

Interprofessionelle BETA-MeH-Kooperation zwischen klinischer und betrieblicher Rehabilitation: Sicht von Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention

A. Hultsch¹, C. Benstöm¹

¹ Servicezentren für Gesundheit und individuelle Teilhabe (GuT) NRW der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (faw) gGmbH

Zusammenfassung

Im Rahmen des Projektes BETA-MeH wird ein interprofessioneller, phasenübergreifender Ansatz zur Zusammenarbeit aller relevanten Akteure verfolgt.

Insbesondere die Kooperation zwischen betrieblicher und klinischer Rehabilitation ist ein neuer und wichtiger Bestandteil dieses Projektes.

Als Partner der betrieblichen Rehabilitation berichten wir von unseren Erfahrungen der interprofessionellen Zusam-

menarbeit. Die im Laufe der BETA-MeH-Intervention sich abzeichnenden Erfolgsfaktoren betrafen Aspekte wie Offenheit der Kommunikation und Vertrauensaufbau, Synchronisation unterschiedlicher interner Abläufe, feste Strukturen für den Informationsaustausch, klare Definition der Zuständigkeiten und zielgerichtete Übersetzung oder Anpassung der Empfehlungen aus der Reha-Klinik in die betriebliche Praxis.

Schlüsselwörter: Neurologische Rehabilitation, Interprofessionalität, betriebliche Rehabilitation

Einleitung

Ein innovatives Merkmal des BETA-MeH-Projektes ist die Kooperation unterschiedlicher Akteure, die einleitend beschrieben werden:

Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen, medizinische Fachkräfte und Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation, ggf. weitere externe Partner aus dem professionellen Netzwerk, arbeiten zusammen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen (Interprofessionalität). Dabei sollen das Wissen, die Methoden sowie die Perspektiven verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen kombiniert werden, um mit dem Rehabilitanden und dessen Arbeitgeber den bestmöglichen, erfolversprechendsten Plan für die Rückkehr an den Arbeitsplatz, den Return-to-Work-(RTW-)Plan zu erarbeiten und umzusetzen (Interdisziplinarität). Dieser enthält alle individuell passenden Maßnahmen und Unterstützungsleistungen, um die Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz erreichen zu können und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten (betriebliche Rehabilitation).

Die **medizinischen Rehabilitationseinrichtungen** erbringen die neurologische Rehabilitation. Mit Hilfe eines standardisierten Rekrutierungsverfahrens (Screening) werden geeignete Rehabilitanden rekrutiert. Für die Teilnehmenden erfolgt dann der Profilabgleich von Arbeitsplatz-Anforderungen und aktuellem Leistungsvermögen mittels des Fragebogens „Profilvergleich Anforderungen und Leistungsfähigkeit (PAL)“, vgl. Claros-Salinas, Schupp & Thomas in diesem Heft. Die Ergebnisse werden für die 1. Return-to-Work-(RTW-)Konferenz, welche in der

Rehabilitationseinrichtung stattfindet, aufbereitet, dort im Beisein des Rehabilitanden interdisziplinär mit den Partnern für die betriebliche Intervention besprochen und gemeinsam wird eine erste RTW-Planung erstellt. Für den weiteren Prozess der Wiedereingliederung wird eine Bezugstherapeutin als Ansprechpartner benannt.

Die zentrale Aufgabe des **Fallmanagements** liegt in der Unterstützung der Rehabilitanden bei der Eingliederung an den vorhandenen Arbeitsplatz. Seine Rolle ist als koordinierend definiert. Der Fallmanager steuert den RTW-Prozess und verantwortet den Prozess zur verbindlichen Ausgestaltung des RTW-Plans. Er arbeitet trägerübergreifend und erbringt seine Leistung bedarfs- und personenzentriert unabhängig von Träger- und Eigeninteressen. Der Fallmanager organisiert die 1. RTW-Konferenz in und in Absprache mit der Rehabilitationseinrichtung. Er informiert vorab auch die Fachkraft für betriebliche Intervention zum Fall. Im Verlauf organisiert der Fallmanager weitere RTW-Konferenzen und eine Abschluss-RTW-Konferenz, an denen der Rehabilitand, der Arbeitgeber und die Fachkraft für die betriebliche Intervention teilnehmen, bei Bedarf auch der/die Bezugstherapeut:in/-arzt/ärztin. Der Fallmanager steht nach Abschluss der Intervention noch für weitere sechs Monate als Ansprechpartner für Rehabilitand und Arbeitgeber zur Verfügung, um den Erfolg der Wiedereingliederung zu stabilisieren.

Die **Betriebliche Rehabilitation** umfasst in der Rolle der „Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI)“ zunächst die Eruiierung der persönlichen Lebenssituation des Rehabilitanden sowie der arbeitsplatzbezogenen Anfor-

derungen, unter Einbezug des Arbeitgebers und im persönlichen Kontakt vor Ort. Die zentrale Aufgabe der Fachkraft für betriebliche Intervention besteht in der Begleitung der in den RTW-Konferenzen geplanten Maßnahmen des schrittweisen und in flexiblen Belastungsstufen gestaltbaren Wiedereingliederungsprozesses. Dies fußt auf einem engmaschigen Kontakt zwischen FBI und Rehabilitand, z. B. zur Besprechung der Tagesprotokolle, mit denen v. a. die subjektive Belastungssituation dokumentiert wird (vgl. Claros-Salinas, S. 61). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinischen und betrieblichen Fachkräfte im Rahmen der RTW-Konferenzen und im bilateralen Austausch ermöglicht es der FBI, den Rehabilitanden und Arbeitgeber gleichermaßen gezielt bei der Überwindung von Widersprüchen zwischen Anforderungen und Leistungsvermögen zu unterstützen, Trainings durchzuführen und Lösungsvorschläge zur Kompensation zu erarbeiten. Zum Interventionsabschluss führt die FBI ein Re-Assessment hinsichtlich des Profilabgleichs von Arbeitsplatzanforderungen zu aktuellem Leistungsvermögen durch, welches die Grundlage für die Abschluss-RTW-Konferenz bildet. Ggf. weitere abzuleitende Maßnahmen sichern den Integrationserfolg.

Neurokompetenzprofil der faw gGmbH

Die im Projekt eingesetzten Fallmanagerinnen und FBI haben die von der Technischen Hochschule Nürnberg zertifizierte Weiterbildung „Rehabilitationsfachkraft“ sowie die Spezialisierung „Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ durchlaufen. Durchgeführt wird diese Spezialisierung seit 2007 von Herrn Wolfgang Kühne, Leitender Psychologe der Asklepios Klinik Schaufling, Klinischer Neuropsychologe GNP, Psychologischer Psychotherapeut (VT) und Supervisor BDP. Hier werden Grundlagen zur Neurologie, Neuropsychologie und neueste neurowissenschaftliche Kenntnisse vermittelt.

Das faw-interne Kompetenzzentrum MeH bündelt die neurospezifische Kompetenz, breitet neurowissenschaftliche Neuerungen auf und gibt diese an die Mitarbeitenden weiter. Das Kompetenzzentrum MeH nimmt regelmäßig an neurospezifischen Veranstaltungen teil, z. B. am Nachsorgekongress. Ebenso werden externe Weiterbildungen, z. B. für Neuropsychologen, besucht und für die Mitarbeitenden aufbereitet.

Einarbeitungen MeH, monatliche Jour fixes, Weiterbildungen mit Fallberatung sowie Fallsupervisionen finden regelmäßig statt. Unser uns seit 2005 begleitender externer Supervisor Herr Kühne (s.o.) bietet zur Fallsupervision auch immer einen Themeninput zu neuropsychologischen Themen oder neueren Erkenntnissen der Neurowissenschaften an.

Die faw ist Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation (BAG abR). Langjährig engagieren wir uns beim Nachsorge-

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 100 – 106 | <https://doi.org/10.14624/NR2601003> | © Hippocampus Verlag 2026

Interprofessional BETA-MeH cooperation between clinical and occupational rehabilitation: perspective of case management and occupational intervention specialist

A. Hultsch, C. Benstöm

Abstract

Within the framework of the BETA-MeH project, an interprofessional, cross-phase approach is pursued for the cooperation of all relevant stakeholders. In particular, the cooperation between vocational and clinical rehabilitation is a new and important component of this project.

As a partner in vocational rehabilitation, we report on our experiences of interprofessional cooperation. The success factors that emerged in the course of the BETA-MeH intervention concerned aspects such as openness of communication and building trust, synchronization of different internal processes, fixed structures for the exchange of information, clear definition of responsibilities and targeted translation or adaptation of the recommendations from rehabilitation into workplace-related practice.

Keywords: neurological rehabilitation, inter-professionalism, vocational rehabilitation, interdisciplinarity

kongress der AG Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration sowie in der Zusammenarbeit mit der ZNS-Hannelore Kohl Stiftung. Der Fachbereich Rehabilitation ist mit wichtigen Akteuren für MeH-Betroffene vernetzt, z. B. mit der DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.) dem BNB MeH oder dem SHV Forum Gehirn.

Die faw ist zugleich Träger der beiden TagesTrainingsZentren (TTZ) Kamen und Oschatz. Diese Spezialeinrichtungen der Neurorehabilitation zur Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe ergänzen unser fachliches Netzwerk.

Seit 2003 hat die faw eine neurospezifische Leistung für MeH-Betroffene zur sozialen und beruflichen Teilhabe, das Reha-Management MeH. Seit der statistischen Erfassung ab 2010 bis 07/2025 haben wir faw-weit allein im Reha-Management MeH 925 Teilnehmende unterschiedlicher Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und der DRV erfolgreich in der sozialen und beruflichen Teilhabe unterstützt.

Fallverlauf im Rahmen des Projektes BETA-MeH – Die Kooperation zwischen klinischer und betrieblicher Rehabilitation

Nach der Rekrutierung eines Rehabilitanden in der Reha-Klinik werden je eine FBI und ein Fallmanager dem Rehabilitanden zugeteilt. Zwischen der Klinik und dem Fallmanager findet ein formloser Austausch zum Rehabilitanden statt. In der Regel werden Informationen zur Erkrankung/Diagnose und zu bestehenden Einschränkungen und erste Informationen zur beruflichen Tätigkeit ausgetauscht. Der Fallmanager bespricht die ersten Informationen mit der FBI und es findet eine Terminabstimmung statt.

Die Fachkräfte für die betriebliche Rehabilitation kommen zu einem gemeinsamen Termin in die Reha-Klinik. In der Regel findet zunächst ein Kennenlern-Gespräch mit dem Rehabilitanden, der FBI und dem Fallmanager statt und danach die 1. Return-To-Work (RTW)-Konferenz mit den behandelnden Therapeuten und Ärzten und ggf. dem Sozialdienst der Reha-Klinik. Hier ist ebenfalls der Rehabilitand anwesend und Mittelpunkt des Gespräches. In dieser Konferenz werden die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen und der bisherige Rehabilitationsverlauf geschildert.

Die Zusammenarbeit der klinischen und betrieblichen Rehabilitation wird eingerahmt mittels des gemeinsamen Instrumentes PAL-Profilvergleich von Arbeitsplatzanforderungen und aktueller Leistungsfähigkeit. Hierbei werden bereits in der Klinik von den behandelnden Therapeuten und Ärzten die relevanten Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit erfasst. Ebenso beurteilt der Rehabilitand seine Leistungsfähigkeit entsprechend seiner Wahrnehmung. Die Ergebnisse des PAL aus Rehabilitanden- und klinischer Sicht liegen idealerweise bereits den Fachkräften der betrieblichen Rehabilitation vor der Konferenz vor, sodass darauf konkret eingegangen werden kann.

Bezogen auf das Berufsbild wird erörtert, was bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz beachtet und weiterhin trainiert und therapiert werden sollte. Die berufsrelevanten Funktionsdefizite werden besprochen und in einem Protokoll erfasst. Umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren werden ebenfalls thematisiert und erfasst. Durch die umfangreichen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Unternehmen und Branchen können die FBI und der Fallmanager einordnen, welche Themen und Leistungsprofile bei der beruflichen Integration relevant sein könnten. Die Fachkräfte für die betriebliche Intervention können so schon vor der konkreten Besichtigung des Arbeitsplatzes einschätzen, welche Tätigkeiten voraussichtlich ausgeübt und welche körperlichen und kognitiven Anforderungen an den Arbeitnehmer gestellt werden können. Dies ermöglicht eine detaillierte Eingliederungsplanung als Ergebnis der 1. RTW-Konferenz:

- Ist die körperliche Leistungsfähigkeit für den Arbeitsplatz des Rehabilitanden besonders relevant, kann durch die Auflistung der Einschränkungen im PAL genauer geplant werden, welche Tätigkeiten ggf. zunächst zu vermeiden sind oder im Rahmen der Eingliederung und/oder der ambulanten Therapien zu trainieren sind. Wurden zum Beispiel Gleichgewichtsstörungen festgestellt, muss vor der Eingliederung mit dem Arbeitgeber besprochen werden, dass das Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten ausgeschlossen werden muss. Ebenfalls erfasst im Leistungsprofil sind Tätigkeiten wie zum Beispiel Überkopparbeiten, Heben und Tragen, feinmotorische Nutzung der Hände, auf die speziell eingegangen wird.

- Eine deutliche Einschränkung der Gedächtnisleistung und der Exekutivfunktion zum Beispiel verlangt eine genauere Betrachtung der Arbeitstätigkeit. Hier werden durch die FBI dann Kompensationsstrategien und Trainingsmöglichkeiten aufgezeigt. Sollte die Gefahr bestehen, durch die Einschränkungen Fehler oder Störungen im betrieblichen Ablauf zu verursachen, sollten diese Tätigkeiten ggf. zunächst vermieden oder unter Einbezug von Kollegen oder Vorgesetzten überwacht werden. Im Falle eines Rehabilitanden bestand die Aufgabe im Organisieren, Planen und Kalkulieren von Charter-Aufträgen. Dies konnte aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen nicht alleinverantwortlich in der Wiedereingliederung ausgeübt werden. Daher wurde vereinbart, dass zunächst lediglich Zuarbeiten erledigt werden sollten. Perspektivisch wurde dann schrittweise an die vorherige Tätigkeit herangeführt. Sind die Einschränkungen dauerhaft, muss eine Anpassung des Tätigkeitsprofil erfolgen. Auch hierzu können FBI und Fallmanager durch umfangreiches Praxiswissen Vorschläge unterbreiten.

In der 1. RTW-Konferenz wird eine Empfehlung zur Gestaltung der Wiedereingliederung aus ärztlicher Sicht gegeben. Hier ist für die betrieblichen Partner besonders relevant, ob aus ärztlicher Sicht ein frühzeitiger Start der Eingliederung angedacht ist, oder ob dieser später stattfinden soll, weil ggf. das Krankheitsereignis noch nicht genügend verarbeitet wurde oder die Belastbarkeit zu dem Zeitpunkt noch nicht ausreichend ist. Der Fallmanager holt sich eine Empfehlung ein, in welchem zeitlichen Umfang die Eingliederung begonnen werden kann. Bei speziellen Anforderungen wie zum Beispiel Einsatz im Schichtsystem erörtert er Voraussetzungen und Möglichkeiten mit den Ärzten und Therapeuten.

Ebenso wird in der RTW-Konferenz besprochen, welche Therapien nach Entlassung ambulant vor Ort weitergeführt werden sollten. Hier ist der Fallmanager bei Bedarf dem Rehabilitanden bei der Suche und Organisation behilflich.

Im Anschluss an die 1. RTW-Konferenz beurteilt die FBI gemeinsam mit dem Arbeitgeber/Vorgesetzten die Relevanz der im PAL aufgeführten Kriterien für den entsprechenden Arbeitsplatz, nach Möglichkeit durch eine Begehung vor Ort. Nicht immer kann ein Arbeitsplatz vollumfänglich besichtigt werden, wie zum Beispiel Produktionsbetriebe mit strengen Hygienebestimmungen, Krankenhäuser (insbesondere Kreißsäle oder Intensivstationen) und Außendienst-Tätigkeiten. Hierbei muss die Arbeitsplatzbeschreibung durch Gespräche mit dem Rehabilitanden und dem Arbeitgeber eruiert werden.

Aus dem Abgleich der Anforderungen mit der aktuellen Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden leitet sich meist klar ab, welche Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz umgesetzt werden sollen, sowohl durch den Rehabilitanden selbst, als auch durch FBI und die ambulanten Therapeuten.

In gemeinsamen Besprechungen mit dem Rehabilitanden und dem Arbeitgeber wird der Rahmen der Wiedereingliederung beraten. Entsprechend der Empfehlung aus der Reha-Klinik und entsprechend des Wunsches des Rehabilitanden wird dem Arbeitgeber der Rahmen der Eingliederung vorgeschlagen. Die Tätigkeiten und das aktuelle Tätigkeits- und Leistungsprofil des Rehabilitanden werden besprochen. Hier wird bei Bedarf eine Anpassung der Aufgaben vereinbart. Ebenso sind organisatorische Anpassungen, wie zum Beispiel das Arbeiten im home-office, der Verzicht auf Außentermine oder die Vermeidung von verantwortungsvollen Aufgaben möglich.

Während der Laufzeit wird durch den Fallmanager bei Bedarf auf die Expertise der Ärzte und Therapeuten der Reha-Klinik zurückgegriffen. Die Reha-Klinik wird regelmäßig durch den Fallmanager über den Verlauf informiert. Ebenso ist eine erneute RTW-Konferenz unter Einbezug der Ärzte und Therapeuten auch im weiteren Verlauf bei Bedarf möglich.

Themen für einen erneuten Einbezug der Rehaklinik oder eine erneute RTW-Konferenz mit den Ärzten und Therapeuten aus der Reha-Klinik können sein:

- Probleme mit der Medikation
- erneute gesundheitliche Probleme
- Bestätigung eines Arztes für eine Nachtschichtbefreiung
- Notwendigkeit einer Fahrprobe aus ärztlicher Sicht
- Beantragung einer Erwerbsminderungsrente
- Abschluss und erfolgreiche Wiedereingliederung
- Abbruch der Intervention.

Sollte sich im Verlauf der betrieblichen Intervention herausstellen, dass der Rehabilitand nicht mehr an seinen Arbeitsplatz zurückkehren kann oder nur noch vermindert erwerbsfähig ist, wird eine RTW-Konferenz anberaumt, zu der bei Bedarf auch die Ärzte und Therapeuten der Reha-Klinik eingeladen werden. Es wird über mögliche Optionen gesprochen. Sofern keine LTA-Leistungen in Erwägung gezogen werden und tatsächlich nur eine Erwerbsminderungsrente in Frage kommt, wird ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt. Möglich ist hier auch eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, bei einer Leistungsfähigkeit von 3 bis unter 6 Stunden täglicher Arbeitszeit. In diesem Falle wird mit dem Arbeitgeber eine Reduzierung der Arbeitszeit besprochen und vereinbart und ein Antrag auf teilweise Erwerbsminderungsrente gestellt.

Hierbei unterstützt der Fallmanager den Rehabilitanden. Die FBI und der Fallmanager reichen bei der DRV eine Stellungnahme und Einschätzung zum Antrag auf Erwerbsminderungsrente ein. Bestandteil ist der Verlauf der Intervention und die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit am jetzigen Arbeitsplatz und eine Einschätzung der Möglichkeit einer beruflichen Umorientierung. Die Reha-Klinik begutachtet den Rehabilitanden erneut und reicht die Einschätzung der Erwerbsprognose bei der

DRV ein. Dies wird notwendig, wenn sich die Einschätzung der Erwerbsprognose der Reha-Klinik bei der Entlassung abweichend von Ergebnissen der betrieblichen Intervention darstellt. Wenn LTA-Leistungen angezeigt sind, wird der zuständige Rehaberater der DRV hinzugezogen, um eine Überleitung in die Regelleistung der DRV zu sichern.

Herausforderungen und Schwierigkeiten

Die Herausforderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit ist das Zusammentreffen verschiedener Expertenorganisationen und die Vereinbarung auf eine gemeinsame Arbeitsebene. Das Kennenlernen der jeweiligen Projektpartner in der klinischen und der betrieblichen Rehabilitation stand zu Anfang des BETA-MeH-Projektes. Die unterschiedlichen Einrichtungen und Professionen mussten sich zunächst kennenlernen und Vertrauen aufbauen. Durch die Vorgaben des Projektes mussten sich die Strukturen und Abläufe der Projektpartner synchronisieren. Damit verbunden waren vorrangig Änderungen in bestehenden Strukturen und Prozessen aber auch die Anerkennung der jeweils anderen Profession und ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten.

Als weitere Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind Kommunikationsbarrieren zu nennen. Unterschiedliche fachspezifische Sprache und Denkweisen können zu Missverständnissen führen und die Effizienz der Zusammenarbeit beeinträchtigen. Im Rahmen der RTW-Konferenzen ist zusätzlich der Rehabilitand selbst in die Kommunikation einzubinden. Durch die Moderation des Fallmanagers wird abgesichert, dass dies geschieht und sich alle Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel vereinbaren.

Für eine konfliktarme Zusammenarbeit aller Partner im Rahmen des Projektes erwies sich die klare Abgrenzung der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche als erfolgsentscheidend. Voraussetzung für die Wirksamkeit war, die rollenspezifischen Handlungsleitfäden aus dem Interventionsmanual einzuhalten.

Durch den engen Zeitkorridor zwischen Rekrutierung und Entlassung aus der Reha-Klinik stellte die Terminkoordination der RTW-Konferenzen eine Herausforderung dar. Die Abläufe der klinischen Partner und die Arbeitsabläufe der betrieblichen Partner sind grundverschieden. Auf der einen Seite gibt es für die betrieblichen Projektpartner lange Anfahrtswege, die eine Terminkoordination zusätzlich erschweren. Auf der anderen Seite haben die Ärzte und Therapeuten festgelegte Terminabläufe in der Reha-Klinik. Neben einer konzeptionellen Anpassung erforderte dies eine erhöhte Flexibilität von allen Beteiligten.

Die aus ärztlich-therapeutischer Sicht empfohlenen Rahmenbedingungen für die berufliche Eingliederung müssen von den Fachkräften für die betriebliche Intervention in die Bedingungen am konkreten Arbeitsplatz übersetzt werden. Es gibt Rahmenbedingungen

in Betrieben, die eine Umsetzung der Eingliederung erschweren. Häufig geht es dann darum, Kompromisse zu entwickeln, um das Arbeitsverhältnis zu erhalten und gleichzeitig die Arbeitsumgebung bestmöglich auf die gesundheitlichen Bedingungen des Mitarbeiters abzustimmen.

Fallbeispiel 1:

Ein Rehabilitand war im Drei-Schicht-System beschäftigt. Die ärztliche Empfehlung aus der Reha-Klinik war, nur noch in einer festen Tagesschicht zu arbeiten. Auch der Rehabilitand wünschte dies. Das Ziel war, Stress zu reduzieren, die Hypertonie besser regulieren zu können und einen regelmäßigen Schlafrythmus zu erreichen. Der Betrieb hingegen bestand auf eine mindestens zwei-schichtige Einteilung der Arbeitszeit, die Befreiung von der Nachtschicht wurde mit ärztlichem Attest befristet zugestanden. Eine Eingliederung in lediglich einer festen Schicht wurde abgelehnt mit der Begründung, dass auch perspektivisch eine Weiterbeschäftigung nur mit mindestens zwei Schichten möglich wäre. Hier ging es dann darum, in Rückkopplung mit den behandelnden Ärzten die individuellen Bedingungen in der Gesamtschau auszutarieren. Die FBI und der Fallmanager mussten hier gemeinsam mit dem Rehabilitanden einen Kompromiss finden, der sowohl die gesundheitlichen Aspekte beachtete aber auch eine Gefährdung des Arbeitsverhältnisses verhinderte. Hier konnte nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes ein zweischichtiger Arbeitsrhythmus wieder aufgenommen werden. Ein Jahr nach Projektende konnte der Rehabilitand eine andere Position im Unternehmen besetzen, die eine feste Arbeitszeit beinhaltete.

Für die Kompromissbereitschaft des Arbeitgebers spielt auch die Qualität der Arbeitsbeziehung, wie sie vor der Erkrankung ihres Mitarbeiters bestand, eine wichtige Rolle. Ist das Arbeitsverhältnis vorbelastet, z.B. durch frühere Konflikte, müssen der Fallmanager und die FBI zunächst darauf hinarbeiten, dass der Arbeitgeber bereit ist, an dem Projekt mitzuwirken bzw. im Verlauf entsprechende Kompromisse hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitsbedingungen einzugehen. Hierfür benötigen die FBI ein besonderes Verhandlungsgeschick und sie müssen sich bestmöglich auf den Arbeitgeber einstellen, um eine gemeinsame Basis zu erarbeiten.

Fallbeispiel 2:

Bereits zum Zeitpunkt des Krankheitsereignisses standen sich eine Mitarbeiterin und ihr Arbeitgeber von Anwälten vertreten gegenüber. Ausgangspunkt dafür waren diverse Konflikte und die Absicht des Arbeitgebers, das Arbeitsverhältnis aufzuheben. Mit sehr viel Fingerspitzengefühl, Vertrauensarbeit und Beharrlichkeit gelang es der FBI, letztlich den Arbeitgeber zu einer Zusammenarbeit zu bewegen

und gleichzeitig auch der Mitarbeiterin das erforderliche Maß an Sicherheit durch das Projekt zu vermitteln, damit diese sich auf eine Rückkehr an den Arbeitsplatz einlassen konnte. Hierbei erwies es sich u.a. als hilfreich, beiden Seiten die Vorteile für ihre jeweilige Position darzulegen, ihre dahinterliegende Motivation zu ergründen und nach der kleinstmöglichen Schnittmenge zu suchen. Der bestehende Konflikt wurde also als gegebene Rahmenbedingung gewürdigt und in die Lösungsfindung einbezogen. In Folge des gesundheitlichen Ereignisses bestanden zunächst deutliche Einschränkungen hinsichtlich der Verantwortungsübernahme, was die Einsatzfähigkeit der Mitarbeiterin limitierte, mit ungewisser Prognose. Die Möglichkeit, fortlaufend eine ärztliche Einschätzung der Klinik abfragen zu können, erwies sich dabei für die FBI und Fallmanagerin als Ass im Ärmel, denn es gab allen Beteiligten Orientierung. Die Mitarbeiterin konnte sich gesundheitlich durch einen an ihre Voraussetzungen angepassten Wiedereingliederungsplan erfolgreich stabilisieren und letztlich ihre Einsatzfähigkeit im Beruf der Hebamme weitgehend wiedererlangen. Nach dem Projekt gingen beide Seiten dennoch getrennte Wege, aber die Mitarbeiterin mit der Gewissheit um ihre zurückgewonnene berufliche Einsatzfähigkeit.

In der 1. RTW-Konferenz werden aus ärztlicher und therapeutischer Sicht Empfehlungen für die weiteren ambulanten Therapien gegeben. Der Fallmanager unterstützt den Rehabilitanden bei der Suche und Organisation dieser. Leider ist die ambulante Versorgung nicht immer wie gewünscht und benötigt möglich, da teilweise keine freien Kapazitäten der ambulanten Therapieversorgung gegeben sind. Es gibt lange Wartezeiten und somit eine (zeitlich begrenzte) Versorgungslücke zwischen der Entlassung aus der Reha-Klinik und der Aufnahme einer ambulanten Therapie. Insbesondere eine ambulante Weiterbehandlung durch einen Neuropsychologen lässt sich oft schwer umsetzen.

Ebenso zu erwähnen ist die Schwierigkeit des Austausches von Daten zwischen den verschiedenen Institutionen des Projektes. Die Fachkraft für betriebliche Intervention und der Fallmanager benötigen zur weiteren Begleitung des Klienten die Ergebnisse der Fragebögen (z. B. PAL) und den Entlassbericht. Hier kam es gelegentlich zu Verzögerungen bis die benötigten Informationen vorlagen. Hier muss selbstverständlich der Datenschutz genau beachtet werden.

Vorteile und Innovationen der interprofessionellen Zusammenarbeit für die betriebliche Intervention und das Fallmanagement

Effektive Kommunikation ist die Grundlage für den Erfolg der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die regelmäßigen Besprechungen in Form von gemeinsa-

men Konferenzen, dem virtuellen Format Boxen-Stopp, bei dem sich die Partner standardmäßig einmal im Monat austauschten, und die Zusammenarbeit im Rahmen der RTW-Konferenzen sicherten den Austausch von Informationen, Erfolgen und das Kennenlernen.

Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit bringt jede Profession ihre je eigenen Einsichten und Fachkenntnisse ein, um zu einem umfassenderen Verständnis des Rehabilitanden als Mittelpunkt der Arbeit zu gelangen und die bestmögliche Versorgung und Hilfestellung für diesen zu gewährleisten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit birgt vielfältige Vorteile für den betroffenen Menschen. Alle bedarfsrelevanten Aspekte der Versorgung und Begleitung des Rehabilitanden können so wie aus einer Hand gesteuert werden. Der Übergang zwischen medizinischer Versorgung, medizinischer und beruflicher Rehabilitation läuft fließend. Der Patient kennt seine Ansprechpartner und muss sich nicht aktiv Informationen oder Hilfe einholen. Außerdem muss nicht zunächst ein Antrag auf LTA gestellt und auf einen Bescheid gewartet werden. Diese besondere Kooperation verkürzt mögliche Wartezeiten und sichert eine nahtlose Versorgung in der beruflichen Rehabilitation. Dies ermöglicht dem betroffenen Menschen stets eine Perspektive zu haben. Die Zugänge zu Unterstützungsangeboten gestalten sich leichter, personenzentriert statt institutionsorientiert. Der Fallmanager oder die FBI kümmert sich um den Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten. Dazu zählen die Organisation der medizinischen Versorgung, die Kommunikation mit dem Kostenträger und damit auch die Absicherung, falls es bei Geldbezügen Probleme gibt.

Der persönliche Kontakt zwischen medizinischen Fachkräften und Experten für die berufliche Wiedereingliederung im Beisein des betroffenen Menschen, wie er BETA-MeH kennzeichnet, ermöglicht einen sicheren und schnellen Informationsfluss und eine gemeinsame Zielplanung, die aus rehawissenschaftlicher und medizinischer Sicht vertreten werden kann. Außerhalb des Projektes ist ein persönlicher Austausch zwischen Behandlern in der medizinischen Rehabilitation und Institutionen der beruflichen Rehabilitation selten. Durch die Verzahnung medizinischer und beruflicher Perspektive können die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung besser ausgeschöpft werden.

Ein Vorteil der interprofessionellen Zusammenarbeit für uns als Partner der betrieblichen Integration ist der frühzeitig einsetzende, direkte Informationsfluss. Den Rehabilitanden bereits in der Reha-Klinik kennenzulernen und der Austausch mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten und dem Patienten selbst, ermöglicht das Erfassen eines Gesamtbildes des Klienten und dessen Einschränkungen. Somit kann viel passgenauer und angepasst an die medizinische Expertise die berufliche Rehabilitation eingeleitet und durchgeführt werden.

Durch den Einsatz des gemeinsamen Instrumentes PAL-Profilvergleich von Arbeitsplatzanforderungen und

aktueller Leistungsfähigkeit wird gewährleistet, dass die Leistungsfähigkeit und die gesundheitlichen Einschränkungen in gemeinsamer Sprache aller Parteien erfasst werden, konkret therapiert und trainiert werden können.

Der Kontakt zum Arbeitgeber und die Gestaltung der Rückkehr an den Arbeitsplatz ist für Betroffene nach langer oder schwerer Krankheit oft schwierig. Die Kommunikation mit den verschiedenen Ansprechpartnern und mit dem Arbeitgeber kann im Rahmen des Projektes stets von den beteiligten Fachkräften unterstützt werden. Bereits in der Reha-Klinik kann der Zeitpunkt und der Umfang der betrieblichen Eingliederung vorgeplant werden. Bei BETA-MeH obliegen die Gestaltung der Eingliederung der FBI und dem Fallmanagement, aber bereits in der Reha-Klinik wird die ärztlich-therapeutische Einschätzung dazu eingeholt. Bei der weiteren Planung spielen ebenfalls die Gegebenheiten und Wünsche des Arbeitgebers hinein. Der entscheidende Vorteil im Rahmen des Projektes ist die vermittelnde Rolle der betrieblichen Fachkräfte. Die ärztlichen Empfehlungen werden von den betrieblichen Fachkräften dem Arbeitgeber vermittelt. Gemeinsam können Kompromisse und Lösungen gefunden werden. Ein großer Vorteil ist die intensive Besprechung der Eingliederungsmöglichkeiten, um dem Arbeitgeber die Scheu oder Ängste zu nehmen. Der Arbeitgeber wird somit ebenfalls entlastet und unterstützt durch die begleitete Wiedereingliederung und das Ausprobieren verschiedener Anpassungen in der betrieblichen Praxis. Bei Unsicherheiten während der Phase der betrieblichen Eingliederung oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes etc. kann jederzeit Rücksprache mit den Ärzten der Reha-Klinik gehalten werden.

Erfolgsfaktoren und Resümee der interprofessionellen BETA-MeH-Kooperation zwischen klinischer und betrieblicher Rehabilitation

Der innovative BETA-MeH-Ansatz, einen flexiblen Übergang zwischen rehaklinischer und betrieblicher Phase herzustellen, ist erfolgreich erprobt worden und dabei konnten wir aus unserer Perspektive folgende Erfolgsfaktoren ableiten:

- Offenheit und Vertrauensaufbau
- Synchronisation der verschiedenen internen Abläufe
- Feste Struktur für den Informationsaustausch
- Klare Definition der Zuständigkeiten
- Übersetzung/Anpassung der Empfehlungen aus der Reha-Klinik in die betriebliche Praxis

Im Laufe des Projektes sind alle beteiligten Partner näher zusammengerückt. Durch intensive Vorbereitungen und begleitende Austauschformate ergab sich die Möglichkeit des gemeinsamen Lernens, sich gegenseitig kennenzulernen, zu vertrauen und gut zusammenzuarbeiten. Anfängliche Unstimmigkeiten und Unklarheiten konnten geklärt oder im Manual angepasst werden.

Das gemeinsame Lernen und das Lernen voneinander haben dieses Projekt geprägt. Zwei verschiedene Bereiche der Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen wurden zusammengeführt mit dem Ziel, eine bessere Versorgung für diese Zielgruppe zu erreichen. Profitiert haben alle Beteiligten und alle Institutionen. Wo vorher „nacheinander“ und unabhängig voneinander gearbeitet wurde, wurde nun miteinander an der bestmöglichen Versorgung der Patienten/Rehabilitanden/Klienten gearbeitet. Wissen und Erfahrungen wurden ausgetauscht und im Sinne der Betroffenen wurde eine gute Zusammenarbeit etabliert.

Für uns als Leistungserbringer für Teilhabe am Arbeitsleben ist die Erfahrung, direkt mit der Reha-Klinik und den behandelnden Ärzten und Therapeuten zusammenzuarbeiten, besonders wertvoll. Der direkte Austausch ist nicht nur ein Vorteil für unsere Arbeit in der beruflichen Rehabilitation, sondern ganz besonders auch ein ganz großer Vorteil für die betroffenen Menschen.

Der flexible Übergang zwischen rehaklinischer und betrieblicher Phase ermöglicht eine passgenaue Leistung und Förderung entsprechend des individuellen Leistungsvermögens des Rehabilitanden und somit eine Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Mittels der engen Verzahnung von medizinischer und betrieblicher Intervention können individuelle Lösungsansätze am Arbeitsplatz erprobt und angepasst werden. Durch die Erbringung der Leistungen „aus einer Hand“ werden Arbeitgeber und Rehabilitand entlastet und das zur Verfügung stehende Unterstützungsangebot ausgeschöpft.

Korrespondenzadresse:

Anja Hultsch
Fortbildungsakademie der Wirtschaft (faw) gemeinnützige Gesellschaft
mbH
Servicezentren für betriebliche Gesundheit und individuelle Teilhabe
(GuT) NRW
Bonner Straße 324, 50968 Köln
anja.hultsch@faw.de