

BETA-MeH als klinisch-betriebliche Intervention – Stellenwert der neuropsychologischen Begleitung

S. Unverhau¹

¹ Fachdienst für Integrative Neuropsychologie, Hilden

Zusammenfassung

Erworbene Hirnschädigungen führen häufig zu neuropsychologischen Störungen, die auch bei äußerlich unauffälliger Erscheinung tiefgreifende Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit haben. Ihre Bandbreite reicht von subtilen kognitiven Defiziten bis hin zu komplexen Funktionsverlusten, die die Betroffenen in ihrem Kommunikations- und Interaktionsverhalten erheblich einschränken. Im geschützten Rahmen einer Einrichtung der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation lassen sich solche Störungen nur begrenzt behandeln. Den Alltag und berufliche Anforderungen trotz neuropsychologischer Störungen zu bewältigen, muss unter realen Bedingungen erprobt und erlernt werden. Für die Behandlung neuropsychologischer Störungen ist die

berufliche (Wieder-)Eingliederung daher nicht nur ein Ziel, sondern eine zentrale Voraussetzung für die weitere Genesung. Die neuropsychologische Begleitung umfasst eine differenzierte Analyse der persönlichen wie krankheitsbedingten Voraussetzungen und des betrieblichen Anforderungsprofils, die Entwicklung störungsspezifischer Strategien, die psychologische Unterstützung für den Umgang mit den erlebten Veränderungen, die Begleitung beim Aufbau beruflicher Kompetenzen sowie eine umfassende Beratung des Arbeitsumfelds.

Der Beitrag skizziert die theoretischen Grundlagen dieser neuropsychologischen Behandlung und zeigt, wie diese in der Praxis der beruflichen Rehabilitation umgesetzt werden.

Schlüsselwörter: Erworbene Hirnschädigung, neuropsychologische Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung, arbeitsplatzbezogene Interventionen

Einleitung

„Man sieht es mir ja nicht an!“ ist ein häufiger Nachsatz, mit dem Menschen mit erworbener Hirnschädigung ihre alltäglichen Erfahrungen mit der veränderten Leistungsfähigkeit zusammenfassen.

Wenn es nach einer Erkrankung oder Verletzung des Gehirns zu Problemen bei der Wiedereingliederung in den Alltag kommt, dann sind in den meisten Fällen neuropsychologische Störungen die Ursache. Sie variieren von sehr subtilen, aber für das Selbstempfinden und die persönliche Leistungsfähigkeit im Alltag hoch bedeutsamen Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit über Persönlichkeitsveränderungen bis zu weitreichenden Funktionsverlusten mit entsprechendem Hilfebedarf.

In all diesen Varianten haben neuropsychologische Störungen einen nicht unmittelbar sichtbaren, aber kritischen Einfluss auf die Bewältigung alltäglicher Anforderungen, die Betroffene wie ihr Umfeld belasten bis überfordern.

Andererseits können neuropsychologische Störungen nicht durch Schonung und nur sehr begrenzt im Rahmen einer Übungsumgebung verbessert werden. Benötigt wird die Möglichkeit, auf eine an die noch bestehenden Einschränkungen angepasste und unterstützte Weise den Alltag zu üben, in den man wieder zurückkehren möchte.

Neuropsychologisch betrachtet ist eine berufliche (Wieder-)Eingliederung daher mehr als die persönli-

che und gesellschaftliche Zielsetzung einer Rehabilitation: Sie ist notwendige Voraussetzung für die weitere Genesung und wird durch eine störungsspezifische Begleitung zur Behandlung, zur neuropsychologischen Berufstherapie bzw. neuropsychologisch-beruflichen Rehabilitation. Kernaufgabe der Neuropsychologie ist dabei das rechtzeitige Erkennen und Erfassen neuropsychologischer Erkrankungsfolgen im besonderen in Bezug auf ihre beruflichen Auswirkungen, das Entwickeln von störungsspezifischen Lern- und Arbeitsstrategien, die Anleitung der Betroffenen beim (Wieder-)Aufbau beruflicher Kompetenzen sowie die komplementäre Unterstützung und Beratung der beruflich Beteiligten.

Wenngleich die Klinische Neuropsychologie über empirisch gesicherte Grundlagen verfügt, die zunehmend systematisch Eingang in Qualitätsvorgaben und Leitlinien fanden sowie seit 2021 die Etablierung eines eigenen heilkundlichen Weiterbildungsgebietes begründeten, steht bislang besonders für die Gestaltung teilhabebezogener Rehabilitation keine Versorgungsforschung zur Verfügung. Der nachfolgende Beitrag nimmt bewusst eine praxisorientierte Perspektive ein und veranschaulicht ein Vorgehen, das sich über 25 Jahre im Sinne des „best practice“-Modells für die Gestaltung beruflicher Teilhabe bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung bewährt hat und das im BETA-MeH-Projekt einen erfahrungsbasierten Beitrag zur Weiterentwicklung des Versorgungsbereiches liefert.

Neuropsychologische Grundlagen und Prinzipien

Die Neuropsychologie ist ein interdisziplinäres Teilgebiet der Psychologie, das sich mit den Zusammenhängen zwischen der Struktur und Funktion des Gehirns und psychischen Prozessen wie Kognition, Emotion und Verhalten befasst. Sie integriert psychologische Modelle kognitiver, emotionaler und motivationaler Prozesse mit neurowissenschaftlichen Erkenntnissen über neuronale Funktionssysteme.

Jede kognitive Domäne – etwa Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache oder räumlich-visuelle Verarbeitung – ist durch differenzierte theoretische Modelle beschreibbar, die sich aus empirischer Forschung ableiten. Gleiches gilt für die neuronale Verarbeitung und Regulation von Emotionen bzw. emotionalem Verhalten.

Die Entwicklungsneuropsychologie ergänzt Erkenntnisse über die Veränderungen dieser Funktionssysteme über die Lebensspanne hinweg – etwa durch Hirnreifung, Lernen, Adaptation oder altersbedingte Degeneration.

Die Klinische Neuropsychologie befasst sich mit Funktionsstörungen des Gehirns infolge Verletzungen oder Erkrankungen. Sie analysiert deren Auswirkungen auf Denken, Erleben und Verhalten und entwickelt darauf aufbauend diagnostisch-therapeutische Verfahren zur funktionellen Reorganisation und Anpassung.

Für das Verständnis neuropsychologischer Störungen sind weniger die ätiologischen Kategorien als vielmehr deren räumliche (Lokalisation, Ausdehnung) und zeitliche (Verlauf, Geschwindigkeit) Merkmale entscheidend:

Räumliche Dimension:

- Fokal: lokal begrenzte Läsionen (z. B. Tumor)
- Multifokal: multiple, verstreute Läsionen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma [SHT])
- Global: diffuse Hirnschädigungen (z. B. Hypoxie, Enzephalitis)

Zeitliche Dimension:

- Plötzlich-einmalig: z. B. SHT, Schlaganfall
- Subakut-progredient: z. B. Tumor, entzündliche Prozesse
- Chronisch-progredient: z. B. Multiple Sklerose, Parkinson, Demenz

Aus dem Wissen über diese charakteristischen Merkmale einer Erkrankung und ihre möglichen Folgen können neuropsychologisch erste Maßnahmen für den diagnostisch-therapeutischen Prozess abgeleitet werden. So lassen sich aus Hinweisen darüber, in welchen Regionen das Gehirn geschädigt wurde, Hypothesen über betroffene Funktionen ableiten, die durch gezielte testdiagnostische Untersuchungen untermauert werden.

Zeitliche Faktoren liefern Hinweise darauf, wie sehr adaptive Funktionen des Systems Gehirn-Mensch betroffen wurden: Auf langsame Veränderungen ist

dieses System eingerichtet und kann ihnen bis zu einem gewissen Punkt begegnen. So ist zum Beispiel Altern – der langsame Verlust von Wahrnehmungsfunktionen und kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit – ein Prozess, der durch implizite, also den Menschen gar nicht bewusste Strategiewechsel lange kompensiert werden kann. Auch pathologisches Altern – das Entwickeln einer Demenz – kann aus diesem Grund relativ lange unbemerkt bleiben. Plötzliche Veränderungen hingegen bringen das Zusammenspiel von (Selbst-)Erfahrungen und täglichen Anforderungen aus dem Gleichgewicht. Sie müssen zunächst erfasst – verstanden – werden, der Betroffene muss sein Gehirn und damit sich neu kennen wie einschätzen lernen.

Informationen über die hirnorganische Erkrankung und ihren initialen Verlauf nutzt die Klinische Neuropsychologie für erste Einschätzungen möglicher Folgen – funktionell wie prognostisch.

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass sich aus der Natur der Erkrankung nicht nur neuropsychologische, sondern auch psychische Folgen in der Form ergeben, dass man zusätzliche Behandlungen (z. B. Chemotherapie) verkraften und sich mit einem fortbestehenden Risiko oder einer negativen Prognose auseinandersetzen muss. Dies ist in Bezug auf das übergreifende Belastungsmanagement zu berücksichtigen.

Jede Funktionsstörung trifft auf ein Individuum und seine spezifischen Persönlichkeitsmerkmale. Wie sie sich im Detail auswirkt und welche Ansätze sich für eine Behandlung finden lassen, wird auch vom prämorbidem Profil der Ressourcen und Defizite, der Lern- und Gesundheitserfahrungen, Einstellungen, Wertesysteme und der psychischen Widerstandskraft – Resilienz – beeinflusst. Störungen auf der Ebene kognitiver Funktionen führen so zu einem individuellen Muster von „Wollen, Können und Wollenkönnen“.

Neuropsychologische Störungen sind grundsätzlich eine Kombination aus

- den direkten Folgen der Hirnverletzung/-erkrankung (Funktionsstörungen)
- dem Erleben der daraus resultierenden Einschränkungen (Handlungsfähigkeit)
- den damit verbundenen emotionalen Konsequenzen (Verunsicherung, Frustration, Wut, Trauer)
- den sozialen bzw. teilhabe-bezogenen Auswirkungen (Rolle in der Familie und weiteren sozialen Settings, Beteiligungs-/Teilhabe-Möglichkeiten).

Direkte und indirekte Folgen der Hirnschädigung interagieren kontinuierlich. Die persönlichen und sozialen Kontextfaktoren erweitern das o. g. Muster aus „Wollen, Können und Wollenkönnen“ um die Aspekte Müssen und Dürfen, also das individuelle Profil alltäglicher Anforderungen und Teilhabe-Ressourcen.

Die Beziehung zwischen Gehirn und Person ist keine Einbahnstraße: So, wie das Gehirn Verhalten und Erleben prägt, prägen Verhalten und Erleben das Gehirn.

Dieses Prinzip der Plastizität macht sich die neuropsychologische Therapie zunutze, indem sie theoriegeleitet den Betroffenen hilft, ihre Funktions- und Handlungsfähigkeit zu reorganisieren. Das Behandlungskonzept muss die oben skizzierten verschiedenen Dimensionen der Erkrankungsfolgen aufgreifen und kombiniert daher grundsätzlich folgende Interventionsformen entsprechend der individuellen Ausgangslage:

- Funktionstherapie
- Kompensationstherapie
- Integrative (psychotherapeutische und psychosoziale) Verfahren

Die Funktionstherapie zielt auf die direkte Wiederherstellung gestörter kognitiver Funktionen durch gezieltes Training. Basierend auf psychometrischen Befunden werden spezifische kognitive Teilfunktionen der Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, exekutiven oder visuell-räumlichen Funktionen systematisch und wiederholt geübt, um ihre funktionelle Reorganisation zu fördern. Hierfür darf der Verlust relevanten Nervengewebes in dem Funktionsbereich nicht zu groß sein. Darüber hinaus bedarf eine Funktionstherapie bestimmter Voraussetzungen, um wirken zu können: Sie muss komponentenspezifisch und in der Regel hochfrequent (idealerweise kleinere Einheiten mehrfach täglich) durchgeführt werden. Thematisch breite „Hirnleistungstrainings“ sind hier nicht hilfreich. Grundsätzlich gilt, dass aus Funktionsverbesserungen nicht unmittelbar eine im Alltag spürbar verbesserte Handlungsfähigkeit resultiert. Diesbezügliche Transfers müssen in der Therapie gezielt erarbeitet werden.

Der Nutzen einer Therapie muss sich an der Teilhabefähigkeit messen lassen. Es ist daher immer abzuwägen, ob die von der hirnorganischen Erkrankung übergreifend begrenzten kognitiven wie psychophysischen Ressourcen des betroffenen Menschen für das Bemühen um spezifische Funktionsverbesserungen gut eingesetzt sind oder ob er eher von den anderen therapeutischen Strategien profitieren kann.

Die Kompensationstherapie zielt darauf ab, die durch die Funktionsbeeinträchtigungen gestörte Handlungsfähigkeit wieder herzustellen. Hierfür können verschiedene Ebenen genutzt und kombiniert werden: Durch die Vermittlung komplementärer kognitiver und metakognitiver Strategien werden erhaltene Anteile der Leistungsfähigkeit genutzt und ausgebaut. Daneben wird der gezielte Einsatz externer Hilfsmittel (z. B. Gedächtnis-, Arbeitsprotokolle, Organisationssysteme) erarbeitet. Der dritte Bereich beinhaltet alle Möglichkeiten, Anforderungen anzupassen und ein individuelles Belastungs- bzw. Ressourcenmanagement zu entwickeln.

Das Erleben einer hirnorganischen Erkrankung wie der Verlust für das Selbstkonzept bedeutsamer Fähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten werden immer auch als psychische Belastung wirksam. Scham, Angst, Konflikte in der Beziehungsgestaltung und eine dysfunktiona-

le, z. B. depressive oder aggressive Verarbeitung der Erkrankungsfolgen stehen der Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit im Weg. Auch das Verhalten relevanter familiärer oder beruflicher Bezugspersonen kann den Anpassungsprozess z. B. durch ein fehlgeleitetes Krankheitsverständnis behindern. Um diese begleitenden Störfaktoren zu berücksichtigen, werden in das neuropsychologische Gesamtbehandlungskonzept individuell geeignete psychotherapeutische und psychosoziale, systemisch ausgerichtete Maßnahmen eingebettet.

Nachfolgende Tabelle bietet einen Überblick über die ICF-bezogenen Dimensionen und methodischen Ansätze neuropsychologischer Interventionen (Tab. 1, modifiziert nach [1]).

Tab.1: ICF-bezogene Dimensionen und methodische Ansätze neuropsychologischer Interventionen

NEUROPSYCHOLOGISCHES BEHANDLUNGSKONZEPT UND INTERVENTIONEN		
Behandlungsansatz	Strategien	
	direkt	indirekt
Kognitive Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Training spezifischer Funktionskomponenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Training assoziierter und kompensatorischer Funktionen
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung alltagsrelevanter Fertigkeiten • Vermittlung domänenspezifischer Kenntnisse • Vermittlung störungsspezifischer Lern- und Arbeitsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau leistungsfördernden Verhaltens • Abbau von Problemverhalten • Vermittlung von Strategien zur Verhaltenskontrolle und -steuerung
Psyche (Erleben, Befinden)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukative Methoden: • Aufbau von Störungswissen/-verständnis • Klärungs- und bewältigungsorientierte Methoden: • Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung • Behandlung emotional-afektiver Störungen wie Angst, Depression, Selbstunsicherheit, Aggression 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Entspannungsverfahren, Stressbewältigungsstrategien • Realitäts- und ressourcenorientierte Methoden: • Veränderung der Problem-Wahrnehmung • Wiederaufbau eigener Problemlösekompetenzen • Motivationsarbeit, Selbstverstärkung
Optimierung des Lebensumfelds	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl des geeigneten Settings • (häuslich, schulisch, beruflich) • Anpassung struktureller Gegebenheiten • Anpassung organisatorischer Gegebenheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Störungsspezifische Unterstützung, Beratung, Anleitung von relevanten Bezugspersonen (Familie, Arbeitsplatz, Mitbehandelnde, Assistenzen) • Systemtherapeutische Konfliktlösung auf Paar-, Familienebene oder zum Erhalt des Arbeitsplatzes

Neuropsychologie als klinisch-betriebliche Intervention

Die Anwendung neuropsychologischer Erkenntnisse auf berufliche Wiedereingliederungen macht diese zu einem therapeutisch wirksamen Bestandteil der Rehabilitation.

Der Begriff klinisch-betriebliche Intervention steht hierbei für einen integrativen Ansatz, bei dem die neuropsychologischen Maßnahmen gezielt in den Prozess der beruflichen (Re-)Integration eingebettet werden, um den für hirngeschädigte Menschen besonders vulnerablen Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha-

bilitation zu ebnet. Zielkriterium der Interventionen ist hierbei nicht die Störungswertigkeit einer Funktions- oder Verhaltenseinschränkung, sondern allein ihre Relevanz für die Teilhabe-Fähigkeit.

Für alle Phasen des beruflichen Rehabilitationsprozesses stehen neuropsychologische Interventionen zur Verfügung, die grundsätzlich systematisch aufeinander aufbauen, aber auch einzeln einen unterstützenden Beitrag zum Gelingen der beruflichen Wiedereingliederung leisten können. Sie seien nachfolgend kurz beschrieben:

Intervention 1: Neuropsychologische Beratung

Die neuropsychologische Beratung stellt das störungsspezifische Wissen allen zur Verfügung, die mit der Planung, Vorbereitung und Umsetzung der beruflichen Rehabilitation – Wiedereingliederung oder Entwicklung neuer Teilhabemöglichkeiten – befasst sind. In jeweils auf die Funktion bzw. den Arbeitsauftrag der Rehabilitationsbeteiligten abgestimmter Form werden die klinisch relevanten Aspekte des Einzelfalls erläutert. Auf diese Weise finden sich aus der neuropsychologischen Symptomatik ergebende Bedarfe und Risiken frühzeitig Berücksichtigung in den Entscheidungen zur Gestaltung der beruflichen Wiedereingliederung.

Beispiele für entscheidungsrelevante Informationen sind:

- Welche spezifischen Anforderungen leiten sich aus den bereits vorhandenen Krankheitsinformationen ab?
- Welche prognostischen Hinweise liefert der bisherige klinische Verlauf?
- Gibt es Aspekte des Berufsfeldes, die nach klinisch-neuropsychologischer Erfahrungen a priori zu berücksichtigen sind?
- Von welchen persönlichen Kontextfaktoren (gesundheitliche und berufliche Biographie, kultureller Hintergrund etc.) sind Einflüsse auf das neuropsychologische Rehabilitationspotenzial zu erwarten?

Intervention 2: Neuropsychologisches Assessment

Die Planung einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme beruht auf einem umfangreichen neuropsychologischen Assessment. Eine erste Quelle dafür sind die Befunde aus der vorbehandelnden Rehabilitationsklinik. Neben den verschriftlichten Informationen über die Erkrankung, ihren bisherigen klinischen Verlauf und die psychometrischen Untersuchungen in der Neuropsychologie ist der persönliche Austausch mit dem interdisziplinären Team sowie vertiefend mit den neuropsychologischen Ansprechpartnern von zentraler Bedeutung. Hierfür bieten die im BETA-MeH-Konzept vorgesehenen Fallkonferenzen eine gute Grundlage.

Testdiagnostische wie klinische Befunde gilt es, in Bezug auf ihre möglichen Teilhabe-Auswirkungen zu bewerten und daraus erste Hypothesen über den

neuropsychologischen Interventionsbedarf während der Wiedereingliederung abzuleiten.

Die **Tabellen 2** und **3** stellen tabellarisch dar, wie sich Funktionskomponenten im Falle einer Störung auf das Verhalten und die Teilhabe auswirken können (**Tab. 2, Tab. 3**).

Für das weitere Vorgehen sind klinische Verhaltensbeobachtungen und Verhaltensproben relevante diagnostische Methoden. Beispielhaft sei dies an der Fahreignung illustriert: Bei grundsätzlich gegebenen körperlichen Voraussetzungen (z.B. keine Epilepsie, keine Gesichtsfeldeinschränkung) liefern die fahreignungsrelevanten Aufmerksamkeitsleistungen zwar Hinweise auf mögliche Ressourcen und Risiken, sind aber nicht mit der Fahrleistung gleichzusetzen, die der Rehabilitand in der Realität des Straßenverkehrs erbringen kann. Hier können Fahrverhaltensproben in beiden Richtungen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, d.h. die tatsächlichen Fahrleistungen zeigen Verhaltensprobleme, die in der Testdiagnostik nicht entdeckt wurden, oder der Rehabilitand zeigt in der Realität gute kompensatorische Fähigkeiten. Analoge Beziehungen können auch für berufliche Anforderungen gelten, weshalb der gezielten Erprobung und klinischen Verhaltensanalyse in der Wiedereingliederung eine besondere Rolle zukommt.

Intervention 3: Neuropsychologischer Eingliederungsplan

Die Ergebnisse des neuropsychologischen Assessments münden in einen individualisierten Eingliederungsplan. Während bei der etablierten stufenweisen Wiedereingliederung z.B. nach dem sog. Hamburger Modell zeitliche Vorgaben gemacht werden, sind für eine neuropsychologische Eingliederung inhaltliche Aspekte – die „kognitive Natur“ der Aufgaben, die Rahmenbedingungen, unter denen sie erbracht werden müssen – handlungsrelevant.

Diesbezüglich sinnvolle Staffelungen ergeben sich aus dem Abgleich zwischen testdiagnostischem Leistungsprofil und dem Profil beruflicher Anforderungen. Für eine systematische und kontrollierte Erprobung bzw. Reaktivierung beruflicher Fähigkeiten beinhaltet der neuropsychologische Eingliederungsplan drei inhaltlich definierte Phasen:

Die erste Phase bezieht sich auf die beruflichen Grundlagen. Es ist zunächst sicherzustellen, dass die Person unter individuell optimalen Rahmenbedingungen alle berufsrelevanten Kenntnisse und Fertigkeiten abrufen kann. Neben der Reaktivierung länger nicht ausgeübter Tätigkeiten muss auch geprüft werden, ob erkrankungsbedingt (z.B. durch eine retrograde Gedächtnisstörung) Kenntnisse verloren gegangen sind und sich während der Erkrankung betriebliche Veränderungen ergeben haben, die zunächst aufgearbeitet (neu gelernt) werden müssen.

Tab.2: Übersicht Verhaltens- und Teilhabe-Relevanz kognitiver Funktionen

Funktionsbereich	Funktionskomponenten	Klinische Verhaltensrelevanz	Teilhaberelevanz
Aufmerksamkeitsfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeitsaktivierung (Alertness) • Daueraufmerksamkeit • Vigilanz • Selektive Aufmerksamkeit • Geteilte Aufmerksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionsverlangsamung • Ablenkbarkeit • Störung der Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit • Störungen der Aufmerksamkeitslenkung (Fokussierung, Wechsel) • Minderbelastbarkeit, erhöhte oder vorzeitige Erschöpfbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkungen der Mobilität (z. B. Fahreignung) • Überforderung in Mehrpersonensettings • Aktivitätenreduktion wegen Minderbelastbarkeit/ Erschöpfbarkeit
Gedächtnisfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung • Verbale Merkspanne • Verbale Lern- und Merkfähigkeit • Verbale Merkfähigkeit (kurz- und langfristig) • Visuell-räumliche Merkspanne • Visuell-räumliche Merkfähigkeit (kurz- und langfristig) • Gesichter-Namen-Gedächtnis • Episodisches Gedächtnis • Semantisches Gedächtnis • Prospektives Gedächtnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Orientierung (Zeit, Raum, Person) • Aufnahme, Wiedergabe und/oder Wiedererkennen spezifischer Informationen gelingt nicht oder nicht ausreichend • Verlust beziehungs- und handlungsrelevanter Kenntnisse (z. B. Lebensereignisse, berufliches Wissen) • Vergessen von Terminen, Erledigungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewältigung alltagsrelevanter und beruflicher Anforderungen an das Gedächtnis (z. B. Termine, Erledigungen, Wege, Gesprächsinhalte)
Exekutivfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Initiieren, Hemmen, Wechseln von Aktivitäten • Planen und Ausführen komplexer Handlungen • Problemlösendes Denken • Kognitive Flüssigkeit und Flexibilität • Arbeitsgedächtnis • Monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahrnehmung (Self-Awareness) bzw. Störungsbewusstsein • Impulskontrolle • Problemlösefähigkeit und Handlungsplanung • Kommunikations- und Sozialverhalten • Emotionales Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkungen in der Organisation und Ausführung alltäglicher Aufgaben • Impulsdurchbrüche • Umständlichkeit, mangelnde Flexibilität • erhöhter Rededrang, Defizite der Nähe-Distanz-Regulation, Fehlen von Empathie • Risikoverhalten (z. B. relevant für Fahreignung)
Sprachfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachverständnis, Sprachproduktion, Benennen, Wortfindung, Schreiben, Lesen • Verbindung zu exekutiven Funktionen: Steuerung der Sprachverarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Missverständnisse, Sprachhemmung • Störungen des Lesens oder Schreibens • Kognitive Kommunikationsstörung: Verarbeitung von Kontextinformationen für Aussagen, Unterscheidung Wichtig/Unwichtig, Steuerung des Redeflusses und des Sprecherwechsels, adäquate Wortwahl etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Übergreifende Einschränkungen in der Verständigung mit anderen
Visuell-räumliche Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Räumliche Wahrnehmung • Räumliches Vorstellungsvermögen • Mentale Rotation • Visuokonstruktive Fähigkeiten • Topographisches Gedächtnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung • Räumliche Aspekte von Zahlen verarbeiten • Zeichnen, Konstruieren, Objekte zusammensetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Defizite in der räumlichen Orientierung • Visuell-räumliche Dyskalkulie • Defizite in der praktischen Handlungsfähigkeit

Tab.3: Übersicht Verhaltens- und Teilhabe-Relevanz sozio-emotionaler Funktionen

Funktionsbereich	Funktionskomponenten	Klinische Verhaltensrelevanz	Teilhaberelevanz
Motivationale Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Antrieb • Belohnungslernen 	<ul style="list-style-type: none"> • „Energie“ zur Initiierung von Handlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgerichtetes Verhalten beeinträchtigt
Emotionsbezogene Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionserkennung • Emotionale Ausdrucksfähigkeit • Emotionsregulation • Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmen eigener und fremder Emotionen via Mimik, Gestik, Tonfall • Adäquater verbaler und nonverbaler Ausdruck von Emotionen • Strategien zur Steuerung von Emotionen • Aktives Mitempfinden und Perspektivübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Emotionen erkennen, empfinden und/oder zeigen können • Unkontrollierbare, übersteigerte emotionale Zustände • „Egozentrik“, Mangel an Verständnis für das Gegenüber
Soziale Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsfähigkeit • Soziales Wahrnehmungsvermögen • Kommunikative Kompetenz • Soziale Entscheidungsfindung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau, Pflege von Beziehungen und Bindungen • Erkennen und Interpretieren sozialer Signale • Sprachliche und nichtsprachliche Interaktion • Prosoziales Verhalten, Konfliktlösung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichgültigkeit • Verletzen sozialer Regeln • Störungen der Team-, Kritik- und Konfliktfähigkeit

Tab. 4: Übersicht Verhaltens- und Teilhabe-Relevanz kognitiver Funktionen

Tätigkeits-Merkmale	Phase 1: Grundlagen	Phase 2: Anwendung	Phase 3: Stabilisierung
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Reaktivierung der fachlichen und betrieblichen Informationsgrundlagen • Information über während Erkrankung eingetretene Veränderungen und Neuerungen • Ggf. Einarbeitung in neue Prozesse • Erprobung der Routine-Aufgaben nach Schwierigkeit und Umfang gestaffelt 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaffelte Erprobung der Aufgaben des Arbeitsplatzes • Erprobung der Routine-Aufgabe • Routine-Aufgaben in vollem Umfang • komplexe Aufgaben zunehmend selbstständig 	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme aller Aufgaben des Arbeitsplatzes • Übernahme von Notdiensten
Struktur/ Organisation	Keine Verantwortung, abseits betrieblicher Abläufe	<ul style="list-style-type: none"> • Schrittweise Integration in die betrieblichen Abläufe • Schrittweise Übernahme der Verantwortung 	Dem Arbeitsplatz entsprechend
Stress	Kein Zeitdruck	Zunehmender Zeitdruck, Steigerung der Produktivität	Arbeitsplatzgerechte Produktivität und Stresstoleranz
Arbeitszeit	Stundenweise, ggf. orientiert an den zu erprobenden Aufgaben	Sukzessive Steigerung der Arbeitszeit	Vollzeit bzw. dem Arbeitsplatz entsprechend
Pausen	Bei Bedarf erlaubt	Zusatzpausen erlaubt	Normal
Fachliche Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Kriteriumsorientiertes Feedback betrieblicher Ansprechpartner („Einarbeitungspaten“) • Ggf. zusätzliche Schulungen zur Aufarbeitung entstandener beruflicher Wissenslücken 	Bedarfsgerechte Kontrollen und Feedback durch Einarbeitungspaten	Ausschleichen besonderer Kontrollen und Feedbacks
Therapeutische Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung und Anleitung • Analyse Interaktion Störungsprofil – Arbeitsprozesse • Identifizierung spezieller Bedarfe, Strategie-Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Etablierung störungsspezifischer Arbeitsstrategien • Anleitung zu Ressourcen- und Stressmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsolidierung der Strategien • Aufbau von Prozess-Sicherheit
- Zeitstruktur -	- engmaschig -	- bedarfsgerecht -	- ausschleichend -
Zeitplanung	Dauer der jeweiligen Phase abhängig vom Erreichen der inhaltlichen Zielkriterien		

In der zweiten Phase erfolgt dann die kontrollierte Anwendung der beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf die nach individueller und störungsspezifischer Schwierigkeit gestaffelten Aufgaben. Neben den Inhalten sind die Rahmenbedingungen der Arbeit – z. B. Zeitdruck, Mehr-Personen-Settings, sozialer Druck – eine zweite Kategorie von Schwierigkeit. Die Staffelung muss schrittweise und kontrolliert erfolgen, um bei möglichen Problemen Rückschlüsse auf die relevanten Faktoren – und damit auch auf Lösungswege – ziehen zu können.

In der dritten und letzten Phase geht es schließlich um die Stabilisierung der erreichten Leistungsfähigkeit. Das Wiedererlangen von Prozess-Sicherheit und Vertrauen in die eigene Leistungs- wie ggf. Problemlösefähigkeit stellt einen eigenen bedeutsamen Prozess in der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit erworbener Hirnschädigung dar. Behutsam müssen die in Phase II für den Lernprozess eingerichteten Anpassungen und Hilfestellungen ausgeschlichen, die Selbstständigkeit gefördert werden. Auch die beruflichen Bezugspersonen benötigen die Erfahrung, dass die erreichten Fortschritte auch nach der Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme stabil bleiben. Falls erforderlich, werden hilfreiche Anpassungen des Arbeitsplatzes für einen nachgehenden Zeitraum oder dauerhaft etabliert und

dafür notwendige Hilfeleistungen (z. B. neuropsychologische Stellungnahmen zur Erlangung eines Schwerbehindertenstatus auch zur Entlastung des Arbeitgebers) eingeleitet.

Dieses Phasenmodell bildet die strukturelle Grundlage jedes Eingliederungsplans und ist in **Tabelle 4** (modifiziert nach [2]) allgemein dargestellt. Bei Anwendung im Einzelfall werden die konkreten beruflichen Inhalte (Aufgaben) und Rahmenbedingungen (z. B. zeitlicher Natur wie Schichtdienst) konkret aufgeführt.

Intervention 4: Neuropsychologische Begleitung

Die neuropsychologische Begleitung bei der Umsetzung des Wiedereingliederungsplans dient übergreifend der Wiederherstellung eines funktionalen Gleichgewichts zwischen fachlichen wie sozialen Anforderungen des Arbeitsplatzes und den individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Ressourcen der betroffenen Person. Auch hier werden alle Dimensionen der möglichen Problemstellung bedarfsgerecht berücksichtigt.

Entsprechend dem neuropsychologischen Eingliederungsplan ergeben sich für die drei Phasen aufeinander abgestimmte Schwerpunkte, denen nachfolgende Interventionen zugeordnet werden können:

Interventionsschwerpunkte in Phase I

- Beratung und individuelle Zielklärung mit Rehabilitanden, Aufbau einer (berufs-)therapeutischen Vertrauensbeziehung
- Erarbeitung inhaltlicher Erfolgskriterien und entsprechender Arbeitsprotokolle
- Beratung und detaillierte Abstimmung mit relevanten beruflichen Bezugspersonen
- Überprüfung der fachspezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten nach aufsteigender Schwierigkeit
- Reflexion erster Erfahrungen und Aufbau berufsbezogenen Störungs- und Strategiewissens
- Anleitung zum Aufbau kognitiver und psychophysischer Belastbarkeit

Interventionsschwerpunkte in Phase II

- Förderung metakognitiver Fähigkeiten zur Verbesserung von Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Handlungsorganisation
- Erarbeitung spezifischer Arbeitsstrategien für zunehmend komplexe Anforderungen
 - interne Strategien: z. B. Systematik der Informationsverarbeitung, Nutzung natürlicher Gedächtnisstrategien
 - externe Strategien: Organisation des Arbeitsplatzes, Nutzung von Hilfsmitteln
- Erarbeitung von Strategien zur bedarfsgerechten Kommunikation über die Erkrankungsfolgen, ggf. Förderung eines adäquaten Kommunikations- und Interaktionsverhaltens
- bedarfsgerechte Beratung und Anleitung beruflicher Bezugspersonen zum Informationsmanagement (z. B. Gestaltung der Auftragserteilung und des Feedbacks, Unterstützung beim Einsatz externer Hilfen ggf. durch anteilig gemeinsame Nutzung)
- ggf. Aufbau eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses bzw. Arbeitsbündnisses im Umgang mit den Folgen der Hirnschädigung von Rehabilitand:in und beruflicher Vertrauensperson (Einarbeitungspaten)
- Verlaufskontrollen, Feedback-Gespräche (bilateral, bedarfsgerecht unter Einbeziehung der Bezugspersonen), Anpassung und weitere Ausgestaltung von Inhalten der Arbeit wie der Begleitung
- Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, ggf. Erarbeitung von Strategien zur Bewältigung auftretender Begleitbeschwerden (Angst, Stressempfinden, belastungsinduzierte Kopfschmerzen etc.)

Interventionsschwerpunkte in Phase III

- Unterstützung bei der Konsolidierung und Generalisierung erworbener Arbeitsstrategien
- Förderung der Verselbstständigung und des Selbstvertrauens

- ggf. Unterstützung bei der Integration notwendiger Veränderungen in das Selbstkonzept
- ggf. langfristige Anpassungen des Arbeitsplatzes und Stabilisierung durch ergänzende Hilfesysteme

Ergänzend unterstützt die neuropsychologische Fachkraft für betriebliche Integration das Fallmanagement durch

- Informationen über die Entwicklung des Klienten, die für die Gestaltung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme gebraucht werden (z. B. Dauer bestimmter Phasen, bedarfsorientierte Einberufung der Fallkonferenzen, etc.)
- Feststellung des Bedarfs an ärztlicher und therapeutischer Unterstützung (Neurologie, (Neuro-)Psychotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) und Unterstützung des Klienten bei der Suche entsprechender Fachkräfte
- Feststellung des Bedarfs an flankierenden Maßnahmen (z. B. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises) und ggf. Unterstützung durch fachliche Stellungnahmen

Lernökonomisch ist die neuropsychologische Begleitung am Arbeitsplatz der kürzeste und damit effektivste Weg, um die Folgen einer Hirnschädigung kompensieren und berufsrelevante Fähigkeiten wieder aufbauen zu können. Stehen keine entsprechenden Klinischen Neuropsycholog:innen für eine Begleitung zur Verfügung, ist zu empfehlen, neuropsychologische Expert:innen der vorangegangenen medizinischen Rehabilitation oder aus ambulanten Praxen so zu beteiligen, dass sie neben ihrem Beitrag zum Assessment und der Eingliederungsplanung auch durch Supervision unterstützen können.

Menschen mit erworbener Hirnschädigung sind auf eine gute Koordination therapeutischer Impulse angewiesen; die Interventionen des beruflichen Trainings und ggf. noch laufender ambulanter Therapien müssen sowohl hinsichtlich ihrer Zielsetzung (Bahnung) als auch in Bezug auf das Belastungsmanagement gut abgestimmt werden. Nicht zuletzt kann eine berufliche Wiedereingliederung langfristig nur erfolgreich sein, wenn sie noch Ressourcen für die Bewältigung des persönlichen Alltags und für Lebensqualität sichernde Selbstfürsorge wie Freizeit bewahrt.

Dass eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung neben der systematischen Anwendung (neuro-)psychologischer Prinzipien nicht selten noch spontane Interventionen außerhalb des unmittelbaren betrieblichen Settings oder ein kreatives Umdenken benötigt, illustrieren abschließend drei leicht verfremdete, aber reale Fallbeispiele.

Fallbeispiel 1

Von einer Aneurysmablutung mit komplikationsreicher Akutphase hatte sich der 52jährige Industriearbeiter körperlich gut erholt. In der neuropsychologischen Diagnostik zeigten sich noch leichte Defizite der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen bei ansonsten durchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Im Verhalten dominierte eine hohe Anspannung. Herr X schwankte zwischen dem Bedürfnis, aus dem Erlebten – knapp dem Tod entronnen sein – für seinen künftigen Umgang mit sich die richtigen Schlüsse zu ziehen, und seiner Sorge, den Arbeitsplatz zu verlieren, wenn er nicht schnellstmöglich an diesen zurückkehrt. Die betriebliche Lage zeigte sich durch eine niedrige Auftragslage angespannt. Zugleich war man bereit, Herrn X eine berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Eine besondere Herausforderung ergab sich dadurch, dass infolge eines postoperativen Krampfanfalls die Fahreignung nicht gegeben war. Bei der Vorbereitung der Wiedereingliederung wurde der betriebsärztliche Dienst einbezogen, der auch den Einsatz an bestimmten Maschinen als vorläufig zu riskant einschätzte. Damit waren die bislang für den Arbeitsplatz wesentlichen Tätigkeiten – Auto-/LKW-Fahrten und maschinelle Reinigungsarbeiten – ausgeschlossen. Daneben war der Weg zur Arbeitsstätte ohne Auto eine zusätzliche Belastung.

In Abstimmung mit dem Betrieb konnten für die zunächst begrenzte Zeit Wartungs- und Instandsetzungsaufgaben zusammengestellt werden. Mit den Aufgaben als solchen kam Herr X gut zurecht, konnte auch seine anfänglich noch reduzierte Belastbarkeit und Kraft wieder aufbauen. Deutlich schwieriger war es für ihn, die Notwendigkeit dieser Beschränkungen nachzuvollziehen, sich medizinisch richtig behandelt/eingeschätzt und betrieblich integriert zu fühlen. Seine hohe psychische Belastung führte phasenweise auch zu einer ausgeprägten Belastung des kollegialen Umfelds. Ein Schwerpunkt der neuropsychologischen Begleitung war hier die psychische Stabilisierung (Vermittlung von Störungsverständnis, Stressbewältigung, Förderung ausgleichender Aktivitäten). Es galt, Impulse von Resignation und Wut („Kündigung und Jobwechsel“) aufzufangen.

Ein zweiter Schwerpunkt war die Abklärung der Fahreignungsfrage, die sich als organisatorisch kompliziert und zeitlich sehr aufwendig darstellte. Durch einen fachlichen Austausch konnte den medizinischen Ansprechpartnern die Relevanz der Fragestellung für den Erhalt der beruflichen Teilhabe vermittelt werden. Herr X wurde dabei unterstützt, die neuropsychologisch relevanten Kriterien der Fahreignung – Aufmerksamkeitsüberprüfung und Bestehen einer neuropsychologisch begleiteten Fahrverhaltensprobe – zu erfüllen. Dies stellte einen spürbaren persönlichen Erfolg dar und ermöglichte es ihm wie dem

Betrieb, die mit der Epilepsie noch verbundenen Wartezeiten zu akzeptieren.

Fahreignung ist nicht selten eine besonders kritische Hürde für die berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung, ob sie nun die berufliche Tätigkeit selbst oder den Weg zur Arbeit empfindlich einschränkt. Die Möglichkeiten, sie wieder herzustellen, haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Diese Möglichkeiten zu finden und zu nutzen, stellt jedoch für Betroffene wie ihr privates oder dienstliches Umfeld oft eine Überforderung dar. Es ist daher von großem Vorteil, wenn diese Hilfe durch eine neuropsychologische Begleitung im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme geleistet werden kann.

Fallbeispiel 2

Nach einem Posteriorinfarkt bestand bei der 60jährigen Frau Y ein Gesichtsfelddefekt, der sie im Alltag – beim Lesen, Suchen, in der räumlichen Orientierung – erheblich beeinträchtigte. Beim Gehen bestand daher eine erhöhte Sturzgefahr. Daneben wurden Störungen der Aufmerksamkeits- und der Exekutivfunktionen diagnostiziert. Die Fahreignung war – auch im Verlauf – nicht gegeben, was in ländlicher Gegend zu einem unmittelbaren Verlust an Aktivitäten und Teilhabe führte. Beruflich war Frau Y langjährige Mitarbeiterin in einem Kiosk (Teil eines Einkaufszentrums). Die medizinischen Empfehlungen – augenärztliche Weiterbehandlung, Sehschule, Ergotherapie – konnten auch nach umfangreichen Bemühungen in der ländlichen Region nicht umgesetzt werden. Frau Y zeigte sich auch mit der Orientierung im Haushalt überfordert, entwickelte eine ausgeprägte Angst davor, sich – auch in Begleitung von Angehörigen – außer Haus aufzuhalten und geriet zunehmend in eine depressive Fehlentwicklung. Seitens der neuropsychologischen Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung wurde zunächst ein Übungsprogramm für die Verbesserung der visuellen Wahrnehmung zusammengestellt, das die Rehabilitandin selbstständig bearbeiten konnte. Mittels intensiver krankheitsverarbeitender Gespräche wurde die Bereitschaft aufgebaut, kleine Wege außer Haus und später die Nutzung des ÖPNV zu erproben. Durch die neuropsychologische Begleitung konnten Strategien zur Kompensation der Gesichtsfeld-einschränkung und der – zu Beginn panikartigen – begleitenden Ängsten vermittelt werden. Frau Y erlangte die Fähigkeit, den Arbeitsweg mit ausgewählten Bus- und Gehstrecken zu bewältigen, und damit die Voraussetzung für die berufliche Wiedereingliederung. Die anschließende neuropsychologische Begleitung am Arbeitsplatz beinhaltete insbesondere die Vermittlung von Selbstwirksamkeitserleben, d.h. der Erfahrung, trotz der verbleibenden Einschränkun-

gen komplexere – reizintensive – Situationen beherrschen und auf bisherige Stärken – z.B. Humor und gute Kundenbeziehungen – zurückgreifen zu können. Hierfür wurden auch die beruflichen Bezugspersonen spezifisch informiert und angeleitet. Sukzessive gewann Frau Y wieder an Sicherheit und entschied sich für die Fortführung ihrer beruflichen Tätigkeit trotz der infolge der verbliebenen Gesichtsfeldeinschränkung dauerhaft erschwerten Rahmenbedingungen.

Fallbeispiel 3

Eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit als Hauswerker in einem Altenheim war Herrn Z, 28, nach seinem schweren Schädel-Hirn-Trauma mit verbliebenen Störungen der Motorik (Ataxie, Dysarthrie), ausgeprägten Störungen des Gedächtnisses (retrograde Amnesie mit Verlust beruflicher Kenntnisse, Störung des Neugeächtnisses) und der Exekutivfunktionen (verminderte Impulskontrolle, Witzelsucht) nicht möglich. Der Versuch, seine besondere Neigung für den Umgang mit älteren Menschen zu nutzen, um eine berufliche Teilzeitbeschäftigung im Sozialdienst seines Betriebes aufzubauen, scheiterte zunächst: Die Bedingung, dass bestimmte kognitive Fehlleistungen nicht mehr auftreten, konnte Herr Z trotz mehrmonatigen intensiven Trainings und individuell verbesserter Fähigkeiten nicht erfüllen. Die Lösung fand sich in einem Paradigmen-Wechsel: Mit störungsspezifischer Beratung ermittelte das Altenheim spezifische Bedingungen, unter denen ein Einsatz von Herrn Z gelang: Gekoppelt an die Dienste von zwei in das Störungsbild eingearbeiteten und bedarfsgerecht durch Supervision unterstützten Mitarbeiterinnen erledigte Herr Z zeitlich und inhaltlich auf sein Leistungs- bzw. Störungsprofil zugeschnittene Aufgaben (z. B. Begleitung von Bewohnern, Spielangebote) und sicherte sich so eine berufliche wie die damit verbundene soziale Teilhabe.

Fazit und Ausblick

Neuropsychologische Störungen sind die Folgen einer hirnganischen Erkrankung, mit denen sich ein besonderes Risiko für eine berufliche Wiedereingliederung und den langfristigen Erhalt der beruflichen Teilhabe verbindet. Sie verändern übergreifend die Informationsverarbeitung eines Menschen, sein Selbsterleben, seine Selbsteinschätzung und jedwede Interaktion mit Aufgaben oder anderen Personen. Sie können daher nicht durch eine Veränderung des Arbeitsplatzes umgangen werden. Stattdessen muss die betroffene Person in einem individuell gestalteten Lernprozess angeleitet werden, diese Veränderungen zu verstehen und ihnen je nach Situation gezielt entgegenzuwirken.

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 113 – 122 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

BETA-MeH as a clinical-operational intervention – the importance of neuropsychological support

S. Unverhau

Abstract

Acquired brain injuries often lead to neuropsychological impairments that can have a profound impact on occupational performance, even when the individual appears outwardly unimpaired. These range from subtle cognitive deficits to complex functional impairments that significantly limit the affected individuals' ability to communicate and interact. In the protected setting of a medical or vocational rehabilitation facility, such impairments can only be treated to a limited extent. Coping with everyday life and work-related demands despite neuropsychological impairments must be practiced and learned under real-life conditions.

For the treatment of neuropsychological impairments, vocational (re)integration is not only a goal, but also a central prerequisite for further recovery. Neuropsychological support includes a detailed analysis of both personal and illness-related conditions as well as the specific demands of the workplace, the development of disorder-specific strategies, psychological support in coping with experienced changes, assistance in building vocational skills, and comprehensive consultation with the work environment.

This article outlines the theoretical foundations of this neuropsychological treatment approach and demonstrates how it is implemented in the practice of vocational rehabilitation.

Keywords: acquired brain injury (ABI), neuropsychological rehabilitation, vocational reintegration, work-related interventions

Der Klinischen Neuropsychologie kommt generell die Rolle zu, diesen mehrdimensionalen Lern- und Anpassungsprozess zu bahnen und zu unterstützen.

Im Rahmen der betrieblichen (Re-)Integration beinhaltet dies die Analyse der Auswirkungen des jeweiligen neuropsychologischen Störungsbildes auf das persönliche berufliche Anforderungsprofil, die störungsspezifische Gestaltung des Einarbeitungsprozesses, die Förderung der Krankheitsverarbeitung und Ressourcenaktivierung sowie die komplementäre Unterstützung der beruflichen Bezugspersonen.

Neuropsychologische Begleitung am Arbeitsplatz ist die Fortsetzung neuropsychologischer Rehabilitation mit der Zielsetzung, den Transfer der im stationären Setting begonnenen neuropsychologischen Behandlung auf die berufliche Rehabilitation und Teilhabe zu ermöglichen. Eine entsprechende fachliche Qualifikation mit klinischen Erfahrungen in allen Phasen der Neuro-Rehabilitation stellt dabei sicher, dass Klinische Neuropsycholog:innen die relevanten Aspekte der Störungen wie die Veränderungs-/Teilhaberessourcen schnell genug erkennen, um Risiken der Überforderung

entgegenwirken und das Rehabilitationspotential des jeweiligen Klienten maximal ausschöpfen zu können. So kann die seit Langem bekannte Diskrepanz zwischen guten Ergebnissen der medizinisch-neurologischen Rehabilitation und dem Outcome hinsichtlich beruflicher Teilhabe reduziert werden. Erste Hinweise darauf konnten nicht veröffentlichte kleinere Projekte des Landschaftsverbandes Rheinland und der Unfallkasse NRW liefern.

Das BETA-MeH-Projekt der DRV bietet die Chance, das neuropsychologische Wirkungsprinzip auch einer größeren Gruppe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung zur Verfügung zu stellen. Insofern der Erhalt der beruflichen Teilhabe generell wie besonders im Bereich neurologischer Erkrankungen zugleich auch eine unmittelbare Wirkung auf den Erhalt des erreichten Gesundheitszustands hat, ist dies eine erfreuliche Entwicklung, die den notwendigen Ausbau der neuropsychologischen Versorgung unterstützen können wird.

Literatur

1. Unverhau S. Neuropsychologische Behandlungsplanung. In: Sturm W, Herrmann M, Münte TF, Hrsg. Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. 2. Aufl. Heidelberg: Spektrum 2009, S. 363-378
2. Unverhau S. Neuropsychologische Transfertherapie in der beruflichen Rehabilitation. In: Dettmers CH, Weiller C, Hrsg. Update Neurologische Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus Verlag 2005, S. 150-173

Korrespondenzadresse:

Sabine Unverhau
Dipl.Psych., Klinische Neuropsychologin GNP,
Psychologische Psychotherapeutin
Fachdienst für Integrative Neuropsychologie
Kolpingstr. 9
40721 Hilden
unverhau@np-fachdienst.de