

# Berufliche Wiedereingliederung nach Hirnschädigung – die Notwendigkeit therapeutischer Supervision

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 303–308  
© Hippocampus Verlag 2012

U. Kursawe, A. Schellhorn, J. Pössl

## Zusammenfassung

Stufenweise Wiedereingliederungen in den Arbeitsprozess nach § 74 SGB V werden seit 1986 in der Klinik für Neuropsychologie des Klinikums München-Bogenhausen durchgeführt und therapeutisch begleitet.

Die Darstellung des praktischen Vorgehens gliedert sich in Vorbereitung, Arbeitsplatzbesuch, Konzept der Gruppenarbeit und Abschluss der Maßnahme.

Die therapeutische Supervision erfolgt überwiegend in einem offenen Gruppen-Setting. Dieses Setting ermöglicht einen Erfahrungsaustausch zwischen den Patienten, wobei erfahrene Patienten eine Vorbildfunktion für neue Teilnehmer einnehmen. Für Schwierigkeiten während der beruflichen Wiedereingliederung können gemeinsam Lösungen erarbeitet werden. Der Ablauf und die typischen Inhalte solcher Gruppen werden vorgestellt. An einem Beispiel wird das Vorgehen in der Supervisionsgruppe als Problemlöseprozess verdeutlicht.

Im letzten Abschnitt werden Probleme und Grenzen unseres Ansatzes thematisiert und ein Ausblick gegeben.

**Schlüsselwörter:** Hirnschädigung, Rehabilitation, Rückkehr an den Arbeitsplatz, stufenweise berufliche Wiedereingliederung

*Städtisches Klinikum München  
Bogenhausen, Klinik für  
Neuropsychologie*

## Einleitung

Die Klinik für Neuropsychologie, bestehend aus einer Station und einer Tagklinik, ist Teil des Klinikums München Bogenhausen, einem Akuthaus der höchsten Versorgungsebene. Kostenträger für alle Leistungen der Klinik für Neuropsychologie sind die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie die Berufsgenossenschaften. Behandelt werden Patienten mit erworbenen Schädelhirnverletzungen, z. B. Schädelhirntrauma oder Schlaganfall.

Seit 1984 werden in unserer Einrichtung berufliche Wiedereingliederungen nach § 74 SGB V durchgeführt [5, 6]. Zwei Erhebungen aus den letzten zehn Jahren zeigen eine Wiedereingliederungsrate von 85,8% bzw. 81,1% (siehe Tabelle 1). Einbezogen wurden Patienten mit unterschiedlichen Ätiologien, die eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung durchlaufen hatten. Begonnen wurde die berufliche Wiedereingliederung in der ersten Stichprobe durchschnittlich 6,2 Monate nach Hirnschädigung, in der zweiten Stichprobe 5,6 Monate nach Hirnschädigung.

Ähnliche Ergebnisse für Deutschland berichten Fries und Seiler [4] sowie Claros-Salinos et al. [1]. Ein Überblick über internationale Studien findet sich bei Wendel [7].

Berufliche Wiedereingliederungen werden in der neuropsychologischen Tagesklinik von Sozialpädagoginnen geplant und während der gesamten Dauer therapeu-

tisch supervidiert. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung erfordert jedoch darüber hinaus ein eng zusammenarbeitendes Therapeutenteam aus verschiedenen Berufsgruppen sowie regelmäßigen Kontakt zum Arbeitgeber [2, 4].

Da unsere Patienten im Einzugsbereich München leben und arbeiten, ist ein direkter Kontakt zu den Unternehmen möglich, der während der gesamten Wiedereingliederung aufrecht gehalten wird. Die kontinuierliche Kommunikation zwischen allen Beteiligten ermöglicht ein rasches Eingehen auf konkrete Probleme am Arbeitsplatz und das Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten.

Sollte sich im Verlauf der Wiedereingliederung herausstellen, dass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu den gleichen Modalitäten wie vor der Erkrankung nicht möglich ist, erhalten die Unternehmen von Seite der Klinik eine weitreichende Beratung hinsichtlich einer Veränderung der Arbeitszeiten und -inhalte. Ziel ist immer, den Patienten unter Berücksichtigung seiner Fähigkeiten wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren. Die therapeutisch-organisatorische Durchführung wird im Folgenden dargestellt.

## Vorbereitungen

Vor Beginn einer Wiedereingliederung wird im Rahmen der Sozialtherapie eine möglichst präzise Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanalyse erstellt. Eine Erfassung der äußere-

**Therapeutic supervision during vocational reintegration after acquired brain damage**

U. Kursawe, A. Schellhorn, J. Pössl

**Abstract**

Since 1986 the Neuropsychological Department of the Bogenhausen Hospital has organized and accompanied the stepwise return to work of neurologic patients, as specified by § 74 SGB V. The therapeutic supervision takes place in an open patient group setting. This approach has proven to be very effective, because the participants can share their experiences, whereby experienced patients have a model function for new participants. Moreover, patients can work together in developing solutions for problems during return to work. The organisation and the topics of these sessions are presented. An example illustrates the group sessions as a problem solving process. In this chapter we describe our procedures (preparatory analyses, visit to workplace, group concept, completion of the intervention). The last section deals with the limits of our approach and implications for the future.

**Key words:** brain injury, rehabilitation, return to work

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 303–308  
© Hippocampus Verlag 2012

ren Arbeitsbedingungen, wie in Tabelle 2 dargestellt, ist ebenso wie die genaue Einschätzung der Arbeitsanforderungen (Tabelle 3) Voraussetzung für die Formulierung realistischer, berufsbezogener Therapieziele. Neben der arbeitsplatzbezogenen Analyse sollten mögliche Belastungen im persönlichen Bereich erfasst und wenn möglich reduziert werden, da diese einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf und die Leistungsfähigkeit während einer gestuften Wiedereingliederung haben können.

In den meisten Fällen geht der beruflichen Wiedereingliederung eine multidisziplinäre Therapie in unserer Tagesklinik voraus. In den in vierwöchigen Intervallen stattfindenden Teamsitzungen werden neuropsychologische Störungen mit den beruflichen Anforderungen abgeglichen und Therapieziele darauf abgestimmt. Sie betreffen sowohl die Behandlung von Funktionsstörungen als auch die Erarbeitung von Kompensationsmethoden im Umgang mit reduzierter Belastbarkeit, Veränderungen im Verhalten und Erleben und den zu erwartenden Belastungen am Arbeitsplatz.

Ein wichtiger Grundsatz der Behandlung ist die Vermeidung einer ausschließlichen Defizitorientierung. Das Erfassen verfügbarer Kompetenzen und Ressourcen ist für die Planung von Therapiezielen mindestens ebenso wichtig wie die Diagnose der bestehenden Defizite.

Grundsätzlich haben z.B. eine erhaltene soziale Kompetenz oder ein stabiler sozialer Rückhalt immer einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Rehabilitation und der sich anschließenden beruflichen Wiedereingliederung.

Die Dauer der Therapie bis zum Beginn der beruflichen Wiedereingliederung variiert je nach Ausprägung der neuropsychologischen Defizite. Im Durchschnitt beginnen die Patienten ihre berufliche Wiedereingliederung sechs Monate nach der Hirnverletzung [6]. Voraussetzung für den Beginn einer beruflichen Wiedereingliederung sollte eine Belastungsdauer von mindestens drei Stunden sein.

Vor Beginn der Wiedereingliederung müssen die sozialrechtlichen Voraussetzungen geklärt sein; alle Beteiligten, Patient, Arbeitgeber, behandelnder Arzt und der Kostenträger müssen ihr zustimmen. Die Kostenübernahme für die therapeutische Begleitung/Supervision wird gesondert bei der Krankenkasse beantragt und sollte vor Beginn der Wiedereingliederung vorliegen.

**Gespräche am Arbeitsplatz**

Das Erstgespräch am Arbeitsplatz wird in sozialtherapeutischen Einzelsitzungen vorbereitet. Dabei sollen Patienten lernen, ihre Defizite und die zu erwartenden Probleme realistisch darzustellen, über die bereits erreichten Therapieziele zu berichten und ihre Ressourcen zu benennen. Diese Vorbereitung soll es Patienten ermöglichen, im späteren Gespräch eine aktive Rolle zu übernehmen. Des Weiteren wird ein Vorschlag für die zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen der Wiedereingliederung erarbeitet.

Da vielen Arbeitgebern das Prozedere einer gestuften Wiedereingliederung unbekannt ist, gehört zur Vorbereitung des Erstgesprächs auch die Information an den Arbeitgeber, dass die Wiedereingliederung im Krankenstand stattfindet, der Arbeitnehmer währenddessen Krankengeld erhält und somit für das Unternehmen keine Kosten anfallen.

Am Gespräch in der Firma nehmen in der Regel der Vorgesetzte, ein Kollege und, in Abhängigkeit von der Größe des Betriebes, Vertreter der Personalabteilung und des Betriebsrates teil. Die Sozialtherapeutin erläutert das Vorgehen einer Wiedereingliederung und versichert,

	Erhebung 2001 – 2003	Erhebung 2006 – 2007
Gleiche zeitliche <i>und</i> inhaltliche Anforderungen wie prämorbid	33 (42,9%)	37 (50,0%)
Reduzierte zeitliche <i>und/oder</i> inhaltliche Anforderungen	33 (42,9%)	23 (31,1%)
keine Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz	11 (14,2%)	14 (18,9%)
Dauer der beruflichen Wiedereingliederung in Monaten	4,4	3,7
	n = 77	n = 74

Tab. 1: Ergebnis der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess für zwei Untersuchungsstichproben

- Merkmale des Betriebs (z. B. privat, öffentlich, Mitarbeiterzahl)
- Arbeitnehmervertretungen (z. B. Betriebsrat, Schwerbehindertenvertreter)
- Erreichbarkeit der Arbeitsstelle (z. B. bei fehlender Fahrtauglichkeit)
- Arbeitszeit (z. B. Schichtarbeit, Gleitzeit, Nachtdienst etc.)
- Besondere zeitkritische Bedingungen (z. B. Akkordarbeit)
- Äußere Merkmale des Arbeitsplatzes (z. B. Werkhalle, Großraumbüro)
- Pausenraum oder andere Rückzugsmöglichkeiten
- Besondere Störfaktoren am Arbeitsplatz (z. B. Lärm)
- Dienstreisen (Fahrtauglichkeit, Flugtauglichkeit)
- Wechselnde Einsatzorte (Schulungen, Vertretertätigkeit, Kurierfahrer)
- Teamarbeit
- Dauer der Betriebszugehörigkeit
- Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten, Betriebsklima

Tab. 2: Arbeitsplatzanalyse

1. Für welche **Leistungen** werden Sie bezahlt?
  - Erstellung von Bauplänen (Architekt)
  - Versorgung von Patienten (Krankenschwester)
  - Organisation von Terminen, Büroablauf (Chefsekretärin)
2. Welches **Wissen** müssen Sie haben, um die Leistungen zu erbringen?
  - Statik, PC-Programme, Bodenbeschaffenheit (Architekt)
  - Medizinisches und pflegerisches Fachwissen (Krankenschwester)
  - PC-Programme, Ablagesysteme (Chefsekretärin)
3. Welche **Kenntnisse** müssen Sie haben?
  - Landesrechtliche Bauordnungen (Architekt)
  - Fachgerechter Umgang mit medizinischen Geräten und Hilfsmitteln (Krankenschwester)
  - Organisatorische Abläufe, Ansprechpartner (Chefsekretärin)
4. Welche **Fähigkeiten** brauchen Sie, um Ihr Wissen und Ihre Kenntnisse einzubringen?
  - Belastbarkeit, Organisationstalent, rasche Auffassung, Führungsqualitäten (Architekt)
  - Belastbarkeit, Empathie, Abgrenzungsfähigkeit (Krankenschwester)
  - Belastbarkeit, Organisationstalent, rasche Auffassung (Chefsekretärin)

Tab. 3: Tätigkeitsanalyse mit Beispielen

jederzeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen. Die Patientin oder der Patient berichtet vom bisherigen Rehabilitationsverlauf und benennt mögliche Probleme und wie diese durch Kompensationsstrategien und regelmäßige Pausen reduziert werden können. Ein zentraler Gesprächsinhalt ist die Bedeutung konkreter Rückmeldungen über die Arbeitsleistung des Patienten durch einen ausgewählten Kollegen oder den Vorgesetzten. Erfahrungsgemäß ist es notwendig, während der gesamten Wiedereingliederung wiederholt auf die Notwendigkeit von Rückmeldungen hinzuweisen, da Kollegen und Vorgesetzte oft aus gut gemeinter Rücksichtnahme Fehler und Verhaltensauffälligkeiten nicht ansprechen und dadurch die Einleitung notwendiger Anpassungen oder therapeutischer Interventionen verzögert oder sogar verhindert wird.

Am Ende des Erstgesprächs wird der Wiedereingliederungsplan besprochen und – falls erforderlich – an die innerbetrieblichen Gegebenheiten angepasst. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass Veränderungen der zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen jederzeit

möglich sind. Diese Anpassung sollte bei Über- oder Unterforderung des Patienten vorgenommen werden.

In der Regel findet ein Gespräch am Arbeitsplatz statt; bei problemlosen Verläufen sind telefonische Kontakte ausreichend, im Falle problematischer Verläufe können noch ein bis zwei weitere Gespräche im Betrieb erforderlich sein.

## Wiedereingliederung als Gruppenkonzept

### Organisatorischer Ablauf

Während der Wiedereingliederung nehmen die Patienten 14-tägig an Supervisionsgruppen teil, die jeweils 120 Minuten dauern. Es sind offene Gruppen, in denen sich vier bis sechs Patienten in verschiedenen Stadien der Rückkehr in das Berufsleben treffen.

Zusätzlich zur Supervisionsgruppe haben die meisten Patienten im Anschluss daran eine Stunde Einzeltherapie mit Fachtherapeuten des neuropsychologischen Bereichs, der den Schwerpunkt ihrer Probleme bildet.

### Zusammensetzung der Gruppe

Erfahrungsgemäß profitieren Patienten davon, wenn die Gruppe aus Personen mit ähnlichen Arbeitsanforderungen oder Leistungsprofilen besteht. Diese Homogenität erleichtert die Kommunikation untereinander und die gemeinsame Entwicklung von Strategien. Ein wichtiger Vorteil der Gruppe besteht in der gegenseitigen Modellfunktion: Die Patienten profitieren von den unterschiedlichen Wiedereingliederungsphasen der Gruppenmitglieder.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass für die erfolgreiche Entwicklung von Techniken zur Problembewältigung am Arbeitsplatz die Zusammensetzung der Supervisionsgruppe wichtig ist. Wie eingangs erwähnt, können sich Patienten mit vergleichbaren beruflichen Anforderungen besser und konstruktiver austauschen und einander eher unterstützen als eine heterogen zusammengesetzte Gruppe. Homogene Gruppen sind aktiver in der Entwicklung von Strategien, und der Einzelne verzeichnet einen rascheren Zugewinn an Selbstvertrauen. In sehr heterogenen Gruppen konnte hingegen beobachtet werden, dass sich Patienten mit vergleichsweise einfachen beruflichen Anforderungen im Gespräch eher zurückzogen und an Selbstvertrauen verloren. Ihnen war es unangenehm, ihre Probleme einzubringen, da sie ihre Arbeit im Vergleich mit den Anforderungen anderer Patienten als anspruchslos und einfach zu bewältigen einstufen. Bei solchen Gruppenkonstellationen ist es häufig notwendig, intensive Strukturierungshilfe zu leisten und mit mehr Vorgaben zu arbeiten.

### Inhalte der Gruppenstunden

Die Gruppe bietet die Möglichkeit zur Selbstreflexion und Problemanalyse im geschützten Rahmen. Sie ermög-

licht einen intensiven Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmern und schafft einen Diskussionsrahmen, in dem Probleme am Arbeitsplatz benannt, analysiert und Lösungsstrategien erarbeitet werden können.

Für die Durchführung der Supervision wurden Leitlinien (siehe Tabelle 4) festgelegt.

Neue Teilnehmer stellen sich zu Beginn der Gruppensitzung kurz vor und berichten über ihr Arbeitsumfeld. Der inhaltliche und organisatorische Ablauf der Gruppe wurde bereits in einer der sozialtherapeutischen Einzelstunden erklärt und ist somit allen Gruppenmitgliedern bekannt. Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit, über Ereignisse der vergangenen zwei Wochen (Arbeit, Freizeitverhalten und sonstige Ereignisse) zu sprechen. Sollten von einem Teilnehmer besondere Schwierigkeiten am Arbeitsplatz beschrieben werden, so hat dieser Patient die Möglichkeit, in Absprache mit den anderen Teilnehmern im Zentrum der aktuellen Gruppensitzung zu stehen. Problembereiche, die häufig geschildert werden, sind in Tabelle 5 dargestellt.

Bringen die Teilnehmer keine eigenen Themen ein, ist es sinnvoll, die Checkliste mit Supervisionsthemen heran-

zuziehen (Tabelle 6) oder Arbeitsblätter, z. B. zum Umgang mit Stress, zu bearbeiten. Daraus ergeben sich Diskussionen, in denen Lösungsansätze ausgearbeitet werden, die am Arbeitsplatz ausprobiert und beim nächsten Mal bezüglich ihrer Umsetzbarkeit bewertet werden können.

Anleitung im Stress- und Pausenmanagement ist ein wichtiger Bestandteil der Gruppensupervision. Entspannungsmethoden (Atementspannung, progressive Muskelentspannung) werden praktisch geübt. Stressoren werden erfragt und prämorbid Bewältigungsstrategien werden hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit nach der Hirnschädigung bewertet. Da die Effektivität aller Methoden zur Stressbewältigung von einer regelmäßigen und einfachen Anwendung abhängt, sollten sie leicht zu erlernen und jederzeit einsetzbar sein. Methoden, die einen hohen Zeitaufwand oder bestimmte räumliche Begebenheiten erfordern, werden erfahrungsgemäß im beruflichen Alltag nicht angewandt.

Weitere Gesprächsinhalte sind die Veränderungen der Arbeitssituation und wie die weitere berufliche Perspektive trotz der Erkrankungsfolgen aussehen könnte.

Ein wiederkehrender Inhalt der Gruppendiskussionen ist die Reaktion von Kollegen und Vorgesetzten auf die »unsichtbaren« Behinderungen durch reduzierte Belastbarkeit, eine Antriebsstörung oder Verhaltensänderungen im Gegensatz zu den »sichtbaren« Behinderungen wie z. B. eine Hemiparese.

Bei Patienten, die sich bereits länger in der Wiedereingliederung befinden, rücken die erreichten Ziele in den Mittelpunkt. Die Teilnehmer berichten von Steige-

- Die Patienten sollten ihre Therapeuten als Vermittler akzeptieren können. Eine Vertrauensbasis ist wichtig, damit die Patienten bereit sind, über Fehler, Pannen etc. zu sprechen.
- Die Patienten sollten als Experten für ihre spezifischen Arbeitsinhalte angesehen werden.
- Bei der Abstimmung der zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen ist darauf zu achten, dass weder eine Über- noch eine Unterforderung auftreten.
- Die Einbußen in der Arbeitsleistung sollten von allen Beteiligten nicht als persönliches Versagen, sondern als Auswirkung der Hirnschädigung verstanden werden.
- Der Einsatz von Kompensationsstrategien sollte vom Patienten als gute Möglichkeit für die Erreichung beruflicher Ziele bewertet werden und gegenüber Kollegen selbstbewusst vertreten werden.
- Bei der Erarbeitung von Kompensationsstrategien sollte auf prämorbid Arbeitstechniken zurückgegriffen werden.
- Bei Belastungen im privaten Bereich muss Unterstützung angeboten oder organisiert werden.

Tab. 4: Leitlinien für die Supervision

- Während der oftmals langen Abwesenheit haben wahrscheinlich Veränderungen im Arbeitsablauf stattgefunden, mit denen sich die Patienten erst wieder vertraut machen müssen.
- Manchmal besteht anfangs eine ausgeprägte Schonhaltung von Seiten der Kollegen, die eine rechtzeitige Bearbeitung von Problemen verzögert. Diese Schonhaltung kann in Ungeduld und Ausgrenzung umschlagen, wenn die Arbeitsleistung lange Zeit unter dem erwünschten Niveau bleibt.
- Vor der Erkrankung bestehende Konfliktsituationen am Arbeitsplatz können die Wiedereingliederung behindern.
- Sonderbedingungen für die Patienten werden von den Kollegen nicht immer akzeptiert.
- Die notwendigen Veränderungen der Arbeitsbedingungen verlangen von Seite der Betriebe Aufwendungen, für die geworben werden muss.
- Der Einsatz der in der Klinik erarbeiteten Kompensationsstrategien ist im Arbeitsumfeld oft nicht möglich (Störquellen, Zeitdruck). Auch die Patienten müssen neue Arbeitstechniken erst akzeptieren.
- Neurologische Erkrankungen sind häufig mit einer gesellschaftlichen Stigmatisierung verbunden. Epileptische Anfälle sind für Kollegen und Vorgesetzte besonders verunsichernd und angstauslösend. Krankheitsbedingte Veränderungen im Verhalten führen zu Verunsicherung oder zum Rückzug von Kollegen.
- Viele neuropsychologische Störungen sind für Laien schwer verständlich. Dies gilt vor allem für nicht sichtbare Beeinträchtigungen. Die Leistungskapazität kann daher sowohl über- als auch unterschätzt werden. Den Patienten selbst fällt es meist schwer, anderen Personen die Folgen ihrer Hirnschädigung verständlich zu machen.

Tab. 5: Typische Problembereiche bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

#### Schwierigkeiten am Arbeitsplatz

- Schwierigkeiten im Umgang mit einer geringeren Arbeitskapazität
- Rechtzeitiges Wahrnehmen der Belastungsgrenzen, Pausensetzung
- Akzeptanz und Anwendung neuer Arbeitstechniken (Kompensationsstrategien)
- Umlernen auf eine neue Tätigkeit
- Herausforderung, ein neues Selbstbild mit veränderten Fähigkeiten zu finden

#### Schwierigkeiten mit Kollegen

- Befürchtungen, nicht mehr als vollwertige Arbeitskraft zu gelten
- Befürchtungen, Mitarbeitern zur Last zu fallen
- Ängste, ständig beobachtet und kontrolliert zu werden
- Umgang mit einem mangelnden Verständnis für die Folgen der Hirnschädigung (»Du siehst doch gut aus, dir kann doch nichts fehlen.«)
- Unsicherheit hinsichtlich einer ehrlichen Rückmeldung von Seiten der Kollegen
- Bewältigung eines eventuellen sozialen Abstiegs im Betrieb

#### Organisatorische Schwierigkeiten

- Ohne Fahrerlaubnis den Arbeitsplatz erreichen

#### Finanzielle Belastungen

- Sorgen über eine ungesicherte finanzielle Lebensgrundlage aufgrund eines möglicherweise geringeren Einkommens
- Befürchtungen bezüglich eines drohenden Arbeitsplatzverlustes oder einer möglichen Berentung
- Ängste, dass der frühere Lebensstandard nicht mehr aufrechterhalten werden kann

Tab. 6: Checkliste für Supervisionsthemen aus dem beruflichen Alltag

Die sechs Gruppenteilnehmer nahmen seit etwa drei Monaten an der Supervision teil. Im Rahmen der Feedback-Runde berichtete Frau K., eine stellvertretende Stationsleitung auf einer Suchtstation, sie habe zunehmend den Eindruck, ihre Kollegen seien von ihrem Verhalten »genervt« und gingen ihr immer häufiger aus dem Weg. Nach einer Pause, welche Frau K. nutzen wollte, um eine Bescheinigung aus dem Stationszimmer abzuholen, kam sie beinahe weinend in den Gruppenraum zurück: auch die Stationschwester hatte ihr soeben deutlich zu verstehen gegeben, dass sie sie als aufdringlich empfinde, weil sie sich im Verlauf des Vormittags bereits mehrmals rückversichert hatte, ob die benötigte Bescheinigung auch tatsächlich korrekt ausgestellt werden würde.

Nachdem sich Frau K. etwas beruhigt hatte, wünschte sie sich eine Stellungnahme der Gruppe zu diesem Vorfall. Die Gruppenmitglieder bestätigten ihr vorsichtig, dass sie auch in der Gruppe manchmal durch ein »konkretistisches« Verhalten, z. B. durch Kleben an Details, auffalle. Die Patientin reagierte auf diese Rückmeldung zunächst ablehnend, mit der Begründung, dass sie sich selbst als sehr korrekten Menschen wahrnehme und ihre Mitarbeiter besser einmal zu oft an einen Auftrag erinnere. Im weiteren Verlauf der Diskussion mit den anderen Patienten gelangte Frau K. jedoch zu der Einsicht, dass sie Schwierigkeiten hat, diskrete Signale beginnenden Unmuts beim Gegenüber wahrzunehmen. Die Diskussion führte dazu, dass einige Teilnehmer den Wunsch äußerten, mehr über Verhaltens- und Wahrnehmungsveränderungen nach einer Hirnschädigung zu erfahren.

Mit Frau K. wurden im Anschluss an die Gruppe mehrere Einzelstunden vereinbart, in deren Verlauf die Patientin ihr problematisches Verhalten auf eine starke Verunsicherung hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und auf das Bedürfnis, nach ihrem Unfall besonders korrekt zu arbeiten, zurückführen konnte. Die dahinter liegende Angst war, bei auftretenden Fehlern als Hirngeschädigte stigmatisiert zu werden. Diese Befürchtung und die Anstrengung, trotz reduzierter Leistungsfähigkeit besonders korrekt zu arbeiten, hatten zur Folge, dass sie auf die sozialen Signale anderer Menschen nicht mehr achtete und nur noch die Erreichung ihres Zieles vor Augen hatte.

Beim folgenden Arbeitsplatzbesuch war Frau K. dann in der Lage, ihr Problem offen anzusprechen. Auch am Arbeitsplatz war dieses Verhalten schon aufgefallen, aber sowohl die Vorgesetzte als auch die Kolleginnen hatten sich immer gescheut, diese »Veränderung« zu thematisieren. Sie waren erleichtert, dass dieses Thema von der Patientin und ihrer Therapeutin angesprochen wurde. In diesem Gespräch wurde erarbeitet, wie eine Verhaltensänderung herbeigeführt werden könnte. Schließlich wurde ein Codewort (»Hamster«) vereinbart, das die Kollegen benutzen sollten, wenn Frau K. ihre insistierende Verhaltensweise wieder aufnehmen sollte. Mit dem von ihr selbst vorgeschlagenen Wort verband sie einen Hamster in einem Laufrad, der den Weg zurück auf den Boden verloren hat. Dieses Codewort konnte über einen längeren Zeitraum erfolgreich verwendet werden, weil zwischen Frau K. und ihren Kolleginnen ein Vertrauensverhältnis bestand. Ohne das durch die Gruppe entstandene Störungsbewusstsein wäre es jedoch nie zu dieser Intervention und den entsprechenden positiven Veränderungen am Arbeitsplatz gekommen.

#### Kasten 1: Beispiel eines Problemlösungsprozesses in der Supervisionsgruppe

rungen der Belastbarkeit, Verminderung der Störanfälligkeit und erfolgreichen Anwendungen der erlernten Kompensationsstrategien. Sie diskutieren, ob auf den Arbeitsplatz bezogene Interventionen wie zum Beispiel die Reduzierung der telefonischen Erreichbarkeit auf festgelegte Zeiten auch nach Beendigung der Wiedereingliederung beibehalten werden sollten.

Wesentliche Themen der Supervisionssitzungen sind das Verständnis für die eigene Erkrankung und die Akzeptanz bleibender Behinderungen. Diese Fragen erhalten durch die berufliche Wiedereingliederung neue Dimensionen. Sie betreffen die Krankheitsursache und psychische Probleme oder Zukunftsängste, die im direkten Zusammenhang mit der Arbeitssituation stehen. Zukunftsängste basieren häufig auf materiellen Sorgen, da die Höhe des Krankengeldes nicht dem normalen Einkommen entspricht und lange Krankheit zu erheblichen finanziellen Einbußen führen kann. In diesem Fall erfolgt eine sozialpädagogische Einzelberatung. Zur Abklärung psychischer Probleme werden ebenfalls sozialtherapeutische Einzelstunden vereinbart. Bei behandlungsbedürftigen psychischen Störungen werden Patienten an neuropsychologisch erfahrene Psychotherapeuten vermittelt. Zur Beantwortung von medizinischen Fragen wird ein Arzt der Abteilung in die Gruppe eingeladen.

Gruppen, in denen mehrere Patienten mit schwerwiegenden persönlichen Belastungen wie Beziehungsproblemen, materiellen Sorgen oder Traumafolgestörungen teilnehmen, sind für die Therapeutin eine Herausforderung. Erschwert wird der Wiedereingliederungsprozess auch, wenn Patienten mit finanziellen Schwierigkeiten aufgrund langen Krankengeldbezugs trotz deutlicher Überforderungssymptome auf eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz drängen. Es gilt, eine Balance zwischen

der Aufrechterhaltung des eigentlichen Gruppenthemas der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme und dem Eingehen auf den Patienten mit seiner schwierigen Problemlage zu halten. Da sich solche Problemlagen eher negativ auf den Gruppenprozess auswirken, sollten den entsprechenden Patienten sozialtherapeutische Einzelgespräche angeboten werden.

#### Beendigung der Wiedereingliederung

Das Ergebnis einer gestuften Wiedereingliederung hängt wesentlich davon ab, ob Patienten gelernt haben, ihre Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Zur Überprüfung dieser Einschätzung werden kontinuierliche Rückmeldungen sowohl aus den Betrieben als auch von den Gruppenteilnehmern (siehe Beispiel in Kasten 1) benötigt. Für eine erfolgreiche Wiedereingliederung ist es wichtig, dass Patienten Adaptationen von Arbeitszeiten und/oder Inhalten als Chance und nicht als Versagen bewerten. Solche Anpassungen und Veränderungen von Zielvorstellungen sollten im Verlauf der Wiedereingliederung und nicht erst bei Beendigung der Maßnahme diskutiert und in die Wege geleitet werden.

Oft sind die Patienten auch nach der erfolgreichen Beendigung der Wiedereingliederung nicht im Stande, ihre bisherigen zeitlichen Anforderungen zu erbringen. Vielfach sind Unternehmen bereit, bei einer Verkürzung der Arbeitszeiten auch unkonventionelle Wege zu beschreiten. Zum Beispiel können angesammlter Urlaub oder Überstunden genutzt werden, um die Wochenarbeitszeit über einen längeren Zeitraum zu reduzieren, ohne dass eine Änderung des Arbeitsvertrages mit den entsprechenden Gehaltseinbußen vorgenommen werden muss.

Spezielle Vereinbarungen dieser Art, v.a. bei Veränderungen des Arbeitsvertrags, sollten grundsätzlich in einem erneuten Gespräch mit allen Beteiligten im jeweiligen Betrieb getroffen werden.

### Ausblick

Das vorgestellte Vorgehen der beruflichen Wiedereingliederung beinhaltet einerseits ein sehr individuelles Eingehen auf das Störungsbild und die Bedürfnisse des Patienten und andererseits die Auseinandersetzung in der Gruppe. Es hat sich als sehr wirksam für Patienten mit Hirnschädigung erwiesen. Mit dieser flexiblen Vorgehensweise ist die stufenweise Wiedereingliederung als ein fortlaufender Problemlöseprozess zu verstehen, an dem alle Beteiligten mitwirken.

Der Verlauf der gesamten gestuften Wiedereingliederung unterliegt, ganz besonders im Fall einer notwendigen Verlängerung, dem Druck der Kostenträger, der im Verlauf der letzten Jahre zugenommen hat. Die Dauer der neuropsychologischen Rehabilitation hat abgenommen und die Patienten beginnen zu einem früheren Zeitpunkt als noch vor einigen Jahren mit ihrer beruflichen Wiedereingliederung. Einige gesetzliche Krankenkassen beschränken die Kostenübernahme für die Supervision der Maßnahme auf wenige Behandlungstage. Viele private Krankenversicherungen lehnen eine stufenweise Wiedereingliederung mit Hinweis auf die Zuständigkeit der Rentenversicherung generell ab. Wenn sich eine private Krankenversicherung bereit erklärt, eine stufenweise Wiedereingliederung und deren Supervision zu finanzieren, wird in der Regel bei einer zeitlichen Belastbarkeit von vier Stunden täglich das Krankentagegeld eingestellt. Dieser Umstand setzt die betroffenen Patienten unter einen enormen Druck und widerspricht dem gestuften therapeutischen Vorgehen einer Wiedereingliederung. Diese Vorgehensweise ist schwer verständlich, da den Kostenträgern die speziellen Schwierigkeiten und der erhöhte Betreuungsaufwand von neurologischen Patienten bekannt sein dürften.

Von betrieblicher Seite besteht in der Regel großes Entgegenkommen und eine hohe Bereitschaft zur konkreten Unterstützung. Seit einigen Jahren beteiligen sich im Rahmen des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements (BEM, § 84 SGB IX, § 87 Betriebsverfassungsgesetz) Vertreter des Betriebsrates am Verfahren der Wiedereingliederung. Dieser Ansatz ist generell zu begrüßen, ersetzt aber die fachliche Betreuung durch einen Therapeuten mit neuropsychologischen Kenntnissen nicht. Die Unterstützung durch das BEM ist nach Beendigung der Wiedereingliederung von großer Bedeutung, damit Patienten später bei möglichen Problemen über einen innerbetrieblichen Ansprechpartner verfügen.

Vergleicht man die Forderungen der deutschen Rentenversicherung hinsichtlich neuer Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) mit dem therapeutischen Wiedereingliederungskonzept der Klinik für Neuropsychologie, so ergeben sich Übereinstimmungen: Diagnostik und Therapie erfolgen

in einem interdisziplinären Team; die Therapieinhalte sind, in Anlehnung an die ICF, auf Anforderungen am Arbeitsplatz bezogen und unterliegen einer regelmäßigen Überprüfung; Therapieziele sind die Wiederherstellung verlorengegangener Fähigkeiten, das Erlernen von Kompensationsmethoden und der Umgang mit hirnorganischen Veränderungen im Verhalten. Da bei jedem zweiten neurologischen Patienten besondere berufliche Problemlagen vorliegen [3], wird die Supervision der beruflichen Wiedereingliederung weiterhin eine zentrale Rolle am Ende einer langen Rehabilitation einnehmen.

Die Vision einer optimalen beruflichen Wiedereingliederung ist die trägerübergreifende Vernetzung, wie sie bereits im SGB IX vorgesehen ist. Das grundlegende Anliegen des SGB IX war, dass die jeweiligen Kostenträger miteinander kommunizieren und Kostenfragen im Interesse der Patienten möglichst zügig klären. Die einzelnen Bereiche, die medizinische, die berufliche und die soziale Rehabilitation, sollten nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern ineinander übergehen.

Generell sollte es Patienten nach einer schweren Erkrankung mit neuropsychologischen Folgen ermöglicht werden, ihre Kraft in die Erhaltung ihres Arbeitsplatzes zu investieren und nicht zusätzlich dem Spannungsfeld zwischen den verschiedenen Kostenträgern ausgesetzt zu werden.

### Literatur

1. Claros-Salinas D, Greitemann G, Jeske A. Berufliche Neurorehabilitation innerhalb medizinischer Rehabilitationsphasen: Behandlungskonzept und Evaluation anhand katamnestischer Daten. *Neurol Rehabil* 2000; 6: 82-92.
2. Dettmers C, Stein H, Bock H, Simon U, Slowik M. Begleitung des Patienten während der beruflichen Wiedereingliederung komplettiert die neurologische Rehabilitation. *Neurol Rehabil* 2003; 9 (5): 217-225.
3. Deutsche Rentenversicherung Bund. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 3.Auflage 10/2011.
4. Fries W, Seiler S. Erfolg ambulanter neurologischer/neuropsychologischer Rehabilitation: Berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. *Neurol Rehabil* 1998; 4: 141-147.
5. Pössl J, Jürgensmeyer S, Karlbauer F, Wenz C, Goldenberg G. Stability of employment after brain injury: a 7-year follow-up study. *Brain Injury* 2001; 15: 15-27.
6. Schellhorn A, Pössl J, Kursawe U, Goldenberg G. Therapeutische Supervision während der beruflichen Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. *Neurol Rehabil* 2005; 11: 57-64.
7. Wendel C. Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung. Dissertation, Universität Bremen 2003.

### Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

### Korrespondenzadresse

Dipl. Sozpäd. Ute Kursawe  
Städtisches Klinikum München Bogenhausen GmbH  
Klinik für Neuropsychologie  
Englschalkinger Str. 77  
81925 München  
E-Mail: ute.kursawe@klinikum-muenchen.de