



EMPFEHLUNGEN

zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation
in der Neurologie



EMPFEHLUNGEN

zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation
in der Neurologie

IMPRESSUM

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft

für Rehabilitation (BAR) e.V.

Solmsstraße 18,

60486 Frankfurt/Main

Telefon: +49 69 605018-0

Telefax: +49 69 605018-29

info@bar-frankfurt.de

www.bar-frankfurt.de

*Nachdruck nur auszugsweise
mit Quellenangabe gestattet.*

Frankfurt/Main,

Februar 2011

ISBN 978-3-9813712-8-4

INHALT

	<i>Vorwort</i>	7
1	<i>Vorbemerkung</i>	8
2	<i>Allgemeiner Teil: Grundsätze</i>	10
2.1	Medizinisch-berufliche Rehabilitation	10
2.2	ICF und das Konzept des bio-psycho-sozialen Modells	12
2.3	Rehabilitationsansatz	15
2.4	Voraussetzungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation	16
2.5	Indikation zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation	16
2.6	Rehabilitationsziele der medizinisch-beruflichen Rehabilitation	17
2.6.1	Allgemeines Rehabilitationsziel	17
2.6.2	Trägerspezifische Rehabilitationsziele	18
2.7	Inhalte und Aufgaben der medizinisch-beruflichen Rehabilitation	18
2.8	Trägerspezifische Zuordnung und Zuständigkeit	19
2.9	Leistungsdauer und Verfahren	21
3	<i>Besonderer Teil</i>	22
3.1	Angebote der medizinisch-beruflichen Rehabilitation	22
3.1.1	Leitgedanken: Umfassendes Behandlungskonzept im interdisziplinären Team	22
3.1.2	Prozess der medizinisch-beruflichen Rehabilitation: Zielorientierte integrierte Behandlungspfade	22
3.2	Anforderungen und Standards medizinisch-beruflicher Rehabilitation	24
3.2.1	Anforderungen an medizinisch-berufliche Rehabilitation	24
3.2.2	Standards medizinisch-beruflicher Rehabilitation	24
3.2.3	Dokumentation	25
3.2.4	Medizinisch-berufliches Assessment	26
3.2.5	Ärztliche Leitung und Verantwortung in der Einrichtung	27
3.2.6	Rehabilitationsteam und Qualifikation	28
3.2.7	Kooperationen	30
3.2.8	Räumliche Ausstattung	31
3.2.9	Apparative Ausstattung	31

INHALT

4	<i>Kasuistiken</i> (Fallbeispiele – mit Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten)	32
4.1	Fallbeispiel 1	32
4.2	Fallbeispiel 2	35
5	<i>Verzeichnis der Mitwirkenden</i>	38

VORWORT

Mit den „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ wurde im Jahre 1995 damit begonnen, das Phasenkonzept A - F der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu definieren. Nachdem zuletzt die „Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F“ erarbeitet worden sind, werden hiermit als weiterer Teil der begonnenen Arbeit zur neurologischen Rehabilitation auch Empfehlungen für den Bereich der medizinisch-beruflichen Rehabilitation vorgelegt.

Mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung wurden weltweite Standards gesetzt für ein menschliches und würdevolles Dasein von Menschen mit Behinderung. Auch in Deutschland hat die UN-Behindertenrechtskonvention neue Impulse gegeben und die Teilhabe behinderter Menschen gestärkt und weiterentwickelt. Die grundlegenden Herausforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention wurden mit in die Erstellung der Empfehlungen einbezogen.

Die Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie wurden von den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. unter Einbeziehung und Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen und weiteren ärztlichen Sachverständigen der Leistungserbringer erarbeitet.

Die BAR-Geschäftsführung dankt allen, die an der Erarbeitung der Empfehlungen beteiligt waren, insbesondere den Mitgliedern der Projektgruppe „Neurologische Rehabilitation“.



Bernd Petri
Geschäftsführer der BAR e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1 Vorbemerkung

Für die neurologische Rehabilitation sind schon seit dem Jahr 1995 Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in Kraft, die sich zunächst auf Patienten¹ mit schweren und schwersten Hirnschädigungen beziehen. Sie markieren den Beginn, das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu beschreiben. In Anlehnung an das Phasenmodell des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)² können sechs Phasen der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung unterschieden werden: Die Phase A bezieht sich auf die Akutbehandlung, die Phase B umfasst die beziehungsweise Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. In der Rehabilitationsphase C können die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten, sie müssen aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden. Die Rehabilitationsphase D entspricht der medizinischen Rehabilitationsleistung, in der die Patienten weitgehend selbstständig im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung sind. Nachgehende Rehabilitationsleistungen und die berufliche Rehabilitation werden in der Phase E zusammengefasst. Die Phase F bezeichnet die Phase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Ein chronologischer Ablauf wird durch diese Phaseneinteilung nicht vorgegeben. Entsprechend dem Krankheitsverlauf können auch Phasen (zum Beispiel Phase B oder C) übersprungen werden. Der entgegengesetzte Verlauf, zum Beispiel von den Phasen F oder E in Phase D, ist ebenfalls möglich. Die Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation wurde für Erwachsene entwickelt, für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind im Modell Adaptationen notwendig.

Zur Koordinierung des Rehabilitationsverfahrens wurde das Phasenmodell im Rahmen der BAR für die Phasen B und C³ sowie die Phase F⁴ trägerübergreifend konsentiert.

Von diesem indikationsspezifischen Phasenmodell in der neurologischen Rehabilitation abgegrenzt wird ein dreistufiges Modell der indikationsübergreifenden rehabilitativen Versorgung der Bevölkerung, das auf ein entsprechendes Aktionsprogramm der Bundesregierung aus den 1970er Jahren zurückzuführen ist⁵: Die Phase I umfasst die medizinische und rehabilitative Behandlung, während in der Phase III von den Berufsbildungs- und -förderungswerken berufliche Rehabilitation betrieben wird. Dazwischen ist in der Phase II die medizinisch-berufliche Rehabilitation angesiedelt, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbindet. Diese Phase II kann den Phasen D und E des neurologischen Phasenmodells zugeordnet werden.

Die vorliegenden „Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie“ der BAR beschreiben ausschließlich die medizinisch-berufliche Rehabilitation für Erwachsene und berufsnahe Jugendliche mit besonders schweren und komplexen Beeinträchtigungen in stationären

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend nur jeweils die männliche Form verwendet.

2 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. Rehabilitation 1995, 34: S. 119 – 127

3 BAR, Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Frankfurt/Main, 1995, unter www.bar-frankfurt.de

4 BAR, Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F, Frankfurt/Main 2003, unter www.bar-frankfurt.de

5 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2009: Medizinisch-berufliche Rehabilitation – Einrichtungen in Deutschland, S. 5, unter www.bmas.de/portal/3242/property=pdf/a715__medizinisch__berufliche__rehabi__374__1.pdf

KAPITEL 1

neurologischen Einrichtungen der Phase II.⁶ Für Kinder und (noch nicht berufsnahe) Jugendliche liegt hingegen der Fokus auf einem medizinisch-schulischen Ansatz mit dem Ziel der schulischen Wiedereingliederung. Diese spezifische Thematik ist allerdings nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.⁷

Die Begrifflichkeit „medizinisch-berufliche Rehabilitation“ bezieht sich somit auf die Durchführung einer bedarfsgerechten Integration von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen in besonderen stationären Einrichtungen der Phase II. Sie bildet im leistungsrechtlichen Sinne keine gesonderte Leistungsform.

In der Terminologie der ICF⁸ werden Leistungen auf den Ebenen der Strukturen und Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe integriert. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebenshintergrundes des Betroffenen werden biologische, psychosoziale und individuelle Aspekte eines Gesundheitsproblems miteinander verknüpft. Auch die medizinisch-berufliche Rehabilitation geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des betroffenen Menschen umfasst. Sie richtet sich also insbesondere an Rehabilitanden, die vor oder im Erwerbsleben stehen, und zeichnet sich durch eine frühe Verzahnung von medizinischen und beruflichen Aspekten sowohl auf der inhaltlich-konzeptionellen als auch auf der strukturellen und organisatorischen Ebene aus. Es gelten dabei die allgemeinen Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität.

Wie aufgezeigt, ist dem betroffenen Menschen durch den Erhalt und den Ausbau medizinisch-beruflich ausgerichteter Strukturen, die interdisziplinäre therapeutische und berufsvorbereitende Angebote vorhalten, die Möglichkeit zu bieten, die gesundheitlichen und beruflichen Bedingungen zur Erreichung der Teilhabeziele des Einzelnen zu optimieren oder umgekehrt zum Beispiel durch Hilfsmittel, Heilmittel oder Unterstützungsleistungen eine positive Änderung der Kontextfaktoren zu bewirken.

Übergeordnetes Ziel im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention⁹ ist es, Menschen mit Behinderung ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu ermöglichen [Artikel 25 und 26]. Den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder ist Rechnung zu tragen [vgl. Präambel lit. s), Artikel 6 und 7].

⁶ Inhalte zur Phase E der neurologischen Rehabilitation sind Gegenstand gesonderter Ausarbeitungen.

⁷ Vgl. bereits Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher (Hrsg. BAR, 2007), unter www.bar-frankfurt.de

⁸ Die vorläufige Fassung der deutschsprachigen Übersetzung der ICF (Stand Oktober 2005) wurde von DIMDI (Deutsches Institut für medizinischen Dokumentation und Information) herausgegeben. Diese Version ist unter www.dimdi.de online.

⁹ Quelle: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

2 Allgemeiner Teil: Grundsätze

2.1 Medizinisch-berufliche Rehabilitation

Während die Rehabilitationsphase D nach Abschluss der Frühmobilisation die medizinische Rehabilitation beinhaltet, enthält demgegenüber die Phase E primär nachgehende Rehabilitationsleistungen¹⁰ und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Da die Rehabilitation in der Phase D bei positiver Erwerbsprognose auf die (Re-)Integration in das Arbeitsleben zielt, müssen die beruflichen Anforderungen bereits in die Phase der medizinischen Rehabilitation (Phase D) integriert werden.

Durch die Verknüpfung der medizinischen Leistungen mit frühzeitigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft soll eine zügige und nahtlose Rehabilitationsbehandlung „wie aus einer Hand“ gewährleistet werden. Dementsprechend sollen die „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ – auch „Einrichtungen der Phase II“ genannt – eine Lücke schließen zwischen der Akutbehandlung und Erstversorgung (als Phase I bezeichnet) und der beruflichen Rehabilitation, die der Ausbildung, Umschulung beziehungsweise beruflichen (Re-)Integration dient (als Phase III bezeichnet).

Bei Menschen mit besonders schweren und komplexen Beeinträchtigungen – überwiegend auf Grund neurologischer und psychischer Krankheiten – ist häufig auch nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ein hoher medizinisch-therapeutischer Unterstützungsbedarf vorhanden, eine ausreichende Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fraglich und eine Eignung für angestrebte Berufsfelder unklar. Dies betrifft vor allem Menschen, die neben ihren schweren krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen durch Lernstörungen, eine besondere Störanfälligkeit oder Störungen des Sozial- und Arbeitsverhaltens eingeschränkt sind.

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II) bietet für diesen Personenkreis eine ganz spezifische Leistung mit medizinischen und berufsbezogenen Elementen der Rehabilitation, um deren Chancen auf eine berufliche Integration zu klären und zu erhöhen. So können über die medizinisch ausgerichtete Rehabilitation hinaus zum Beispiel die berufliche Eignung sowie die körperliche, geistige und psychische Belastbarkeit in Hinblick auf eine Arbeitstätigkeit oder spätere berufliche Bildungsmaßnahme abgeklärt werden. Die Einrichtungen kooperieren daher mit geeigneten Stellen, zum Beispiel mit Berufsförderungs- beziehungsweise Berufsbildungswerken.

Zu den Leistungen, die im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation erbracht werden, zählen auch die Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Diese sind nach § 26 SGB IX der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen. Die Belastungserprobung dient der Ermittlung des arbeitsrelevanten Leistungsprofils in körperlicher, geistiger und psychischer Hinsicht, der sozialen Anpassungsfähigkeit und der besonderen Gefährdungen durch Einwirkungen am Arbeitsplatz. In der Arbeitstherapie werden die berufliche Belastbarkeit gesteigert, Arbeitsgrundfähigkeiten stabilisiert und verbessert und spezielle Fähigkeiten für die berufliche Wiedereingliederung trainiert.

¹⁰ Vgl. Praxisleitfaden Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Herausgeber BAR, Stand: Februar 2008; unter www.bar-frankfurt.de)

KAPITEL 2

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in den Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation vor allem als Klärung der beruflichen Eignung, Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung oder berufliche Anpassung angeboten. Die Leistungen werden insbesondere in den grundlegenden Bereichen der gewerblich-technischen und der kaufmännisch-verwaltenden Berufsrichtungen durchgeführt.



ZIEL DER MEDIZINISCH-BERUFLICHEN REHABILITATION IST DIE INTEGRATION IN DEN ERSTEN ARBEITSMARKT.“

Ziel der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ist die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Am Ende der medizinisch-beruflichen Rehabilitation steht daher die Feststellung, ob der Rehabilitand seine frühere berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann, eine betriebliche Umsetzung oder eine Umschulung erforderlich ist, eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder keine berufliche Tätigkeit mehr in Betracht kommt.

Dieses spezifische Angebot kann nicht flächendeckend, sondern nur an bestimmten Schwerpunkteinrichtungen, den „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“, angeboten werden. Die Einrichtungen haben sich im Jahr 1981 zu einer „Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V.“ zusammengeschlossen, die unter anderem Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erstellt hat. Ein Verzeichnis der Einrichtungen in Deutschland wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegeben¹¹.

¹¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): Medizinisch-berufliche Rehabilitation. Einrichtungen in Deutschland

2.2 ICF und das Konzept des bio-psycho-sozialen Modells

Durch die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) kann der Zustand der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund, einschließlich Förderfaktoren und Barrieren, beschrieben werden.¹²

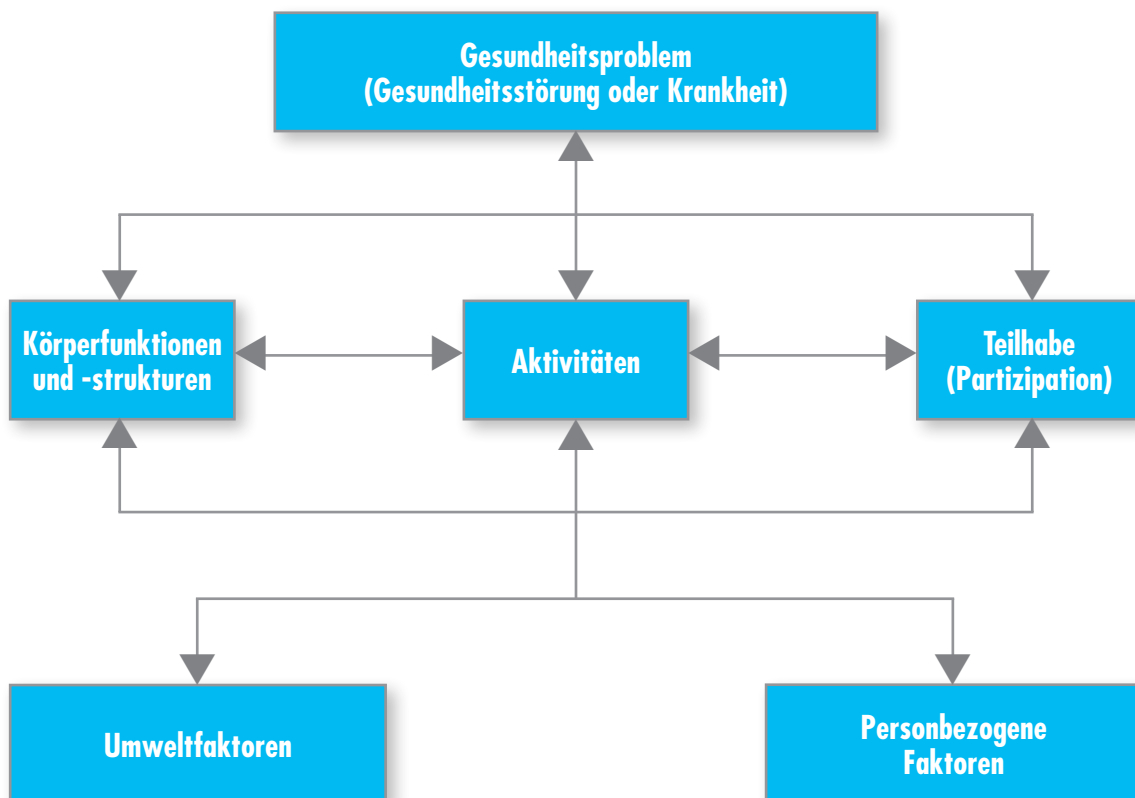


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit

Die einzelnen Komponenten der ICF werden folgendermaßen beschrieben:

Während mit Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie zum Beispiel das Sehvermögen oder die Gehfähigkeit bezeichnet werden, versteht man unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene führen zum Beispiel zu Schädigungen

- der Sensorik,
- des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage,

¹² Vgl. Fußnote 8

KAPITEL 2

- des Stütz- und Bewegungsapparates, unter anderem mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung,
- der Sprach-, Hör- oder Sehfunktion.

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person. Mit Teilhabe wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogenenseins in allen ihr wichtigen Lebensbereichen bezeichnet. Eine eindeutige Trennung von Aktivitäten und Teilhabe ist dabei oft nicht möglich, weshalb die beiden Komponenten in der ICF auch in einem Kapitel zusammengefasst sind.

Beeinträchtigungen der Aktivität zeigen sich zum Beispiel als Schwierigkeiten

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung,
- im Umgang mit Stress.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe zählen zum Beispiel Einschränkungen in den Möglichkeiten der

- Selbstversorgung,
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen),
- Bildung und Ausbildung,
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit),
- sozialen Integration,
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind.

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten. Zu den Umweltfaktoren zählen

- Erzeugnisse und Technologien
zum Beispiel Vorhandensein oder Fehlen von Hilfsmitteln zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens (Hilfsmittel zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, Hilfsmittel für die persönliche Mobilität, Hilfsmittel zur Kommunikation und Information)
- Natürliche und von Menschen veränderte Umwelt
zum Beispiel barrierefreie Infrastruktur, Wohn-, Geschäfts- und öffentliche Gebäude, Transportwege, Straßen
- Unterstützung und Beziehungen
zum Beispiel Vorhandensein oder Fehlen unterstützender und helfender Personen (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde, Selbsthilfegruppen)

- Einstellungen, Werte und Überzeugungen
zum Beispiel Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen, die das Verhalten und soziale Leben auf allen Ebenen beeinflussen, wie in zwischenmenschlichen Beziehungen, auf kommunaler Ebene bis hin zu politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen
- Dienstleistungen
zum Beispiel Vorhandensein oder Fehlen von lokalen oder regionalen Rehabilitationsdiensten öffentlicher oder privater Art
- Politikfelder einschließlich Organisation und Struktur
zum Beispiel Vorhandensein oder Fehlen von Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften, Regelungen und Standards, die Leistungen und Dienste, Programme oder andere infrastrukturelle Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft regeln und organisieren.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, zum Beispiel Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Kontextfaktoren sind in der ICF wegen der weltweit großen kulturellen Unterschiede bislang nicht ausgeführt. Ihre Berücksichtigung ist jedoch im Behandlungsprozess des Einzelfalls sehr oft zwingend notwendig.

Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind.

Diese Komponenten entsprechen auch dem Konzept der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, das notwendigerweise neben dem Gesundheitsproblem eines Rehabilitanden die positiv beziehungsweise negativ wirkenden Kontextfaktoren im beruflichen und privaten Umfeld berücksichtigen muss, um erfolgreich zu sein.

Die ICF fordert von allen an der medizinisch-beruflichen Rehabilitation Beteiligten, sich von einer reinen Beschreibung der Schädigung zu lösen (zum Beispiel der Beschreibung eines Aufmerksamkeitsdefizits) und auch Aussagen bezüglich der Aktivitäten und der Teilhabe zu treffen (zum Beispiel fehlende Fahreignung und damit Einschränkung in der Berufsausübung). Die ICF ermöglicht aber andererseits die Definition der Teilhabeziele, die insbesondere in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ebenso berufsgruppenübergreifend erfolgen muss wie die abschließende sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens. Dies erfordert, die gegebenenfalls zielgruppenspezifisch noch erforderliche fachspezifische Sprache durch eine fachgruppenunabhängige gemeinsame „ICF-Sprache“ zu ergänzen beziehungsweise zu ersetzen.

Die Besonderheit der medizinisch-beruflichen Rehabilitation liegt unter anderem in der starken Gewichtung insbesondere der beruflichen Kontextfaktoren. Neben standardisierten Testverfahren zum Beispiel der kognitiven Leistungsfähigkeit müssen Belastbarkeit, Fähigkeiten und Einschränkungen auch unter realen Bedingungen auf einem simulierten oder tatsächlichen Arbeitsplatz

KAPITEL 2

untersucht werden, zum Beispiel im Rahmen von Praktika. Neben Umweltfaktoren wie Arbeitsplatz, Arbeitsabläufe und Ausführungsbedingungen müssen personbezogene Faktoren wie Motivation, Erfahrung oder Kompensationsstrategien erfasst werden, um Förderfaktoren zu benennen, Barrieren zu reduzieren und so für den Rehabilitanden Bedingungen zu schaffen, in denen er seine – durch Erkrankung oder Schädigung des Gehirns eingeschränkten – Möglichkeiten optimal nutzen kann.

Die ICF-Nutzungsmöglichkeiten werden durch zwei Fallbeispiele in Kapitel 4.0 – Kasuistiken – verdeutlicht.¹³



M

**MEDIZINISCH-BERUFLICHE REHABILITATION
GEHT VON EINEM GANZHEITLICHEN ANSATZ AUS“**

2.3 Rehabilitationsansatz

Medizinisch-berufliche Rehabilitation geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren unter Einbeziehung präventiver Aspekte abstellt. Durch die Analyse der individuellen Lebenssituation und des Bewältigungsstils des Rehabilitanden ergeben sich Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen, die gemeinsam mit der beruflichen Qualifizierung einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und insbesondere beruflichen Leben gewährleisten.

Der Ansatz bezieht sich gleichermaßen auf die vorberufliche und berufliche Situation der Rehabilitanden. Er analysiert die Leistungsfähigkeit in Bezug auf die berufliche Eingliederung, eine ausgeübte Erwerbstätigkeit beziehungsweise den ausgeübten Beruf oder eine berufliche Neuorientierung.

Dieser Rehabilitationsansatz erfordert die Anwendung von individuell auf den einzelnen Rehabilitanden abgestimmten komplexen Rehabilitationsleistungen in medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, beruflichen und psychosozialen Fachgebieten. Diese müssen zwingend miteinander verzahnt und von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung

¹³ Weitere Details siehe: ICF Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation (ICF-Praxisleitfaden 1), in der medizinischen Rehabilitation (ICF-Praxisleitfaden 2) und für das Krankenhausteam (ICF-Praxisleitfaden 3); unter www.bar-frankfurt.de

begleitet werden mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren beziehungsweise des Aufbaus von Förderfaktoren.

2.4 Voraussetzungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische, kognitive und psychische Verfassung des Rehabilitanden (zum Beispiel Motivation beziehungsweise Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren),
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels,
- durch eine geeignete Rehabilitation,
- in einem dazu notwendigen Zeitraum.

2.5 Indikation zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation kommt in Betracht bei Menschen mit Beeinträchtigungen als Folge zum Beispiel einer erworbenen oder angeborenen Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems sowie des neuromuskulären Systems, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es ist eine Prognose hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise Bildungsfähigkeit gegeben.
- Die Teilhabe an Bildung, Ausbildung und Beruf ist eingeschränkt oder gefährdet.
- Gleichzeitig besteht aktueller medizinischer Behandlungsbedarf und ein hoher medizinisch-therapeutischer Unterstützungsbedarf.
- Eine ausreichende Belastbarkeit für (gegebenenfalls auch weitere) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise die bisher ausgeübte Tätigkeit ist fraglich, oder die Eignung für angestrebte Berufsfelder ist unklar.

Zusätzlich muss mindestens eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die komplexe Krankheitsfolge betrifft regelmäßig mehr als einen Bereich der Aktivitäten und Teilhabe (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Haushalt, interpersonale Interaktionen, bedeutende Lebensbereiche).
- Auch innerhalb eines Bereiches liegen Einschränkungen zum Beispiel der Mobilität mit Störungen der Fein- und Sensomotorik, des Gleichgewichts, der Fortbewegung oder der neurokognitiven und insbesondere exekutiven Funktionen mit resultierenden Störungen des Sozial- und Arbeitsverhaltens, insbesondere fehlende Handlungsplanung und -kontrolle, mangelnde Flexibilität, Impulskontrollstörung, Missachtung sozialer Regeln, fehlende Krankheitseinsicht, enthemmtes Verhalten vor.
- Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Selbstversorgung beeinträchtigt ist und die interpersonalen Interaktionen im Alltag, insbesondere das Sozialverhalten, sowie die person- oder umweltbezogenen Kontextfaktoren Barrieren für die Teilhabe am Arbeitsleben darstellen.

2.6 Rehabilitationsziele der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

2.6.1 Allgemeines Rehabilitationsziel

Allgemeines Ziel der Rehabilitation nach SGB IX ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitation abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Ausbildung oder Weiterbildung aufzunehmen/abzuschließen oder eine Erwerbstätigkeit in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden und seinen erreichten Fähigkeiten entsprechen.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch

- vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion beziehungsweise Aktivitäten und der Teilhabe,
- die größtmögliche Förderung personbezogener Faktoren (zum Beispiel Lebensstil, Fitness, Bildung, Erfahrung, Bewältigung von Krankheiten und deren funktionellen Folgen),
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ beziehungsweise Nutzung verbliebener Funktionen beziehungsweise Aktivitäten (Kompensation),
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten beziehungsweise der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation).

Die individuellen Rehabilitationsziele werden auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose mit dem Rehabilitanden vereinbart.

2.6.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Die Rehabilitation zielt

- in der Krankenversicherung (SGB V) darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- in der Arbeitsförderung (SGB III) auf die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit durch Erhalt und Ausbau von Kenntnissen, Fertigkeiten sowie Fähigkeiten,
- in der Rentenversicherung (SGB VI) sowie der Alterssicherung der Landwirte¹⁴ darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern,
- in der Unfallversicherung (SGB VII) darauf, den durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, den Rehabilitanden auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Entsprechende Rehabilitationsziele verfolgen die Kriegsopferversorgung/-fürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), die Sozialhilfe nach dem SGB XII, die Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII. Zur Zielerreichung kann die medizinisch-berufliche Rehabilitation insbesondere beitragen, indem sie medizinische und berufliche Aspekte gleichermaßen berücksichtigt.

2.7 Inhalte und Aufgaben der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Zentrale Komponenten der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss mit geeigneten, validierten Assessmentverfahren beschreibt und bewertet,
- der Rehabilitationsplan mit Beschreibung der Rehabilitationsziele,
- die Durchführung entsprechender therapeutischer Interventionen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und ihre Überprüfung,
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf das Rehabilitationsziel,
- die Einleitung weiterer Leistungen zur Teilhabe,
- die Einleitung von Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit einschließlich zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Hilfsmittelversorgung, beruflicher Assistenz oder anderer Maßnahmen zur sozialen Integration.¹⁵ Die Koordination dieser Leistungen kann im Rahmen eines fachlich kompetenten Fallmanagements geschehen. Kooperationen mit wohnortnahen Einrichtungen zum Beispiel der ambulanten/teilstationären Rehabilitation können erforderlich sein, um die berufliche Wiedereingliederung auch durch Besuche des Arbeitsplatzes in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, Integrationsämtern oder Fallmanagern des Rehabilitationsträgers zu unterstützen.

¹⁴ Für diese begrenzt auf die Ziele der medizinischen Rehabilitation (§ 10 ALG i.V.m. § 15 SGB VI entsprechend).

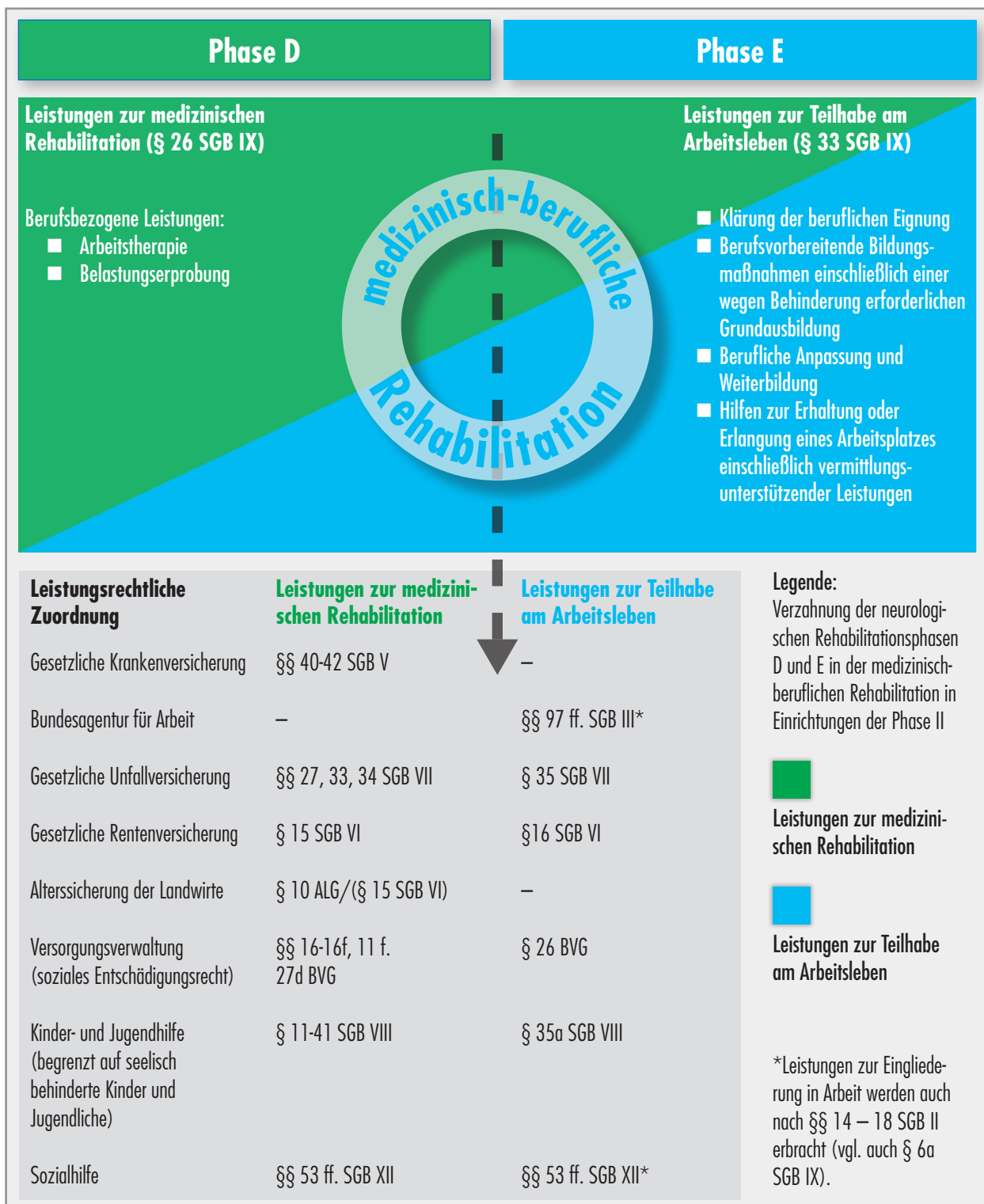
¹⁵ Vgl. Fußnote 10

KAPITEL 2

2.8 Trägerspezifische Zuordnung und Zuständigkeit

Zur Zielerreichung wird im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ein differenziertes Leistungsspektrum angeboten. In Abhängigkeit von den Zielen der Rehabilitationsträger können unterschiedliche Leistungen erbracht werden.

Trägerspezifische Zuordnung an der Schnittstelle zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach BAR-Phasenmodell „Behandlungs- und Rehabilitationsphasen in der Neurologie“)



KAPITEL 2

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können leistungsrechtlich unterschiedlich zugeordnet sein. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehungsweise für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger zuständig. Zur Klärung der Zuständigkeit gilt § 14 SGB IX.

LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION UND
LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN KÖNNEN
LEISTUNGSRECHTLICH UNTERSCHIEDLICH ZUGEORDNET
SEIN.“

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergibt sich folgende Zuständigkeit:

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen Leistungen in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V, soweit und solange der medizinische Behandlungsanteil überwiegt und solche Leistungen nicht durch andere Rehabilitationsträger erbracht werden können (§ 40 Abs. 4 SGB V). Arbeitstherapie und Belastungserprobung (§ 42 SGB V) können bei Bedarf im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation durchgeführt werden.

Die Leistungspflicht der Krankenkasse endet, wenn während der medizinisch-beruflichen Rehabilitation die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben überwiegt (§ 40 Abs. 4 SGB V). Für die Fortsetzung der Rehabilitation ist in einem solchen Fall ein anderer Rehabilitationsträger (zum Beispiel Bundesagentur für Arbeit) zuständig.

2.9 Leistungsdauer und Verfahren

Medizinisch-berufliche Rehabilitationsleistungen bedürfen vor Beginn der Bewilligung durch den/die zuständigen Rehabilitationsträger. Umfang und Dauer der Leistungen richten sich nach den indikationsspezifischen Anforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel. Die Dauer der im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation angebotenen Leistungen beträgt in der Regel für

Belastungserprobung	6 Wochen
Arbeitstherapie	12 Wochen
Abklärung der beruflichen Eignung	20 Arbeitstage, für Erstauszubildende 60 Arbeitstage
Arbeitserprobung	10 Arbeitstage, für Erstauszubildende 20 Arbeitstage
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	bestehend aus Eignungsanalyse (2 Wochen), Grundstufe (bis 6 Monate), Förderstufe (bis 5 Monate)
Berufliche Anpassung	3 bis 6 Monate, in Einzelfällen bis zu einem Jahr
Berufliche Erstausbildung	3 Jahre

Eine längere Leistungsdauer kann von vornherein in besonderen Fällen (zum Beispiel Einschränkung des Lernens bei Störungen des Gedächtnisses, Einschränkung der Arbeits- und Handlungsplanung, bei schweren exekutiven Störungen, bei schweren Aphasien oder einem schwierigen Kontextumfeld) in Betracht kommen.

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist nach vorheriger Zustimmung durch den jeweiligen Leistungsträger eine Verlängerung möglich

- bei Verzögerung des Erreichens von Rehabilitationszielen bei weiterhin positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (zum Beispiel bei interkurrenten Erkrankungen),
- zum Erreichen eines weitergehenden Rehabilitationszieles, wenn sich im Verlauf der Rehabilitation zeigt, dass ein zunächst nicht für realisierbar gehaltenes Ziel zum Beispiel durch Nutzung von Potenzialen und Ressourcen des Rehabilitanden doch erreichbar ist,
- zur Stabilisierung des erreichten Leistungsniveaus insbesondere bei Verhaltensstörungen oder Reifungsverzögerungen, um eine dauerhafte berufliche Integration sicher zu stellen,
- bei Veränderung des Teilhabezieles, wenn zum Beispiel die Eingliederung in den bisherigen Beruf nicht mehr möglich und eine berufliche Neuorientierung notwendig ist.

Die Rehabilitationsleistung ist vorzeitig zu beenden, wenn sich während des Verlaufes zeigt, dass das Rehabilitationsziel nicht erreicht werden kann oder vorzeitig erreicht wird.

3 Besonderer Teil

3.1 Angebote der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

3.1.1 Leitgedanken:

Umfassendes Behandlungskonzept im interdisziplinären Team

Eine medizinisch-berufliche Rehabilitation benötigt wegen der Komplexität der Folgen einer Schädigung des Nervensystems ein integriertes, holistisches Behandlungskonzept mit dem Ziel einer ganzheitlichen Behandlung und Förderung in einem altersadäquaten therapeutischen Milieu. Dieses wird geschaffen und getragen durch eine ärztlich koordinierte interdisziplinäre Arbeit im Team. An den vielfältigen Schnittstellen, die sich in diesem Rahmen durch die Vernetzung berufsgruppenspezifischer Aufgabengebiete sinnvollerweise ergeben, bedarf es einer engen und zielorientierten Kooperation. Nicht die Summierung, sondern die Integration unterschiedlicher therapeutischer Leistungen in einem auf ganzheitliche Förderung ausgerichteten Behandlungskonzept ist erforderlich.

Im Zentrum der medizinisch-beruflichen Rehabilitation steht der Rehabilitand. Insbesondere die übergeordneten Ziele müssen durch individuelle medizinische, psychologische, psychosoziale, pädagogische und/oder berufsbezogene Leistungen gemeinsam mit dem Rehabilitanden (wo möglich als „Experten in eigener Sache“) erarbeitet werden. Hierzu gehören eigenverantwortliches Handeln, Entfaltung der (eigenen) Persönlichkeit, beständige Lernmotivation, soziale Verhaltensweisen, die für Berufsausbildung und Berufstätigkeit von Bedeutung sind.

3.1.2 Prozess der medizinisch-beruflichen Rehabilitation:

Zielorientierte integrierte Behandlungspfade

Aufgrund der Vielfältigkeit neurologischer Symptome, Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe ist eine individuell angepasste Behandlung notwendig. In Anlehnung an integrierte Behandlungspfade in der Medizin ist für alle Rehabilitanden folgendes standardisiertes Verfahren vorgesehen:

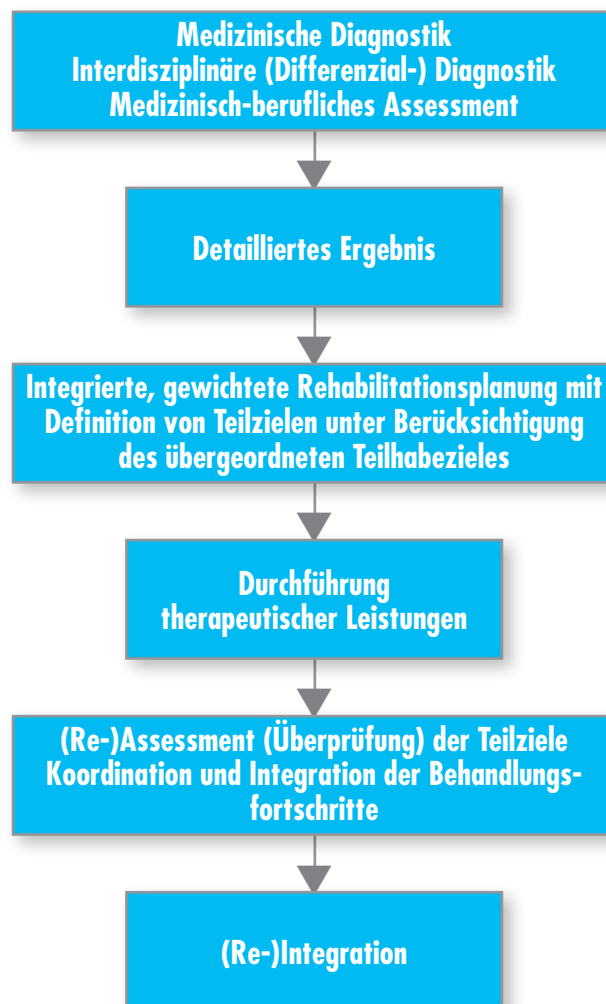
- interdisziplinäre Diagnostik mit validierten Assessment-Verfahren auf der Basis der ICF mit Fokussierung auf Aktivitäten und Teilhabe,
- anschließende Erstellung eines Rehabilitationsplanes, welcher gemeinsam mit dem Rehabilitanden auf der Grundlage der ärztlichen, neuropsychologischen, logopädischen, ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, berufspädagogischen Befunde sowie der Beobachtungen des sozial-pädagogisch geschulten Betreuungspersonals erstellt wird,
- Durchführung der Leistungen, welche gezielt an Neigungen und Leistungsbereitschaft des Rehabilitanden anknüpft und seine Entwicklungspotenziale planvoll fördert,
- regelmäßige Überprüfung der Rehabilitationsfortschritte und gegebenenfalls Anpassung der Behandlungsmethoden und Rehabilitationsziele,
- abschließende Erfolgskontrolle mit geeigneten Assessment-Instrumenten, Reflexion und Einschätzung der erzielten Ergebnisse mit dem Rehabilitanden und gegebenenfalls Angehörigen,
- Kommunikation der Ergebnisse mit dem Rehabilitationsträger und gegebenenfalls Arbeitgeber sowie weiteren Akteuren zur Festlegung der weiteren Förderung,

KAPITEL 3

- Erstellung eines Teilhabeplans¹⁶ einschließlich detaillierter Empfehlungen zur beruflichen (Re-)Integration sowie Empfehlungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Ergebnisse der Rehabilitation.

Medizinisch-berufliche Rehabilitation basiert auf einem Rehabilitations-Assessment. Als Grundlage einer inhaltlichen Planung und deren Durchführung besteht es aus umfassenden diagnostischen und fördernden Leistungen. Der Rehabilitationsplan beschreibt die Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie die Entwicklungspotenziale, die Behandlungsmethoden und die Rehabilitationsziele.

Prozess der medizinisch-beruflichen Rehabilitation



¹⁶ Vgl. Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ (Herausgeber BAR; Stand: 16. Dezember 2004; unter www.bar-frankfurt.de)

3.2 Anforderungen und Standards medizinisch-beruflicher Rehabilitation

3.2.1 Anforderungen an medizinisch-berufliche Rehabilitation

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation wird in geeigneten Einrichtungen nach indikations-spezifischen Konzepten erbracht, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und im Einklang mit den Qualitätsanforderungen der Sozialleistungsträger die Inhalte und Ziele der Rehabilitation bestimmen. Nach § 20 SGB IX besteht für die medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen die Verpflichtung, an einem externen Qualitätssicherungsprogramm teilzunehmen und selbst ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Neben den indikationsbezogenen Förderansätzen ist im Konzept der Einrichtung insbesondere auf die individuellen Aspekte der Teilhabe, die Multimorbidität, die Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren einzugehen. Die erforderliche sozialmedizinische Kompetenz ist in der Einrichtung vorhanden.

Im Rahmen der Strukturqualität werden Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen gestellt, die indikationsspezifisch zu erfüllen sind.

Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung.

Die Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und allgemeinen Ziele unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes erreicht werden. In diesem Zusammenhang werden zum Beispiel die objektivierbaren Behandlungsergebnisse, die Beurteilung von Ärzten, Therapeuten und Rehabilitanden sowie Aussagen zur Erreichung der zuvor festgelegten Rehabilitationsziele herangezogen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Erfolgsbewertung durch Analysen zum Erwerbsverlauf nach einer Rehabilitation.

3.2.2 Standards medizinisch-beruflicher Rehabilitation

Zu den medizinisch-beruflichen Rehabilitationsstandards zählt insbesondere folgendes Angebot:

- fachärztliche Diagnostik, Behandlung und Betreuung (vgl. Pkt. 3.2.5), Erstellung und Fortschreibung des Rehabilitationsplanes,
- Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage, Bewegungstherapie und Sporttherapie
- Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung,
- berufsbezogene Leistungen,
- Ergotherapie,
- Logopädie mit Spezialisierung in Diagnostik und Therapie der Sprech- und Sprachstörungen sowie Schluckstörungen,
- Neuropsychologie,
- Psychotherapie,
- psychosoziale Beratung und sozialrechtliche Information,
- Krankenpflege,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Ernährungsberatung,

- Fallmanagement (Bildungsbegleitung bei berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen),
- medizinisch-berufliches Assessment (vgl. Pkt. 3.2.4),
- Integrationsmaßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (zum Beispiel stufenweise Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX, Empfehlungen zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz etwa auch im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX),
- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung,
- Programme zur Information, Motivation und Schulung (Gesundheitsbildung, -training).

3.2.3 Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Dokumentation anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen und der Leistungsstand entnommen werden können, damit der Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar wird. Die Dokumentation muss die besonderen Merkmale medizinisch-beruflicher Rehabilitation individuell abbilden:

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente,
- die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden, gegebenenfalls der Angehörigen,
- sämtliche anamnestische Daten, klinischen Befunde und deren Bewertung,
- das übergeordnete Rehabilitationsziel insbesondere hinsichtlich der beruflichen Perspektiven und Teilziele,
- eine Bewertung des Rehabilitationserfolges, zum Beispiel in Bezug auf eine Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise das Abwenden von Erwerbsunfähigkeit,
- Zwischenberichte (auf Anforderung des Rehabilitationsträgers oder im Zusammenhang mit Verlängerungsanträgen) über die bisher durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse einschließlich Stellungnahmen zur Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden, zu den erreichten Rehabilitationszielen sowie zur Prognose über den weiteren Rehabilitationsverlauf und die Erwerbsfähigkeit,
- unter dem Aspekt der Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention die Organisation nachgehender Leistungen, zum Beispiel durch Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung, die Nutzung eingliederungsfördernder Ressourcen eines vorhandenen sozialen Netzwerkes von Hilfen (unter anderem Außenbetreuung, Sozialstationen, Integrationsfachdienste), Rehabilitationssport, Kontaktanbahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
- den Entlassungs- beziehungsweise Abschlussbericht. Dieser enthält als Bestandteil beziehungsweise Fortführung des Teilhabeplans
 - Angaben zum Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Therapien,
 - Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung mit Angaben zur Krankheitsfolgenverarbeitung, zur Lebensführung, zur Leistungsfähigkeit im Alltag und im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext,

- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (zum Beispiel ausbildungsbegleitende Hilfen, stufenweise Wiedereingliederung oder weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben),
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld beziehungsweise zur psychosozialen Betreuung.

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Leistungen empfohlen, sollten mit Einwilligung des Rehabilitanden auch der betriebsärztliche Dienst oder andere dafür zuständige Stellen einbezogen werden. Der Datenschutz ist bei allen Vorgängen zu beachten.

3.2.4 Medizinisch-berufliches Assessment

Neben der neurorehabilitativen Diagnostik muss eine umfassende Sozial-, Berufs- beziehungsweise Arbeitsplatzanamnese durchgeführt werden können. Im Einzelnen:

- Neurologische Funktionsdiagnostik, zum Beispiel von
 - neurokognitiver Leistungsfähigkeit wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis,
 - Störungen der exekutiven Funktionen, zum Beispiel Handlungsplanung,
 - Beeinträchtigungen des Visus und Gesichtsfeldes,
 - visuell- und räumlich-konstruktiven Störungen,
 - Neglekt,
 - Aphasien und anderen zentralen Sprachstörungen,
 - Sprech- und Schluckstörungen,
 - Handfunktion,
 - Apraxien,
 - Mobilität,
 - Wahrnehmungsfunktionen einschließlich zum Beispiel Hören, Riechen, Gleichgewicht, Sensibilität,
 - Fahrtüchtigkeit und Verkehrstauglichkeit.
- Berufseignungsdiagnostik, zum Beispiel mit
 - handlungsorientierten Modulen zur Erfassung und Förderung beruflicher Basiskompetenzen für Ausbildungsberufe mit manuellem Schwerpunkt,
 - Fähigkeits- und Anforderungsvergleichen zur Integration für Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt,
 - allgemeinen und berufsbezogenen Grundwissen-Tests (Rechnen und Rechtschreibung),
 - Tests zur Erfassung des physikalisch-technischen Problemlösens.

Unter Berücksichtigung der Relevanz für Ausbildung und Berufstätigkeit ist für eine hypothesen-gestützte – und damit ökonomische – Auswahl der zu untersuchenden Funktionen mit geeigneten Assessmentverfahren nachgewiesene fachärztliche und neuropsychologische Kompetenz erforderlich.

Die resultierende arbeitsmedizinische Beurteilung einschließlich arbeitsplatz- und berufsbezogener sozialmedizinischer Begutachtung wird durchgeführt im Rahmen einer

- diagnostischen Belastungserprobung zur Ermittlung des bildungs- und arbeitsrelevanten Leistungsprofils,
- Klärung der beruflichen Eignung als Arbeitserprobung oder Berufsfindung,
- Eignungsanalyse im Rahmen einer berufsvorbereitenden Maßnahme.

3.2.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung in der Einrichtung

Die Einrichtung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation steht unter ständiger ärztlicher Leitung und Verantwortung

- eines Neurologen,
- eines Nervenarztes/Arztes für Neurologie und Psychiatrie oder
- eines Neurochirurgen

mit mindestens dreijähriger vollzeitiger Erfahrung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung und der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Dies gilt gleichermaßen für den Vertreter des ärztlichen Leiters der Einrichtung.

Liegen im Ausnahmefall die Zusatzbezeichnungen beziehungsweise Weiterbildungen nicht vor, beurteilen die Leistungsträger die für die Einrichtung notwendigen fachgebietsspezifischen und rehabilitativen Kompetenzen anhand der nachgewiesenen Weiterbildungszeiten und -inhalte. Reichen diese nicht aus, können die Leistungsträger ein entsprechend qualifiziertes Leitungsteam als ärztliche Leitung im Sinne des vorstehenden Absatzes anerkennen.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter muss werktätig präsent und verfügbar sein. Nachts, am Wochenende sowie an Feiertagen ist ein Bereitschaftsdienst und eine Rufbereitschaft möglichst auf Facharzzebene sicherzustellen.

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers und bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den oben genannten Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation gegebenenfalls einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Für die Betreuung nach der Rehabilitation muss der weiterbehandelnde Arzt entsprechend informiert werden. Die während der medizinisch-beruflichen Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen mit Einverständnis des Rehabilitanden anderen behandelnden Ärzten bei Bedarf zugänglich sein.

Zu ärztlichen Aufgaben in der Einrichtung gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung beziehungsweise Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs,
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung,
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam,
- Durchführung aller für die medizinisch-berufliche Rehabilitation erforderlichen ärztlich therapeutischen Maßnahmen,
- Einleitung funktioneller Therapiemaßnahmen,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Durchführung von Visiten,
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen,
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen,
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mindestens einmal pro Woche),
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung (gegebenenfalls Zwischenberichte), Empfehlungen für die Weiterbehandlung im Rahmen der Nachsorge unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

3.2.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die medizinisch-berufliche neurologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam unter Leitung eines Arztes (vgl. auch unter Pkt. 3.2.5). Assistenten in Weiterbildung werden durch Fachärzte der Einrichtung supervidiert. Die weiteren Mitglieder des Rehabilitationsteams müssen in der Regel über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und vollzeitige Berufserfahrung¹⁷ verfügen.

Physiotherapeuten

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut mit indikationsspezifischer Weiterbildung oder Zusatzqualifikation und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit mindestens 3 Jahre, ansonsten – für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe – 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut in einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation.

¹⁷ Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

Ergotherapeuten

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut mit indikationsspezifischer Weiterbildung oder Zusatzqualifikation und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Beratung zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Arbeitsplatzanpassung und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit mindestens 3 Jahre, ansonsten – für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe – 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation.

Logopäden/Sprachtherapeuten

- Staatliche Anerkennung als Logopäde (oder Sprachtherapeut mit vergleichbarer Qualifikation) mit indikationsspezifischer Weiterbildung oder Zusatzqualifikation und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit mindestens 3 Jahre, ansonsten – für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe – 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Logopäde (Sprachtherapeut mit vergleichbarer Qualifikation) in einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation.

Klinische Psychologen/Klinische Neuropsychologen

- Diplom als Psychologe / Master of Science in Psychologie oder vergleichbarer Master-Abschluss mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und zusätzlich gegebenenfalls psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie im Bereich der klinischen Neuropsychologie und
- Erfahrungen in Entspannungstechniken (zum Beispiel Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit mindestens 3 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich neurologischer Rehabilitation und Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch die Fachgesellschaft (und zusätzlich gegebenenfalls psychotherapeutische Zusatzqualifikation), ansonsten – für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe – 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich neurologischer Rehabilitation. In entsprechend großen Einrichtungen sollte sich mindestens ein Mitarbeiter der Abteilung in der Ausbildung zum klinischen Neuropsychologen befinden.

Klinischer Neuropsychologe in diesem Sinne kann auch ein Arzt mit Weiterbildung in Neuropsychologie sein, wenn er eine Anerkennung durch eine Fachgesellschaft nachweisen kann und in der neurologischen Rehabilitation tätig war.

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialpädagoge / mindestens Bachelor of Arts Soziale Arbeit oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss und
- Qualifikation/Berufserfahrung in Beratung/Gesprächsführung und
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen und

- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit mindestens 3 Jahre, ansonsten – für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe – 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialpädagoge im Bereich der Rehabilitation.

Diätassistenten

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent oder Diplom als Ökotrophologe / Bachelor of Science Ökotrophologie oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss mit indikationsspezifischer Weiterbildung oder Zusatzqualifikation und
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger mit indikationsspezifischer Weiterbildung oder Zusatzqualifikation und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien (zum Beispiel Angehörigen/Bezugspersonen) und
- wünschenswert: Weiterbildung in Rehabilitationsfachpflege und
- für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in der neurologischen Rehabilitation, wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit
 - mindestens 2-jährige Ausbildung zur Pflegedienstleitung und
 - mindestens 3 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in der neurologischen Rehabilitation.

Mitarbeiter in der Arbeitstherapie

- Berufsfachliche Qualifizierung (Meister oder Techniker) mit sonderpädagogischer Qualifizierung oder Arbeitserzieher oder Berufspädagoge (Studium) und
- Ausbildereignungsprüfung und
- Kenntnisse in arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen, Ergonomie, Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Arbeitsplatzanpassung und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit mindestens 3 Jahre, ansonsten – für die überwiegende Zahl der Mitglieder dieser Berufsgruppe – 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als „Arbeitstherapeut“ in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.

3.2.7 Kooperationen

Die Rehabilitationseinrichtung arbeitet mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (zum Beispiel niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstationen, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Integrationsfachdienste, Sanitätsfachgeschäfte, Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen, mit Einverständnis des Rehabilitanden Arbeitgeber, Berufshelfer/Rehabilitationsberater der Leistungsträger) eng zusammen.

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen insbesondere mit den weiterbetreuenden Einrichtungen und Stellen am Wohnort ist die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung sicherzustellen, so dass die Eingliederung in Ausbildung oder Beruf gelingt.

3.2.8 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung ist baulich und technisch barrierefrei. Sie muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten der medizinisch-beruflichen neurologischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Raum für fachärztliche Untersuchung und rehabilitationsspezifische Funktionsdiagnostik,
- Notfallzimmer,
- Einzel- und Gruppentherapieräume, auch geeignet für Schulungen und Seminare,
- Schlaf-, Aufenthalts- und Ruheräume für Patienten,
- Raum für Patientenaufnahme, Kartei/Archiv, Verwaltung und sonstige Infrastruktur,
- Personalaufenthaltsraum und -umkleideraum mit Dusche, WC und abschließbarem Schrankraum.

Im arbeitstherapeutischen Bereich sind geeignete Räumlichkeiten für gewerblich-technische (zum Beispiel metallbearbeitende Berufe einschließlich Prüf- und Kontrollbereich, Berufe der Elektronik und Elektrotechnik, Berufe der Holzbearbeitung), kaufmännisch-verwaltende (zum Beispiel IT-Berufe) und Dienstleistungsberufe (zum Beispiel im Bereich Gastronomie und Hauswirtschaft) vorzuhalten. Andere Organisationsstrukturen können ausnahmsweise nach Absprache mit dem Leistungsträger möglich sein. Vorstellbar ist dies zum Beispiel im Rahmen einer vertraglich gesicherten Kooperation mit einem nahegelegenen qualifizierten Anbieter einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Um einen individuellen Rehabilitationsprozess zu gestalten, ist das Angebot um externe Erprobungen zu erweitern. Grundsätzlich ist in diesen Bereichen der Einsatz moderner Techniken notwendig und sicherzustellen.

D

IE RÄUMLICHE AUSSTATTUNG DER REHABILITATIONSEINRICHTUNG IST BAULICH UND TECHNISCH BARRIEREFREI. SIE MUSS DIE UMSETZUNG DES REHABILITATIONSKONZEPTES ERMÖGLICHEN.“

3.2.9 Apparative Ausstattung

Über die typische Einrichtung und das berufsübliche Arbeitsmaterial hinaus muss allen therapeutischen Professionen die sich aus dem Rehabilitationskonzept ergebende gerätetechnische Ausstattung zur Verfügung stehen.

Die apparative Ausstattung gewährleistet die Durchführung der speziellen neurologischen Funktionsdiagnostik und Therapie und stellt gleichzeitig ein differenziertes Angebot der beruflichen Vorbereitung sicher.

Die Geräte müssen in geeigneter Ausführung (sicherheitstechnische Standards, TÜV/S MedGV) vorhanden sein. Über die vorhandenen Geräte ist eine aktuelle Geräteliste zu führen. Je nach Schwerpunktbildung und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Funktionstherapien (zum Beispiel Physiotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Ergotherapie) verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen. Daneben ist für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation eine Ausstattung vorzuhalten, die in den verschiedenen arbeitstherapeutischen Bereichen den Arbeitsplätzen der freien Wirtschaft weitestgehend entspricht zuzüglich der für neurologisch beeinträchtigte Menschen erforderlichen Zusatz- beziehungsweise Hilfsausstattungen. Das Trainings- beziehungsweise Arbeitsprinzip lautet „so realistisch und realitätsnah wie möglich“.

4 Kasuistiken¹⁸

4.1 Fallbeispiel 1, Auszubildender, 19 Jahre

Bei einem 19-jährigen Auszubildenden liegt eine komplexe Hirnfehlbildung (Balkenagenesie, Hydrozephalus) mit kognitiven Einschränkungen und geringfügiger zentraler Bewegungsstörung mit Dysarthrie vor.

Nach dem Realschulabschluss wurde eine Ausbildung zum Heilerziehungspfleger nach 1,5 Jahren beendet, da der Patient den inhaltlichen Anforderungen kognitiv nicht gewachsen war.

Es erfolgte eine Zuweisung durch die Arbeitsagentur zur Eignungsanalyse im Rahmen einer Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB), in diesem Zusammenhang erfolgte ein multidisziplinäres Assessment [Medizin, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Neuropädagogik, Berufspädagogik, (Neuro-)Psychologie, Sozialdienst, Sozialpädagogik].

Es zeigten sich zwar keine Auffälligkeiten bei handlungsorientierten-wahrnehmungsbezogenen Fähigkeiten, verbal-theoretische Leistungen waren aber nicht normgerecht. Beeinträchtigungen betrafen die geteilte Aufmerksamkeit und visuelle Exploration. Die Gedächtnisleistung war durchschnittlich, höhere kognitive Funktionen und kognitive Flexibilität waren unterdurchschnittlich. Planendes und problemlösendes Denken waren altersentsprechend. Das neuropädagogische Assessment stimmte aufgrund der sprachlichen Einschränkungen nicht mit dem Niveau eines Realschulabschlusses überein.

Eine berufliche Integration erschien unter Berücksichtigung der sprachlichen Schwäche denkbar.

Eine berufsbezogene Diagnostik erfolgte in den Feldern Metall, Elektrotechnik, Hauswirtschaft und kaufmännisch-verwaltende Berufe und ergab ausreichende bis gute Arbeitsgrundfertigkeiten (Pünktlichkeit, Motivation, Gründlichkeit, Kritikfähigkeit, Arbeitstempo, altersentsprechendes So-

¹⁸ Eine Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten abgestellt auf den Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitationsleistung wurde nachfolgend zu jedem Fallbeispiel vorgenommen.

zialverhalten), aber auch deutliche Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, so dass er sich an Anweisungen nur lückenhaft erinnerte, Teilschritte vergaß und so eine korrekte Umsetzung der Aufgaben nicht verlässlich war. Eine eigene Planung oder Struktur konnte er aus diesen Gründen nicht entwickeln beziehungsweise einhalten. Kaufmännisches Rechnen war nicht möglich. Die Ergebnisse des Berufseingangstests zeigten ein geringes Interesse an technischen Zusammenhängen, kaum mathematische Grundkenntnisse und kein räumliches Vorstellungsvermögen. Bei handwerklichen Arbeiten zeigte er einen noch ungeübten Umgang mit Werkzeug, kam aber recht schnell zu verwertbaren Ergebnissen.

Der Rehabilitand war trotzdem in der Lage, durch die Arbeiten dazu zu lernen. Er konnte erworbene Kenntnisse mit weniger Unterstützung auf eine kleine Nachfolgearbeit übertragen. Die abschließenden Ergebnisse entsprachen noch den Vorgaben und wären noch mit ausreichend zu bewerten. Der Rehabilitand konnte über einen Zeitraum von 2 Stunden ohne zusätzliche Pausen durcharbeiten.

Aufgrund der bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen benötigte der Rehabilitand noch Förderung/Unterstützung zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive, da noch keine ausreichende Ausbildungsfähigkeit gegeben war. Die BvB wurde in Grund- und Förderstufe fortgesetzt zur Steigerung des Arbeitstempos, zum Auf- und Ausbau von Arbeitsgrundfertigkeiten sowie zum Erlernen von Kompensationsstrategien insbesondere der Planungsschwäche. Die beruflichen Leistungen wurden ergänzt durch kognitives Training der Gedächtnisleistungen, Logopädie zur Behebung der Sprechstörung, Neuropädagogik zum Schließen von Wissenslücken in sprachlichen und mathematischen Bereichen, Sport zur Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, Ergotherapie zur Verbesserung feinmotorischer Fähigkeiten und ein soziales Kompetenztraining zu den Themenkomplexen „Leben-Wohnen-Arbeiten“ zur Steigerung von Selbstbewusstsein, Eigenständigkeit und Kommunikationsfähigkeit.

Im Verlauf wurde mit dem Rehabilitanden eine Ausbildung im Landschafts- und Gartenbau als ein seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechendes Ziel der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme definiert. Aufgrund des Anforderungsprofils dieses Berufsfeldes wurde eine Vollausbildung als möglich erachtet. Es blieb zunächst offen, ob die Ausbildung in einem Berufsbildungswerk oder auf dem freien Arbeitsmarkt erfolgen könnte.

Im Wohntraining in einem eigenen Appartement erwies sich der Rehabilitand als zuverlässig. Er gestaltete seine Freizeit selbstständig und hatte einen guten Kontakt zu Mitrehabilitanden.

Nach einem Betriebspraktikum zeigte sich durch sein positives Arbeitsverhalten, seinen Ehrgeiz, seine Leistungsbereitschaft und hohe Frustrationstoleranz, dass dem Rehabilitanden trotz seiner kognitiven Einschränkungen zu einer Ausbildung auf dem freien Arbeitsmarkt mit begleitenden Hilfen geraten werden konnte.

Nach absolviertem erstem Lehrjahr war von einer erfolgreichen Integration durch die Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen.

Fallbeispiel 1 – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitationsleistung

Gesundheitsproblem: Komplexe Hirnfehlbildung mit Balkenagenesie und Hydrozephalus

Körperfunktionen und -strukturen:

- geringgradige zentrale Bewegungsstörung mit Feinmotorikstörung
- geringgradige Dysarthrie
- neurokognitive Funktionsstörungen insbesondere von sprachgebundenen Leistungen

Aktivitäten:

- rechnerische Leistungsschwächen (Bruchrechnung, Prozent- und Zinsrechnung, geometrische Grundaufgaben)
- aufgrund von Schwächen der Konzentration und Aufmerksamkeit Auslassungsfehler bei Bearbeitung mehrschrittiger Arbeitsaufträge
- Unsicherheiten des eigenstrukturierten Vorgehens bei umfangreicheren Aufgabenstellungen
- Arbeitstempo verlangsamt

Teilhabe:

- Schwierigkeiten bei der beruflichen Ausbildung nach Abbruch der Ausbildung zum Heilerziehungspfleger
- soziale Verunsicherung durch Ausbildungsmisserfolg mit erhöhter Konfliktbereitschaft

Kontextfaktoren

Umweltbezogene Kontextfaktoren:

- Verlust des Ausbildungsplatzes (-)*
- schulischer Leistungsstand liegt unter formaler Qualifikation (-)
- eigenes Appartement (+)
- Kontakt zu Mitrehabilitanden (+)

Personbezogene Kontextfaktoren:

- selbstständiges Freizeitverhalten (+)
- grundsätzlich kooperative Persönlichkeit (+)
- gute Arbeitsgrundfertigkeiten (Pünktlichkeit, Motivation etc.) (+)
- hohe Motivation (+)
- Leistungsbereitschaft, Ehrgeiz, Konfliktfähigkeit, zuverlässiges Verhalten (+)
- Realschulabschluss (+)
- Lernfähigkeit, handwerklich schnelles Lernvermögen (+)
- geringe Ausbildungsfähigkeit, geringes Interesse an technischen Zusammenhängen, schlechtes räumliches Vorstellungsvermögen (-)

* Förderfaktoren (+) / Barrieren (-)

4.2 Fallbeispiel 2, Arzthelferin, 42 Jahre

Eine 42-jährige Arzthelferin erlitt einen Infarkt im Versorgungsgebiet der A. cerebri ant. links bei Dissektion der A. carotis int. links.

Es erfolgte eine mehrwöchige Akutbehandlung und neurologische Rehabilitation.

Fünf Monate nach dem Akutereignis wurde stundenweise eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz als Erstkraft in einer Facharztpraxis versucht. Dabei zeigten sich ungewohnte Schwierigkeiten bei Merk- und Organisationsanforderungen. Gegenüber Patienten reagierte sie oft ungewöhnlich gereizt und traf nicht den richtigen Ton. Insgesamt fühlte sie sich schon nach 2-3 Stunden völlig erschöpft und litt unter starken Kopfschmerzen, zudem unter zunehmender Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Sie zog sich aus ihrem Bekanntenkreis zurück. Verstärkt wurde die Problematik durch die Trennung von ihrem Lebenspartner. Nur zu ihrer in der Nähe wohnenden Familie (Eltern und Geschwister) hielt sie engen Kontakt.

Zwei Monate nach der Arbeitsaufnahme wurde der Patientin gekündigt. Daraufhin wurde erneut Arbeitsunfähigkeit bescheinigt und eine Rehabilitationsleistung in Form einer Belastungserprobung eingeleitet.

Diagnostik: Die Testung kognitiver Leistungsfähigkeit ergab eine Reduktion der Aufmerksamkeitsleistung. Alertness und selektive Aufmerksamkeit waren knapp unterdurchschnittlich, geteilte Aufmerksamkeit deutlich unterdurchschnittlich. Die Testprofile zeigten eine stark abfallende Leistungskurve, die mit der von der Patientin berichteten raschen Erschöpfbarkeit in beruflichen Leistungssituationen übereinstimmten. Die psychiatrische Diagnostik ergab eine mittelgradige depressive Episode.

Die berichtete erschwerte Auffassung verbaler Information wurde bei Untersuchungen zum schriftlichen Textverständnis erfassbar, wo die einfachen Aufgabenstellungen teilweise fehlerhaft bearbeitet wurden.

In der ersten, klinikinternen Phase der Belastungserprobung wurde die Patientin in einem ausführlichen Interview um eine genaue Beschreibung ihrer Arbeitsleistung gebeten und ihre beruflichen Teiltätigkeiten auf mögliche neurokognitive Beeinträchtigungen abgefragt. Darüber hinaus wurden ihr Aufgaben zu Terminorganisation, Daten-Verwaltung unter Computereinsatz und Fachwissen gestellt. Es ergaben sich keine Hinweise für eine gravierende Einbuße fachlicher Kenntnisse. Nun wurden die von ihr berichteten neuropsychologischen Beeinträchtigungen gezielt behandelt. Dabei wurden verschiedene Ansätze zu Kompensation und Adaptation in beruflichen Leistungssituationen verfolgt:

Behandlungsansätze berufsrelevanter kognitiver Leistungen / klinikinterne Belastungserprobung

- Entlastung von Ausdauerproblemen: Erarbeitung eines pausenstrukturierten Arbeitsstils. Regelmäßige Kurzpausen mit mentalen und visuellen Entspannungsübungen sollen ein übermäßiges Absinken kognitiver Leistung verhindern.
- Verbesserung des Verständnisses bei der Aufnahme von Aufträgen: Erarbeitung von Kommunikationstechniken, erteilte Aufträge jeweils kurz zu wiederholen oder am Ende eines längeren Gesprächs zusammenzufassen, um so ihrem Gesprächspartner und Auftraggeber die Gelegenheit zur Präzisierung oder Korrektur zu geben.
- Absicherung bei Anforderungen an längerfristige, prospektive Informationsspeicherung: Erarbeitung systematischen schriftlichen Erfassens von Informationen in einem stets verfügbaren Notizbuch, einem Taschenkalender mit einem Einzelblatt pro Tag und vorgegebener Zeitleiste mit stündlicher Gradierung.

- Entlastung beim Führen von Telefonaten: Einübung in Verhaltensanpassungen – zum Beispiel bei externen Anrufen nicht überstürzt zu reagieren, sondern bewusst kurze Zeit verstreichen zu lassen und erst dann den Hörer abzunehmen. Für die zuverlässige Erfassung telefonischer Informationen und deren übersichtliche Dokumentation wurde ein Telefonprotokoll mit vorformulierten Informationen erarbeitet. Dadurch wurden die verschiedenen Anliegen des Anrufers strukturiert abgearbeitet, wichtige Informationen sondiert und Folgeschritte wie die Information des Arztes, dessen Rückruf beim Patienten in einem bestimmten Zeitraum, Eintrag in die Krankenakte etc. festgehalten.

Als Ergebnis der klinischen Phase der Belastungserprobung wurden die fachlichen Leistungsressourcen grundsätzlich als ausreichend für eine berufliche Wiedereingliederung bewertet. Da jedoch ihre neuropsychologischen Beeinträchtigungen, vor allem ihre geminderte Ausdauerleistung in der klinikinternen Belastungserprobung nachvollziehbar und als relevante Einflussgrößen einer möglichen beruflichen Tätigkeit bewertet wurden, wurde zusätzlich eine externe Belastungserprobung eingeleitet.

Ziel der anschließenden externen Belastungserprobung (Dauer 4 Wochen) war es, unter realistischen Arbeitsbedingungen die funktionelle Relevanz der beobachteten kognitiven Leistungsminde-rungen zu erfassen und therapeutisch zu beeinflussen.

Zunächst wurde die Patientin täglich zwei Stunden in einer großen allgemein-medizinischen Praxis eingesetzt, deren Inhaber schon nach einer Woche ihre Leistung als unzureichend einschätzte. Sie sei der Hektik seines Praxisbetriebes nicht gewachsen, sie könne nicht schnell genug reagieren. Gerade bei der Anforderung, unterschiedliche Aufträge gleichzeitig zu verfolgen, zeigten sich ihre Leistungsgrenzen deutlich: Sie mache Fehler und ziehe sich ängstlich zurück. Anschließend wurde in einer kleineren und entsprechend ruhigeren Arztpraxis die Arbeitszeit kleinschrittig von zwei auf vier Stunden am Vormittag gesteigert.

Der Verlauf der externen Belastungserprobung wurde in täglichen Supervisionsterminen verfolgt; erhoben wurden zeitliche und inhaltliche Leistungsparameter, zum Beispiel in Form eines Protokolls der Arbeitsinhalte und Tagesbesonderheiten beziehungsweise einer differenzierten Selbstbeurteilung ihrer Leistung.

Die abschließende Befragung des Praxisinhabers zum Verlauf der externen Belastungserprobung ergab, dass die Patientin sehr motiviert arbeite und ihre lange Erfahrung als Erstkraft-Arzhelferin erkennen lasse. Aufgrund dessen wurde ihr am Ende der Maßnahme ein Anstellungsangebot für eine halbschichtige Tätigkeit gemacht, das sie trotz des Erfordernisses, umzuziehen und ein neues räumliches und persönliches Umfeld zu schaffen, annahm. Bei einer Katamnese-Erhebung ein Jahr später ist die Patientin weiterhin an diesem Arbeitsplatz tätig.

Fallbeispiel 2 – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitationsleistung

Gesundheitsproblem: Komplexe Hirnfehlbildung mit Balkenagenesie und Hydrozephalus

Körperfunktionen und -strukturen:

- Kopf- und Nackenschmerzen, in Schulterregion ausstrahlend
- neurokognitive Funktionsstörungen
- Reizbarkeit, depressive Stimmungen
- Antriebslosigkeit
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Reduktion der Aufmerksamkeitsleistung
- geminderte Ausdauerleistung

Aktivitäten:

- Beeinträchtigung kognitiver Ausdauerleistung
- Vergessen erhaltener Aufträge beziehungsweise nicht durchgängig sichere Abruflistung bei pro-
spektiven Gedächtnisanforderungen
- Unsicherheiten in der Rechtschreibleistung

Teilhabe:

- Schwierigkeiten bei der Berufsausübung
- Rückzug aus Freundes- und Bekanntenkreis nach beruflichem Scheitern

Kontextfaktoren

Umweltbezogene Kontextfaktoren:

- Familie (Eltern, Geschwister) wohnt in der Nähe (+) *
- Kontakt zur Familie (Eltern, Geschwister) (+)

Personbezogene Kontextfaktoren:

- Trennung vom Lebenspartner (-)
- Kündigung/Verlust des Arbeitsplatzes (-)
- enge familiäre Bindung / Unterstützung (+)
- als Erstkraft beruflich erfahren (+)
- frühzeitige Bewältigung beruflicher Sondersituationen (selbständiger Organisationsaufbau einer neuingerichteten Praxis) (+)
- sehr motiviert (+)

* Förderfaktoren (+) / Barrieren (-)

5 Verzeichnis der Mitwirkenden:

Klaus Gerkens, Verband der Ersatzkassen (vdeK) e.V., Berlin

Michael Kühlborn, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Dr. Margarete Ostholt-Corsten, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Dr. Ute Polak, AOK-Bundesverband, Berlin

PD Dr. Norbert Rösler, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Berlin-Brandenburg, Potsdam

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle, Maternus Klinik, Bad Oeynhausen

PD Dr. Matthias Spranger, Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst, Bremen-Lesum/Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (BAG mbReha Phase II) e.V., Berchtesgaden

Hans-Jürgen Wirthl, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) - Landesverband Mitte, Mainz

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main:

Irmgard Backes

Dr. Thomas Stähler



Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.