a medical/occupational counselling and reintegration service launched in 1997 with the aim of supporting seriously injured accident victims along their path towards, hopefully, social and professional rehabilitation. We have analysed 109 patients with severe injuries for whom previous attempts at reintegration left something to be desired. Relntra's findings, collated after an average period in care of around 17 months, show that the patients' main problems have less to do with the system of medical care than with the reintegration process. Problems seem to occur, in particular, at the interface between the various care centres involved.

Following numerous interventions on the part of Relntra, initial signs of success are now apparent. In 9% of cases, reintegration was no longer possible owing to the severity of the injuries sustained. 17% of the patients were still undergoing medical rehabilitation preventing any observations with regard to the likelihood of full vocational rehabilitation. 58% of accident victims were in the vocational reorientation phase. A further 16% had been fully integrated into professional life.

Literatur

- [1] Allen, S. N., S. L. Bloom: Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 17 (1994) 425
- [2] Bohnert, W.: Tasks of case managers in statutory accident insurance. *Rehabilitation* 36 (1997) 39
- [3] Braithwaite, I. J., D. A. Boot, M. Patterson, A. Robinson: Disability after severe injury: five year follow up of a large cohort. *Injury* 29 (1998) 55
- [4] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rehabilitation Behinderter: Schädigung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge – Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1994
- [5] Delbrück, H., E. Haupt: Rehabilitationsmedizin - Therapie- und Behandlungskonzepte bei chronischen Krankheiten, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1996
- [6] Ehlers, A., R. A. Mayon, B. Bryant: Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol* 107 (1998) 508
- [7] Hannover-Forum: Die Zukunft des schweren Personenschadens in der Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Versicherung – Schädigung, Prognose, Kosten. e+s rück, Hannover 1997
- [8] Informationsbroschüre: Relntra – medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst, Relntra GmbH, München 1999
- [9] Klose, E.: Bewertung von Einflüssen auf Unfallopfer. Bericht zum 37. BDP-Kongreß für Verkehrspsychologie 1998 in Braunschweig, TÜV MPI GmbH, Unternehmensgruppe TÜV Südbayern, 1998
- [10] Matthesius, R. G., K. A. Jochheim, G. S. Barolin, C. Heinz: ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO). Ullstein Mosby, Wiesbaden 1995
- [11] Merhoff, F.: Return to work after occupational accidents and occupational diseases. *Rehabilitation* 36 (1997) 84
- [12] Orliacquet, G. A., P. G. Meyer, S. Blanot, M. M. Jarreau, B. Charron, C. Buisson, P. A. Carli: Predictive factors of outcome in severely traumatized children. *Anest Analg* 87 (1998) 537
- [13] Tscherne, H., G. Regel: Unfallchirurgie – Trauma-Management. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1997
- [14] Zintl, B., S. Ruchholtz, D. Nast-Kolb, C. Waydhas, L. Schweiberer: Quality management in early clinical multiple trauma care. Documentation of treatment and evaluation of critical care quality. *Unfallchirurg* 100 (1997) 811

Anschrift der Verfasserinnen:

Sabine Hinterstraßer-Irmer,
Priv.-Doz. Dr. (I) Ursula Wandl,
Bayerische Rückversicherung AG,
80526 München

Umweltbezogene somatoforme Störungen

Patienten mit somatoformen Störungen sind per se *schwierige* Patienten, die ihre Leiden trotz fehlender Befunde als körperlich erleben und von der körperlichen Natur ihrer Beschwerden überzeugt sind, berichtete Prof. Dr. R. Plassmann von der Burg-Klinik in Stadtlengsfeld auf dem 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium (Tagungsband, DRV-Schriften Bd. 12).

Eine besonders schwierige und noch wenig erforschte Krankheitsgruppe aus dem Spektrum der somatoformen Störungen seien die sogenannten umweltbezogenen Überempfindlichkeitssyndrome, über deren Ätiologie, Definition und Behandelbarkeit seit einigen Jahren lebhaft diskutiert werde. Häufige Diagnosen in dieser Gruppe seien *Multiple Chemical Sensitivity (MCS)*, *Sick Building Syndrom (SBS)*, *Chronic Fatigue Syndrom (CFS)* und *Amalgamprobleme*. Bei einem in seiner Größe noch nicht genau bezifferbaren, wahrscheinlich aber sehr hohen Anteil der Patienten stehen *psychosomatische* Prozesse im Vordergrund, so daß es sich hier um „umweltbezogene Störungen“ handele.

In der Burg-Klinik in Stadtlengsfeld, einer Fachklinik für psychosomatische und onkologische Rehabilitation, werden die psychosomatischen Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten mit umweltbezogenen somatoformen Störungen derzeit als Pilotstudie untersucht. Eine erste Auswertung habe ergeben, daß die Behandlungsergebnisse *ermutigend* seien, d. h. bei einem

Großteil der Patienten seien *psychische* und insbesondere *psychosoziale* Auslösefaktoren für Symptomatik und Krankheitsverhalten erkennbar. Eine Behandlungsvereinbarung und gemeinsame Behandlungsziele mit den Patienten seien möglich und führen zu deutlich erkennbaren Behandlungsergebnissen in bezug auf Symptomatologie, soziale Kompetenz, Leistungsfähigkeit und Rehabilitierbarkeit.

Sollten sich diese Studienergebnisse bestätigen, wären die dort gewonnenen Erkenntnisse von wesentlicher Bedeutung auch für die private Personenversicherung, insbesondere für die *private Krankenversicherung* und die *Berufsunfähigkeitsversicherung*. Gerade bei Begutachtungsfällen in der privaten Krankenversicherung von Patienten etwa mit angeblicher Multiple Chemical Sensitivity oder „Amalgambelastung“ drängt sich immer wieder die Vermutung auf, daß – statt einer von den Behandlern in aller Regel behaupteten organischen Genese der Beschwerden – tatsächlich ein primär *psychosomatisches* bzw. *psychiatrisches* Krankheitsbild vorliegt. Sollte das zutreffen, was im Einzelfall in aller Regel wegen fehlender fachärztlicher Abklärung nicht sicher zu beantworten ist, ist eine primär organisch orientierte Diagnostik und Therapie nicht nur sinnlos, sondern sogar *potentiell schädlich*, weil sie zu einer zunehmenden Somatisierung und Chronifizierung führen kann.

GMO