

Ambulante/mobile berufliche Wiedereingliederung in der Neurologie: Ein Beitrag zur Gestaltung der Neurologischen Rehapphase E

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

© Hippocampus Verlag 2012

G. Risse, B. Boerkel, P. Reuther

Zusammenfassung

In der neurologischen Rehabilitation stellt sich bei vielen Patienten die Aufgabe, neben der Funktionserholung und der Anpassung an ggfs. bleibende Funktionsbeeinträchtigungen eine Wiedereingliederung in das Leben in der Gesellschaft und hier speziell in die Berufs- und Arbeitswelt zu erarbeiten. Dabei geht es nicht nur um die wirtschaftliche Sicherheit und Entlastung der sozialen Sicherungssysteme, sondern auch um die Rückgewinnung von Selbstwert und Lebensqualität. Bisher erfolgte die konkrete Umsetzung dieses wichtigen Rehabilitationsprozesses oft (zu) spät oder unsystematisch oder ohne ausreichende fachliche Unterstützung. Die vorliegende Arbeit beschreibt die Konzeption und Vorgehensweise eines ambulanten neurologischen Rehabilitationszentrums in einem eher kleinstädtisch-ländlichen Einzugsgebiet, das systematisch – unter Ausnutzung und Vernetzung der regional verfügbaren Ressourcen – neben der medizinischen Neurorehabilitation möglichst zügig und nahtlos die Aufgaben der sozialen, speziell der beruflichen Reintegration des Rehabilitanden in den vorhandenen, ggfs. angepassten oder einen neuen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen oder dem sogenannten zweiten Arbeitsmarkt sucht.

Der Beitrag weist auf die besonderen Problemlagen vieler neurologischer Patienten beim Rückkehr in die Arbeitswelt hin. Darüber hinaus werden die Gesamtergebnisse aus einer zehnjährigen Behandlungsperiode mit 156 Patienten (return to work = 86% der »intended to treat«-Fälle) dargestellt. In einer Detailanalyse der Behandlungsjahrgänge 2007 – 2009 (55 Patienten) werden fünf unterschiedliche Aufgabenstellungen der arbeitsraumorientierten beruflichen Reintegration herausgearbeitet und entsprechende Patientenkollektive und der jeweilige Ressourceneinsatz dargestellt.

Die Arbeit gibt praktische Anregungen zur Weiterentwicklung der sozialräumlichen Neurorehabilitation auch im Sinne von Effizienz und Nachhaltigkeit und bezieht sich ausdrücklich auf den laufenden Prozess der Gestaltung der neurologischen Rehapphase E in der Systematik der BAR.

Schlüsselwörter: Medizinisch-berufliche Neurorehabilitation, berufliche Wiedereingliederung, ambulante Phase-II-Versorgung in der Neurorehabilitation, Neuroreha-Phase E nach BAR/VdR, ambulante neurologische Therapie/Rehabilitation

*Neurologische Therapie Rhein Ahr
Zentrum für Rehabilitation,
Eingliederung und Nachsorge, Bad
Neuenahr-Ahrweiler*

Einleitung

Die Rückkehr ins Arbeitsleben und die Wiedererlangung von beruflicher Teilhabe nach einer erworbenen ZNS-Schädigung und neurologischen Erkrankung sind für viele Betroffene vorrangige Ziele der Rehabilitation. Dabei geht es nicht nur um die wirtschaftliche Sicherheit des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes, sondern auch um die Rückgewinnung von Selbstwert durch die Rückkehr in den Arbeitsprozess und in die arbeitende Produktivität. Der drohende Verlust von Arbeit und Beruf und von selbsterwirtschaftetem Lebensunterhalt wird neben den medizinischen Gesundheitsfolgen von vielen

Betroffenen als bedrohlich und kränkend erlebt. Zudem müssen viele Betroffene erkennen, dass die Ersatzleistungen der sozialen Sicherungssysteme vor allem in jüngeren Jahren mit Verlusten an sozialem Status und Lebensqualität einhergehen. Auch die Gesellschaft hat ein Interesse daran, bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit möglichst weitgehend wiederherzustellen, berufliche Teilhabe wieder zu erarbeiten und den langfristigen Einsatz sozialer Transferleistungen so gering wie möglich zu halten. Die demographische Entwicklung der Arbeitsbevölkerung und die UN-Behindertenrechtskonvention verleihen der Problematik eine neue Dynamik.

Vocational rehabilitation and return to work place in neurology: a concept with interventions at work place

G. Risse, B. Boerker, P. Reuther

Abstract

In the process of neurological rehabilitation many patients are challenged by the reintegration into their social life, especially the work environment, in addition to their relearning of functions and their adaptation to potentially remaining disabilities. This challenge of the postacute neurorehabilitation does not only apply to younger patients but increasingly also to patients who are in their 50s or older. Creating economic safety of the patient and the relief of the social support systems is not the only goal but also the regain of individual self-worth and life quality. In the past these important social goals were only addressed late, in many cases after disadvantages or secondary developments occurred.

We describe the approach of an ambulant neurological rehabilitation center, located in a small-town rural area with 300.000 inhabitants. The successful model ensures that along with the neurorehabilitation an ideally seamless reintegration of the patient into the workforce is guaranteed by making use of regional resources. The work place might be the modified former one or a new work place either from the regular job market or the so-called secondary job market.

This paper points to the specific problems of neurological patients to return into the workforce. After a description of a case study we summarize the results of a 10-year treatment period with 156 patients (return to work = 86 % of the intended to treat cases). Finally, a detailed analysis of the treatment years 2009 – 2011 (56 patients) is described. We focus on five different fields of intervention of the workplace-near vocational reintegration as well as a needs analysis.

The work shows practical implications for further development of socially-focused neurorehabilitation that is targeted towards an increase in efficiency and sustainability and aims explicitly at the continuous process of developing and improving the neurological rehabilitation phase E using the BAR systematic in Germany.

Key words: Medical and vocational neurorehabilitation, “in vivo” entrance to the work place, outpatient phase II care in Germany, Neuro-Reha-Phase E after BAR/VdR in Germany

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

© Hippocampus Verlag 2012

Rehabilitation verfolgt somit immer medizinische und soziale Aspekte im Interesse des betroffenen Individuums und der Gesellschaft. Bei Menschen mit erworbener ZNS-Schädigung und mit neurologischer Erkrankung gilt es störungsspezifische Besonderheiten zu beachten, die aus der Komplexität der Schädigungen des zentralen Nervensystems – Gehirn und Rückenmark – und dessen zentraler Rolle in der biopsychosozialen Wahrnehmung und Regulation erwachsen.

Neurorehabilitation, insbesondere im Teilbereich der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) und der beruflichen Wiedereingliederung (sbWE), unterscheidet sich dabei erheblich von Rehabilitation bei anderen Erkrankungsgruppen wie z.B. bei muskuloskeletalen, kardialen, onkologischen oder psychosomatischen Indikationen.

Die Situation der ZNS-Schädigung oder der neurologischen Erkrankung darf dabei in fast jedem Fall als eine »besondere Problemlage« für die berufliche Teilhabesituation angesehen werden. Obwohl die Kostenträger (GRV und GKV) darum wissen, gibt es bisher nur Einzelfalllösungen oder vereinzelte Modelle in Richtung

einer durchgängigen medizinisch-beruflich-orientierten Neurorehabilitation »MBOR« [4, 20, 21].

Grund für die *besondere gesundheitliche Problemlage* sind zum einen die *Komplexität der ZNS-Schädigung* selbst, die dadurch bedingte *Individualität der Beeinträchtigungen* von körperlichen und sinnesbezogenen und neuropsychologischen (neurokognitiven und organisch-psychischen) Leistungsbereichen und die meist deutlich *längere Dauer des Heil- und Rehabilitationsverfahrens* mit sehr wechselnden interventionellen und auch wiederholenden (iterativen) Anforderungen im Verlauf. Dabei treten gerade die neuropsychologischen Probleme im Verlauf der Rehabilitation immer mehr in den Vordergrund, werden dabei oft aber nicht ausreichend erkannt, fehlgedeutet und nicht ausreichend behandelt [2].

Zudem ist selbst dann, wenn die beeinträchtigten Fähigkeiten sich in der Akutbehandlung oder im medizinischen Rehabilitationsverfahren wieder erholt oder gebessert haben, keineswegs sichergestellt, dass diese dann den *Anforderungen am realen Arbeitsplatz* auch tatsächlich und ausreichend lange genügen. Eine besondere Eigenart der erworbenen Hirnschädigung oder der neurologischen Erkrankung sind die Probleme einer *lang anhaltenden, aber beeinflussbaren psychophysischen Minderbelastbarkeit*, die oft übersehen oder fehlgedeutet werden: Diese Problematik bedingt auch lange nach einer Hirnschädigung, gelegentlich dauerhaft, gelegentlich im Langzeitverlauf wieder zunehmend, eine »tückische und nicht sichtbare« Begrenzung der beruflichen und sozialen Belastbarkeit. Sie ist oft Grund für Überforderung, Fehlanpassung und Scheitern der beruflichen Integration [2, 9, 14, 24]. Gegen Ende der ersten neurologischen Rehabilitationsphase gelten ca. 50 – 70 % der Patienten noch als arbeitsunfähig und sind nicht unmittelbar beruflich integrierbar. Zu diesem Zeitpunkt fehlen meist auch noch gesicherte Erkenntnisse über den weiteren Verlauf und die individuelle Prognose: Der Betroffene selbst, aber meist auch der behandelnde Arzt, Psychologe oder Therapeut können das prognostische Ergebnis für die reale berufliche Situation und Eingliederung nur bedingt vorhersehen. Die sozialmedizinische Beurteilung am Ende der medizinischen Rehabilitation beruht also oft auf einer Mutmaßung, die sich erst im Rahmen einer entsprechenden praktischen Erprobung »in vivo«, also im wirklichen Arbeitsleben, bestätigt oder auch nicht.

Kernthese zur Erarbeitung der beruflichen Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung:

Die störungsspezifische Eigenart einer erworbenen Hirnschädigung und neurologischen Erkrankung, vor allem das Problem der unterschwelligen neurokognitiven und organisch-psychischen Störungen (»Pseudoneurasthenie«), lassen eine valide Aussage zur Belastungs- und Arbeitsfähigkeit und zu Anpassungsmöglichkeiten erst nach einer entsprechenden praktischen Erprobung (und ggf. rehabilitativen Behandlung und Begleitung) im konkreten individuellen Arbeitsprozess zu.

Die störungsspezifische Besonderheit der erworbenen ZNS-Schädigung

Neben den besonderen Syndromkonstellationen der Menschen mit Rückenmarkschädigung stellen bei Menschen mit erworbener Gehirnschädigung und chronischer neurologischer Erkrankung vor allem die neuropsychologischen – neurokognitiven und organisch-psychischen – Symptome eine besondere Herausforderung für die berufliche Rehabilitation und Reintegration dar. Auch wenn viele dieser Phänomene neuropsychologisch messbar sind, zeigen sich die meisten erst in der sozialen Belastungssituation.

In der deutschsprachigen Literatur haben Scheid und von Cramon die chronischen Folgen einer traumatischen Hirnschädigung erst kürzlich beschrieben [26]. Komplexe neurokognitive und organisch-psychische Phänomene gibt es auch bei zahlreichen Patienten mit zerebrovaskulären (40–91%) und entzündlichen Erkrankungen (=MCD, mild cognitive dysfunction, VCI, vascular cognitive impairment) [16]. Im Kompetenznetz Schlaganfall wird aktuell diskutiert, dass diese Problematik vielfach übersehen wird und dennoch diagnostisch und rehabilitativ relevant ist [17]. In der ambulanten sozialräumigen Phase der Integration, im Lebens- und Arbeitsalltag, kommt es oft zu Überforderungsproblemen:

Charakteristisch ist im Längsschnitt die dynamische Variabilität der neurokognitiven und organisch-psychischen und behavioralen Phänomene. Typisch ist auch die Interaktion mit prämorbidem Verhaltens- und Anpassungsmustern, und es besteht ein Zusammenhang mit psychischen und somatischen Reaktionen und Komorbidität. Bedeutsam ist auch der psychosoziale (teilhaberelevante) Kontext, in dem diese Probleme wirksam werden.

Problematisch ist, dass dies selbst bei Professionellen oft nicht bekannt ist und diagnostisch übersehen wird. Schlimmer für den Betroffenen sind aber die »neurotisierende« Fehldeutung, die falsche sozialmedizinische Bewertung und vor allem die Verweigerung von notwendigen therapeutischen und rehabilitativen medizinischen Leistungen zur Überwindung des Problems.

In der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass die Strategien »Beobachten, Abwarten und Ruhe gewähren« eher sekundär schädlich sind und sogar als Hemmnis für die soziale Integration gewertet werden müssen. Aktive rehabilitative Bearbeitung ist erforderlich.

Die psychophysische Minderbelastbarkeit und die vom Betroffenen unerwartete Erschöpfbarkeit treten fast regelhaft nach einer Hirnschädigung und im Rahmen chronischer Hirnerkrankungen in wechselhafter Ausprägung und Intensität auf und sind oft Ursache für Probleme in der Eingliederung.

Sie gehen einher mit komplexen psychosomatischen Erschöpfungssymptomen und Verlangsamung, mit dem Einbruch der neurokognitiven Fähigkeiten vor allem aus dem Bereich der Aufmerksamkeitsleistungen und exekutiven Fähigkeiten, mit emotionalen Stresssymptomen, mit dem Versagen von Kompensationsmechanismen für

Die Phänomenologie des hirnorganischen Psychosyndroms als organisch begründete Psychose wird im triadischen Ordnungssystem der Psychiatrie – leider weniger in Lehrbüchern der Neurologie – beschrieben. Gross und Huber (1993) differenzieren klassisch die Prägnanztypen der körperlich begründbaren Psychosen als »chronische pseudoneurasthenisches Syndrom« mit reizbarer Schwäche, mit Veränderung der affektiven Reaktivität (u. a. gesteigerte Erregbarkeit) und Asthenie (u. a. Konzentrationsschwäche, abnorme Ermüdbarkeit) und als »organische Persönlichkeitsveränderung« mit Zuspitzung, Abschwächung differenzierter Züge, Veränderungen von Grundstimmung und Antrieb, Verlangsamung, Haften (zitiert nach [19]). Helmchen weist im Zusammenhang mit organischer Hirnschädigung auch auf sogenannte »unterschwellige psychische Störungen unterhalb operationalisierter ICD-Diagnosen« hin [18]. Die psychosomatische Rehabilitation kennt die *mild cerebral dysfunction* (MCD) des Erwachsenen [7]. Die Fatigue-Forschung bei neurologischen Erkrankungen mündet in eine ähnliche Richtung.

Die Standardwerke der Neurologie und Neurorehabilitation beschäftigen sich nicht mit der Behandlung des *organischen Psychosyndroms*, des *pseudoneurasthenischen Syndroms* und der *psychophysischen Minderbelastbarkeit* des Menschen mit erworbener Hirnschädigung. In der Literatur zur neuropsychologisch und holistischen und teilhabeorientierten Rehabilitation wird das Problem aber aufgegriffen und mit therapeutischen Empfehlungen beschrieben [9, 11, 14, 24].

vorher kompensierte Funktionen sowie mit Verhaltensauffälligkeiten (affektive Symptome, psychomotorische Agitiertheit), mit Störung der Verhaltensregulation und Impulskontrolle und mit Müdigkeit, Kopfschmerz sowie anderen somatischen Störungen [15]. Charakteristisch ist das Auftreten im längeren Ablauf einer an sich schon wieder bewältigbaren Aufgabe oder im Verlauf der zeitlichen und inhaltlichen Zunahme von Anforderungen. Die Phänomene betreffen alle durch die ZNS-Schädigung betroffenen Leistungsbereiche und sind sowohl in der Aktivierung von ATs, von Aufgaben der Haushalts- und Lebensführung und auch in der Anpassung und der sozialen Teilhabe feststellbar. In der sozialräumigen Neurorehabilitation und in der sozialen Reintegration stellen sie nach unserer Erfahrung eine zentrale Aufgabe dar. Das Problem der Minderbelastbarkeit muss dem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld bekannt sein und bekannt gemacht werden (Eduktion). Wesentliche therapeutische Interaktionen sind das Wahrnehmen der Störung, das Beachten von Grenzen und ein leistungsgerechtes Belastungs- und Pausenmanagement, welches repetitiv und im Alltag inklusive eines ggf. therapeutisch begleiteten Überlastens und Scheiterns geübt werden sollte. Der Betroffene selbst und sein soziales Umfeld in Familie und Arbeitswelt verkennen die organisch begründeten Pseudoneurasthenie im Spiegel einer »historischen« Erinnerung an ungetrübte gute und hohe Leistungsfähigkeit und im Blick auf eine vordergründig schon erfolgreiche und ersehnte gesundheitliche Erholung.

Das Konzept der ambulanten und mobilen medizinisch-beruflichen Neurorehabilitation

Ambulante und mobile neurologische Rehabilitationskonzepte können – und das ist deren Alleinstellungsmerkmal und Standortvorteil – im Lebens- und Arbeitsumfeld

des Betroffenen wirksam werden. Dies eröffnet die Möglichkeit, den Patienten mit erworbener Hirnschädigung ambulant und ggf. auch mobil aufsuchend nicht nur auf die Anforderungen im häuslichen Alltag, sondern auch auf die im alten oder neuen Arbeitsleben vorzubereiten und den Betroffenen im Eingliederungsprozess therapeutisch und supervidierend zu begleiten.

Die Sozialräumigkeit und die regionale Verfügbarkeit eines neurologischen (multiprofessionellen) Reha-Teams vor Ort erlauben besondere Einblicke und ein konkretes Einwirken in das individuelle Arbeitsleben des Betroffenen. Sie ermöglichen den Kontakt zum Arbeitgeber, zum Arbeitsmediziner im Betrieb und zu den Kollegen am Arbeitsplatz, also zu den wichtigen Partnern eines betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements.

Als Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Ausgestaltung der neurologischen Rehapphase E nach dem Phasenmodell der VDR/BAR [30] wird im Folgenden über die berufsbezogene Arbeit des *Zentrums für ambulante neurologische Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge in Ahrweiler* berichtet. Das ambulante Therapiezentrum deckt mit seinen Versorgungsverträgen die neurologischen Rehabilitationsphasen C, D und E nach dem Phasenmodell der Neurorehabilitation der BAR ab [30].

Die Einrichtung liegt in einem Mittelzentrum mit teils kleinstädtischem und teils dörflich-ländlichem Umfeld, mit relativ schwacher beruflicher Infrastruktur, relativ langen Anfahrtswegen und mit nur begrenzter ÖPNV-Struktur und erreicht etwa 300.000 Einwohner. Das Zentrum ist regional gut vernetzt. Für die Finanzierung der ambulanten Therapieleistungen des Zentrums in Ahrweiler ist mit den gesetzlichen Krankenkassen eine modulare Tagessatzvergütung verabredet, die die komplexen Leistungen für die Phase C, D, E1 und E2 sowie für die mobile Reha und andere Leistungen vertraglich definiert.

Der im Folgenden beschriebene berufs- und arbeitsweltbezogene Rehabilitationssektor des Zentrums in Ahrweiler versucht neben und parallel zu den Maßnahmen der medizinischen Funktionsrehabilitation, der rehabilitativen Aktivierung und Steigerung der Belastbarkeit sowie der Erarbeitung der gemeinschaftlichen Teilhabe mit Haushalts- und Lebensführung frühzeitig auch den Bereich der beruflichen Teilhabe aufzugreifen und zu klären.

Das beschriebene Konzept wird ambulant und mobil aufsuchend als im Sozialraum integrierte Phase II* der medizinisch-beruflichen Rehabilitation für Menschen mit erworbener ZNS-Schädigung gestaltet. Das ambulante und mobile, d. h. aufsuchende, Konzept sucht

Lösungen gezielt für solche Betroffene, bei denen eine Integration in das vorhandene, ggf. angepasste, ggf. veränderte oder neuorientierte Arbeits- und Ausbildungsleben erfolgversprechend und regional möglich erscheint. Dabei werden nach der medizinischen Akutbehandlung und rehabilitativen Erstversorgung (Phase I) die Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (mR und mbR) und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) möglichst frühzeitig und nahtlos sowie flexibel und bedarfsabhängig zusammengeführt und ggf. durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ergänzt. Der Bedarf für etwaige berufsfördernde oder berufsbildende Maßnahmen für den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt wird für jüngere Schwerbetroffene ebenfalls systematisch bedacht und geklärt.

Das ambulante und mobile Konzept des arbeitsweltnahen Zusammenführens von Maßnahmen der medizinischen (mR) und medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) hat sich zunächst im Rahmen der Versorgungsaufträge der gesetzlichen Unfallversicherungen (GUV) bei Arbeitsunfällen mit ZNS-Beteiligung, in der privaten Versicherungswirtschaft (PKV und PUV und PHV) und bei der Wiedereingliederung von Selbstständigen und von Schülern und Studenten bewährt.

Es ist nicht erkennbar, dass sozialrechtliche Vorgaben einer solchen pragmatischen, integrierenden Anwendung von Maßnahmen der mR, mbR und BEM in der Versorgung der übrigen sozialen Versicherung (GRV und GKV) im Wege stehen und eine flexible ambulante und mobile Zusammenarbeit des regionalen Rehabilitationszentrums mit dem Betroffenen und dem Arbeitgeber (Arbeitsmediziner) verbieten würden. Bisher verhindern die Regelanwendung eher formale Hemmnisse der sektoralen Sozialverwaltungen und der sektoralen Leistungserbringung, die sich aus der Gewohnheit tradierter Konzepte und Strukturen ergeben.

Abgrenzung

Das ambulante und mobile Versorgungskonzept leistet mehr als die bisherigen ambulanten neurologischen Rehabilitationskonzepte, deren Auftrag sich meist nur auf die medizinische Rehabilitation beschränkt. Es grenzt sich auch von den Maßnahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation der stationären Phase-II-Einrichtungen ab. Für diese Form der medizinisch-beruflichen Rehabilitation von Betroffenen mit besonders schweren Beeinträchtigungen gibt es bundesweit 23 Einrichtungen in der Indikation Neurologie. Seit 2011 liegen BAR-Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation dieser stationären Einrichtungen vor [6], und kürzlich haben Rollnik und Allmann [25] aktuell über deren Ergebnisse berichtet.

Das hier vorgestellte ambulante und mobile multiprofessionelle Reha-Konzept grenzt sich auch von der monotherapeutischen Leistungserbringung und von der meist nicht therapeutisch begleiteten sbWE im Rahmen

* Zu Phase II: Nach einem Aktionsplan der damaligen Bundesregierung aus den 1970er-Jahren wurden indikationsübergreifend zwischen den Einrichtungen der Phase I mit der Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation und den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation der Phase III (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken) spezielle stationäre Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation Phase II angesiedelt.

der vertragsärztlichen Regelversorgung ab. Diese neue vertragsärztliche Leistung wird zukünftig etliche Aufgaben der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung übernehmen können.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Alltag bestehen oft Unsicherheiten über die sozialrechtlichen Zuständigkeiten für den Bereich der beruflichen Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung.

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist definitiv die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) für die Gesamtversorgung des Betroffenen, also für die Akutbehandlung, medizinische Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung, verantwortlich. Alle sozialrechtlichen Einzelheiten regeln hier SGB VII und SGB XI. Die Gesamtverantwortung der Versorgung liegt bei einem Träger und erleichtert die Rehabilitation und berufliche Integration. Viele Elemente der gesundheitlichen und sozialen Rehabilitation, Planung und Supervision sind in der GUV-Versorgung durchgängig geregelt.

Ansonsten wird fast reflexartig die Verantwortung für Maßnahmen der beruflichen Teilhabe der *gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)* zugeordnet: Dabei erbringt die GRV (nur) bei anspruchsberechtigten Personen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (mR), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie ergänzende Leistungen, um *Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit* entgegenzuwirken und zu verhindern und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder das frühzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und den Versicherten möglichst dauerhaft wiederenzugliedern (§ 9 SGB VI). Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation der GRV (§ 26-31 SGB IX und § 15 SGB VI) gehören dabei neben der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung, Heil- und Hilfsmittel- und der Arzneiversorgung dezidiert auch Belastungserprobung und Arbeitstherapie und die stufenweise Wiedereingliederung (sbWE).

Die Zuständigkeit der GRV für die sbWE nach § 28 SGB XI ist (nur) dann gegeben, wenn sich deren Notwendigkeit während einer medizinischen Reha-Maßnahme

der GRV ergibt und sich deren Durchführung unmittelbar an die medizinische Rehabilitation anschließt.

Eine systematische, medizinisch-berufliche Rehabilitation ist in der Regelversorgung der GRV für die Indikation »Neurologie« zurzeit nur im Rahmen der stationären Phase-II-Einrichtungen [6, 25] verfügbar, auch wenn die GRV unverkennbar das Thema der beruflichen Teilhabe als drängende neue Schwerpunktaufgabe sieht. Medizinisch-beruflich orientierte Reha wird zurzeit überwiegend für die orthopädische, kardiologische und psychosomatische GRV Rehabilitation entwickelt [4, 21].

Die *gesetzliche Krankenversicherung (GKV)* erbringt Leistungen der Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation, um *Behinderung und Pflegebedürftigkeit* abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mindern (§11 SGB V). Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden durch die GKV nur erbracht, wenn kein anderer gesetzlicher Leistungsträger zuständig ist. Die Rehaleistungen der GKV umfassen dann nach § 26 SGB IX und §§ 11, 27, 40, 41 und 43 neben der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung, Heilmittel- und Hilfsmittel- und der Arzneiversorgung dezidiert auch Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern [1].

Dabei ist die medizinisch-berufliche Integrationsaufgabe der Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX und § 74 SGB V historisch und faktisch überwiegend Aufgabe der GKV (Hamburger Modell, seit 2004 GBA-Richtlinie zur AU und Anlage 1 Empfehlungen zur sbWE) [12].

»Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte, die nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise wieder verrichten können, durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die *medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung* erbracht werden« [1].

Da es mit der Zuständigkeitserklärung für die stufenweise Wiedereingliederung (sbWE) nach § 28 SGB IX zwischen DRV und GKV häufig Probleme gab, wurde zum 01.09.2011 eine diesbezügliche Neuregelung und Klarstellung wirksam: sbWE ist danach eindeutig eine der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, für deren Durchführung die GRV nur zuständig ist, wenn diese direkt im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation in Trägerschaft der GRV (d. h. innerhalb von vier Wochen) durchgeführt wird. Die Voraussetzungen für die Zuständigkeit der GRV für die sbWE sind dezidiert spezifiziert und in einer Serie von Formularen (G 830, G831, G832, G 833, G 834, G838, G 840, G842) niedergelegt [5].

In allen anderen Fällen ist die GKV für die stufenweise berufliche Wiedereingliederung und die sie begleitenden medizinischen und ergänzenden Maßnahmen zuständig – das wird im Bewilligungsverfahren fälschlicherweise oft übersehen.**

**Kommentar zum Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung: In der alltäglichen Praxis der stufenweisen WE nach § 28 SGB IX zeigt sich, dass der Gesetzgeber und die Organe der Selbstverwaltung (BAR und G-BA) es versäumt haben, die notwendigen medizinischen und sozialmedizinischen Interventionen zur Umsetzung und Begleitung der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung und deren Honorierung zweifelsfrei festzulegen. Teilhabenerforderliche Integrations- und Coaching-Leistungen sind in der GRV auch als ambulante LTA-Leistungen zu beantragen. In der GKV wird die Bewilligung dieser oft notwendigen begleitenden Leistungen aber regelhaft abgelehnt. Die Leistungen zur Beratung, therapeutischen Intervention des behandelnden Arztes, der Therapeuten oder des Rehabilitationsteams sind nicht definiert. Die Honorierung dieser medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen ist nicht klar geregelt. Hier besteht u. E. Handlungsbedarf.

Die BAR Frankfurt als Dachorganisation aller Rehabilitationsträger hat schon 2004 Leitempfehlungen veröffentlicht, die den Prozess der sbWE sowie Leitgedanken und Voraussetzungen dafür genau beschreiben [34].

Eine wichtige weitere sozialrechtliche Grundlage für die ambulante (mobile) berufliche Reintegration vor Ort stellen die im Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben des Arbeitgebers im Rahmen des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements (BEM) (§84 SGB V) dar. Viele Arbeitgeber, vor allem solche in kleinen und mittleren regionalen Unternehmen (»KUM«), fürchten nicht dieses rechtliche »Diktat des Gesetzgebers«, sondern sind schlicht unsicher im Umgang mit neurologischen Patienten. Die Arbeitgeber und Arbeitsmediziner sind in der Regel froh, wenn sie regional in der komplexen Aufgabe der Wiedereingliederung eines von neurologischer Krankheit und Behinderung bedrohten und ggf. leistungsveränderten Mitarbeiters professionelle Unterstützung, z. B. durch ein Rehateam, erfahren.

Auch die sozialrechtlichen Grundlagen für die Aufgaben der regionalen Servicestellen, der regionalen Integrationsfachdienste, des zuständigen Integrationsamtes und des öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihrer sozialmedizinischen Dienste liegen vor und können im Bedarfsfall im ambulanten (mobilen) Konzept der beruflichen Wiedereingliederung von neurologisch Behinderten wirksam und eingebunden werden.

SGB IX und die Leistungsgesetze der verschiedenen Träger enthalten darüber hinaus weitere sozialrechtliche Rahmenbedingungen und Regelungen für Dienste und begleitende Hilfsleistungen für die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und die berufliche (Wieder-)Eingliederung von Behinderten. Auf die entsprechende Zusammenstellung der BAR Frankfurt [1] wird erneut hingewiesen. Auch der Bereich einer beruflichen Neuorientierung, der Berufsförder- und Berufsbildungswerke und der beruflichen Bildung und Förderung auf der Ebene der Werkstätten für Menschen mit Behinderung WfbM sind sozialrechtlich in SGB IX eindeutig (gelegentlich von Land zu Land unterschiedlich) geregelt.

Trotz des sehr guten sozialrechtlichen Rahmens wird aber – unseres Erachtens mit Recht – vielfach beklagt, dass die Umsetzung und der Zugang zu den sozialrechtlichen Ansprüchen für den Betroffenen und seine Angehörigen im Prozess der medizinischen und sozialen Rehabilitation und in der regionalen Versorgung nicht ausreichend verfügbar und nicht barrierefrei sind. Oft fehlt es aber auch an der notwendigen Erfahrung im Erkennen der besonderen Problemlagen und des besonderen Bedarfes der neurologischen Patienten.

Methodik der ambulanten medizinisch-beruflichen Neurorehabilitation

Im Rehabilitationsteam Ahrweiler wird das sozialräumig wirksame Konzept der ambulanten (mobilen) medizi-

nisch-beruflichen Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung in einem fortlaufenden Prozess entwickelt und fortgeschrieben. Wesentliche Teilelemente und Eckpunkte des Konzeptes wurden empirisch und unter Berücksichtigung der publizierten Erfahrung anderer entwickelt und in einer Checkliste zusammengetragen und festgelegt. Bislang nicht in der Neurorehabilitation evaluierte Instrumente der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation werden pragmatisch benutzt und ggf. angepasst [3, 8, 9, 10, 14, 15, 22, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33].

Konkrete Vorgehensweise

Die Feststellung des Rehabilitationszieles der beruflichen Teilhabe durch das Reha-Team zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung eröffnet den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung. Ob diese übergeordnete Zielsetzung verfolgt werden soll, hängt im Einzelnen von der Klärung und Bejahung der folgenden Fragen ab:

- Sind die medizinischen, therapeutischen und sozialrechtlichen Voraussetzungen gegeben?
- Ist die Prognose für das Gelingen des beruflichen Reintegrationsprozesses und der sozialrechtliche Rahmen, in dem dieser Prozess stattfindet, schon erfolgversprechend?
- Wird diese übergeordnete Reha-Zielsetzung tatsächlich auch vom Patienten und seinen Angehörigen verfolgt?

In der Mehrzahl der Fälle wird das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung schon zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung und vielfach weit vor Erreichen der diesbezüglichen Voraussetzungen von Patienten als übergeordnete Reha-Zielsetzung benannt. Aufgrund ihrer hohen Evidenz und des besonderen Anspruchs ist diese Zielsetzung auch dazu geeignet, besonderen therapeutischen Ehrgeiz hervorzurufen. Ungeachtet dessen stellt die vorausgehende Klärung und gegebenenfalls Herstellung einer stabilen diesbezüglichen Motivation ein unabdingbares Zwischenziel im beruflichen Reintegrationsprozess dar. Dies bedarf in der Regel wiederholter Kontakte mit den betroffenen Patienten und ihren nahen Bezugspersonen.

Abgesehen von Patienten, die mehr oder minder offen den Wunsch nach einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aussprechen, ist hier an Patienten zu denken, bei denen schon vor der Erkrankung am bisherigen Arbeitsplatz über einen längeren Zeitraum gravierende Probleme bestanden haben (Mobbing, Zustände langandauernder Überforderung am Arbeitsplatz etc., längere Krankenstände).

Nachvollziehbare Befürchtungen der Betroffenen vor dem Verlust des vor der Erkrankung erreichten finanziellen Status quo können auf die anstehende berufliche Reintegration bezogene – und sachlich sogar berechnete – Ambivalenzen und Vorbehalte zunächst verdecken. Die Aufgabe der fallführenden Ärzte und Therapeuten besteht hier darin, diesen durch den Wunsch nach Erhalt

der wirtschaftlichen Grundlagen verdeckten Zwiespalt freizulegen und zu thematisieren. Hier ist es oft hilfreich, die Frage nach der zukünftigen Sicherstellung der wirtschaftlichen Basis von dem im Kern ergebnisoffenen Prozess der beruflichen Wiedereingliederung zu trennen und finanzielle Alternativlösungen für den Fall zu erarbeiten, dass die Reintegration scheitert.

Besondere Sorgfalt bei der Klärung der motivationalen Voraussetzungen auf Seiten des Patienten und seiner Angehörigen ist nach unserer Erfahrung auch bei beruflichen Integrationsmaßnahmen geboten, die sich auf den zweiten Arbeitsmarkt beziehen (Besonderheiten der Einleitung der beruflichen Reintegration in den Bildungs- und Reha-Bereich einer WfbM siehe S. 275 in diesem Heft).

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation inklusive der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung muss in der Regel beim zuständigen Kostenträger beantragt werden; ihre eigentliche Umsetzung beginnt erst nach Genehmigung der Therapieressourcen. Am Beginn dieser Rehabilitationsphase wird ein Bezugstherapeut bestimmt, der mit dem zuständigen Arzt gemeinsam die zentrale Steuerungsfunktion für den beruflichen Reintegrationsprozess übernimmt. Für die Aufgabe des Bezugstherapeuten in der beruflichen Rehabilitation kommen in erster Linie die Berufsgruppen der Neuropsychologen, Ergotherapeuten, Arbeitstherapeuten und der Sozialpädagogen in Betracht (auch verfügbare Berufsberater, Fallmanager oder Integrationsfachdienste der Reha-Träger [z. B. DGUV] werden frühzeitig in den Teamprozess eingebunden). Wenn sich die berufliche Reintegrationsphase an eine andere Rehabilitationsphase anschließt, kann es somit auch zu einem Bezugstherapeutenwechsel kommen.

Der Prozess der beruflichen Reintegration beginnt auch in der ambulanten (mobilen) Form der Phase-II-Versorgung mit einem offenen Vergleich der Kompetenzen und Defizite des Patienten mit den Anforderungen seines individuellen Arbeitsplatzes/Dienstpostens (auch Ausbildungsbereich). Als Quellen zur Ermittlung des Fähigkeitsprofils dienen alle im Rehabilitationsverlauf gewonnenen Untersuchungsergebnisse (Anamnese, Verhaltensbeobachtungen bzw. -proben, Testergebnisse). Instrumente der übrigen medizinisch-beruflichen Rehabilitationskonzepte anderer Indikationsbereiche (MELBA; SIBAR, SIMBO) werden ggf. in modifizierter Form vorbereitend berücksichtigt. Ein detailliertes Bild der unterschiedlichen Aufgaben und Anforderungen des Arbeitsplatzes an den betreffenden Stelleninhaber wird durch möglichst differenzierte Beschreibungen des Patienten, von Kollegen oder Vorgesetzten sowie durch Auswertungen firmeninterner Stellenbeschreibungen entworfen. Darüber hinaus werden spezifische, räumlich-strukturelle Merkmale des Arbeitsplatzes betrachtet (z. B. isoliertes Büro oder laute Werkhalle; Kennzeichen der Arbeitsorganisation: Arbeitsanteile, die in Einzel- oder Teamarbeit abgeleistet werden müssen; wiederkehrende Arbeitshandlungen und Routinen oder unvorhersehbare

Arbeitsabläufe, die durch den Stelleninhaber erst noch zu generierende Problemlösungen erfordern). Auch diese Charakteristika werden zu den gegenwärtigen Kompetenzen und Defiziten des Patienten in Beziehung gesetzt.

Aus den spezifischen Divergenzen zwischen beruflichen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil werden therapeutisch-rehabilitative Arbeitsaufträge abgeleitet. Dabei lassen sich drei Hauptzielrichtungen therapeutischen Handelns unterscheiden:

- die weitestmögliche Wiederherstellung berufsnotwendiger Funktionen und Fähigkeiten,
- für absehbar nicht wieder herstellbare Funktionsbereiche das Erlernen und Einüben von Kompensationstechniken durch den Patienten oder
- die Änderung oder Anpassung von Arbeitsplatzmerkmalen.

Vor allem dann, wenn die Einübung von Kompensationstechniken als bedeutsam für das Gelingen der beruflichen Reintegration angesehen wird, werden in vielen Fällen Tätigkeiten, die eine hohe Ähnlichkeit mit den Tätigkeiten am realen Arbeitsplatz des Patienten haben, vor der eigentlichen Arbeitstherapie am bisherigen Arbeitsplatz im Reha-Zentrum laborartig geübt. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass bei der Einübung der Kompensationsstrategien einerseits ohne Erwartung eines Gesichtsverlusts im bisherigen Arbeitsumfeld probiert und auch »gescheitert« werden darf. Andererseits ist dieser oftmals durch Motivations- und Akzeptanzprobleme ambivalente und durch die vielen notwendigen Übungsdurchgänge zeitaufwendige Arbeitsschritt der Aneignung einer Kompensationsstrategie dann bei der eigentlichen Wiedereingliederung schon vollzogen. Als Beispiel sei in diesem Zusammenhang die Einbindung eines an einen Büroarbeitsplatz einzugliedernden Patienten in einfache Büroarbeiten im Rehabilitationszentrum genannt. Neben der Einübung und Automatisierung der Kompensationsstrategien geht es auch um die Einhaltung von »sekundären« Fähigkeiten, wie z. B. dem pünktlichen Abliefern von Arbeitsergebnissen zu vereinbarten Terminen oder der Zerlegung von komplexen Arbeitsabläufen in bewältigbare Teilschritte. Diese Vorgehensweise stellt schon eine durch den Patienten zu lernende und später am Arbeitsplatz anzuwendende Kompensationsstrategie dar. Sie bietet ferner eher die Möglichkeit zu ersten Erfolgserlebnissen des Patienten, da das Erfolgskriterium sich eben nicht auf eine komplexe, ineinandergreifende Abfolge von Arbeitsschritten bezieht, sondern auf einzelne, abgrenzbare Arbeitsschritte selbst.

Neben der Bearbeitung unmittelbar berufsspezifischer Fähigkeiten kommt der Identifikation und Bearbeitung von im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation negativen Kontextfaktoren eine besondere Bedeutung zu. Als Beispiel seien hier vorbestehende oder sich im Krankheitsverlauf entwickelnde psychische Störungen genannt, die erkannt, in ihrer für den Reintegrationsprozess hemmenden Bedeutung eingeordnet und bearbeitet werden müssen.

Kontextfaktoren der beruflichen Reintegration

In den letzten Jahren wird zunehmend für den gesamten Bereich der Rehabilitation auf die Bedeutung der Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren (ICF-Modell der WHO) und deren Beachtung und Beeinflussung im Rehabilitationsprozess hingewiesen:

Neben den medizinischen Beeinträchtigungen und deren Verlaufs- und Anpassungsdynamik müssen folgende arbeits-/berufsrelevante Faktoren geklärt, beachtet und ggf. angepasst (behandelt) werden:

- beim Patienten:
 - Zustimmung zur beruflichen Integration;
 - Ausreichende psychophysische Belastungsfähigkeit für > 2h Arbeit im Arbeitsumfeld;
 - Besondere gesundheitliche und/oder berufliche Problemlagen;
 - Flexibilität und Anpassungsfähigkeit;
 - Motivation, Kontrollüberzeugungen und Persönlichkeitsmerkmale;
 - Störungsbewusstsein und Selbsteinschätzung;
 - Motivation, Antrieb und Anstrengungsbereitschaft;
 - Affektive Situation;
 - Rolle in Bezug auf Arbeitsleben (präorbider Arbeitsstil);
 - Berufsbezogene Mobilität (verkehrsmedizinische Situation).
- im Betrieb:
 - Zustimmung des Arbeitgebers zu betriebsintegrierter Rehabilitation und zu BEM-Anforderungen des konkreten (Integrations-)Arbeitsplatzes;
 - Hemmende und fördernde Faktoren in Bezug auf physikalisches und soziales Arbeitsumfeld;
 - Anpassungsbedarf des Arbeitsplatzes;
 - Klärung der präorbiden Arbeitsbiographie und Rolle im Betrieb;
 - Verfügbarkeit und Mitwirkung von Arbeitsmediziner, Behindertenbeauftragtem, Arbeitnehmervertretung;
 - Verfügbarkeit eines innerbetrieblichen Coachs;
 - Edukationsbereitschaft des betrieblichen Umfeldes.
- Sonstige:
 - Zustimmung des primären sozialen Umfeldes (Familie) zur beruflichen Integration;
 - Zuständigkeitsklärung der sozialen Sicherungssysteme;
 - Beantragung und Bewilligung von berufsorientierter Teilhabeplanung und Teilhabeleistungen;
 - Verfügbarkeit von Berufshelfer und Fallmanagement des Trägers (Synergie durch Beratungs- und Integrationsfachdienste);
 - Notwendigkeit von LTA-Leistungen;
 - Sicherstellung von berufsnotwendiger Mobilität (selbst oder fremd);
 - Verfügbarkeit von ggf. notwendigen ergänzenden Hilfen.

Ergänzung (1):

Für die Integration in Schule, Universität und berufliche Ausbildung müssen analoge Faktoren im familiären, ausbildungsbezogenen, sozialrechtlichen Rahmen und im Jugendschutz beachtet werden.

Ergänzung (2):

Für die Integration in den zweiten Arbeitsmarkt (berufliche Bildung, Reha, Arbeit und besondere Förderung) müssen die besonderen Rahmenbedingungen der regionalen Werkstattstrukturen (WfbM- und TAF-Strukturen), der dortigen Arbeits- und Förderangebote und die diesbezüglichen sozialrechtlichen Anforderungen und Antragsverfahren beachtet werden.

Der Beginn der Belastungserprobung in vivo im Betrieb ist unseres Erachtens dann möglich, wenn der Patient wenigstens zwei Zeitstunden am Stück arbeiten kann und zumindest unter angepassten Arbeitsbedingungen (z. B. Einzelarbeitsplatz zur Abschottung ablenkender Störreize) ausgewählte, für seinen Dienstposten relevante Arbeiten ohne Zeitdruck erbringen kann. Die Einleitung der betrieblichen Wiedereingliederung bedarf der besonderen Vorbereitung. Hierzu wird immer ein vorbereitendes Gespräch (»Konferenz«) mit sämtlichen für den Reintegrationsprozess relevanten Personen vom Reha-Zentrum geplant und initiiert. Die Ergebnisse dieses und aller folgenden Gespräche werden schriftlich protokolliert und den Gesprächsteilnehmern zur Verfügung gestellt. Zu den relevanten Personen zählen neben dem Patienten, dem Bezugstherapeuten und Bezugsarzt des Reha-Zentrums Vorgesetzte, Mitglieder des Betriebsrates, der Behindertenvertretung, Personalsachbearbeiter des Betriebs, Betriebsarzt bzw. Arbeitsmediziner, Vertreter oder Reha-Berater der Kostenträger, ferner Kollegen des Patienten, die ähnliche Aufgaben oder verwandte Arbeitsgebiete wie der Patient haben und deshalb fachliche Unterstützungsfunktionen wahrnehmen können. Auch wenn die zuständigen Fachtherapeuten durch den engeren und zeitlich deutlich umfangreicheren Kontakt vielleicht die detailliertere Kenntnis über Defizite und ihre Auswirkung auf den Arbeitsprozess haben, machen wir häufig die Erfahrung, dass das Gespräch von Seiten des Reha-Zentrums zunächst durch den Arzt geführt werden sollte. Hierdurch wird einerseits den üblichen Rollenerwartungen medizinischer Laien entsprochen, andererseits das Bild vermittelt, dass die berufliche Wiedereingliederung Bestandteil des medizinischen Heilungsprozesses ist, wodurch notwendige Einschränkungen und Anpassungen eher vermittelt und eingefordert werden können. In jedem Fall hat es sich bewährt, die Therapie und Beratungsleistung des Reha-Teams mobil aufsuchend in den Betrieb zu tragen.

Im Rahmen der durch das Reha-Zentrum zu organisierenden Konferenz werden durch deren Vertreter die Ergebnisse der bisherigen Assessments dargestellt, also Defizite und daraus resultierende, im Arbeitsprozess konkret zu erwartende Schwierigkeiten, aber auch die

nach wie vor bestehenden Ressourcen und letztlich die aus diesem Fähigkeitsprofil abzuleitenden therapeutischen Maßnahmen, Arbeitsplatzanpassungen und spezifischen Bedingungen der beruflichen Reintegrationsphase. Dabei muss ausreichend Zeit zur laiengerechten Beschreibung rehabilitationsmedizinischer Sachverhalte und der besonderen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. »psychophysische Minderbelastbarkeit« s. o.) sowie zur Beantwortung diesbezüglicher Fragen eingeplant werden. Am Ende der Darstellung und nach Klärung offener Fragen wird dezidiert das Einverständnis des Arbeitgebers bzw. seines Vertreters zum Reintegrationsversuch erbeten. Konkret werden anschließend die Umstände der ersten Phase der Belastungserprobung festgelegt: Im Einzelnen wird festgelegt, wie viele Stunden der Patient in der Woche arbeitet, an welchen Tagen er arbeitet (ob die wöchentliche Arbeitszeit also zu gleichen Teilen auf die Werktage verteilt wird oder ob z. B. die wöchentliche Arbeitszeit durch einen Pausentag unterbrochen wird, was in Anbetracht des häufigen Problems der psychophysischen Minderbelastbarkeit eine Entlastungsmaßnahme darstellen kann). Ferner hängt die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit auch davon ab, in welchem Umfang weiterhin Behandlung im Reha-Zentrum selbst fortgeführt werden muss. Zu den weiteren Umständen der Belastungserprobung zählen die Arbeitsinhalte. In der ersten Phase der Reintegration werden dabei häufig nur Teilarbeiten oder einzelne Schritte komplexer Arbeitsabläufe vereinbart, die darüber hinaus ohne Zeitdruck erledigt werden dürfen.

Weitere Vereinbarungen betreffen die Pausenregelungen: Hier wird für das Prinzip vieler kurzer, über den Arbeitszeitraum hinweg verteilter Pausen geworben. Die Vereinbarung der konkreten Umstände der Belastungserprobung betrifft auch die notwendigen Anpassungen am Arbeitsplatz. Hier geht es um die Anschaffung und Installation notwendiger behindertengerechter Arbeitsmittel – z. B. eine behindertengerechte Tastatur bei sehbehinderten Patienten – aber auch um die Schaffung von räumlichen Bedingungen, die den Patienten weitgehend von ablenkenden Außenreizen isolieren helfen. Insbesondere Anpassungsnotwendigkeiten, die die Arbeitsplatzumgebung betreffen, bedürfen eher einer längeren Vorlaufzeit und müssen dementsprechend frühzeitig angeregt bzw. eingefordert werden.

Ein weiterer wichtiger Tagesordnungspunkt der »Wiedereingliederungskonferenz« betrifft die Auswahl und Berufung eines im Hinblick auf das Arbeitsumfeld des Patienten versierten Mitarbeiters der Firma, der aus fachlicher Expertensicht das Arbeitsverhalten des Patienten einerseits supervidiert und andererseits diesem bei inhaltlichen Fragen als erster und bevorzugter Ansprechpartner zur Verfügung steht. Als Supervisor ermöglicht dieser Mitarbeiter den Therapeuten vor allem auch die Beurteilung der fachlichen Qualität der Arbeitsleistung des Patienten. Der Fremdbeobachter wird dazu angeleitet, eine zwar wohlwollende, aber objektive, ungeschönte Darstellung des Arbeitsverhal-

Leitfragen für die wöchentliche Fremdeinschätzung durch den supervidierenden Kollegen

Gibt es Probleme/Auffälligkeiten

- im Hinblick auf Motivation, Engagement oder Interesse?
- den eigenen Arbeitsplatz angemessen zu organisieren und diese Organisation auch beizubehalten?
- bei der Erfassung, dem Behalten und der Umsetzung von arbeitsrelevanten Informationen (z. B. Arbeitsaufträge, Anweisungen, Absprachen)?
- Arbeitsprozesse zu planen, zu organisieren oder zu koordinieren?
- bei der eigenständigen Kontrolle der Arbeitsergebnisse?
- bei Schwierigkeiten, im Arbeitsprozess angemessene Lösungen zu erarbeiten und diese auch umzusetzen?
- hinsichtlich der Zuverlässigkeit (z. B. Einhalten von Absprachen)?
- im Hinblick auf die Belastbarkeit oder das Durchhaltevermögen?
- bezüglich der Arbeitsqualität bzw. Arbeits Sorgfalt?
- bezüglich der Arbeitsgeschwindigkeit?
- mit Stress oder Misserfolgen zurechtzukommen?
- mit Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen in angemessener Weise zu kooperieren bzw. allgemein zurechtzukommen?
- beim Umgang mit Konflikten oder Kritik?

tens anzufertigen. Diese Fremdeinschätzung wird regelmäßig (wöchentlich) und systematisch (durch Einsatz eines standardisierten Fremdbeobachtungsprotokolls) geleistet. Parallel zur Fremdbeurteilung hat der Patient die Aufgabe, regelmäßig (täglich) unter Zuhilfenahme eines Selbstbeobachtungsprotokolls Aspekte der eigenen Arbeitsleistung einzuschätzen. Im Rahmen der weiteren Therapie muss der regelmäßige Rücklauf der Beobachtungsprotokolle sichergestellt werden, die Selbst- und Fremdbeobachtung müssen ebenso regelmäßig ausgewertet, die entsprechenden Erkenntnisse in den Therapieprozess überführt und dort nutzbar gemacht werden.

Während der Patient entsprechend des festgelegten Eingliederungsplans an seinem bisherigen (ggf. modifizierten) Arbeitsplatz arbeitet, werden auf der Basis der Beobachtungsprotokolle in regelmäßigen Abständen Arbeitsverhalten und -ergebnisse reflektiert. Dabei geht es zunächst darum, auftretende Probleme möglichst konkret und vor allen Dingen im Hinblick auf ihre Ursachen und Konsequenzen zu beschreiben (Verhaltensanalyse), um hierauf aufbauend Lösungsstrategien und alternative Verhaltensweisen zu entwickeln. Wiederkehrende Themen dieser Sitzungen betreffen neben den in der Fremdbeobachtung erfragten Aspekten des Arbeitsverhaltens die realistische Wahrnehmung eigener Störungen und Begrenzungen, den Umgang mit Stresssituationen, die Ungeduld mit dem sich über Monate erstreckenden Reintegrationsprozess oder den Umgang mit den spezifischen Schwierigkeiten, die sich aus der zwitterartigen Rolle (krankgeschrieben, aber wieder im Arbeitsprozess) ableiten lassen.

In regelmäßigen Abständen werden erneute Konferenzen der beteiligten Personen durchgeführt, insbesondere dann, wenn der Zeitrahmen einzelner Phasen des Reintegrationsprozesses beendet ist und eine qualitative und/oder quantitative Erhöhung der Arbeitsanforde-

rungen ansteht. Hierbei geht es noch einmal darum, Fremdbeobachtungen genauer zu explorieren und Anpassungsnotwendigkeiten direkt zu besprechen, Fehlentwicklungen zu erkennen und frühzeitig abzustellen. Häufig verfolgen Arbeitsplatzbesuche aber auch konkrete therapeutische Zielsetzungen: Dann geht es darum, das Verhalten im realen Arbeitsumfeld zu beobachten bzw. funktionales Arbeitsverhalten am gewohnten Arbeitsplatz einzuüben.

Parallel hierzu werden im Rehabilitationszentrum von den beteiligten Therapeuten in drei- bis vierwöchigem Abstand interdisziplinäre Verlaufsbeurteilungen und Abstimmungen der Therapie durchgeführt. In diesen Teams werden regelmäßig auch die Tagesordnungspunkte für die Konferenzbesprechungen im Betrieb geplant. Die Teambesprechungen dienen darüber hinaus der Formulierung notwendiger Kostenverlängerungsanträge beim Reha-Träger oder Abwandlungen des zeitlichen Eingliederungsplanes (GKV Muster 20, GRV Formular G834). Gegen Ende der beruflichen Reintegrationsphase dient das interdisziplinäre Team der zusammenfassenden Beurteilung der Zielerreichung unter Bezug auf die übergeordnete Rehabilitationszielsetzung der beruflichen Wiedereingliederung, es erfolgt eine sozialmedizinische Würdigung, z. B. im Hinblick auf Arbeitsfähigkeit, Berufsfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit, und bei negativem Verlauf der Wiedereingliederung werden Maßnahmen der Berufsfindung/Berufsförderung oder Maßnahmen eingeleitet, die über eine Tagesförderstätte oder eine WfbM eine Eingliederung in den zweiten Arbeitsmarkt anzielen.

Methodische Besonderheiten zur Integration von Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) in den beruflichen Bildungsbereich (Rehabilitationsebene) der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Für schwergradig betroffene Menschen mit erworbener ZNS-Schädigung und dadurch bedingter negativer primärer Eingliederungsprognose in den Arbeitsmarkt kann es im Verlauf der Teilhaberehabilitation sinnvoll und notwendig werden, neben der medizinischen Rehabilitation und dem Leben in Familie und Gemeinschaft eine berufliche Bildung, Neuorientierung und Tagesstrukturierung auf der Ebene des zweiten Arbeitsmarktes und der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zu suchen. Das ambulante neurologische Reha-Zentrum kann hier wichtige Aufgaben der körperlichen und psychosozialen Vorbereitung und Überleitung ermöglichen.

WfbM-Einrichtungen erfüllen den Auftrag, die berufliche Teilhabe für Menschen mit Behinderung durch eine integrierende, leistungsgerechte berufliche Bildung und Förderung durch Arbeit mit integrierten sonstigen Förderangeboten zu gewährleisten. Dabei ist es wichtig, gegenüber dem Betroffenen und seinen Angehörigen den *rehabilitativen und beruflich-bildenden, psychosozial entlastenden und sozial-sichernden*

Auftrag der WfbM-Einrichtungen zu fokussieren. Diese Beratungsarbeit sollte möglichst beginnen, bevor negative und traumatisierende psychosoziale Sekundärentwicklungen, Überlastung, Fehlanpassung und Verwahrlosung den von erworbener Hirnschädigung Betroffenen und seine primären sozialen Strukturen gefährden. Das Eingliederungs- und Rehabilitationsverfahren für die WfbM-Ebene ist sozialrechtlich eindeutig geregelt und macht berufliche Rehabilitation auch neben zeitgleichen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Rente) möglich. Für die Bewilligung einer entsprechenden beruflichen Rehabilitations- und Bildungsmaßnahme für Menschen mit erworbener Hirnschädigung sind i. d. R. das regional zuständige Integrationsamt, die Rentenversicherung und die Agentur für Arbeit verantwortlich, die mit dem Patienten (und seinem gesetzlichen Betreuer) und der Werkstatt meist in einer Teilhabekonferenz das Bewilligungs- und Eingangsverfahren gestalten.

Auch wenn bisher an nur wenigen Standorten spezifische Werkstätten für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (WfbM – MeH) verfügbar sind, hat es sich sehr bewährt, in dem heute meist sehr gegliederten Angebot der regional verfügbaren Werkstätten nach entsprechenden beruflichen Bildungs- und Integrationsmöglichkeiten zu suchen. Multiple Berufs- und Arbeitsfelder, gestaffelte Erprobungs- und Förderverfahren, externe Bildungsbereiche, virtuelle Werkstattstrukturen, Integrationsfirmen und indikationsspezifischere Förderbereiche sind oft in zunehmender Diversifikation verfügbar.

Im Umfeld des regionalen neurologischen Therapiezentrum in Ahrweiler wurden in den letzten Jahren in vier verschiedenen Werkstätten über zwanzig Menschen mit schwergradiger erworbener Hirnschädigung langfristig in der beruflichen Bildungsebene, also im Rehabilitationsbereich der WfbM, eingliedern können.

Vorbereitender Entscheidungsprozess

Bei beruflichen Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen, die sich auf diesen zweiten Arbeitsmarkt beziehen, sind nach unserer Erfahrung in der Beratung des Patienten und seiner Angehörigen besondere Sorgfalt und Empathie bei der Klärung der motivationalen Voraussetzungen geboten. Im Unterschied zu Reintegrationsversuchen im ersten Arbeitsmarkt interpretieren Patienten und ihre Angehörigen diese Form der beruflichen Wiedereingliederung in erster Linie als Signal dafür, dass alle Bemühungen um eine Wiederherstellung verlorengegangener Funktionen an ihr Ende gekommen sind und die Patienten nun in die »Behindertenecke« abgeschoben würden. Die diesbezüglichen Befürchtungen und Interpretationen der Patienten und ihrer Angehörigen müssen mehr oder minder ausdrücklich erfragt und ärztlich, neuropsychologisch, psychotherapeutisch und sozialpädagogisch bearbeitet werden.

Probetage, Praktika und Hospitationen

Bei unsicherer Motivations- und Entscheidungslage, aber auch bei Unsicherheit über die medizinische und behaviorale Belastbarkeit und die nach Werkstattordnung vorgegebenen Bedingungen hat es sich bewährt, einige, ggf. durch Mitglieder des Reha-Teams begleitete, Probetage in der Wfbm-Einrichtung zu organisieren. Der Betroffene (und seine Angehörigen), aber auch die Werkstatt und das Reha-Team, können dabei wichtige Erfahrungen machen und ggf. notwendige vorbereitende Rehabilitationsaufgaben kennen lernen.

Vernetzung und integrierende Zusammenarbeit

Es zeigt sich, dass eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen der regionalen Werkstatt und dem regionalen neurologischen Rehabilitationszentrum besonders wichtig ist. Der Erfolg der beruflichen Eingliederung in den Bildungsbereich der WfbM ist dabei vor allem abhängig vom fachkompetenten Umgang mit den bereits oben genannten komplexen, neurokognitiven und organisch-psychischen Folgen und Veränderungen der Hirnschädigung und neurologischen Erkrankung. Der hirnorganisch schwerbetroffene Patient und seine Angehörigen sind im psychosozialen Anpassungs- und Neuorientierungsprozess besonders irritierbar und benötigen empathische Beratung, medizinische, psychosoziale und neuropädagogische Begleitung und Unterstützung (auch hier Schutz vor Überlastung). Ein enger fachlicher Austausch unter den Beteiligten über die Besonderheiten im sozialen und pädagogischen Förderprozess ist besonders wichtig. Stigmatisierung und Schutz vor psychischen und behavioralen Fehlanpassungen und dadurch bedingtes Scheitern müssen vermieden werden – es gibt in der Regel wenige Alternativen für solche sozialräumlichen Teilhabe-, Förder- und Tagesstrukturierungsmaßnahmen.

Auch der Bereich der privaten Lebensführung, der (individuellen) Wohnform und die gemeinschaftliche Teilhabe in den primären sozialen Strukturen und der dort notwendige Unterstützungsbedarf durch Hilfsmittel, Pflege etc. muss speziell in der Phase der Eingliederung in die WfbM-Förderungen beobachtet und ggf. multiprofessionell unterstützt und rehabilitativ geübt werden. Zum Beispiel bringt die tägliche Transportlogistik eines komplex neurologisch behinderten Menschen in die Wfbm-Einrichtung neue Anforderungen an körperliche oder exekutive Fähigkeiten und an eine neue Planungs- und Zeitstruktur im Lebensalltag. Hier sind ambulante (mobile) Komplextherapie und Rehabilitation oft vorbereitend und überbrückend hilfreich und erforderlich.

Zusammenfassende Eckpunkte zur ambulanten und mobilen Form der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und beruflichen Integration

- Frühzeitige Fokussierung der Zielsetzung berufliche Teilhabe zur Vermeidung von nachgehender Unterversorgung und negativen psychosozialen und sozialen Fehlentwicklungen.
- Partizipative Entscheidungsfindung und Zeit- und Zielplanung für die berufliche Teilhabe (auch Motivationsarbeit) neben den übrigen Aufgaben der medizinischen Rehabilitation (Funktionen, ADL und Aktivitäten der Lebensführung).
- Klärung der gesundheitlichen und beruflichen Problemlagen und Kontextfaktoren (ggf. Modifikation und Behandlung).
- Abstimmung der Fähigkeiten und der arbeits-/berufsspezifischen Bedarfe (und Klärung der sozialrechtlichen Situation).
- Erarbeitung der individuellen Grundlagen für die berufliche Teilhabe und die (Wieder-)Eingliederung und Erarbeitung der basalen Belastbarkeit (mindestens 2 h im Arbeitsleben).
- Frühes Rehabilitieren mit berufsnahen Techniken, Materialien und Aufgaben (ressourcenorientierte Projekte).
- Prüfung, ob berufsbildende Maßnahmen für den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt erforderlich erscheinen.
- Frühzeitiger (mobil aufsuchender) Kontakt zur individuellen Arbeitswelt, zu den Verantwortlichen des betrieblichen Eingliederungsmanagements, zu den Beratungsstrukturen der Reha-Träger und ggf. Einschaltung des regionalen Integrationsfachdienstes oder Integrationsamtes.
- Supervidierte Arbeitstherapie und Belastungserprobung (inklusive rehabilitative Maßnahmen zur Belastungssteigerung) in vitro (Einrichtung) und dann in vivo (Arbeitsplatz, Praktika).
- Vorbereitung, therapeutische Maßnahmen und Coaching der stufenweisen Wiedereingliederung.
- Anpassung der Arbeitsumgebung – Schulung des sozialen Arbeitsumfelds.

Ein Fallbeispiel zur bedarfsgerechten und zügigen beruflichen Wiedereingliederung

Anamnese

Herr B., ein 31-jähriger, verheirateter Winzermeister, erlitt im September 2010 bihemisphärische Hirninfarkte frontal und parietal, wahrscheinlich als Folge bzw. Symptom einer angeborenen Stoffwechselstörung. Nach einer stationären neurologischen Akutbehandlung wechselte Herr B. für fünf Wochen in die stationäre Neurorehabilitation (AHB) und wurde hiernach »für weitere drei bis vier Monate« arbeitsunfähig entlassen mit der Empfehlung, danach einen Arbeitsversuch zu starten.

Im Rahmen des vom Patienten selbst hergestellten Erstkontakts zum regionalen Therapiezentrum Anfang November 2010 berichtete Herr B., dass er sich nach seiner Erkrankung als schnell abgelenkt erlebe. Früher sei er »Multitasking« gewöhnt gewesen, das gehe jetzt gar nicht mehr. Arbeitsaufträge, Handlungsintentionen, Rahmenbedingungen von Tätigkeiten, Termine und Abmachungen würden häufig einfach vergessen. Seine Frau mache ihm Vorwürfe, dass er alles anfangs und nichts mehr zu Ende bringe, er habe keinen normalen Tagesablauf mehr, lebe letztlich unstrukturiert vor sich hin und in den Tag hinein. Wenn er versuche, einfache Arbeiten in seinem angestammten Beruf durchzuführen (z.B. Weinreben schneiden) sei er nach spätestens zwei Stunden »total im Eimer«, generell werde ihm alles schnell zu viel. Sein Antrieb sei vermindert, die Stimmung niedergeschlagen, seiner Frau gegenüber habe er

ein schlechtes Gewissen. Da man ihm seine Probleme nicht ansehe, fragten andere, warum er noch nicht wieder arbeite, was ihn sich wiederum fragen ließe, ob er nicht eigentlich schon wieder arbeiten könne. Vom Patienten selbst wurde sehr frühzeitig die berufliche Reintegration als übergeordnetes Ziel formuliert.

Untersuchungsergebnisse

Bei Aufnahme ergaben sich neben eher geringen motorisch-funktionellen Defiziten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf Beeinträchtigungen unterschiedlicher Aspekte der Aufmerksamkeitsleistung (selektives Aufmerksamkeitsdefizit mit Interferenzneigung und Ablenkbarkeit, Defizite im Bereich der geteilten und der Daueraufmerksamkeit), eine Störung des auf sprachliches Material bezogenen (deklarativen-episodischen) Langzeitgedächtnisses im Sinne einer Abrufstörung sowie des prospektiven Gedächtnisses (Gedächtnis für Termine bzw. zukünftige Vorhaben), Auffälligkeiten bei der Handlungsplanung und beim Im-Blick-Haben eigener Handlungsschritte und Handlungsergebnisse sowie Indizien für eine geminderte Störungseinsicht im Sinne fehlender Konsequenzen auf der Handlungsebene bei an und für sich wahrgenommenen Defiziten. Aufgrund der funktionellen Defizite erschien die Kfz-Fahreignung als fraglich. Der Patient wirkte einerseits agitiert und sprunghaft, andererseits niedergeschlagen. Aufgrund der erlebten Misserfolge entwickelte sich aufschiebendes bzw. Vermeidungsverhalten.

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitationsbehandlung wurden ferner folgende relevante, förderliche und hemmende Kontextfaktoren festgestellt: Als positive Faktoren wurden die langjährige und positive Eingebundenheit des Patienten in seine Firma, eine stabile Partnerschaft sowie ein hoher Leidensdruck und eine hohe Motivation des Patienten selbst angesehen.

Als relevante negative Kontextfaktoren wurde ein zumindest anfänglich unzureichendes Störungsverständnis der nächsten Bezugspersonen mit entsprechenden Fehlattritionen (»Faulheit«) angesehen, auf Patientenseite eine generelle Neigung zu einem hektischen bzw. fahigen Arbeitsstil, andererseits auch selbstunsichere Verhaltensanteile (häufige Versuche, allen gerecht zu werden, schnelle Aufgabe des eigenen Standpunktes, Patient möchte nicht anecken, zu wenig Wahrnehmung für eigene Bedürfnisse und »Zustände«).

Berufliche Anforderungen und Aufgaben

Winzermeister verantworten den kompletten Produktionsprozess vom Anbau über die Verarbeitung bis zur Abfüllung und Vermarktung des Weins. Daneben haben sie leitende Funktionen bezüglich anderer Arbeitsprozesse, die nicht unmittelbar mit dem Weinanbau zu tun haben, diesen aber sicherstellen. Hierzu gehört das Management des betriebsinternen Geräte- und Maschi-

nenparks, Prozesse der Ausbildung und Personalführung sowie verschiedene betriebswirtschaftliche Aufgaben. Vor diesem Hintergrund wurden im Hinblick auf die übergeordnete Reha-Zielsetzung der beruflichen Reintegration folgende Unterziele formuliert:

- angemessenes Störungsbewusstsein als Basis einer handlungsleitenden Änderungsmotivation bzw. Bearbeitung aller »Teilproblematiken« durch den Patienten;
- Normalisierung der beeinträchtigten Aufmerksamkeitsleistungen, soweit dies möglich ist, auch als Voraussetzung der Kfz-Nutzung/beruflichen Integration;
- soweit dies nicht möglich ist, Kompensation/Kontrolle der reduzierten konzentrativen Belastbarkeit bzw. Störbarkeit;
- eigenständige Benutzung eines Pkw;
- sozial kompetenter Umgang mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (geeignetes Kommunizieren »nicht sichtbarer« kognitiver Störungen, Aufbau angemessener Abgrenzungskompetenzen);
- Kompensation der beeinträchtigten mnestischen und exekutiven Funktionen;
- Abbau von Vermeidungsverhalten;
- Verminderung der depressiven Symptomatik;
- Begleitende Behandlung der geringen körperlichen Funktionsresiduen und ausdauersportliche und entspannende körperliche Aktivierung.

Vorausgehende Arbeitstherapie im häuslichen Umfeld

Die Erarbeitung der Unterziele, die Einübung und Automatisierung der erforderlichen Kompensationstechniken wurde vor der eigentlichen beruflichen Belastungserprobung zunächst im privaten, häuslichen Umfeld des Patienten eingeleitet. Diese Vorgehensweise ermöglichte dem Patienten zu einem Zeitpunkt, zu dem die direkte berufliche Wiedereingliederung noch eine Überforderung darstellte, eine niedrigschwellige und vergleichsweise gefahrlosere Möglichkeit, Bewältigungsstrategien eigenständig auszuprobieren und zu testen; gleichzeitig waren durch den systematischen Aufbau von Alternativverhalten frühzeitig positive Effekte im Sinne einer emotionalen Stabilisierung und des Abbaus von Vermeidungsverhalten möglich. Diese Form der »häuslichen Reintegration« bezog sich zunächst auf unterschiedliche Aufgaben der Haushaltsführung (Tisch abdecken, Müll wegbringen, den Hund versorgen, Besorgungen machen, private Administration und so weiter).

Wie weiter oben beschrieben, wurde die Herstellung eines angemessenen Störungsbewusstseins als Voraussetzung einer erfolgreichen Bearbeitung aller anderen »Teilproblematiken« angesehen. Hierzu erhielt der Patient wiederholte Aufgaben, die in besonderer Weise den Einsatz der gestörten Funktionen notwendig machten, und wurde so zum Scheitern gebracht. Anschließend wurden anhand dieser konkreten Beispiele mit dem Patienten detaillierte Verhaltensanalysen des Scheiterns

durchgeführt. Hierdurch konnte ein zunehmend realistischeres, vor allen Dingen aber auch handlungsleitendes Störungsbewusstsein erreicht werden, welches allerdings durch eine – vorübergehende – Verstärkung der depressiven Symptomatik erkauft wurde (Abb. 1).

Über mehrere Wochen erhielt Herr B. eine spezifische Therapie mit dem Ziel der Wiederherstellung der beeinträchtigten Aufmerksamkeitsteilleistungen. Parallel hierzu ging es um die Vermittlung, Einübung und Automatisierung von Methoden zur eigenständigen und vorausschauenden Kompensation/Kontrolle der reduzierten konzentrativen Belastbarkeit bzw. Störbarkeit, z.B. durch eine vorausschauende schriftliche Planung von Arbeits- und Pausenzeiten, die zweckmäßige Gestaltung der Pausen (z.B. Unterbindung von Alternativtätigkeiten), die Nutzung von Stressbewältigungstechniken, die Änderung von Handlungsabläufen (z.B. sequenzielles statt paralleles Arbeiten). Testpsychologisch hatten sich alle anfänglich auffälligen Leistungen im Januar 2011 vollständig normalisiert. Nach dieser unauffälligen Reteistung wurde eine 90-minütige Fahrverhaltensprobe mit einem neurologisch »erfahrenen« Fahrlehrer durchgeführt, die ohne Auffälligkeiten bestanden wurde, in diesem Zeitrahmen zeigten sich auch keine konzentrativen Schwächen. Trotz der Verbesserung der konzentrativen Dauerbelastbarkeit blieb der Einsatz von Kompensationsmaßnahmen weiterhin notwendig, sie wurden auch vom Patienten umgesetzt, vor allem durch einen vom Patienten entdeckten störungsbedingten Nutzensaspekt; man könnte hier von sekundärem Krankheitsgewinn bei bestehender Abgrenzungsproblematik sprechen, insofern die Krankheit als Entschuldigungsgrund gegenüber anderen eingesetzt wurde, um sich im Wesentlichen nur noch den interessanten Tätigkeiten des Berufsbildes hinzugeben und einige private Änderungen durchzusetzen, deren Durchsetzung ohne krankheitsbedingte Entschuldigungsgründe sicherlich schwer gefallen wäre.

Zur Kompensation der beeinträchtigten Gedächtnisleistungen wurden vom Patienten zunächst Checklisten zu den vor dem Verlassen der Wohnung notwendigen Aufgaben erstellt und angebracht. Später wurde das bereits vorhandene Smartphone für die Speicherung prospektiver Gedächtnisinhalte (Termine, Verabredungen) und ein in der Hosentasche zu verstauendes Notizbuch – statt der nach der Erkrankung vom Patienten eingerichteten »Zettelwirtschaft« – eingesetzt. Neben der unmittelbar angestrebten Zuverlässigkeit bei der Wahrnehmung von Terminen und dem Behalten von Absprachen verbesserte die Kombination aus Aktivitätenplanung und stringenter Speicherung von Vorhaben das Selbstwirksamkeitserleben des Patienten.

Zur kompetenten Vermittlung der bestehenden Behinderungen an die Umwelt wurden mit dem Patienten zwei Erklärungen über die »unsichtbaren« Defizite nach dem Prinzip »So viel Erklärung wie gerade nötig und so wenig wie möglich« entwickelt und geübt. Neben den dargestellten neuropsychologischen Interventionen erhielt der Patient im Rahmen der Komplextherapie Phy-



Abb. 1: Schema der Verhaltensanalyse am Beispiel eines ausgewählten Problemverhaltens. S=(interne u/o externe) Situationsmerkmale, O=einerseits überdauernde organische Funktionsstörungen, andererseits subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse, R=Komponenten der problematischen Verhaltensreaktion, K=Merkmale der nachfolgenden Situation (Konsequenzen, k = kurzfristig, l = langfristig)

siotherapie und Sporttherapie, und er wurde in einem ausdauersportlichen Eigenprogramm unterwiesen (und supervidiert).

Berufliche Reintegration

Die Vorbereitung der Belastungserprobung im Betrieb wurde im Rahmen eines vorausgehenden Gesprächs durchgeführt, aufgrund der kleinen Betriebsgröße nur mit Herrn B. und seinem Vorgesetzten. Von Seiten des Rehabilitationszentrums wurden unbeeinträchtigte Funktionen, die überwiegend kognitiven Defizite des Patienten und ihre möglichen Auswirkungen auf die Arbeitsleistung thematisiert, hieraus wurden Arbeitszeiten und -inhalte abgeleitet, als kollegialer Supervisor vor Ort kam letztlich nur der am Gespräch teilnehmende Vorgesetzte und Betriebsleiter infrage. Auffällig, aber nicht untypisch an diesem Gespräch war, dass vom Vorgesetzten die geschilderten Defizite und ihre möglichen Konsequenzen zu diesem Zeitpunkt und in Anbetracht der äußerlichen Unversehrtheit des Patienten bagatellisiert wurden.

Die berufliche Reintegrationsphase begann Ende Dezember 2010 mit drei Stunden an drei Tagen und weiterhin zwei Therapieterminen im Reha-Zentrum. Vom Patienten selbst und vom Supervisor vor Ort sollten systematisch und regelmäßig Protokollbögen zur systematischen Erfassung der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Arbeitsleistung ausgefüllt werden. Im Rahmen der Therapie fand dann die Analyse der aufgezeichneten Probleme im realen beruflichen Umfeld anhand der Aufzeichnungen in den Protokollbögen statt. Darüber

hinaus wurden insgesamt fünf Arbeitsplatzbesuche zur Beobachtung und Anpassung des Arbeitsverhaltens vor Ort durchgeführt, z. B. zur Kompensation der Gedächtnisstörung, zum sequenziellen Arbeiten und zur Delegation von Arbeit.

Am Beginn der Arbeit im Betrieb kam es zunächst zu einem Anstieg der Schwierigkeiten im Bereich Handlungsplanung sowie zu einer Zunahme des Vermeidungsverhaltens. Der Schwerpunkt der therapeutischen Aktivitäten lag in dieser Zeit auf der engmaschigen Vereinbarung und realistischen Planung von Arbeitszielen, auf der Erstellung von Arbeitsplänen, in die auch im Sinne eines angemessenen Ausgleichs zwischen Pflichten und angenehmen Tätigkeiten Erholungszeiten/Freizeitaktivitäten einzuplanen waren, ferner auf einer therapeutisch angeleiteten Herstellung einer äußeren Ordnung am Arbeitsplatz vor Tätigkeitsbeginn, einer Feststellung und Würdigung erreichter Arbeitsziele, einer funktionalen Bedingungsanalyse des Vermeidungsverhaltens sowie der eigenständigen Wahrnehmung aufkommender negativer Gedanken, dem Stoppen dieser Gedanken und ihrer Ersetzung durch angemessenere Kognitionen. Hierdurch konnte das Vermeidungsverhalten für den Patienten »sichtbar« gemacht und abgebaut werden. Darüber hinaus diente die systematische, regelmäßige und schriftliche Planung beruflicher Aktivitäten der angemessenen Kompensation exekutiver Defizite.

Im weiteren Verlauf der beruflichen Belastungserprobung kam es zu einer unproblematischen zeitlichen und inhaltlichen Belastungssteigerung. Nach im Abstand mehrerer Wochen regelmäßig durchgeführten »Konferenzen« von Bezugstherapeut, Patient und Supervisor wurden sowohl die Arbeitszeit als auch die Komplexität der Aufgaben im Einvernehmen gesteigert, es kam zu einer vermehrten Hinzunahme von Aufgaben, die unter Zeitdruck zu bewältigen waren.

Im Rahmen der beruflichen Reintegration führten die behinderungsnotwendigen Abgrenzungen des Patienten zu Unverständnis, Ablehnung und zum Teil mobbingnahen Verhaltensweisen bei einzelnen Kollegen, worauf der Patient vorübergehend mit enttäuschem Rückzug, »innerer Kündigung« und Rückfall in überangepasstes Verhalten reagierte. Hierdurch kam es auch zu einer depressiven Abwertung der bisherigen Erfolge in anderen Zielbereichen. Die mehrwöchige, intensive psychotherapeutische Bearbeitung der dabei aufkommenden dysfunktionalen Kognitionen und Verhaltensweisen führte letztlich zu einer funktionaleren Bewertungen der Situation, einem funktionaleren Umgang mit entsprechenden Verhaltensweisen der Kollegen und einer emotionalen Stabilisierung.

Anfang Juli 2011 konnte die berufliche Wiedereingliederung im Umfang der Regelarbeitszeit abgeschlossen werden.

(Sozialrechtliche Problemlage: Der für Herrn B. eigentlich zuständige Reha-Träger – die GRV – lehnte die Fortsetzung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und beruflichen Reintegration des Patienten

nach Abschluss der stationären AHB »wegen negativer Prognose« ab und bot zunächst eine EU-Berentung bis September 2012 an. Dann bewilligte sie zur Befriedung eines Widerspruches die ambulante Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation bis Februar 2011. Schließlich musste die beklagte GRV nach sozialgerichtlicher Auseinandersetzung das gesamte Verfahren der medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation und die begleitende Lohnersatzleistung bezahlen).

Ergebnisse

Teil 1: Berufliche Teilhabe: Ambulantes (mobiles) Konzept von medizinischer und nachgehender medizinisch-beruflicher Rehabilitation (ambulante Phase-II-Versorgung) im Zeitraum 2002 bis 2011

175 Einzelmaßnahmen (156 Fälle) überwiegend mit konsekutivem, gelegentlich mit iterativem Rehabilitationskonzept von mR zur mbR und sbWE und mit komplextherapeutischem Bedarf (ohne die Fälle, die in der Postakutphase »nur« neurologisch-sozialmedizinisch für den Prozess einer stufenweisen WE in der vertragsärztlichen Regelversorgung beraten, nicht behandelt wurden).

Erbracht wurden dabei *durchschnittlich ca. 40 Reha-Leistungstage* je Maßnahme/Fall, überwiegend Modul Phase D oder E (aber auch Modul Phase C und E), aber sehr hohe Schwankungsbreite von 15 bis 100 Leistungstagen je nach individuellem Bedarf, Auftrag und Zielsetzung im Bereich der beruflichen Teilhabe.

Zwischen 2002 und 2011 haben 134 (86 %) der »intended to treat«-Fälle das Ziel einer erfolgreichen beruflichen Teilhabe erreicht. 105 dieser 156 Fälle (67 %) konnten beruflich erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt, meist in das vorbestehende Arbeitsverhältnis, eingegliedert werden. In einigen Fällen wurde der Arbeitsplatz umgestaltet, in anderen erfolgte eine innerbetriebliche Umbesetzung in ein anderes Tätigkeitsfeld. Zweimal wurde eine völlig neue berufliche Orientierung regional aufgebaut. Bei der größten Zahl der Patienten (83 von 105) gelang die Wiedereingliederung in Vollzeitbeschäftigung. Bei einer Reihe von Patienten wurde die zeitliche Arbeitsbelastung einvernehmlich auf Teilzeit reduziert (13 von 105). Bei sechs Patienten bestand die Aufgabe darin, die Wiedereingliederung in Schule, Studium oder gewerbliche Ausbildung zu begleiten. Bedient wurde insgesamt eine breite Berufspalette in Verwaltungs-, Gewerbe- und Industrieberufen, mit Angestellten, Beamten, Selbstständigen und in Ausbildung Stehenden.

Neunundzwanzig Fälle (19 %) wurden in berufliche Bildungsmaßnahmen integriert. Sechs Patienten wurden in wohnortfernere stationäre Phase-II-Versorgung, in BBW-(Phase-III-)Maßnahmen oder andere Konzepte der beruflichen Bildung vermittelt und übergeleitet. Zwanzigmal gelang es, die Patienten erfolgreich in die berufliche Bildung des zweiten Arbeitsmarktes auf der Ebene der WfbM einzugliedern. Bei weiteren drei Patienten läuft das Eingliederungsverfahren derzeit.

Bei 22 der 156 Patienten (14 %) ergibt sich ein negatives Ergebnis: Eine Maßnahme zur beruflichen Teilhabe wurde teilweise nicht begonnen oder ersatzlos abgebrochen. Bei einigen Patienten scheiterte die berufliche Integration, bei anderen wurde das Ziel einer beruflichen Integration zu dem Zeitpunkt aufgegeben, als Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallrente beschieden wurden (Tab. 1).

Teil 2: detaillierte Ergebnisanalyse (einschließlich Katamnese) von 55 Patienten der Jahre 2009–2011

Die nachfolgende Darstellung der Resultate beruflicher Reintegrationstherapie aus den Jahren 2009 bis 2011 enthält nicht nur unterschiedliche personen- und therapiebezogene Variablen, sondern auch die Ergebnisse einer im April 2012 telefonisch durchgeführten katamnestischen Befragung. Auch diese Detailanalyse der Jahre 2009 bis 2011 zeigt bei den »intended to treat«-Patienten eine (Wieder-)Eingliederungsquote von 85 % (42 von 49) (Tab. 2a–f).

Bei 56 Patienten (35 Männer, 21 Frauen, Alter zwischen 17 und 61, Durchschnitt 43 Jahre (Zum Vergleich: das langjährig ermittelte Durchschnittsalter aller Patienten des Therapiezentrums liegt im Durchschnitt bei 62–65 Jahren) ergab sich zwischen 2009 und 2011 eine Aufgabenteilung zur beruflichen Teilhabe.

Eine vertiefende Analyse der Fälle differenziert folgende Ergebnisse in verschiedenen Patientengruppen und ambulant-mobilen Aufgabenbereichen. Die Übergänge zwischen diesen Gruppen sind fließend.

Gruppe 1: Erster Arbeitsmarkt ohne spezifische Reha-Maßnahme (Tab. 2a)

Bei Ende der medizinischen Reha-Maßnahme erfolgt die Überleitung in eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung ohne besonderen Förderbedarf. Das heißt, während der medizinischen Reha erfolgte nur sozialmedizinische Klärung, Beratung und Aufklärung für den Bereich der beruflichen (ausbildungsbezogenen) Eingliederung mit einem Hilfebedarf, der durch die ambulante (vertragsärztliche) Regelversorgung bei Personen mit weitgehender Erholung oder nur geringen Residuen geleistet werden kann: Diese Situation war bei sechs der 56 Patienten gegeben, vier dieser Patienten waren bei der aktuellen Nachbefragung bereits voll eingegliedert, eine Eingliederungsmaßnahme lief noch und eine berufliche Eingliederung scheiterte, weil nach Erstmanifestation eines epileptischen Anfalls die berufsnotwendige Kraftfahreignung wieder verlorengegangen war.

Gruppe 2: Schulische und gewerbliche Ausbildung (Tab. 2b)

Hier geht es im Rahmen der Reha-Maßnahme auch um Eingliederung in Schule, Studium und Ausbildung mit Bedarf an störungsspezifischer neurologisch-neuropsychologischer Beratung, komplextherapeutischer Behandlung und Begleitung der Wiedereingliederung in Schule, Studium, Ausbildung von Jugendlichen und jungen Menschen mit erworbenem Hirnschaden (MeH),

Behandlungsfälle »intended to treat«: 100 % (n = 156)		
Beruflich integriert		Beruflich nicht integriert
86 % (n = 134)		14 % (n = 22)
integriert auf dem 1. Arbeitsmarkt	integriert in berufliche Bildungsmaßnahme	
67 % (n = 105)	19 % (n = 29)	

Tab. 1: Auswertung 2002 bis 2011

ggf. Planung, Erprobung und Überleitung in alternative berufsbildende Maßnahmen (anderer Schultyp, anderer Beruf, Berufsbildungs-/Berufsfördermaßnahme, BBW).

Bei vier Patienten (fünf Maßnahmen) wurde die Eingliederung in Schule, Studium und gewerbliche Ausbildung erfolgreich geplant, durchgeführt und eingeleitet. Die Katamnese zeigt hier durchgängig erfolgreiche Ergebnisse.

Gruppe 3: Allgemeiner (erster) Arbeitsmarkt mit spezifischer Maßnahme (drei Untergruppen) (Tab. 2c–e)

Hier geht es um die berufliche Teilhabe mit Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt.

In Gruppe 3a finden sich Patienten mit eher »normalem« neurologisch-neuropsychologischen oder arbeitsweltbezogenem Anpassungs- und Förderbedarf (eher geringer therapeutischer Bedarf, überwiegend Edukation und Coaching des Klienten und der Bezugspersonen im Arbeitsleben). Im Zeitraum 2009 bis 2011 waren 13 Patienten der Gruppe 3a zuzuordnen.

In der Gruppe 3b geht es um die berufliche Teilhabe, Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung im regionalen ersten Arbeitsmarkt bei Patienten mit besonderen gesundheitsbezogenen und/oder arbeitsplatzbezogenen Problemlagen mit in der Regel »höherem« komplextherapeutischen oder längerem medizinischen und/oder sozialen Anpassungs- und Förderbedarf auf dem Weg in Beruf und Arbeitswelt. Dieser Gruppe 3b waren 17 Patienten zuzuordnen.

Fasst man die Ergebnisse der gesamten Gruppe 3 (n = 30) zusammen, so ist festzustellen, dass sieben Patienten aus Gruppe 3b im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nicht über die Phase eines ersten arbeitsbezogenen Assessments und einer Prognosebewertung hinaus kamen. Außer der negativen beruflichen Einschätzung wurden hier keine beruflich orientierten Interventionen durchgeführt. Dies waren sämtlich Patienten mit besonderen gesundheitlichen und/oder beruflichen Problemlagen und/oder mit integrationshemmenden Kontextfaktoren.

Von den übrigen 23 »intended to treat«-Patienten der Gruppen 3b und 3a konnte das Ziel einer beruflichen Wiedereingliederung »nur« viermal nicht erreicht werden (zweimal BU-Rentenbescheid, zweimal alternative Reha-Maßnahme [einmal beruflich, einmal medizinisch]). Bei den übrigen 19 Patienten gelang es, eine leistungsrechte positive und nachhaltige berufliche Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erreichen: Neun

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3–24 Monate nach Maßnahme
1	alter Beruf	MK w	45	PKV	10	3 Wo	Lumbale Radikulopathie	Beamtin	mR inkl. berufl. WE vorbereiten	stufenweise WE unmittelbar geplant	berufl. Integration, Vollzeit, alter Arbeitsplatz
1	alter Beruf	SB w	61	DRV RLP	15	3 Wo	Stroke mR 2	Gastronomie	mR inkl. berufl. WE vorbereiten	stufenweise WE unmittelbar geplant	berufl. Integration, prämorbid Arbeitszeit, alter Arbeitsplatz
1	alter Beruf	WN m	43	Bundeswehr	10	3 Wo	Lumbale Radikulopathie	Berufssoldat	mR inkl. berufl. WE vorbereiten	stufenweise WE unmittelbar geplant	berufl. Integration, Vollzeit, alter Arbeitsplatz
1	alter Beruf	HI w	46	BKK	18	6 Wo	Plexus-brachialis-Syndrom	Krankenschwester	mR inkl. berufl. WE vorbereiten	stufenweise WE in 8 Wochen beginnend	laufendes BEM, stufenweise berufl. WE wie geplant begonnen
1	alter Beruf	KB m	53	LAK	15	3 Wo	Parkinson H&Y 2	Landwirt, Selbstvermarkter	mR inkl. berufl. WE vorbereiten	volle berufliche WE sofort	berufl. Integration, Vollzeit, alter Arbeitsplatz, angepasst
1	alter Beruf	HA w	38	GRV	15	3 Wo	SHT II	Gastronomie	mR inkl. berufl. WE vorbereiten	stufenweise WE unmittelbar geplant	stufenweise berufl. WE gescheitert, arbeitssuchend
					d 14	d 3,5 Wo					

Tab. 2a: Medizinisch-berufliche Rehabilitation: Fälle 2009–2011. Gruppe 1: Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach AHB oder medizinischer Reha ohne nachgehende spezifische medizinisch-berufliche Maßnahme: Durchschnittliche Leistungstage und durchschnittlicher Leistungszeitraum. (Legende der Abkürzungen: mr = medizinische Reha, mbr = medizinisch-berufliche Reha, BEM = Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, WE = Wiedereingliederung, GRV, GUV, GKV, PKV, BH-PKV = Träger der Maßnahme, d = durchschnittliche, mR = modifizierte Rankin Scale)

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3–24 Monate nach Maßnahme
2	Ausb. Schule	AC w	22	PHV	22	6 Wo	Meningitis im Kindesalter	Fachschülerin	mR plus Schulfähigkeit verbessern	Erhalt der Schulfähigkeit	Schule erfolgr. abgeschlossen (Fach-Abi)
2	Ausb. Schule	SA m	17	GKV	46	40 Wo	Kavernom-OP	Schüler	mR plus Schulgrundl. und begl. Schul-WE	Eingliederung in Schule, prämorbid Leitungsstufe	Schule erfolgr. abgeschlossen, jetzt Lehre 1. Lehrjahr Kfz-Mech.
2	Ausb. Studium	JJ m	27	BH-PKV	43	15 Wo	Paraspastik (Tuberculose Sklerose)	Student	mR plus Studiumsgrundl.	Vorbereitung der Eingliederung in Studium	/
2	Ausb. Studium	JJ m		BH-PKV	10	32 Wo			begleitete stufenweise begl. Studium-WE	stufenweise Steigerung auf volle Studiumsleistung	Studium-Examen, volle Belastungsfähigkeit
2	Vorber. neue Ausb.	MA m	18	GUV	19	4 Wo	SHT I	Azubi Dachdecker	mR plus mBR Ass. für BFM, BBW	Berufsfindungsmaßnahme unmittelbar beginnend	integriert in BBW > berufl. Neuorientierung Speditionskaufmann
					d 28	d 9,3 Wo					

Tab. 2b: Medizinisch-berufliche Rehabilitation: Fälle 2009–2011. Gruppe 2: Eingliederung in Schule oder gewerbliche Ausbildung direkt nach AHB oder medizinischer Reha: durchschnittliche Leistungstage und durchschnittlicher Leistungszeitraum. (Legende der Abkürzungen: mr = medizinische Reha, mbr = medizinisch-berufliche Reha, BEM = Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, WE = Wiedereingliederung, GRV, GUV, GKV, PKV, BH-PKV = Träger der Maßnahme, d = durchschnittliche, mR = modifizierte Rankin Scale)

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3–24 Monate nach Maßnahme	
3a	alter Beruf	EA w	40	GRV	15	4 Wo	zervik. spinale Erkr.	Erzieherin	mR und mbR	AU entlassen > Rat iterative Reha-Maßnahme	/	
3a				GKV	40	16 Wo			iterativ mbR und begleitete WE	Teilzeit (wie prä-morbid) im alten Beruf	weiter Teilzeit	
3a	alter Beruf	NR m	57	PKHV	56	24 Wo	SHT II chron. Phase	Arzt (selbstst.)	mR und mbR plus begleitete WE	mbR und sWE begonnen aber abgebrochen > Unfallrente angestrebt	BU und Unfallrente	
3a	alter Beruf	AD m	32	GRV	63	29 Wo	Stroke mR 3	angest. Winzermeister	mR und mbR plus begleitete WE	Vollzeit alter Beruf (angepasst)	weiter Vollzeit, Pausenmanagement	
3a	alter Beruf	KA m	49	BH-PKV	60	22 Wo	Stroke mR 3	Beamter	mR und mbR plus begleitete WE	Vollzeit alter Beruf (angepasst)	weiter Vollzeit, Pausenmanagement	
3a	alter Beruf	GW m	61	PKV	48	41 Wo	Stroke mR 3	Gastronom (selbstst.)	mR und mbR plus begleitete WE	Teilzeit alter Beruf	weiter Vollzeit, Pausenmanagement	
3a	alter Beruf	SC m	40	PKV	26	10 Wo	chron. SDH-SHT I	Betriebsleiter, Unternehmer	mR und mbR plus begleitete WE	Teilzeit alter Beruf (angepasst)	weiter Teilzeit	
3a	alter Beruf	HB w	58	GUV	15	3 Wo	LWK#, komorbid MS EDSS 4	Arzthelferin	mR und mbR und vorber. WE	Teilzeit alter Beruf (angepasst)	weiter Teilzeit plus Teilrente	
3a	alter Beruf	BE m	63	GRV	20	12 Wo	Parkinson H&Y 3	Landwirt (selbstst.)	mR und mbR und Beginn WE	Teilzeit alter Beruf (angepasst)	weiter Teilzeit	
3a	alter Beruf	JM m	47	PKV	15	6 Wo	ICB mR 3	freiberuf. Rechtsanwalt	iterative mbR und vorber. WE	Teilzeit alter Beruf plus Haushaltsführung (Rollentausch)	weiter Teilzeit und Haushalt (Rollentausch)	
					d 35	d 19,3Wo						

Tab. 2c: Medizinisch-berufliche Rehabilitation: Fälle 2009–2011. Gruppe 3a: Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach AHB und medizinischer Reha mit spezifischer medizinisch-beruflicher Maßnahme mit »normalem« Bedarf: durchschnittliche Leistungstage und durchschnittlicher Leistungszeitraum. (Legende der Abkürzungen: mr = medizinische Reha, mbr = medizinisch-berufliche Reha, BEM = Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, WE = Wiedereingliederung, GRV, GUV, GKV, PKV, BH-PKV = Träger der Maßnahme, d = durchschnittliche, mR = modifizierte Rankin Scale)

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3–24 Monate nach Maßnahme	
3b	Erprob. alter Beruf neg. > Alternative	KA w	22	GUV	103	23 Wo	SHT II	Krankenpflegerin	mR und mbR plus begleitete WE	AU entlassen, Abbruch berufl. Belastungserprob. und Überleit. in stat. psychosomat. HV wg. neuer Dynamik	berufl. WE gescheitert, andere Reha, noch unklare Entwicklung	
3b	alter Beruf	HM m	47	BH-PKV	35	11 Wo	Gliobl.-IV-OP, Chem., Rad	Bankangestellter	mb und mbR	AU entlassen > Rat iterative mbR und sWE	/	
3b	neuer Arbeitsplatz		48	BH-PKV	45	40 Wo			iterative mbR plus begleitete WE	Teilzeit alter Beruf neuer Arbeitsplatz	weiter Teilzeit, anderer Arbeitsplatz	
3b	Erprob. alter Beruf neg. > Alternative	PG m	58	GUV	116	60 Wo	SHT III	angest. Betriebs-elektriker	mR und mbR plus begleitete WE	AU alter Beruf, Vollzeit integriert in Integrationsbetrieb Eucweco	weiter Integrationsbetrieb Eucweco	
					d 63	d 33,9Wo						

Tab. 2d: Medizinisch-berufliche Rehabilitation: Fälle 2009–2011. Gruppe 3b: Erfolgreiche Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach AHB und medizinischer Reha mit spezifischer medizinisch-beruflicher Maßnahme mit »besonderem« Bedarf: durchschnittliche Leistungstage und durchschnittlicher Leistungszeitraum. (Legende der Abkürzungen: s. o.)

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3 – 24 Monate nach Maßnahme
3b	nur Ass. > BF neuer Berufsweg	KM m	34	PKV	53	17 Wo	SHT I, ICB rechts frontal	angest. Betriebswirt	mR und ADL und Teilhabe in Familie, Vorbereitung berufl. Perspektive	AU und BU entlassen, Beginn mR in neuer Trägerschaft (DRV)	AU noch unklare berufl. Entwicklung > Richtung BfW-BBW
3b	nur Ass., Klärung Berufsfähigk.	OJH m	51	Bundeswehr	44	(12 Wo)	Torticollis spasmodicus	Berufssoldat	mR als Funktionsreha, Vorbereitung berufl. Perspektive	AU, Berufsfähigkeit offen	AU noch unklare berufl. Entwicklung > Richtung BU
3b	nur Ass. BF-Klärung neuer Berufsweg	FM m	45	PKV	25	8 Wo	chron. WS-Syndrom	selbstständiger Handwerker	mR und Berufsfähigkeit klären	BU-Antrag LTA berufl. Neuorientierung	BU-Rente > chron. Schmerzpatient
3b	nur Ass., Klärung Berufsfähigk.	SM m	34	GUV	57	16 Wo	SHT II	selbstständiger Forstarbeiter	mR und Berufsfähigkeit klären	AU, Arbeits- und Berufsprognose offen, Einleitung NS (Psychotherapie)	AU und BU keine weiteren Details benannt
3b	nur Ass. BF-Klärung neuer Berufsweg	WD m	27	GKV	26	6 Wo	Lymphom-Grad-IIIb-OP	selbstständiger Dachdecker	mR und Berufsfähigkeit klären	AU, funkt. Verbesserung, pos. Prognose für spätere berufliche Reintegration	keine Rückmeldung
3b	nur Ass., Klärung Berufsfähigk.	BJ m	38	GKV	10	3 Wo	Hypox. Hirnschaden	angest. Techniker	mR und Berufsfähigkeit klären	AU, Voraussetzung für mR und BEM gegeben, Abbruch wg. fehlender Kostenzusage	AU, Wartestand > iterative mR in 10 Monaten empfohlen
3b	nur Ass., Klärung Berufsfähigk.	EJ w	60	GRV	11	3 Wo	Stroke mR3, Kontext Komorbidität	angest. Altenpflegerin	mR und Berufsfähigkeit klären	AU, Grundlage für WE nicht erreicht, Maßnahme abgebrochen > EU-Rente angestrebt	EU-BU-Rente
					d 32	d 9,3 Wo					

Tab. 2e: Medizinisch-berufliche Rehabilitation: Fälle 2009 – 2011. Gruppe 3b: Negatives Ergebnis: Eingliederung nach AHB und medizinischer Reha mit spezifischer medizinisch-beruflicher Maßnahme mit »besonderem« Bedarf gelang nicht: durchschnittliche Leistungstage und durchschnittlicher Leistungszeitraum. (Legende der Abkürzungen: mR = medizinische Reha, mbr = medizinisch-berufliche Reha, BEM = Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, WE = Wiedereingliederung, GRV, GUV, GKV, PKV, BH-PKV = Träger der Maßnahme, d = durchschnittliche, mR = modifizierte Rankin Scale)

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3 – 24 Monate nach Maßnahme
4	WfbM Arbeitsebene erhalten	JS m	36	GKV	26	16 Wo	SHT III chron. Phase	AU WfbM-Arbeit	mR als Erhalt der WfbM Arbeitsfähigkeit	Reintegration in WfbM Arbeitsebene	weiter WfbM Intec Arbeitsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	ST m	31	GKV	30	18 Wo	traumat. Querschnitt	BU Arbeiter	mR und mbr zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	berufl. Bildung abgebrochen > Hartz 4
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	PA m	48	GKV	60	12 Wo	Wernicke-Enzephalopathie	EU-Rentnerin	mR und mbr zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	weiter WfbM Intec berufl. Bildungsebene
4	WfbM Arbeitsebene erhalten	SCM w	57	GKV	23	12 Wo	SAB 4 Stroke mR 3	AU-WfbM	mR als Erhalt der WfbM Arbeitsfähigkeit	Patientin verstorben	verstorben

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3–24 Monate nach Maßnahme
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	JA m	40	GKV	50	13 Wo	Stroke mR 4	BU Schreiner	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	weiter WfbM Intec berufl. Bildungsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	ES m	24	GKV	90	20 Wo	SHT III	BU Arbeiter	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	weiter WfbM Rurtec berufl. Bildungsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	LB w	36	GKV	55	22 Wo	Gangliogliom-OP	EU-Rentnerin	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, unmittelbare Eingliederung in WfbM (bB)	weiter WfbM Intec berufl. Bildungsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	VA w	52	GKV	20	6 Wo	SAB 3 Stroke mR 3	EU-Rentnerin	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	Antragsverfahren läuft noch
4	WfbM Arbeitsebene erhalten	FK w	48	GKV	20	7 Wo	chron. MS EDSS 5	AU WfbM-Arbeit	mR als Erhalt der WfbM Arbeitsfähigkeit	Reintegration in WfbM Arbeitsebene	weiter WfbM Intec Arbeitsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	ZP w	48	GKV	30	8 Wo	Stroke mR 4	BU Arbeiterin	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	weiter WfbM Intec jetzt Arbeitsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	SB w	47	GKV	20	6 Wo	Stroke mR 4	EU-Rentnerin	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	/
4	WfbM Entwicklung > integr. Arbeitsplatz		48	GKV	20	6 Wo		WfbM berufl. Bildung	iterative mR und mbR zur Steigerung der Leistungsfähigkeit	Steigerung der Leistungsfähigkeit erreicht (Steigerung der WfbM-Entwicklung)	weiter Intec Integrationsarbeitsplatz
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	SM m	46	GKV	30	10 Wo	Stroke mR 4	BU Drucker	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	weiter WfbM Alexianer MeH Köln berufl. Bildungsebene
4	EU 1. AM > 2. AM Vorber.	SW w	53	GKV	60	14 Wo	Stroke mR 4	EU-Rentnerin	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB) erprobt und eingeleitet	/
4	2. AM berufl. Bildung		53	GKV	15	6 Wo			mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit, Eingliederung	werkstattfähig, unmittelbare Eingliederung WfbM (bB)	weiter WfbM Intec berufl. Bildungsebene
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	SN m	54	GUV	100	32 Wo	SHT II	BU Techniker	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit, Eingliederung	werkstattfähig, unmittelbare Eingliederung in WfbM (virtuelle Werkstatt) begonnen	/
4	wfbM > virtuelle WfbM		54	GUV	10	20 Wo			Begleitung der WfbM Eingliederung	laufende Begleitung der WfbM (bB) Maßnahme	weiter WfbM XTERN Integrationsbeschäftigung
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	HA m	34	GKV	85	16 Wo	Hirntumor-OP, Chemo	BU Bankangestellter	mR und mbR zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, WfbM (bB), WfbM erprobt, Einleitung angeregt	WfbM Eingliederung zurückgestellt

Gruppe	Ziel	Init. Geschl.	Alter Jahre	Träger	Leist. Tage Summe	Dauer Maßnahme Wochen	Diagnose m. Schweregrad	Beruf. Situation vor Maßnahme	Art der Reha-Maßnahme betreffend berufl. Teilhabe	Ergebnis med.-beruf. Reha-Phase bei Abschluss der Maßnahme	telef. Nachbefragung 4/2012 3–24 Monate nach Maßnahme
4	EU 1. AM > 2. AM berufl. Bildung	MJ m	36	GKV	40	14 Wo	Hirntumor-OP	BU Verwaltungsange-stellter	mR und mbr zur Erarbeitung der Werkstattfähigkeit	werkstattfähig, berufl. Bildung WfbM beantragt	weiter WfbM Intec. berufl. Bildung
					d 41	d 14,4 Wo					

Tab. 2f. Medizinisch-berufliche Rehabilitation: Fälle 2009–2011. Gruppe 4: Eingliederung in den »zweiten« Arbeitsmarkt nach AHB und medizinischer Reha: durchschnittliche Zahl der Leistungstage und durchschnittlicher Leistungszeitraum. (Legende der Abkürzungen: mr = medizinische Reha, mbr = medizinisch-berufliche Reha, BEM = Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, WE = Wiedereingliederung, GRV, GUV, GKV, PKV, BH-PKV = Träger der Maßnahme, d = durchschnittliche, mR = modifizierte Rankin Scale)

Patienten arbeiten zum Zeitpunkt der Nachbefragung in Vollzeit (eine BEM-Maßnahme steht wenige Tage vor dem Abschluss). Zehn Patienten sind teilzeitbeschäftigt. Fast alle Patienten berichten davon, dass die in der Rehabilitation gelernten Verhaltens- und Anpassungsmuster weiterhin notwendig seien. Zweimal kamen Patienten zu einer Wiederholungsmaßnahme, weil Überforderungsprobleme im wiedererreichten Berufsleben drohten.

Leistungseinsatz und Dauer der jeweiligen Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozesse waren sehr variabel. Unterschiede ergaben sich aus der individuellen Problemlage, dem individuellen Bedarf und Auftrag und der zugrundeliegenden Reha-Trägerschaft etc. Die beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen in der Gruppe 3a mit eher »normal« eingeschätzten medizinischen und beruflichen Problemlagen dauerten durchschnittlich 35 Therapietage in durchschnittlich 19 Therapiewochen. In der Gruppe 3b mit den besonderen, als höhergradig eingeschätzten medizinischen oder sozialen Problemlagen dauerte die Wiedereingliederung mit durchschnittlich 34 Therapiewochen und durchschnittlich 63 Therapietagen deutlich länger.

Erwähnenswert ist, dass bei 22 der 56 Patienten im Verlauf der ambulanten neurologischen Rehabilitationsmaßnahme der Jahre 2009–2011 die Grundlagen für die *Kraftfahrbarkeit* rehabilitativ erarbeitet sowie verkehrsmedizinisch, testpsychologisch und in einer praktischen Fahrverhaltensprobe überprüft wurde. Die Kraftfahrreignung ist bei neurologischen Patienten ein besonderer Kontextfaktor für die Erarbeitung der sozialen Teilhabe.

Gruppe 4: Zweiter Arbeitsmarkt (Tab. 2f)

Bei 16 Patienten (neun Männer, sieben Frauen, Alter zwischen 24 und 57, im Durchschnitt 43 Jahre) ging es im Beobachtungszeitraum um berufliche Teilhabe auf der Ebene der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM). Bei vier Patienten ging es darum, die Leistungsfähigkeit auf der Arbeitsbene der WfbM zu erhalten oder wiederherzustellen. Eine dieser Patienten ist noch während der Reha-Maßnahme an den Folgen einer SAB-Rezidivblutung verstorben, die drei übrigen Patienten sind nachhaltig WfbM-arbeitsfähig und integriert.

Bei zwölf gesundheitlich schwer beeinträchtigten Patienten, deren Erwerbsprognose auf dem ersten

Arbeitsmarkt behinderungsbedingt negativ geworden ist, wurde die berufliche Teilhabe durch Eingliederung in den Bildungsbereich der WfbM durch umfangreiche, multidisziplinäre, teils mobil erbrachte neurologische Reha-Maßnahmen vorbereitet. Es ging dabei zunächst darum, die (diffizile) Entscheidung für die berufliche Teilhabe im zweiten Arbeitsmarkt zu unterstützen, die Bedingungen der Werkstattfähigkeit zu erarbeiten und durch begleitete Praktika zu erproben und die WfbM-Maßnahme schließlich sozialtherapeutisch begleitet zu beantragen. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung waren neun dieser zwölf Patienten erfolgreich in die WfbM eingegliedert. Bei einer Patientin lief das Antragsverfahren noch. Ein 31-jähriger Patient hatte drei Wochen nach Beginn der Eingliederung die WfbM-Tätigkeit als zu »langweilig« empfunden und abgebrochen, ein weiterer 34-jähriger Patient hat den WfbM-Antrag vor der Bescheidung zu dem Zeitpunkt zurückgezogen, als die EU-Rente gewährt wurde.

Die Dauer der rehabilitativen Vorbereitung einer beruflichen Integration in den zweiten Arbeitsmarkt betrug durchschnittlich 14 Wochen mit durchschnittlich 41 komplexen Therapietagen.

Zusammenfassender abschließender Kommentar

Ambulante und ggf. mobile medizinisch-berufliche Neurorehabilitation und durch ein regional verfügbares multiprofessionelles Team begleitete Wiedereingliederung ist nachhaltig erfolgreich: Vielen der beruflichen (Re-) Integrationsverfahren ist gemeinsam, dass sie störanfällig sind und der Begleitung bedürfen. Das multiprofessionelle Wiedereingliederungsteam bedarf besonderer neuropsychologischer und psychosozialer Kompetenz (plus ggf. Supervision). Wichtig sind intensive und repetitive »laiengerechte« Informationsvermittlung und Geduld gegenüber dem Menschen mit erworbener ZNS-Schädigung und seinem sozialen Umfeld – in Familie und Arbeitswelt. Der Zeit- und Leistungsaufwand für die Integrationsmaßnahmen ist sehr unterschiedlich und hängt von den individuellen gesundheitlichen und sozialen Bedingungen und von den internen und externen Kontextfaktoren ab. Gesundheitliche und soziale Rehabilitation gelingt u.E. umso besser, je konkreter sich das Wiedereingliederungsteam mit dem Patienten

abstimmt, wenn es regional vernetzt arbeitet und systematisch versucht, die Brüche und Defizite der sektoralen Versorgung zu vermeiden oder flexibel zu überbrücken (Überleitungen). Es hat sich bewährt, die verschiedenen Teilaufgaben der medizinischen Rehabilitation und der Maßnahmen zur sozialen Integration möglichst »integrativ zu denken« und vorausschauend zu planen, »konsekutiv oder geplant iterativ zu gestalten« und etwaige Überleitungen in die ambulante Nachsorge und Pausen sorgfältig vorzubereiten.

Für das Ziel der möglichst frühzeitigen und leistungsangepassten beruflichen Integration von Menschen mit erworbenem Hirnschaden werden unter Ausnutzung der Wohn- und Arbeitsraumnähe viele der Teilaufgaben pragmatisch, flexibel und ggf. multiprofessionell zusammengefasst, die ansonsten meist nacheinander, oft unabgestimmt und von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht werden. In der sozialraumorientierten Versorgung wird versucht, mit allen Patienten Arbeit/Beruf/Ausbildung/Tagesstruktur und Beschäftigung als zentrale Aufgabe frühzeitig zu fokussieren, und zwar möglichst bevor negative Sekundärentwicklungen, Komorbidität und prognostisch ungünstige psychosoziale Hemmnisse im sozialen Bereich auftreten.

Literatur

1. BAR-Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 14. Aufl., 2011.
2. Brooks N, McKinley W, Symington C. Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury* 1987; 1: 5-19.
3. Bürger, Deck. SIBAR Instrumente. 2009, <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/diagnostik-screening/sibar>.
4. Buschmann-Steinhage R, Röckelein E. Präsentation 2010. Abgriff 31.03.2012 http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/wp-content/uploads/BO_Umsetzung_in_die_Praxis_Buschmann-Steinhage.pdf.
5. DRV-Formulare zur stufenweisen Wiedereingliederung. Zugriff 10.04.2011, http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/DRV/de/Inhalt/Formulare_Publikationen/Formulare/Rehaeinrichtungen/_DRV_Paket_Rehaeinrichtungen_Stufenweise_Wiedereingliederung.html?nn=38556.
6. Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Zugriff vom 31.03.2012, http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Empfehlungen_med_beruf_Neurologie.pdf.
7. Enseroth T. Konstruktion und Validierung der MCD Skala zur Erfassung unterschwelliger organischer Psychosyndrome (minimale cerebrale Dysfunktion, MCD) im Erwachsenenalter. Dissertation, Charité Berlin 18.11.2011. Zugriff 10.04.2012, http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000009999/Diss_Enseroth_E-Version.pdf;jsessionid=47C90C9A809E1F23B8E2CBF432E6v.
8. Fries W, Fischer S. Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. *Rehabilitation* 2008; 47: 265-274.
9. Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg). Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Thieme, Stuttgart 2007.
10. Fries W, Wendel C. Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben nach Hirnschädigung: Neue Beiträge zu Prognose und Therapie. In: Dettmers C, Weiller C (Hrsg). *Update Neurologische Rehabilitation*. Hippocampus, Bad Honnef 2005, 101-112.
11. Frommelt P, Lösslein H (Hrsg). *NeuroRehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Springer, Heidelberg 2010.
12. GBA-Richtlinie der AU und Anlage zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung. Zugriff am 31.03.2011, http://www.g-ba.de/downloads/62-492-56/RL_Arbeitsunfaehigkeit-2006-09-19.pdf <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/109/>.
13. G-BA-Richtlinie Neuropsychologie. Zugriff 31.03.2012, http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1415/2011-11-24_MVV-RL_Neuropsych_BAnz.pdf.
14. Goldenberg G, Prössl J, Ziegler W (Hrsg). *Neuropsychologie im Alltag*. Thieme, Stuttgart 2002.
15. Götter R, Schneider U, Goldenberg G. Überforderung in Alltagssituationen bei minimalen Funktionsdefiziten. In: Goldenberg G, Prössl J, Ziegler W. *Neuropsychologie im Alltag*. Thieme, Stuttgart 2002, 131-149.
16. Gottesman RF. Stroke: Is cognitive dysfunction common after ischemic stroke? *Nature Reviews Neurology* 2009; 5: 475-476.
17. Heekeren HR. Umgang mit Stress-Situationen nach Schlaganfall: Störungen der Entscheidungsfindung. Zugriff 31.03.2012, http://www.kompetenznetzschlaganfall.de/fileadmin/download/Fortbildung_Oktober_2011/Heekeren_mitW.pdf.
18. Helmchen H. Unterschwellige psychische Störungen. *Der Nervenarzt* 2002; 72 (3): 181-189.
19. Huber G. *Psychiatrie*. 6. Aufl., Schattauer, Stuttgart 1999.
20. Kulke H, Schupp W. Stationär ambulanter Verbund. Zugriff 30.03.12: <http://www.neuropsychologie.de/SAV/standards.htm>.
21. Manteuffel L. Medizinische Rehabilitation: Berufliche Teilhabe als Leitziel. *Deutsches Ärzteblatt*, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=80534> (mit 3 Leserschriften).
22. Masur H, Fries W, Hömberg V, Reuther P. Perspektiven: Neurorehabilitation und restaurative Neurologie. *Akt Neurol* 2007; 34: 577-581.
23. Müller. *Melba Instrumente*. 2006, <http://www.melba.de/melba/ida.html>.
24. Prigatano GP. *Neuropsychologische Rehabilitation*. Springer, Heidelberg 2004.
25. Rollnik JD, Allmann J. Berufliche Teilhabe von neurologischen Rehabilitanden – Langzeitergebnisse eines medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentrums (Phase II). *Die Rehabilitation* 2011; 50: 37-43.
26. Scheid R, von Cramon Y. Klinische Befunde im chronischen Stadium nach Schädel-Hirn-Trauma. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2010; 107 (12): 199-205.
27. Schellhorn A, Pössl J, Kursawe U, Goldenberg G. Therapeutische Supervision während der beruflichen Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. *Neurol Rehabil* 2005; 2: 57-64.
28. Schönlé PW (Hrsg). *Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation – Grundlagen, Praxis, Perspektiven*. Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2007.
29. Streibel. *SIMBO-Instrumente*. 2009, <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/diagnostik-screening/simbo>.
30. VDR. *Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation*. *Die Rehabilitation* 1995; 34: 119-127.
31. Viol M, Grotkamp S, Seger W. Personbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion) Teil 2. *Gesundheitswesen* 2007; 69 (1): 34-37.
32. Viol M, Grotkamp S, van Treck B, Nüchtern E, Hagen T, Manegold B, Eckhard S, Penz M, Seger W. Personbezogene Kontextfaktoren, Teil 1. *Das Gesundheitswesen* 2006; 68 (12): 747-759.
33. Wendel C. *Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung*. Dissertation 2003. http://elib.suub.uni-bremen.de/publications/dissertations/E-Diss531_wendel.pdf. (Zugriff 10.04.2011) http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung.pdf.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Dr. Paul Reuther
Neurologische Therapie Rhein Ahr
Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
E-Mail: reuther@neuro-therapie.de