

Interventionen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation nach neurologischen Erkrankungen

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 309 – 317

© Hippocampus Verlag 2012

A. Menzel-Begemann¹, A. Hemmersbach²

Zusammenfassung

Beruflich tätig zu sein, ist für den Großteil unserer Gesellschaft einer der wesentlichen Lebensinhalte. Dementsprechend spielt auch die berufliche Wiedereingliederung nach einer Erkrankung eine wichtige Rolle. Nach erworbenen Hirnschädigungen stehen die Betroffenen oftmals jedoch vor einer sehr großen Herausforderung, wenn sie in den Berufsalltag zurückkehren möchten. Dies gilt insbesondere für funktionell leichter betroffene Patienten*, bei denen die Einschränkungen zunächst weniger relevant erscheinen. Diese Patienten verlassen die Rehabilitation häufig mit der Erwartung, geradewegs an die alte Leistungsfähigkeit anknüpfen zu können. Aber auch sie treffen im Alltag i. d. R. auf Schwierigkeiten. Auf diese Schwierigkeiten vorzubereiten und damit die Bewältigung dauerhafter Erkrankungsfolgen zu fördern, ist das wesentliche Anliegen zweier neuer Behandlungskonzepte, die im folgenden Beitrag vorgestellt werden.

Schlüsselwörter: medizinische Rehabilitation, berufliche Orientierung, Patientenschulung, Arbeitssimulation

¹Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft

²Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gemGmbH

Einleitung

»Wieder ein normales Leben führen« – für viele Betroffene nach einem Schlaganfall oder Schädelhirntrauma bedeutet dies nicht nur die Selbstständigkeit bei den personenbezogenen Alltagsaktivitäten, sondern auch die berufliche Wiedereingliederung. Es wurde deshalb in den vergangenen Jahren – insbesondere für die Rehabilitation von bereits wieder selbstständigen und kooperativen Patienten – gefordert, bereits in der medizinischen Rehabilitation berufliche Fragestellungen stärker zu berücksichtigen und weiterführende Maßnahmen möglichst frühzeitig einzuleiten ([14], S. 55). Die Berücksichtigung beruflicher Aspekte im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung gewann damit in den letzten Jahren – auch aufgrund des steigenden beruflichen Leistungsdrucks und der in diesem Zuge zu erwartenden Zunahme an beruflichen vs. rentenbezogenen Fragestellungen in der Rehabilitation – zunehmend an Bedeutung [1].

Vorausgegangene Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation

Ein Blick in die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland zeigt, dass die sozialrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversiche-

rung zur Durchführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen erst im Jahre 1957 durch die sogenannten »Neuregelungsgesetze« gelegt wurden. Die Heilverfahren fanden zumeist in Kur- und Bädereinrichtungen statt und waren entsprechend als Erholungsmaßnahme konzipiert. Die Krankenversicherung führte zum damaligen Zeitpunkt noch keine Rehabilitationsmaßnahmen durch, und in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung spielten neurologische Erkrankungen keine nennenswerte Rolle.

Mit der Entwicklung innerhalb der Akut-Neurologie hin zu einer stärker therapieorientierten Disziplin und der Zuwendung zu den häufigeren zerebrovaskulären Erkrankungen stieg jedoch auch der Bedarf an neurologischen Rehabilitationsleistungen. Hinzu kam, dass auch die Krankenkassen infolge des Rehabilitationsangleichungsgesetzes als Träger von Rehabilitationsleistungen auftraten und somit auch neurologische Patienten (nach Schädelhirntrauma oder Schlaganfall) bei noch nicht vorliegender AHB-Fähigkeit Rehabilitationsleistungen erhalten konnten.

In der neurologischen Rehabilitation entfaltete sich vor diesem Hintergrund eine Bandbreite an Versorgungsangeboten für schwer bis leichter betroffene Patienten, was Anfang der 1990er-Jahre in die Entwicklung des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation der Bun-

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text nur von Patienten gesprochen, gemeint sind damit Patienten beiderlei Geschlechts. Dies gilt analog auch für andere Begriffe/Zuordnungen, hier wird jeweils auch nur (kategorial) die männliche Form verwendet.

Interventions for work-related medical rehabilitation after neurological disease

A. Menzel-Begemann, A. Hemmersbach

Abstract

For a large part of our society, working is one of the most essential purposes in life. As a result of this the return to work after acquired brain damage does play an important role. The persons concerned frequently have to face enormous challenges, if they want to return to day-to-day work. That does especially apply to patients who are less affected in their functional abilities and whose restrictions initially seem less relevant. These patients often leave the rehab hospital expecting that they will directly be able to carry on from their former abilities. However, they as well usually meet difficulties in everyday life. The following article introduces two new treatment concepts which are designed to prepare for those difficulties and hence to support the coping with persisting consequences of illness.

Key words: medical rehabilitation, work-related rehabilitation, patient education, work simulation

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 309 – 317

© Hippocampus Verlag 2012

des Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durch die »Projektgruppe Neurologie« des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) mündete. Obwohl das Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation Pfade durch den Rehabilitationsprozess vorzeichnete, zeigte das auf der bestehenden Sozialgesetzgebung beruhende »gegliederte System der Rehabilitation« an den Schnittstellen verschiedener Rehabilitationsleistungen immer wieder Probleme, welche zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen bei der Einleitung nachfolgender Maßnahmen führten. Insbesondere die Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation (jetzt »Teilhabe am Arbeitsleben«) trat in den Fokus, und so »wird bereits seit Jahren seitens der Rehabilitationsforschung eine stärker an den beruflichen Gegebenheiten der Patienten ausgerichtete Rehabilitationsstrategie gefordert« ([9], S. 143). Der Bedarf einer solchen Strategie wird für die Rentenversicherung als maßgeblichem Kostenträger rehabilitativer Leistungen bereits aus dem gesetzlichen Auftrag nach § 9 SGB VI erkennbar, wonach ein »vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ... (zu) verhindern (ist) oder ... (die Betroffenen) möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder eingegliedert« werden sollen.

In jüngerer Zeit ist die Forderung nach einer berufsorientierten Behandlung sehr deutlich im *Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung* zum Ausdruck gebracht worden [7]. Das Positionspapier formuliert für die Zukunft einen »durchgängig ... starken Arbeitsbezug« ([43], o. S.) aufgrund erwerbsbezogener diagnostischer und therapeutischer Elemente in allen DRV-Patienten behandelnden Einrichtungen.

Diese verstärkte Ausrichtung auf den beruflichen Alltag geht konform mit der wachsenden Etablierung der ICF resp. des Grundgedankens des biopsychosozialen Modells, wonach Erkrankungen und insbesondere ihre Auswirkungen vor dem Hintergrund des Individuums und des individuellen Lebenskontextes zu betrachten und schließlich auch zu behandeln sind [3]. Mithilfe einer konkret

am Arbeitsalltag ausgerichteten Rehabilitationsstrategie rücken somit – wie u. a. von Gerwin [14] im Sinne einer Vorfeldmaßnahme gefordert – die während des Reha-Aufenthalts zu ermittelnde Leistungsfähigkeit (das unter bestmöglichen Bedingungen Leistbare) und die für die Wiedereingliederung zu prognostizierende Leistung (das tatsächlich im Alltag Leistbare) näher zusammen. Damit verbunden ist zum einen die Erwartung an eine höhere diagnostische Aussagekraft; zum anderen ist aber auch mit einem größeren Verständnis der Betroffenen für das rehabilitative Vorgehen zu rechnen, das die Mitarbeit während der Behandlungszeit und das Gefühl für die Mitverantwortung am – auch längerfristigen – Reha-Erfolg erhöhen kann.

Erste medizinisch-beruflich orientierte rehabilitative Ansätze

Seit Ende der 1990er-Jahre wurden eine Reihe von Modellvorhaben zur engeren Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation und damit zur stärkeren beruflichen Orientierung innerhalb der medizinischen Rehabilitation entwickelt [8, 31]. In begleitenden Studien konnte dabei eine zumindest tendenzielle Wirksamkeit auf zentrale Ergebnisparameter wie den Verlauf der Wiedereingliederung, die AU-Zeiten und die Qualität von Entscheidungsprozessen der Kostenträger festgestellt werden. Eine zusammenfassende Betrachtung von randomisierten und Beobachtungsstudien lässt zudem erkennen, »dass aller Wahrscheinlichkeit nach durch eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation die Rate der beruflichen Integration verbessert werden kann ... (und) zusätzliche berufsbezogene Interventionen die gewünschten Effekte erhöhen« ([21], S. 310f., 1, 9, 39). Die indikationsübergreifend formulierten hohen Erwartungen seitens der Betroffenen an berufsbezogene Unterstützungsprozesse [4, 18, 41] lassen erwarten, dass mit solchen Maßnahmen den Bedürfnissen der Patienten entsprochen werden kann und somit von einer hohen Akzeptanz derartiger Programme ausgegangen werden darf.

Inhaltlich reichen die Maßnahmen vom Einsatz berufsbezogener Instrumente über die Einführung von Gruppen zur arbeitsbezogenen Problem- oder Stressbewältigung und Motivationsförderung bis hin zur Erprobung komplexerer Reha-Konzepte und zu Kooperationen mit beruflfördernden Einrichtungen (u. a. [35, 37, 38]). Eine Übersicht beispielhaft zu nennender Ansätze bietet Tabelle 1.

Diese ersten berufsbezogenen Maßnahmen wurden für Patienten mit psychosomatischen, orthopädischen und Erkrankungen des Zentralnervensystems entwickelt. Um den Einfluss einer solchen neuen Maßnahme angemessen – nach wissenschaftlichen Standards – beschreiben zu können, fehlt es allerdings – gerade im Bereich der Neurologie – noch an randomisierten, kontrollierten Studien [40]. Weiterer Entwicklungsbedarf besteht in diesem Bereich zudem, weil bisher vor allem junge Männer nach Schädelhirntrauma betrachtet wurden, während

Bezeichnung		Quelle
berufsbezogene Instrumente		
MELBA	Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit	Kleffmann et al. (1997) [23]
WEIS	Work Environment Impact Scale	Moore-Corner et al. (1998) [30]
ELF	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (FCE, Functional Capacity Evaluation)	Isernhagen (1988) [17]
ERGOS-Work Simulator		Kaiser et al. (2000) [18]
berufsbezogene Gruppenangebote		
BUSKO	Berufs- und Stresskompetenz-Training	Küch et al. (2009) [24]
SBA	Stressbewältigung am Arbeitsplatz	Hillert et al. (2008) [16]
GSA	Gruppentraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz	
ZAZO	Zielanalyse & Zieloperationalisierung	Fiedler et al. (2008) [11]
komplexe berufsbezogene Reha-Konzepte		
IBR	Intensivierte Berufliche Rehabilitation	Karoff & Kittel (2006) [21]
REIMA	Reintegrationsmanagement	Wohlfahrt & Knisatschek (2006) [45]
MBO®-Kompakt und MedZAB I-III		Klinik Bavaria Bad Kissingen
MBO®-Neurologie		Pohl et al. (2009) [32]
Kooperationen mit externen Einrichtungen		
zeitweilige Einbindung externer Einrichtungen	Berufsbildungswerke/ Berufszentren/Berufsförderungswerke	Wohlfahrt & Knisatschek (2006) [45] Kittel & Karoff (2008) [22]
vorrangige Einrichtung externer Einrichtungen	Berufsförderungswerke	Kulke & Schupp (2006) [25] Trowitzsch et al. (2006) [42]
	Kliniknahe Betriebe	Kulke & Schupp (2006) [25]
	Betriebsärzte	Leitner et al. (2009) [26]

Tab. 1: Beispiele berufsbezogener Ansätze

auf Schlaganfallbetroffene beiderlei Geschlechts, insbesondere auch auf jüngere, kaum Bezug genommen wurde [44]. Allerdings wird die Einbindung dieser Klientel künftig an Bedeutung gewinnen, denn einerseits nimmt die Häufigkeit dieser Erkrankungen auch bei jüngeren, noch erwerbstätigen Menschen zu, und andererseits ist eine weiterhin steigende Lebensarbeitszeit zu erwarten, sodass immer mehr sowohl jüngere als auch ältere Personen in den Fokus der beruflichen Wiedereingliederung nach neurologischen Erkrankungen rücken.

Neurologische Patienten – eine besondere Klientel

Die soziale, aber vor allem die berufliche Reintegration, stellt für Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen aufgrund des gleichzeitigen Vorhandenseins von sowohl körperlichen als auch kognitiven Defiziten eine besondere Hürde dar [36, 37]. Die kognitiven Leistungseinbußen führen bei den Betroffenen oft zu einer allgemein reduzierten Belastbarkeit, einer eingeschränkten Konzentrations- und Merkfähigkeit und häufig auch einer erhöhten Störanfälligkeit. Wenn neben den kognitiven Defiziten zusätzlich noch körperliche Defizite ausgeglichen werden müssen, werden Teile der vorhandenen Aufmerksamkeitsressourcen hierfür beansprucht und stehen für

kognitive Anforderungen nicht mehr zur Verfügung. Gerade im Erwerbsleben sind aber besonders Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- sowie Planungs- und Organisationsleistungen oft unerlässlich (u. a. [6, 20, 33, 44]).

Vor diesem Hintergrund wird die Relevanz deutlich, Betroffene für Anforderungen im Beruf und Alltag bereits im Rehabilitationsprozess zu sensibilisieren und somit früh die Möglichkeit zu schaffen, die eigene Leistungsfähigkeit im Hinblick auf vorhandene Stärken und Schwächen realistisch einzuschätzen und Strategien zum Umgang mit den veränderten Teilhabebedingungen zu erlernen. Die Entwicklung realistischer Zukunftsvorstellungen gilt neben dem Gefühl der Mitverantwortung an den Fortschritten und dem Einverständnis für das therapeutische Vorgehen gerade im Hinblick auf die Beständigkeit kognitiver Defizite als zentraler – in der Terminologie der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) personenbezogener – Faktor [13].

Die frühzeitige Thematisierung des Berufsbezuges – ein wichtiges Anliegen

Patienten kehren nach einer Rehabilitationsmaßnahme nicht selten mit der Einstellung in ihren Alltag oder das

Berufsleben zurück, die bisherige Leistungsfähigkeit bereits wieder erreicht zu haben. Vor allem neurologisch erkrankte Patienten nehmen typischerweise zwar ihre motorischen und sprachlichen Defizite wahr, kognitive Einschränkungen wie Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Planungsstörungen werden jedoch für die private und vor allem berufliche Teilhabe nicht im gleichen Maße realisiert [12]. Der Schritt zurück in den Alltag und Beruf ist für Betroffene daher oft begleitet von erhöhter Anstrengung, um die jetzt bei realen Anforderungen spürbaren Defizite auszugleichen und der Erwartungshaltung an das eigene Leistungsvermögen zu entsprechen. Vorübergehend kann diese vermehrte Anstrengung aufrechterhalten werden und es entsteht dabei der Eindruck, dass Reha-Erfolge in den Alltag und Beruf übertragen werden konnten. Wird das Anforderungsprofil beruflicher Tätigkeit jedoch noch nicht erfüllt und kommt es nicht zu einer weiteren Leistungsanpassung nach der Rehabilitation, führt es bei den Betroffenen langfristig nur zu einem »Funktionieren am Limit«. Dies hat eine chronische Überforderung der Betroffenen zur Folge, die ein erneutes Erkrankungsrisiko birgt [15].

Bei einer nicht zu unterschätzenden Zahl von Rehabilitanden bleiben unter Umständen für die Betroffenen nicht sofort offensichtliche, aber erwerbsrelevante Funktionseinschränkungen zurück, auf die sie sich in der Regel nicht bzw. nicht angemessen einstellen können. Aus diesem Grund wird das frühzeitige Einbinden beruflicher Fragestellungen in den Rehabilitationsprozess in der wissenschaftlichen Diskussion immer wieder betont [2, 5], um psychosozialen Sekundärfolgen präventiv begegnen zu können.

Neue beruflich orientierte Reha-Konzepte für die Neurologie

Zwei innerhalb der vergangenen fünf Jahre an den Johanniter-Ordenshäusern Bad Oeynhausen für die Behandlung neurologischer Patienten entwickelte Rehabilitationskonzepte stellen sich dieser Herausforderung einer frühzeitigen Thematisierung des Berufsbezugs und damit einhergehend einer frühzeitigen Vorbereitung der Betroffenen auf die Wiedereingliederung. Sie folgen damit dem Bestreben, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglichst nahtlos an die medizinischen Leistungen der Rehabilitation anzuknüpfen.

Die Evaluation beider Behandlungskonzepte fußt auf randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien. Ermöglicht wurde dies mit maßgeblicher Förderung durch die Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e. V., die Deutsche Rentenversicherung, die Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gem GmbH sowie durch Kooperationen mit der Westerwaldklinik Waldbreitbach und dem Neurologischen Rehabilitationszentrum Godeshöhe in Bonn-Bad Godesberg. Für eine ausführliche Darstellung des abgeschlossenen Projekts BOMeN sei verwiesen auf die Buchfassung, die im August 2012 im Beltz-Juventa-Verlag erschienen ist.

Durch ihre konkrete Orientierung an arbeitsbezogenen Inhalten und Problemen stellen die Konzepte einen stärkeren Bezug zwischen den therapiebedürftigen Funktionen und ihrer praktischen Relevanz für das Zurechtkommen im Erwerbsleben her. Zudem werden die Betroffenen durch die Verknüpfung von edukativen, reflexiven und praktischen Behandlungselementen in ihrer Krankheitsverarbeitung sowie beim Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung arbeitsrelevanter Krankheitsfolgen unterstützt. Ein weiterer Fokus dieser Ansätze bezieht sich in diesem Sinne auf die Konfrontation mit berufsbezogenen Anforderungen und dem »Erfahrbarmachen« erwerbsrelevanter Stärken und Schwächen, da dies gerade bei kognitiven Leistungseinbußen eine größere Wirkung erzielt als es abstrakte neuropsychologische Testergebnisse vermögen [34]. Dieses wirkt sich wiederum positiv auf die Realitätsanpassung und die Motivation zur aktiven Teilnahme aus.

Für beide Konzepte wurde der Anspruch erhoben, trotz der berufsnahe Konfrontation den apparativen, personellen, organisatorischen und finanziellen Aufwand möglichst gering zu halten, um eine Übertragung in andere Einrichtungen zu erleichtern. Aus diesem Grund stellen beide Ansätze klinikinterne Maßnahmen dar, die in der regulären Aufenthaltszeit abgeschlossen werden können, ohne kostenintensive Werkstätten auskommen und über ihre spezifische Behandlungsorganisation und Auswahl an Aufgaben und Materialien eine angemessene Realitätsnähe gewährleisten. Um zahlreichen Patienten mit berufsbezogenem Behandlungsbedarf die Teilnahme an der beruflich orientierten Rehabilitation zu ermöglichen, sind beide Angebote als offene Gruppe konzipiert, in die zu jedem Zeitpunkt neue Patienten aufgenommen werden können.

BOMeN – Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation

Neben einer strukturierten Organisation des Rehabilitationsablaufes mit individuellen, aber auch standardisierten Behandlungseinheiten und einer stärker auf berufliche Belange ausgerichteten Diagnostik einschließlich der interdisziplinären Erhebung eines berufsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils beinhaltet die BOMeN-Intervention als Kernstück eine intensive Patientenschulung mit einer Kombination aus psychoedukativen Elementen und Funktionstraining (s. Tab. 2).

In den jeweils dreistündigen Schulungseinheiten werden einerseits Themen wie Stressbewältigung, Arbeitsmotivation sowie persönliche Perspektiven und sozialrechtliche Möglichkeiten behandelt. Andererseits werden Wahrnehmungsexperimente zu Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Planungsfunktionen durchgeführt, und die Betroffenen bearbeiten – in Abhängigkeit vom beruflichen Anforderungsprofil – unterschiedlich schwierige handwerkliche und/oder verwaltungstechnische Aufgaben, um verbliebene Fähigkeiten, aber auch

Behandlungsraaster	– Verordnung von individuellen Therapieeinheiten – Verordnung von Standardeinheiten – Durchführung von Ein- und Ausgangsuntersuchungen zur Darstellung von Verläufen		
Assessment	– Auswahl stärker berufsbezogener Verfahren – Erstellung eines Anforderungs- und Fähigkeitsprofils (orientiert an MELBA [23]) – intensivere interdisziplinäre Begutachtung		
Patientenschulung	3x pro Woche – 3 Stunden – 3 Wochen – für alle Patienten		
	Psychoedukation	kognitive Therapie/ neuropsycholog. Therapie	handlungsbezogene Therapie/ Ergotherapie
	Stressbewältigung	Aufmerksamkeit	Funktionstraining – Feinmotorik
	Arbeitsmotivation	Gedächtnis	– komplexe Bewegungsmuster
	Perspektiven & sozialrechtliche Möglichkeiten	Planung & Organisation	– Handlungsplanung

Tab. 2: Kernelemente des BOMeN-Ansatzes

Belastungen bewusst zu erfahren. Die Aufgabenanforderungen beinhalten hierbei – in Anlehnung an die Neurologische Berufstherapie von Claros-Salinas [6] – neben bürotypischen PC-Aufgaben und z. B. dem Arbeiten mit Holz oder Papier – den Umgang mit Texten, Zahlen und planerischen resp. organisatorischen Anforderungen. Zur Anbahnung einer aktiven Auseinandersetzung mit den vermittelten Schulungsinhalten und den während der praktischen Elemente gemachten Erfahrungen werden die Betroffenen während der unterschiedlichen Schulungseinheiten mehrfach aufgefordert, das Gehörte und Erlebte auf ihren individuellen Alltag zu beziehen und ihre Leistungsfähigkeit bzw. ihre individuelle Situation selbst einzuschätzen. Entsprechende Arbeitsunterlagen helfen, die eigenen Gedanken zu strukturieren und

schriftlich festzuhalten sowie die Schulungsinhalte und Notizen nachlesen zu können.

Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der abgeschlossenen RCT-Begleitstudie [27, 28] geht hervor, dass das BOMeN-Konzept sowohl für die »harten« Outcome-Parameter zur beruflichen Wiedereingliederung (u. a. Reintegrationsrate, erfolgreiche Wiedereingliederung im ersten Versuch, Reintegrationsintervall und Arbeitsunfähigkeitstage nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit) als auch für das »weiche« Kriterium (Bewertung der Behandlung durch die Rehabilitanden) günstigere Werte erreicht. Abbildung 1 stellt die zentralen Ergebnisse der Studie

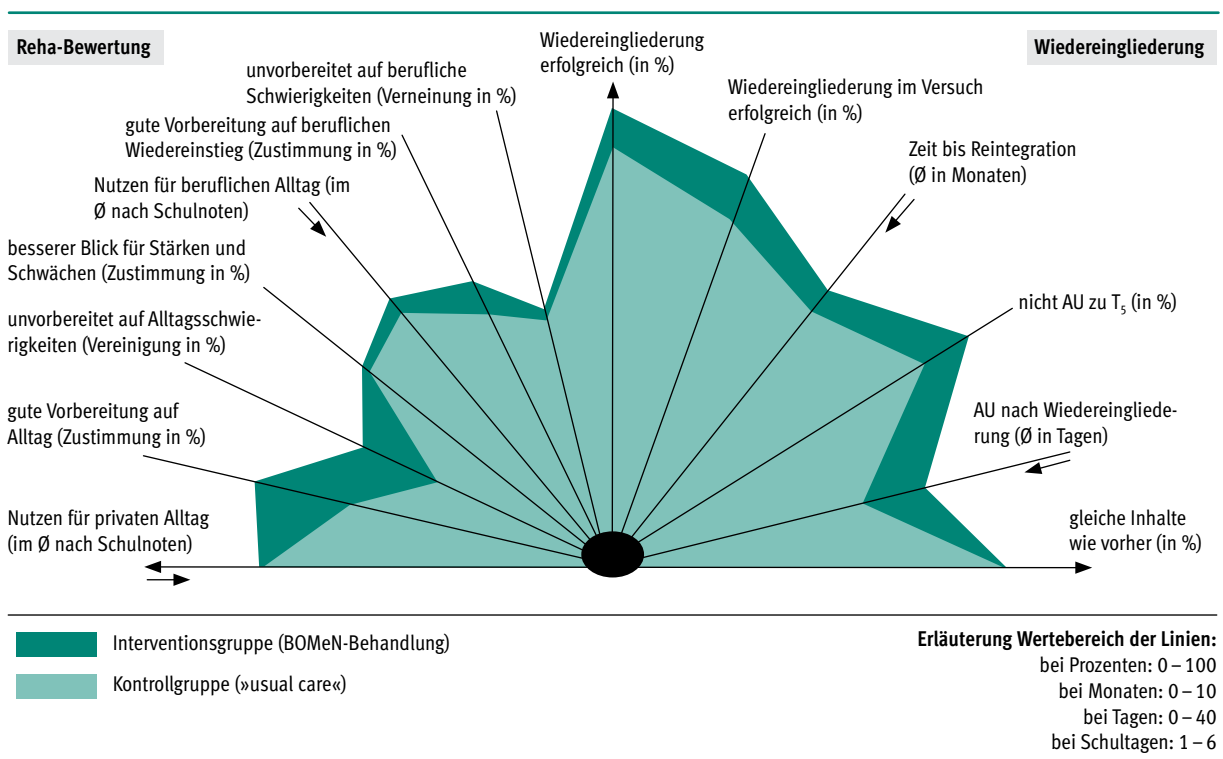


Abb. 1: Überblick über die zentralen Ergebnisse der BOMeN-Studie

überblicksartig dar: Die auf den Linien abgetragenen Werte der einzelnen Items entsprechen jeweils einem günstigeren Ergebnis, je weiter sie nach außen abgetragen sind. Dadurch wird unmittelbar erkennbar, dass sich für die im Vordergrund dargestellte Kontrollgruppe jeweils schlechtere Werte berichten lassen.

Zwar sind die Unterschiede nur gering und lassen in der Mehrzahl die statistische Signifikanz vermissen, jedoch wird der ausschließliche Blick auf diese rechnerische Größe der Datenlage nicht gerecht. Denn es darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass zum einen zwei Gruppen von leichter betroffenen Patienten mit dadurch jeweils guten Voraussetzungen für eine berufliche Wiedereingliederung verglichen wurden und zum anderen zwei Interventionen einander gegenübergestellt wurden, die sich nicht zeitlich, sondern lediglich inhaltlich unterschieden und von denen auch die zu übertreffende »usual care« bereits eine hohe Qualität aufweist. Da vor diesem Hintergrund keine deutlichen Effekte zu erwarten sind [10], dürfen die Ergebnisse, die in den zentralen Parametern ausnahmslos erwartungskonforme günstigere Absolutwerte für die BOMeN-Intervention erkennen lassen, insofern interpretiert werden, als sie eine klare und wichtige Tendenz verdeutlichen.

Zwischenfazit

Die positiven Ergebnisse der BOMeN-Studie gaben Anlass zu der Feststellung, dass mit der Kombination aus edukativen, reflexiven und praktischen Elementen der richtige Weg beschritten wurde und dass sowohl dem strategischen Wunsch der Kostenträger als auch dem Bedürfnis der Betroffenen nach einer engeren Verzahnung von

medizinischer und beruflicher Rehabilitation wenn auch nicht umfassend, so aber doch erkennbar Rechnung getragen werden konnte.

So wurde im Zuge der Nachbefragung u. a. erkennbar, dass bei neurologischen Patienten die Motivation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz auch nach dem Krankheitsereignis sehr hoch ist. Ein weiteres zentrales Ergebnis war, dass immer noch etwa ein Viertel der nach dem beruflich orientierten Konzept behandelten Patienten zu dem Schluss kam, dass die Rehabilitation noch zu wenig auf berufliche Belange ausgerichtet war [27, 28, 29].

Vor diesem Hintergrund wurde das BOMeN-Konzept inhaltlich auf den Prüfstand gestellt und versucht, die Stärken des Ansatzes beizubehalten und die Schwächen als Chance für eine Weiterentwicklung zu nutzen.

BoReM-N – Beruflich orientiertes Reha-Modul – Neurologie

Der Veränderungsprozess mündete in das Beruflich orientierte Reha-Modul (BoReM), das zunächst wieder für neurologisch Betroffene (-N) entwickelt wurde und derzeit im Rahmen einer randomisierten Kontrollstudie evaluiert wird. Für diesen zweiten Behandlungsansatz wurde der in der ICF geforderte Perspektivenwechsel von den Funktionsdefiziten hin zur eingeschränkten Teilhabe am Alltagsleben durch die Erweiterung der praktischen beruflich orientierten Behandlung noch stärker berücksichtigt. Die Kernelemente des BoReM-Konzeptes (s. Tab. 3) fußen auf den Erfahrungen und Zielen des BOMeN-Ansatzes, berücksichtigen jedoch deutlich stärker die praktischen Behandlungsanteile durch den Einsatz sogenannter Aktivitäten-Module, in denen die motorischen, kognitiven und sprachlichen Leistungen im

Behandlungsraster	<ul style="list-style-type: none"> – Verordnung von individuellen Therapieeinheiten – Verordnung von Standardeinheiten – Durchführung von Ein- und Ausgangsuntersuchungen zur Darstellung von Verläufen 	
Patientenschulung	2x pro Woche – 2 Stunden – 3 Wochen – nach Bedarf	
	Psychoedukation	Funktionsschulung
	Stressbewältigung	kognitive Funktionen
	Zielsetzung	motorische Funktionen
	sozialrechtliche Möglichkeiten	sprachliche Funktionen
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> – Feststellung berufsrelevanter Stärken und Schwächen im Rahmen dreistündiger Arbeitssimulationen – anhand eines ICF-gestützten Beobachtungsbogens – unter interdisziplinärer Beteiligung 	
	<i>individuell</i>	Auswahl von am individuellen beruflichen Anforderungsprofil orientierten Diagnose- und Therapieaufgaben
	<i>praktisch</i>	Einsatz berufsnaher praktischer Aufgaben/Konfrontation mit berufsnahe Anforderungen
	<i>standardisiert</i>	Einsatz standardisierter Arbeitsaufträge für die berufsbezogene Diagnostik
	<i>komplex</i>	Beobachtung motorischer, kognitiver und sprachlicher Leistungen im Rahmen komplexer berufsnahe Arbeitsaufträge und daher im Zusammenspiel

Tab. 3: Kernelemente des BoReM-Ansatzes

Zusammenspiel gefordert und mittels berufsbezogener Aufgaben untersucht und behandelt werden. Im Gegenzug wurden die Schulungsinhalte verschlankt und werden nicht mehr für alle Patienten vorgehalten, sondern nach Bedarf verordnet.

Für den diagnostischen Fokus werden zu den berufs-spezifischen Aktivitäten-Modulen für diverse Büro-, Handwerker- und Dienstleistungsberufe (u. a. Sekretär/in, Bürokaufmann/-frau, Verwaltungsangestellte/r, Maler/in, Tischler/in, Elektroniker/in, KFZ-Mechaniker/in, Friseur/in, Krankenpfleger/in) unterschiedlich schwierige und verschieden umfangreiche Arbeitsaufträge bereitgestellt. Dabei werden die Patienten je nach beruflichem Anforderungsprofil z. B. aufgefordert, Lasten zu transportieren und zu sortieren, Überkopf- oder Feinmotorikarbeiten zu erledigen, die Organisation eines betrieblichen Seminars oder eine Finanzprüfung zu übernehmen und E-Mails, Briefe und Anrufe zu beantworten, eine Pflegepuppe im Hinblick auf Körperpflege und Medikation zu versorgen, Bestellungen aufzugeben und Kunden über Lieferverzögerungen oder Terminüberschneidungen zu informieren. Die Erfassung der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit erfolgt anhand eines an den Kriterien der ICF orientierten, speziell entwickelten Beobachtungs- und Gesprächsprotokollbogens.

Für den Einsatz der Aktivitäten-Module im Rahmen der Therapie werden aus Patienten- und/oder Therapeutesicht relevante Anteile des Arbeitsauftrags wiederholt oder andere berufsbezogene Fähig- und Fertigkeiten unter Verwendung der Materialien trainiert.

Für Patienten aus Berufen, für die (noch) kein spezifisches Aktivitäten-Modul entwickelt wurde, steht ein berufsübergreifendes Erwerbsfähigkeits-Modul (EfM) zum einen für körperliche, zum anderen für kognitiv-sprachliche Tätigkeiten zur Verfügung, bei denen sich die Anforderungen an sozialmedizinischen Kriterien zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben orientieren.

Begleitend nehmen die Patienten ein- oder zweimal pro Woche an einer zweistündigen Patientenschulung teil. Darin werden zum einen berufsbezogene störungsspezifische Inhalte vermittelt; zum anderen wird der Fokus nicht mehr auf die kognitiven Funktionen gelegt, sondern durch sowohl kognitive als auch körperliche und sprachliche Inhalte und Übungen wird die Erfahrung in den Aktivitäten-Modulen aufgegriffen, die Reflexion der eigenen Leistungen gefördert und durch den Austausch mit und unter den Betroffenen die Auseinandersetzung mit den individuellen Stärken und Schwächen forciert.

Schlussbetrachtung

Dass den kognitiven und auch sprachlichen Schwierigkeiten in der Anfangszeit seitens der Patienten häufig zu wenig Beachtung geschenkt wird, gerade die kognitiven Beeinträchtigungen im Rahmen der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung eine besondere Rolle spielen und die Rückkehr in den Beruf für fast alle Patienten das

vorrangige Reha-Ziel ist, muss zu der Ansicht führen, dass eine Sensibilisierung für verbliebene erwerbsrelevante Stärken und erworbene Schwächen bereits frühzeitig im Behandlungsverlauf erfolgen sollte. Das Ziel muss dabei sein, die Betroffenen davor zu schützen, mit falschen Erwartungen in den Alltag zurückzukehren und erst dort – im ungeschützten Rahmen – die Erfahrung zu machen, die gewohnten Aktivitäten nicht mehr bewältigen zu können. Während die berufliche Rehabilitation erst später ansetzt, kann die beruflich orientierte medizinische Rehabilitation schon zu einem früheren Zeitpunkt die Auseinandersetzung anstoßen. Beruflich orientierte Behandlungskonzepte können somit sekundärpräventiv greifen und im Sinne einer Vorfeldmaßnahme einen wichtigen Beitrag für eine nachhaltige berufliche Reintegration und Teilhabe leisten.

Für künftige Entwicklungen auch auf dem Gebiet der beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation »liegt im Hinblick auf den weiter wachsenden Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen die Herausforderung derzeit darin, wie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts begrenzter gesellschaftlicher Ressourcen zukünftig gewährleistet werden können« ([1], S. 11f.).

Literatur

1. Augurzky B, Reichert AR, Scheuer M. Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. In: Rhein-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg). RWI-Materialien, Heft 66, Essen 2011.
2. Baumeister H. Problembewältigung am Arbeitsplatz – ein gruppenpsychotherapeutisches Programm zur Behandlung von zeitüberdauernden Belastungen im Alltag. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse. Pabst, Lengerich 2006, 172-180.
3. BAR (Hrsg). ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main 2008.
4. Bethge M. Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation: Ein Discrete Choice Experiment. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). DRV-Schriften 2009; 83: 80-81.
5. Bürger W. Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse. Pabst, Lengerich 2006, 47-55.
6. Claros-Salinas D. Neurologische Berufstherapie – Evaluation kognitiver Leistungsdaten und beruflicher Wiedereingliederungsverläufe bei neurologischen Patienten [Dissertation]. Universität Konstanz 2004.
7. DRV (Hrsg). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – Somatische Indikationen. 2. Aufl., Deutsche Rentenversicherung 2010.
8. DRV (Hrsg). Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche

- Rentenversicherung 2011. URL: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/2454>.
9. Egner U, Schliehe F, Streibelt M. MBOR – Ein Prozessmodell in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2011; 50: 143-144.
 10. Faller H, Haaf HG, Kohlmann T, Löschmann Ch, Maurischat C, Petermann F, Schulz H, Zwingmann Ch. Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). *DRV-Schriften* 1999; 16: 9-52.
 11. Fiedler RG, Hanna R, Dietrich H, Greitemann B, Heuft G. Zielanalyse und Zieloperationalisierung: ZAZO. Evaluation eines Gruppentrainings für Rehabilitanden zur Förderung beruflicher Motivation. Vortrag im Rahmen des 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung, Bremen 2008.
 12. Fischer S, Scholler I, Bank, Post, Metzgerei. Erinnern, Planen, Organisieren im Alltag – Umgang mit kognitiven Störungen. In: Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg). *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Thieme, Stuttgart 2007, 99-114.
 13. Fries W. Rehabilitation zur Teilhabe: Eine Standortbestimmung. In: Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg). *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Thieme, Stuttgart 2007, 1-5.
 14. Gerwin H. Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. In: BAR (Hrsg). *Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven*. BAR, Frankfurt/Main 2000, 51-58.
 15. Göttert R, Schneider U, Goldenberg G. Überforderung in Alltagssituationen bei minimalen Funktionsdefiziten. In: Goldenberg G, Pössl J, Ziegler W (Hrsg). *Neuropsychologie im Alltag*. Thieme, Stuttgart 2002, 131-148.
 16. Hillert A, Koch S, Luckmann J, Zwerenz R, Beutel ME. Entwicklung und Evaluation eines indikationsübergreifenden Schulungsmoduls zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation mit niederschwelligem Zugang. Unveröffentlichter Abschlussbericht des Projektes im Förderschwerpunkt »Rehabilitationswissenschaften« der Deutschen Rentenversicherung und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) 2008.
 17. Isernhagen SJ. Functional Capacity Evaluation. In: Isernhagen SJ (Hrsg). *Work Injury: Management and prevention*. Aspen Publishers, Gaithersburg 1988, 139-174.
 18. Kaiser U. Berufsbezogene Erwartungen an eine pneumologische Rehabilitationsmaßnahme. Vortrag im Rahmen des 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung, Leipzig 2010. URL: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortal-Web/ressource?key=Kaiser-S2-Di-1620-03.pdf>.
 19. Kaiser H, Kersting M, Schian HM. Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. *Die Rehabilitation* 2000; 39: 175-184.
 20. Karbe H, Küst J. Behinderung und Arbeit – ein zentrales Aufgabenfeld der Rehabilitation. In: Müller-Farnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 126-128.
 21. Karoff M, Kittel J. Ergebnisse aus Beobachtungsstudien und randomisierten Studien. In: Müller-Farnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 306-311.
 22. Kittel J, Karoff M. Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Die Rehabilitation* 2008; 47: 14-22.
 23. Kleffmann A, Weinmann S, Föhres F, Müller B, Melba – Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit. Forschungsprojekt Az. - Vb 1–58 330/53 – Teilprojekt Psychologie; gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 2. Aufl., Universität Siegen 1997.
 24. Küch D, Roßband H, Morfeld M. Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO – erste ausgewählte Ergebnisse. Vortrag im Rahmen des 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung, Münster 2009.
 25. Kulke H, Schupp W. Verzahnung neuropsychologischer Belastungsdiagnostik mit berufsbezogener Erprobung – ein Kooperationsmodell zwischen Rehabilitationsklinik und berufsfördernden Einrichtungen. In: Müller-Farnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 155-171.
 26. Leitner A, Jacobi E, Enderle G. Betriebsärztliche Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme und Begleitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). *DRV-Schriften* 2009; 83: 236-237.
 27. Menzel-Begemann A. BOMeN – Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation. Abschlussbericht einer randomisierten Studie. Unveröffentlichter Projektbericht, Bielefeld/Münster 2011.
 28. Menzel-Begemann A. BOMeN – Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation. Problemstellung – Intervention – Ergebnisse. Juventa, Weinheim in press.
 29. Menzel-Begemann A, Honemeyer S, Hemmersbach A. BOMeN – Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation. Vortrag im Rahmen des 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung, Leipzig 2010.
 30. Moore-Corner R, Kielhofner G, Olson L. The Work Environment Impact Scale (WEIS) (Version 2.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago 1998.
 31. Neuderth S, Vogel H. Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. BAR, Frankfurt/Main 2000.
 32. Pohl M, Hipler C, Presl A. Die berufliche Wiedereingliederung nach neurologischen Erkrankungen: Ergebnisse aus dem MBO®-Neurologie-Konzept. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). *DRV-Schriften* 2009; 83: 340-342.
 33. Poser U, Schönle PW, Schaller J. Berufliche Reintegration in der neurologischen Rehabilitation – Neurokognitive Faktoren und Prognose. Hippocampus, Bad Honnef 2001.
 34. Rentsch HP. Einfluss der ICF-Philosophie auf die Entwicklung der Neurorehabilitationsprogramme am Beispiel des zerebrovaskulären Insults. Unterkapitel: Berufliche Rehabilitation. In: Tesak J (Hrsg). *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Schulz-Kirchner, Idstein 2005, 90-100.
 35. Roth S, Ehlebracht-König I, Bönsch A, Hirschler G, Thiel A, Mau W. Therapieziel: Entwicklung beruflicher Perspektiven. In: Müller-Farnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 312-322.
 36. Schupp W. Medizinisch-berufliche Orientierung in der neurologischen Rehabilitation. In: Müller-Farnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 386-388.
 37. Schupp W, Kulke H. Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen – Neurologie. In: Hillert A, Müller-Farnow W, Radoschewski FM (Hrsg). *Medizinisch-beruflich orientierte*

- tierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009, 301-315.
38. Streibelt M. Aktivität und Teilhabe. Ein Beitrag zur Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Pabst, Lengerich 2007.
 39. Streibelt M. Effektivität und Effizienz berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Vortrag im Rahmen des Werkstattgesprächs der Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover 2008. URL: http://www.mh-hannover.de/fileadmin/kliniken/rehabilitation/KoReFo/Aktuelles/-Vortraege_Werkstattgesprach/33_Vortrag_Streibelt_Hannover_2008.pdf.
 40. Streibelt M, Hansmeier T, Müller-Fahnow W. Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation* 2006; 45 (3): 161-171.
 41. Streibelt M, Buschmann-Steinhage R. Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation* 2011; 50: 160-167.
 42. Trowitzsch L, Schiller W, Lindner S, Thiele DA. »Who returns to work?« 2-Jahresergebnisse nach berufsorientierenden Maßnahmen im BFW Goslar (1998–2001) – Neue Konzeption von MBOR in den drei Paracelsus-Kliniken Bad Gandersheim. In: Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 428-436.
 43. von Manteuffel L. *Medizinische Rehabilitation: Berufliche Teilhabe als Leitziel*. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (4). URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=80534>.
 44. Wendel C. *Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung* [Dissertation]. Universität Bremen 2002.
 45. Wohlfarth R, Knisatschek H. Re-Integrations-Management: Mehr als medizinisch-berufliche Orientierung. In: Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation – Assessments, Interventionen, Ergebnisse*. Pabst, Lengerich 2006, 143-154.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Anke Menzel-Begemann
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld
E-Mail: anke.menzel-begemann@uni-bielefeld.de