

Interprofessionelle BETA-MeH-Intervention: Kooperation von Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention

G. Heckmann¹, U. Kurten²

¹ Integrationsfachdienst Köln gGmbH

² Servicezentren für Gesundheit und individuelle Teilhabe (GuT) NRW der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (faw) gGmbH

Zusammenfassung

Im Rahmen des BETA-MeH-Projektes ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement (FM) und Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI) eine wesentliche Säule der erfolgreichen Integration der Rehabilitand:innen am Arbeitsplatz. Kernpunkt der Zusammenarbeit sind neben dem informellen Austausch regelmäßige Return-to-Work-Konferenzen, die in der Anfangsphase auch das medizinisch-therapeutische Personal mit einbeziehen.

In diesem Artikel werden die Besonderheiten des professionellen Tandems aus der Sicht zweier Praktikerinnen dargestellt. Die Zusammenarbeit wird in ihrer Bedeutung sowohl für die betroffenen Personen als auch für Arbeitgebende erläutert und mit Fallbeispielen untermauert.

Die Ergebnisse zeigen auf praktischer Ebene, dass die Rehabilitand:innen von der Zusammenarbeit der Fachkräfte

profitieren, da sie gebündelte Fachkompetenz in Anspruch nehmen können. Selbst wenn keine erfolgreiche Integration am Arbeitsplatz gelingt, werden die betroffenen Personen bei weiteren Schritten begleitet und unterstützt, sodass den Fachkräften eine Lotsenfunktion im System der beruflichen Rehabilitation zukommt.

Für die Fachpersonen selbst erleichtert die interprofessionelle Zusammenarbeit das Meistern der täglichen Herausforderungen im Reha-Prozess. Im Sinne der Qualitätssicherung dient der Austausch zwischen den Fachkräften als kollegiale Intervention. Fachpersonal anderer am Fall beteiligter Professionen, wie beispielsweise Neuropsycholog:innen, Ergotherapeut:innen, Neurolog:innen oder Logopäd:innen können jederzeit hinzugezogen werden.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, berufliche Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung, Interventionen am Arbeitsplatz

Einleitung

Schwerpunkt der BETA-MeH-Interventionen ist die begleitete Rückkehr an den Arbeitsplatz von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.

Im Rahmen des Projektes besteht eine Besonderheit im Einsatz und der Zusammenarbeit von Fallmanagement und Fachkraft für Betriebliche Intervention.

Während das Fallmanagement (FM) für die Interventionssteuerung zuständig ist und sektorenübergreifend die flankierenden Leistungen sowie die RTW-Konferenzen koordiniert, agiert die Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI) im lebensweltlichen Kontext der Rehabilitand:innen und begleitet therapeutisch die Rückkehr an den Arbeitsplatz, erfasst Arbeitsplatzanforderungen und bindet Arbeitgeber:innen ein.

Die beiden Akteur:innen sind hierbei durchgehend im Austausch miteinander und mit den Rehabilitand:innen, um diese im Zentrum der Intervention zu halten und eine umfassende Begleitung im Rehabilitationsverlauf zu ermöglichen.

Wie dies in der praktischen Umsetzung der Intervention aussieht und welche Vorteile für verschiedene Beteiligte sich hierbei im Prozess ergeben wird im Folgenden aus der Sicht des Fallmanagements und der Fachkraft für Betriebliche Intervention geschildert.

Interprofessionelle Betreuungsphasen der BETA-MeH-Intervention

Die Eingangsphase

Einen Überblick verschaffen

Zu Beginn der Intervention, also sobald die Rehabilitand:innen in das BETA MeH Projekt aufgenommen und die Interventionspartner:innen zugewiesen wurden, startet der Auftrag des Fallmanagements. Die Kernaufgabe des Fallmanagements ist die Interventionssteuerung, es sollte somit stets den Überblick über die Gesamtsituation behalten und das Wissen aller Partner:innen miteinander verknüpfen.

Sobald die Ansprechperson der Klinik sowie die Diagnosen vorliegen, geht das Fallmanagement in einen ersten Austausch mit der Klinik. Hier werden genauere Informationen zur erworbenen Hirnschädigung und zur Rehabilitand:in von der Klinik an das Fallmanagement weitergegeben und es entsteht ein erster Gesamteindruck. Kernfragen für diesen ersten Austausch zwischen Fallmanagement und Klinik können sein:

- Wann war das Ereignis?
- Befindet die betroffene Person sich in ihrer ersten Reha oder handelt es sich um eine Intervallrehabilitation?

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 107 – 112 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

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

G. Heckmann, U. Kurten

Abstract

In the BETA-MeH project, interprofessional collaboration between case management (FM) and the specialist for workplace intervention (FBI) is a key pillar of the successful integration of rehabilitants into the workplace. In addition to informal exchanges, regular return-to-work conferences, which also involve medical and therapeutic staff in the initial phase, are core elements of this collaboration.

In this article, the special features of the professional tandem are presented from the perspective of two practitioners. The importance of cooperation for both the people concerned and their employers is explained and underpinned with case studies.

On a practical level, the results show that the rehabilitants benefit from the cooperation of the professionals, as they can make use of bundled professional expertise. Even if integration in the workplace is not successful, the affected persons are accompanied and supported in further steps, so that the specialists have a pilot function in the vocational rehabilitation system.

For the specialists themselves, interprofessional cooperation makes it easier to master the daily challenges of the rehabilitation process. In terms of quality assurance, the exchange between the specialists serves as collegial intervention. Specialists from other professions involved in the case, such as neuropsychologists, occupational therapists, neurologists or speech and language therapists, can be consulted at any time.

Keywords: neurorehabilitation, vocational rehabilitation, return to work, workplace interventions

- Wie ist der allgemeine Eindruck der rehaklinischen Partner:innen?
- Was ist zur beruflichen Situation bekannt? Um welche berufliche Tätigkeit handelt es sich und wie lange ist die Person bereits im Unternehmen?
- Wie könnten sich die (neuen) gesundheitlichen Einschränkungen auf den Arbeitsalltag auswirken?
- Wie ist die Person sozial eingebettet?

Mit den gesammelten Informationen geht das Fallmanagement (FM) auf die Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI) zu und schildert ihr die Situation sowie das gewonnene Bild der betroffenen Person. Parallel werden im Austausch mit FBI und der Ansprechperson in der Reha-Klinik Termine für ein erstes persönliches Kennenlernen sowie die erste Return-to-Work-Konferenz (RTW) vereinbart, welche in der Klinik stattfindet.

Das persönliche Kennenlernen

Im nächsten Schritt sind FM und FBI gemeinsam für einen ersten persönlichen Kennenlern-Termin bereits vor der ersten RTW-Konferenz in der Klinik, um die Rehabilitand:in kennenzulernen. Dies ist ein bedeutender Termin zum Beziehungsaufbau und auch, um ein noch umfassenderes Bild des:der Rehabilitand:in zu erstellen. Häufig sind den Rehabilitand:innen die Rol-

lenverteilung der FBI und des Fallmanagements nicht klar – hier können also Rückfragen zu den kommenden Monaten gestellt und die Rollen differenziert werden. Bestehende Unsicherheiten können abgebaut und eine vertrauensvolle Basis geschaffen werden. Kernfragen für diesen Termin können sein:

- Wie geht es der Rehabilitand:in in der aktuellen Situation?
- Wie ist der Kontakt zu Vorgesetzten?
- Gab es bereits vor dem Ereignis Schwierigkeiten im Arbeitskontext oder kann ein unterstützendes Umfeld erwartet werden?
- Besteht bereits eine therapeutische Anbindung und/oder wird hier evtl. Unterstützung benötigt?

Ggf. kann nach diesem Termin bereits die Recherche nach potenziellen Ergo-, Physio-, Sprachtherapeut:innen oder Neuropsycholog:innen starten, um nach Ende der klinischen Behandlung bei entsprechender ärztlicher Empfehlung eine zeitnahe ambulante Anbindung zu ermöglichen. Hierbei unterstützt das FM die Rehabilitand:in bei Bedarf. Die FBI nimmt im Anschluss bereits Kontakt zur Arbeitgebenden-Seite auf, um über das Projekt zu informieren und einen ersten Austausch auf dieser Ebene zu ermöglichen.

Die erste Return-to-Work-Konferenz

Die erste Return-to-Work-Konferenz findet meist zeitnah nach dem persönlichen Kennenlernen statt. Hier kommen verschiedene Akteur:innen gemeinsam mit der Rehabilitand:in an einen Tisch und besprechen die gesundheitliche und berufliche Situation. Der Fokus liegt auf den medizinisch-therapeutischen Aspekten und dem bisherigen Rehabilitationsverlauf. Auch kann eruiert werden, wann eine Erprobung am Arbeitsplatz realistisch sein könnte. Das Fallmanagement achtet darauf, alle wichtigen Informationen einzuholen und diese zu dokumentieren, um sie anschließend auch der Klinik sowie der FBI zu Verfügung zu stellen. Alle Beteiligten – inklusive der Rehabilitand:in selbst – sind nach diesem Termin auf dem gleichen Stand. Die Kommunikation auf Augenhöhe und der Einbezug der Rehabilitand:in schafft ein vertrauensvolles und wertschätzendes Verhältnis, bei dem der betroffene Mensch im Mittelpunkt steht und sich in den Prozess einbezogen fühlt.

Für das FM und die FBI ist es ein enormer Vorteil, die Rehabilitand:innen bereits in der klinischen Phase kennenzulernen und mit behandelnden Ärzt:innen und Therapeut:innen im Austausch zu sein. Auf diese Weise können hier bereits berufsrelevante Funktionsdefizite herauskristallisiert und eine erste Idee vom möglichen Verlauf der beruflichen Wiedereingliederung gewonnen werden. FM und FBI sind nach diesem Termin in einem engen bedarfsorientierten Austausch miteinander und auch mit der Rehabilitand:in, um bedarfsfokussiert zu unterstützen und weitere Gesprächs- und Abstimmungstermine in verschiedenen Konstellationen, z. B. mit der Reha-Klinik oder dem Arbeitgeber anzuregen.

Die Erprobungsphase

Die RTW-Konferenzen sowie die Zielvereinbarung (s. Claros Salinas et al., S. 61) dienen als Grundlage für die praktische Erprobung. Mittels dieser Instrumente wird festgelegt, wann und in welchem Stundenumfang die Belastungserprobung beginnen kann. Hierbei machen sich die Vorteile der multiprofessionellen Zusammensetzung des BETA-MeH-Teams besonders positiv bemerkbar. Während in der 1. RTW-Konferenz in der Regel der Schwerpunkt auf den medizinischen Gegebenheiten liegt, konzentriert sich die 2. RTW-Konferenz auf die schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz. Somit wird der Interventionsschwerpunkt von der medizinischen Behandlung auf Interventionen am Arbeitsplatz verlagert.

Zur 2. RTW-Konferenz wird in der Regel auch eine Vertretung der Arbeitgeberseite einbezogen. Im Vorfeld wird seitens der FBI mit der betroffenen Person geklärt, welche Informationen an den Betrieb weitergegeben werden können. Zusätzliche, v.a. gesundheitsbezogene Informationen, wie sie für die Erreichung von Wiedereingliederungszielen notwendig sein können, müssen jeweils mit den Betroffenen abgestimmt werden. In den meisten Fällen wird für die 2. RTW-Konferenz die Arbeitsstelle als Konferenzort gewählt. Die Organisation erfolgt über das FM in Absprache mit der FBI, die wiederum in Kontakt zur Arbeitgeberseite steht. Die Ergebnisdokumentation der RTW-Konferenz ist Aufgabe des FM.

Inhaltlich werden bei der zweiten RTW-Konferenz folgende Ziele verfolgt:

- Fortschreibung bzw. Anpassung der RTW-Zielvereinbarungen aus 1. RTW-Konferenz
- Festlegung des Beginnzeitpunkts hinsichtlich des schrittweisen Wiedereingliederungsprozesses
- Planung der zeitlichen wie inhaltlichen Belastungsstufen mit Anpassungsmöglichkeiten
- Regelungen zu Pausen-Management
- Eventuell LTA-Anregungen

Handlungsleitend für den schrittweisen Wiedereingliederungsprozesses sind:

- möglichst kleinstufiger Beginn (vgl. Fallbeispiel A), dabei
- Berücksichtigung des Arbeitswegs
- langsame Steigerung zeitlicher sowie inhaltlicher Belastungsstufen
- individuelle Vorgehensweise je nach Leistungssteigerung /-verbesserung

Fallbeispiel A

„Ich könnte mir nichts Besseres vorstellen.“

Die 30-jährige Hebamme hatte im Oktober 2021 eine Subarachnoidalblutung erlitten, auf die eine lange Phase der Arbeitsunfähigkeit sowie eine erste medizinische Rehabilitation folgte. Sie wurde in einer wiederholten Reha im Sommer 2023 in das Projekt aufgenommen. Ein vorheriger Versuch der Wiederein-

gliederung nach dem Hamburger Modell war gescheitert.

Nach Entlassung aus der Reha-Klinik zeigten sich noch eine Kraftminderung in der rechten Hand sowie Konzentrationsstörungen, die ärztlicherseits als leicht klassifiziert wurden, aber angesichts der hohen motorischen wie kognitiven Anforderungen, der verantwortungsvollen Tätigkeit besonders relevant waren. Von arbeitsüblichen Nacht- und Wochenenddiensten wurde seitens der Reha-Klinik abgeraten.

Bei dieser Rehabilitandin wurden die Arbeitsstunden nur sehr kleinschrittig gesteigert, da sie selbst nach der langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit und dem gescheiterten Wiedereingliederungsversuch nicht wusste, was sie sich zutrauen konnte, und nachhaltig verunsichert war. Sie begann mit zwei Stunden täglich. In enger Absprache zwischen Fallmanagement, Fachkraft für betriebliche Intervention, Pflegedienst- und KreiBsaal-Leitung wurden die Arbeitsstunden individuell festgelegt und in fünf sich steigernden Belastungsstufen erprobt. Kurz vor Ende der 12-monatigen BETA-MeH-Betreuung erreichte die Rehabilitandin wieder einen Arbeitsumfang von 100%.

Sie schildert 18 Monate nach Projektbeginn Dankbarkeit für die Begleitung über die medizinische Reha hinaus: Unterstützung bei der Suche nach passenden Neuropsycholog:innen und regelmäßigem Austausch mit der Arbeitgebendenseite. Sie habe ihre Belastung erproben können und schaffe es nun wieder problemlos, 8 Stunden täglich im KreiBsaal tätig zu sein. In ihrer vorigen Reha habe der Blick in die Zukunft und die Weiterversorgung komplett gefehlt.

„Das war eine lange Zeit, wir haben eineinhalb Jahre miteinander verbracht. Danke für die superschöne Unterstützung, ich könnte mir nichts Besseres vorstellen.“

Der Zeitpunkt der schrittweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz variiert von Rehabilitand:in zu Rehabilitand:in und hängt vom gesundheitlichen Zustand bei Entlassung aus der Reha-Klinik ab. Einige Projektteilnehmende können bereits innerhalb einer Woche wieder erste Schritte an den Arbeitsplatz machen, während andere einige Monate benötigen. In einigen Fällen sind auch technische Hilfsmittel notwendig, wie z.B. Einhandtastatur, Spracherkennungsprogramm, Stehhilfen oder optische Hilfen, wodurch der Beginn der Eingliederung verzögert werden kann. In diesen Fällen arbeiten FM und FBI eng zusammen, da die FBI den Kontakt zum Betrieb hält und den Arbeitsplatz kennt, während das FM den Kontakt zum Kostenträger herstellt und bei der Antragsstellung unterstützt. Es hat sich im Projektverlauf gezeigt, dass dies sowohl von den Projektteilnehmenden als auch von den Arbeitgebenden sehr geschätzt wird, da sie in der Regel im Vorfeld noch nicht mit Hilfsmittelanträgen zu tun hatten. Es können in einzelnen Fällen auch Spezialisten, wie z.B. technische Dienste, Berufsförde-

rungswerke oder Hilfsmittellieferant:innen zur Beratung hinzugezogen werden.

Der Erfolg der Maßnahme hängt stark davon ab, inwieweit die Arbeitgebendenseite dem Projekt gegenüber positiv eingestellt ist. Die Unterstützung durch FM und FBI trägt an dieser Stelle stark zur Akzeptanz bei und verhindert, dass Vorgesetzte sich durch die Situation, noch nicht wieder voll leistungsfähige Mitarbeiter:innen einzugliedern, überfordert fühlen. In den meisten Fällen hatten die Arbeitgebenden im Vorfeld keine Erfahrung mit Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.

Nach der 2. RTW-Konferenz übernimmt die FBI die Verantwortung für die arbeitsplatzbezogene Betreuung der Rehabilitand:innen. Neben inhaltlichen wie zeitlichen Belastungsbedingungen, wie sie in der schriftlichen Zielvereinbarung festgehalten sind, wird dabei auch die Frequenz einer Betreuung am Arbeitsplatz abgestimmt, die im Verlauf flexibel angepasst werden kann. Zu Beginn der Wiedereingliederung werden die Rehabilitand:innen seitens der FBI an den Arbeitsplatz begleitet. Falls dies nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist (z. B. aufgrund besonderer Datenschutz- oder Geheimhaltungsbestimmungen) hospitiert die FBI zunächst einige Stunden oder bei komplexen Tätigkeiten sogar mehrere Tage am Arbeitsplatz der betroffenen Person, um sich einen Eindruck des Unterstützungsbedarfs zu verschaffen. Hierbei sind Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen wertvolle Ansprechpartner:innen für die FBI. Mittels eines Fragebogens zu beruflichen Anforderungen und Arbeitsplatzbedingungen erhält die FBI ein genaues Bild der spezifischen Arbeitsplatzanforderungen und kann diese mit den vorliegenden Einschränkungen abgleichen. Dadurch ergibt sich der Unterstützungs- bzw. Anpassungsbedarf.

Die betriebliche Intervention kann auch das Training bestimmter technischer Hilfsmittel umfassen, wie z. B. ein Spracherkennungsprogramm. Das Programm muss individuell auf die Stimme und auf Fachbegriffe des spezifischen Arbeitsplatzes eingestellt („trainiert“) werden. Für Menschen, die dies erstmals anwenden, ist es ungewohnt, sich auf die Besonderheiten eines solchen Programms einzustellen. Dabei kann die FBI eine effektive Unterstützung sein, sowohl bei der technischen Umsetzung als auch bei der Motivation, das Programm einzusetzen.

Häufig haben Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen Probleme bei der Handlungsplanung. Dies kann auch das Setzen von Prioritäten im täglichen Arbeitsablauf umfassen. Im Sinne eines Coachings am Arbeitsplatz kann die FBI dabei unterstützen, Checklisten zu erstellen und komplexe Abläufe in kleinere Einheiten zu unterteilen, um somit den betroffenen Menschen dabei zu helfen, neue Routinen am Arbeitsplatz zu entwickeln.

Ebenso kommt dem Pausenmanagement eine besondere Bedeutung zu. Wenn im Falle einer erworbenen Hirnschädigung Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen vorliegen, können Kurzpausen zwischen ein-

zelnen Arbeitsschritten dabei helfen, Fehler zu reduzieren und die Aufmerksamkeit wieder zu fokussieren. In manchen Unternehmen gibt es Pausenräume, die den Beschäftigten sogar ermöglichen, sich kurz hinzulegen, um Abstand von der Arbeit zu gewinnen. Ebenso hilfreich kann ein kurzer Spaziergang in der Natur sein. Betroffene Menschen lernen mit Hilfe der FBI, ihren Arbeitsalltag anders zu strukturieren als vor der Erkrankung und Pausen ganz bewusst einzuplanen. Dies kann je nach Arbeitsplatz ganz unterschiedlich gestaltet werden und erfordert kreative Ideen.

Manche Beschäftigte können nach einer erworbenen Hirnschädigung nicht wieder an ihren Vollzeit-Arbeitsplatz zurückkehren, da dies eine Überlastung bedeuten würde. Hier erfordert es manchmal die Überzeugungskraft der FBI, Vorgesetzte und auch die betroffenen Menschen dahingehend zu beraten, dass eine kürzere Tages- oder Wochenarbeitszeit von Vorteil ist. Dies kann auch bedeuten, dass Arbeiten innerhalb des Teams neu verteilt werden müssen, um den Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung mehr Flexibilität zu gewähren.

Um den Verlauf der Belastungserprobung möglichst detailliert nachvollziehen zu können, werden die Rehabilitand:innen von der FBI angehalten, täglich ein Protokoll ihres Einsatzes am Arbeitsplatz zu führen (s. Claros Salinas et al., S. 61). Neben kurzen Angaben zur täglichen Arbeitszeit und -inhalten sollen die Rehabilitand:innen auf einer fünfstufigen Skala einschätzen, wie belastet sie sich dabei fühlten. Einzuschätzen sind dabei Belastungen allgemeiner Natur sowie Belastungen, die durch ein krankheitsbedingtes Kernsymptom (z. B. Wortabrufstörungen, Fatigue, Merkbbeeinträchtigungen) entstehen. Die Anleitung dazu ist Aufgabe der FBI ebenso wie die regelmäßige gemeinsame Besprechung dieser Tagesprotokolle. Dieses Instrument hat sich als sehr wirksam in der Steuerung der Belastungsstufen herausgestellt. Die Tagesprotokolle und die weitere Dokumentation von Kontakten mit Rehabilitand:innen und dem Betrieb sind ebenso die Grundlage für den regelmäßigen Austausch mit dem FM.

Während die FBI die Abläufe im Betrieb begleitet, obliegt dem FM die weitere Steuerung der BETA-MeH-Intervention. Das FM ist als übergeordnete Ansprechperson der Rehabilitand:innen verfügbar und steht in dieser Funktion in regelmäßigem Austausch mit der FBI, die den engeren Kontakt zum Betrieb und zu den Rehabilitand:innen hat. In Abstimmung zwischen diesen beiden Fachkräften können auch weitere RTW-Konferenzen einberufen und terminiert werden. Die Prüfung der Einhaltung der zeitlichen wie inhaltlichen Belastungsstufen ist die Aufgabe der FBI. Anpassungen oder Änderungen des ursprünglichen RTW-Plans werden mit dem FM abgestimmt. Die Einbeziehung beider Positionen hat sich als ausgesprochen positiv herausgestellt, da das FM eher aus einer Meta-Perspektive auf den Prozess schaut, während die FBI die konkreten Gegebenheiten im Betrieb im Blick hat.

Die Übergangsphase

Im Verlauf der Intervention werden die Zahl der Arbeitsstunden und die Intensität der Belastung im Idealfall regelmäßig gesteigert. In dieser Übergangsphase erproben sich die Teilnehmenden unter realen Bedingungen. Mithilfe der Tagesprotokolle werden individuelle Belastungen erfasst und können mit der FBI besprochen und evaluiert werden. Eventuell sind noch Anpassungen in Bezug auf Inhalt und Umfang der Arbeitsleistung erforderlich. Die RTW-Konferenzen dienen in dieser Phase dazu, notwendige Anpassungen mit den Arbeitgebenden zu besprechen (vgl. Fallbeispiel B). Vielfach sind Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bzw. neurologischen Erkrankungen auf besondere Pausenregelungen angewiesen, die ihnen ermöglichen, sich regelmäßig zu erholen. Möglicherweise ist auch eine Neuregelung der Wochenarbeitszeit erforderlich. Als hilfreich hat sich z. B. ein freier Tag in der Woche zum Zweck der Regeneration erwiesen.

Fallbeispiel B

„Ohne das Projekt wäre ich nicht da, wo ich heute bin.“

Der 59-jährige Busfahrer, der 2021 einen Schlaganfall erlitt, wurde nach einer wiederholten Rehabilitation 2023 in das Projekt aufgenommen. Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der medizinischen Reha waren sensomotorische Einschränkungen (Schwäche in den Kniestreckern rechts, leichte Einschränkung in der Fein- und Zielmotorik der rechten Hand), reduzierte Belastbarkeit sowie eine noch nicht für die Tätigkeit als Busfahrer ausreichende Leistungsfähigkeit in einigen kognitiven Bereichen (z. B. selektive Aufmerksamkeit).

Während ambulanter physiotherapeutischer und neuropsychologischer Behandlung wurde im Rahmen von RTW-Konferenzen mit dem Arbeitgeber, der anfänglich außer der bisherigen Tätigkeit im Bereich Fahrgastbeförderung kein Einsatzfeld sah, folgendes vereinbart: Der Rehabilitand konnte eine Erprobung am Arbeitsplatz ohne Fahrtätigkeit im Bereitschaftsdienst der Disposition mit fünf Stunden pro Tag beginnen, um die aufgabenbezogene Belastbarkeit weiter zu steigern, das Zugehörigkeitsgefühl zum Betrieb nicht zu verlieren und eine Alltagsstruktur zu schaffen. Parallel wurde im letzten Drittel des Projektes und nach erneuter neuropsychologischer Testung in der Reha-Klinik ein verkehrsmedizinisches Gutachten in die Wege geleitet, um die Fahrerlaubnis wieder zu erlangen.

Heute arbeitet der Klient wieder in seiner Tätigkeit als Busfahrer, was ihn sehr erfüllt. Er schildert 18 Monate nach Aufnahme in das BETA-MeH-Projekt: „Ohne das Projekt wäre ich nicht da, wo ich heute bin.“

Wenn die individuelle und unmittelbare Unterstützung am Arbeitsplatz (training on the job) nicht ausreicht, kann in Einzelfällen die Initiierung und Begleitung von Qualifizierungsmaßnahmen zielführend sein, um zu einem späteren Zeitpunkt die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz einzuleiten. Die Fachkraft für betriebliche Rehabilitation organisiert entsprechend dem individuellen Bedarf die Qualifizierungsmaßnahme und unterstützt die Umsetzung und Anpassung der neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten an die konkreten Bedingungen des Arbeitsplatzes.

Nach spätestens 12 Monaten ist für den erfolgreichen Abschluss des Projekts eine Rückkehr in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorgesehen. Dies gelingt nicht in allen Fällen im ursprünglichen Stundenumfang, z. B. wenn die Belastungserprobungen zu anhaltender Überforderung führen, die auch durch die o.g. Maßnahmen nicht ausgeglichen werden kann. Auch eine Rückkehr in reduziertem Stundenumfang kann als erfolgreicher Projektabschluss gewertet werden und der Rehabilitand:in ermöglichen weiterhin am Arbeitsleben teilzuhaben. Eine Teilerwerbsminderungsrente kann mit Unterstützung des Fallmanagements beantragt werden, wenn eine Arbeitszeit zwischen 3 bis unter 6 Stunden täglich realistisch ist, nicht jedoch eine Vollzeittätigkeit.

Die Nachbetreuungsphase

In der Regel endet die aktive Begleitung der Rehabilitand:in mit einer Abschluss-RTW-Konferenz am Arbeitsplatz, in der die Ergebnisse der letzten Monate, die aktuelle Leistungsfähigkeit und evtl. vorgenommene Anpassungen am Arbeitsplatz reflektiert und festgehalten werden.

Anschließend liegt in der Zuständigkeit des FM eine sechsmonatige Nachbetreuung, in der dieses sowohl für die Rehabilitand:in als auch für die Seite der Arbeitgebenden weiterhin greifbar ist. Im Rahmen dieser Nachbetreuung steht das Fallmanagement weiterhin für Rückfragen zur Verfügung, unterstützt bei Antragsstellungen, z. B. wenn eine Teilerwerbsminderungsrente angezeigt ist oder die Arbeitgebendenseite Zuschüsse aufgrund der Leistungsabweichung der nun wieder in Entgelt stehenden Mitarbeiter:in beantragen möchte.

Auch kann hier eine Übergabe an eine weiterführende Beratungsstelle, wie die örtlich zuständigen Integrationsfachdienste erfolgen, wenn weiterführender Beratungsbedarf besteht oder das Arbeitsverhältnis gesichert werden muss.

Die Nachbetreuung bietet eine gute Möglichkeit für eine sanfte Rückkehr der Rehabilitand:in in die Normalität, in dem weiterhin ein Gefühl von Sicherheit gegeben ist. Sowohl Rehabilitand:in als auch Arbeitgebende nehmen die Nachbetreuung immer wieder gerne in Anspruch, um sich – meist telefonisch oder per Mail – zu Fragen rückzuversichern oder eine Rückmeldung zum weiteren Verlauf zu geben.

Welche Vorteile hat die Zusammenarbeit der beiden Fachkräfte FM und FBI?

Die verschiedenen beruflichen Biografien führen zu Steigerungen fachlicher Kompetenzen und zu verbesserten Ressourcen, die den Betroffenen zur Verfügung gestellt werden können. Beide Personen bringen ihr breites Fachwissen sowie ihre Netzwerkkontakte in die Fallarbeit mit ein, was sowohl im Sinne der Betroffenen wie auch der Arbeitgebenden ist. Eine nahezu durchgängige Betreuung während des Begleitzeitraums von bis zu 12 Monaten kann gewährleistet werden, da Urlaubs- bzw. Krankheitsphasen der Fachkräfte von der anderen BETA-MeH-Begleitung aufgefangen werden können. Somit steht den Rehabilitand:innen nahezu ständig eine Ansprechperson zur Verfügung.

Die Rollen von FM und FBI sind im Projekt klar definiert und voneinander abgegrenzt, ohne starr zu werden. Es besteht genügend Flexibilität, um sich gegenseitig zu ergänzen und sich auch in einzelnen Fällen zu vertreten. Den Betroffenen selbst sind die Rollen nicht immer deutlich, was jedoch bei der engen Zusammenarbeit kein Problem darstellt, da Informationen wechselseitig fließen.

In vielen BETA-MeH-Fällen ist die wesentliche Aufgabe der Fachkräfte die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteur:innen. Das Verständnis für die Besonderheiten der Erkrankung ist nicht bei allen Arbeitgebenden vorhanden. Mit ihren unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und Erfahrungen können FM und FBI vielfach vermittelnd wirken. Es hat sich im Projektverlauf gezeigt, dass auch zunächst negativ eingestellte Betriebe durch kontinuierliche Begleitung deutlich offener und konstruktiver wurden und somit eine Integration ermöglicht wurde. Ohne die Begleitung wären einige Wiedereingliederungsversuche deutlich problematischer verlaufen und möglicherweise abgebrochen worden.

Eine Problematik stellt die Divergenz von Selbst- und Fremdwahrnehmung dar. Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung fehlt gelegentlich – je nach Schädigungsgrad – die Reflexionsfähigkeit in Bezug auf eigene Einschränkungen. Einsicht in die längerfristigen Folgen der Hirnschädigung ist jedoch oft notwendig für erfolgversprechende berufliche Zielsetzungen und Integrationsmaßnahmen. FM und FBI können im Projektverlauf hierauf Einfluss nehmen, indem sie sowohl den Einsichtsprozess bei den Betroffenen als auch die Sensibilisierung bei den Kolleg:innen und Vorgesetzten fördern können. Sie sind oft wichtige Ansprechpersonen für alle Beteiligten.

Der regelmäßige Austausch zwischen FM und FBI ist nicht nur im Sinne der Rehabilitand:innen förderlich, sondern dient auch der kollegialen Intervision. Verschiedene Problemlösungsvorschläge und Handlungsalternativen können erörtert und gegeneinander abgewogen werden, wobei auch weitere Fachkräfte, wie z. B.

betreuende Ärzt:innen oder Neuropsycholog:innen mit einbezogen werden können.

Fazit

Im Modellprojekt BETA MeH wird die neurokompetente Zusammenarbeit zwischen Fachkraft für betriebliche Intervention und Fallmanagement als Innovation betrachtet und dient als Kernelement der Intervention. Doch wie innovativ ist diese gemeinsame Begleitung der Rehabilitand:innen wirklich? Zumindest in der gut vernetzten Modellregion Köln/ Bonn/ Düsseldorf ist diese Zusammenarbeit nicht in jeder Hinsicht neu. Bereits im Projekt „Menschen im Arbeitsleben nach erworbener Hirnschädigung“ des Inklusionsamtes Köln in Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten Düsseldorf und Köln, aus der Projektphase mittlerweile in die regionale Regelversorgung übergegangen, findet bereits seit 2018 ein enger Austausch zwischen Fachberater:innen der Integrationsfachdienste, welche in ihrer Arbeit auch eine Lotsen-Funktion wie die der Fallmanager:innen inne haben, und ambulanten neuropsychologischen oder neurokompetenten Netzwerkpartner:innen der beruflichen Rehabilitation statt. Auch ist hier bereits neuropsychologisches und/ oder neurokompetentes Jobcoaching etabliert, welches jedoch über die Fachstelle und das Inklusionsamt finanziert wird, sofern Schwerbehinderung oder Gleichstellung vorliegen.

Neu ist jedoch, dass dieser Prozess der BETA-MeH-Begleitung durch beide Fachkräfte mit jeweils unterschiedlichen Aufgabenstellungen durchgehend parallel stattfindet und bereits mit Beginn der medizinischen Rehabilitationsphase startet. Zu diesem Zeitpunkt liegt bei akut betroffenen Rehabilitand:innen häufig noch keine Schwerbehinderung vor (weshalb der IFD als Leistungserbringer ausscheidet). Der frühe Einblick und der Austausch mit den Ärzt:innen und Therapeut:innen der rehaklinischen Phase bietet eine gute Möglichkeit, die Rehabilitand:innen umfassend kennenzulernen und im Prozess der Rückkehr in den beruflichen Alltag zu begleiten. Eine häufige Rückmeldung der Rehabilitand:innen ist es, froh zu sein, nach der Entlassung aus der Rehaklinik nicht allein zu sein, Ansprechpersonen zu haben und somit im Zurechtfinden im neuen Alltag, dem Anbahnen von Therapien, dem ersten Austausch mit der Arbeitgebenden-Seite, bei bürokratischen Fragen Unterstützung zu erhalten und im oft schwierigen Wiedereingliederungsprozess fachlich fundiert begleitet und betreut zu werden.

Korrespondenzadresse:

Ursula Kurten
Fortbildungsakademie der Wirtschaft (faw) gGmbH
Servicezentren für betriebliche Gesundheit und individuelle Teilhabe (GuT) NRW
Bonner Straße 324, 50968 Köln
ursula.kurten@faw.de