



# Menschen im Arbeitsleben nach erworbener Hirnschädigung

Modellprojekt des LVR-Inklusionsamtes  
sowie der Integrationsfachdienste  
Köln und Düsseldorf

# **Menschen im Arbeitsleben nach erworbener Hirnschädigung**

Modellprojekt des LVR-Inklusionsamtes  
sowie der Integrationsfachdienste  
Köln und Düsseldorf

Stand: August 2021

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

LVR-Inklusionsamt, 50679 Köln

### **Autoren:**

Nadia Luzius, IFD Düsseldorf

Carsten Freitag, IFD Köln

Sebastian Reuß, LVR-Inklusionsamt

### **Titelfoto:**

Illustration: gettyimages – DrAfter123

### **Redaktion:**

Redaktionsbüro Geis, Kluckstraße 35, 10785 Berlin

Anna Esser, LVR-Inklusionsamt;

### **Druck und Layout:**

Landwirtschaftsverlag GmbH, LV MediaPro, Hülsebrockstraße 2-8, 48165 Münster

Folgende Publikation wird im Rahmen der Aufklärungsmaßnahmen des LVR-Inklusionsamtes beim Landschaftsverband Rheinland (LVR) kostenlos herausgegeben. Sie ist nicht zur wirtschaftlichen Verwertung, das heißt, auch nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Der Projektbericht des LVR-Inklusionsamtes „Menschen nach erworbener Hirnschädigung im Arbeitsleben“ wurde klimaneutral gedruckt. Bei der Produktion entstanden 0,169 t CO<sub>2</sub>-Emissionen. Alle CO<sub>2</sub>-Emissionen, die bei der Umsetzung des genannten Projektes entstanden sind, wurden erfasst und durch ein anerkanntes Klimaschutzprojekt ausgeglichen. Durch die Kompensation der berechneten CO<sub>2</sub>-Emissionen werden im Klimaschutzobjekt Werdohl/Sauerland Bäume gepflanzt.

### **Unser Beitrag zum Schutz der Wälder:**

Diese Broschüre des LVR-Inklusionsamtes ist auf PEFC®-zertifiziertem Papier gedruckt. Das für die Zellstoff- und Papierherstellung verwendete Holz stammt aus kontrollierten und besonders gut bewirtschafteten Wäldern.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Ursachen und Auswirkungen einer erworbenen Hirnschädigung</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Schwerpunkte des Modellprojektes</b> .....	<b>8</b>
2.1 Neurokompetente Beratung .....	8
2.2 Schulungen für IFD-Fachkräfte .....	10
2.3 Netzwerktreffen .....	10
2.4 Expertenbeirat .....	11
2.5 Fachtagung .....	12
<b>3. Projekterkenntnisse</b> .....	<b>13</b>
3.1 Die zur erworbenen Hirnschädigung führenden Diagnosen der Klient*innen .....	13
3.2 Fallgruppen im Projekt .....	14
3.3 Beeinträchtigungen der Klient*innen .....	16
3.4 Auswirkungen auf die berufliche Teilhabe .....	20
3.5 Arbeitsplatzgefährdende Faktoren .....	24
3.6 Arbeitsplatzsichernde Faktoren und Maßnahmen .....	30
3.7 Arbeitsplatzsituation während/nach der IFD-Betreuung .....	38
<b>4. Handlungsempfehlungen</b> .....	<b>39</b>
<b>5. Ausblick</b> .....	<b>40</b>
<b>6. Glossar</b> .....	<b>41</b>

# Vorwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,  
sehr geehrte Interessierte,

Menschen mit psychischen Erkrankungen, geistigen oder körperlichen Behinderungen sowie Menschen mit einer Sinnes- oder Mehrfachbehinderung haben je nach Art und Schwere ihrer Behinderung einen besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung.

Das Inklusionsamt des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) finanziert im Rahmen der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben seit über 30 Jahren die Integrationsfachdienste (IFD). Sie bieten für die oben genannten Zielgruppen und deren Arbeitgeber\*innen arbeitsbegleitende sowie psychosoziale Beratung und Betreuung an.

In den letzten Jahren ist eine zunehmende Nachfrage nach IFD-Beratung und -Unterstützung von Menschen nach einer erworbenen Hirnschädigung (MeH) sowie von deren Arbeitgeber\*innen zu verzeichnen.

Seit dem 1. Februar 2018 setzt das LVR-Inklusionsamt das Modellprojekt „Menschen im Arbeitsleben nach erworbener Hirnschädigung“ aktiv um. Ziel des Projektes ist es, die Betroffenen in einem bestehenden Arbeitsverhältnis frühzeitig und gezielt neurokompetent zu beraten und als Lotse im Rehabilitationssystem zu fungieren. Dabei meint „neurokompetente Beratung“, dass die Fachkräfte alle nötigen Kenntnisse sowie die richtige Haltung zu den neurologischen Verletzungen der Betroffenen haben und die sichtbaren wie unsichtbaren Auswirkungen kennen und einschätzen können. So können vor allem die Übergänge zwischen Akutbehandlung und Rückkehr an den Arbeitsplatz nahtlos gestaltet werden.

Die neurokompetenten Berater\*innen klären im Betrieb über die behinderungsbedingten Schwierigkeiten auf, um sich stellende Fragen zu beantworten und Missverständnisse direkt am Arbeitsplatz aufzulösen. Darüber hinaus werden die Beteiligten über alle zur Verfügung stehenden Unterstützungsleistungen informiert. Auf diese Weise entsteht gezielte Netzwerkarbeit und die Klienten\*innen erhalten individuelle, auf ihre Bedarfe zugeschnittene Angebote. Ziel ist die zufriedenstellende Teilhabe am Arbeitsleben – für beide Seiten – und ein gesichertes Arbeitsverhältnis sowie guter Austausch.

Bei vielen Fallkonstellationen im Projekt konnten die Arbeitsplätze durch den Mix von gezielten behinderungsspezifischen Maßnahmen und reger Netzwerkarbeit erfolgreich gesichert werden.

Dieser Bericht richtet sich in erster Linie an Fachleute der Rehabilitation sowie an die kostentragenden Institutionen. Zunächst klärt der Bericht über die besondere Ausgangslage von Menschen nach erworbener Hirnschädigung auf. Anschließend fasst er die konkrete Arbeit im Projekt zusammen. Vielfältige Beispiele aus dem Projekt illustrieren, dass die Teilhabe am Arbeitsleben nach erworbener Hirnschädigung durch zielgerichtete Beratung und individuelle Maßnahmen erfolgreich gelingen kann.

Im ausgewählten Auswertungszeitraum vom 1. Mai 2018 bis zum 31. Dezember 2019 haben sich 147 Ratsuchende an den Integrationsfachdienst (IFD) gewendet. Daraus resultierten 118 Beauftragungen zur Sicherung eines Arbeitsverhältnisses entsprechend der Begleitenden Hilfen nach § 185 Absatz 2 SGB IX. Die Evaluation dieser Fälle ist die Grundlage der Projektergebnisse.

In einer nicht fallbezogenen, anonymisierten Dokumentation wurden die für die Beratung entscheidenden Faktoren der Behinderung sowie die arbeitsplatzsichernden Maßnahmen festgehalten. Auf Grundlage dieser Ergebnisse gibt der Bericht Handlungsempfehlungen für den Prozess der beruflichen Inklusion von Menschen nach erworbener Hirnschädigung und gibt einen Ausblick über die Zukunft des Projektes.

Um die neurokompetente IFD-Beratung weiter zu fördern und auszuweiten, hat der LVR-Sozialausschuss im August 2020 eine Vorlage zur Verstetigung und Weiterentwicklung des Angebotes bewilligt. Konkret bedeutet dies die dauerhafte Regelfinanzierung von zwei Fachkraftstellen sowie die Bewilligung einer zweiten Projektphase über drei Jahre. Diese zweite Phase umfasst zusätzliche Stellenanteile für neurokompetente Beratung in den IFD Köln und Düsseldorf. Besonders im Fokus stehen hierbei die Weiterentwicklung und Standardisierung der rheinlandweiten Beratung.

Ich freue mich, dass wir im Rahmen dieses Projektes eine so zielgerichtete Unterstützung für diese besondere Zielgruppe und ihrer Arbeitgebenden entwickeln und anbieten können.

Weitere Informationen zur Arbeit des LVR-Inklusionsamtes sowie der Integrationsfachdienste finden Sie im Internet unter

[www.inklusionsamt.lvr.de](http://www.inklusionsamt.lvr.de) sowie [www.ifd.lvr.de](http://www.ifd.lvr.de).



Prof. Dr. Angela Faber  
LVR-Dezernentin Schulen, Inklusionsamt, Soziale Entschädigung

Köln, im Oktober 2021

# 1. Ursachen und Auswirkungen einer erworbenen Hirnschädigung

„Bei erworbenen Hirnschäden handelt es sich nicht um angeborene oder frühkindlich eingetretene Schäden, sondern um die Folgen von Verletzungen oder Krankheiten des Gehirns, die nach einer in der Regel normalen Entwicklung und einem normalen Lebenslauf eingetreten sind. Sie stellen einen erheblichen Eingriff ins Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen dar. Am häufigsten sind sie Folgen von Schlaganfällen, Hirnblutungen, Schädelhirnverletzungen, aber auch von chronischen oder akuten Entzündungen wie multipler Sklerose oder Hirnhautentzündung.

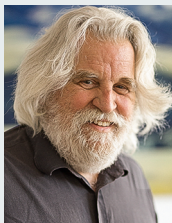
Dabei können deutlich wahrnehmbare Behinderungen wie Lähmungen oder Sprachstörungen vorliegen. Oft treten aber – als alleinige Störungen oder zusätzlich – Störungen der Wahrnehmung, der Kritikfähigkeit, der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses nicht selten mit Beeinträchtigungen des sozialen Kontaktes auf. Typisch ist zusätzlich eine unzureichende Fähigkeit, Art und Ausmaß der eigenen Defizite wahrzunehmen und die Wirkung des eigenen Verhaltens auf Kolleg\*innen, Kund\*innen oder Außenstehende einzuschätzen. So wirken Personen mit erworbenen Hirnschäden oft eher jünger, aber auch weniger verlässlich.

Zur Entfaltung der Fähigkeiten und zur Besserung der Lebensqualität der Betroffenen, aber auch zur Entlastung der Angehörigen und damit zur Stabilisierung der sozialen Bezüge, ist die Integration ins Arbeitsleben, wenn möglich auch ins Erwerbsleben, ein wichtiges Instrument.

Dabei müssen gegebenenfalls der Arbeitsplatz und die Arbeitsabläufe dem Leistungsvermögen angepasst werden. Meist ist auch eine Information der Kolleg\*innen notwendig, die unter anderem auch von Auffälligkeiten im Kontaktverhalten nicht überrascht werden sollten.

Nach der Akutbehandlung der Hirnverletzung oder -erkrankung im Krankenhaus ist zunächst meist eine intensive neurologische Rehabilitationsbehandlung notwendig, die Betroffene befähigen soll, zunächst die Selbstversorgung, dann die selbstständige Regelung der privaten Lebensabläufe, dann die soziale Teilhabe und schließlich die berufliche Teilhabe selbst zu bestimmen.

Besonders zur Besserung der beruflichen, teilweise aber auch der sozialen Teilhabe ist jedoch eine langfristige Begleitung mit Beratung der Betroffenen und aller Beteiligten notwendig.“



**Dr. Kunibert Niklaus**  
Arzt für Nervenheilkunde  
NIB Köln

„Einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen bedeutet heutzutage viel mehr, als sich finanziell abzusichern. Viele Menschen definieren sich über ihren Beruf und identifizieren sich mit dessen Inhalten. Auch der gesellschaftliche Status wird mitunter darüber bestimmt. Gleichzeitig haben sich die beruflichen Anforderungen, nicht zuletzt durch die Digitalisierung, in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Der Begriff der „Work-Life-Balance“ gewinnt in diesem Zusammenhang zunehmend an Bedeutung.

Was bedeutet dies für Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung? Viele Betroffene werden unerwartet aus dem beruflichen Leben gerissen und müssen sich oftmals mühsam und unter erschwerten Bedingungen einen Weg zurück ins Arbeitsleben bahnen. Nach einer meist langen Phase der medizinischen Rehabilitation können erste Schritte unternommen werden, wieder in das Berufsleben zurückzufinden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich Faktoren am Arbeitsplatz inzwischen geändert haben können, welche Einfluss auf die berufliche Rehabilitation nehmen: neue Prozesse oder Abläufe, veränderte räumliche Strukturen, Wechsel von Arbeitskolleg\*innen oder Vorgesetzten und vieles mehr. Es kann auch zu einem Verlust des Arbeitsplatzes gekommen sein. Viele Menschen mit erworbener Hirnschädigung stehen daher vor der Situation, sich beruflich neu orientieren und herausfinden zu müssen, welcher Tätigkeit sie ihren Ressourcen, aber auch ihren Beeinträchtigungen entsprechend nachgehen können. Auf diesem Weg stellen sich viele Fragen: Was kann ich kognitiv/psychisch/körperlich noch leisten? Wie werde ich mit meinen bestehenden Einschränkungen akzeptiert? Wie trete ich Kolleg\*innen und Vorgesetzten entgegen, und was muss und möchte ich ihnen mitteilen? Wie lange bin ich belastbar? Was wird mich nach meiner langen Abwesenheit auf dem Arbeitsplatz erwarten? Wie komme ich mit einer eventuell veränderten beruflichen Position zurecht?

Für Menschen mit erworbener Hirnschädigung ist es aufgrund neuropsychologischer Aspekte wie zum Beispiel kognitiven Beeinträchtigungen, reduzierter Krankheitseinsicht oder Verhaltensveränderungen zudem meist schwer, sich auf den beruflichen Wiedereinstieg selbstständig vorzubereiten oder realistische Entscheidungen zu treffen. Eine professionelle neuropsychologische Unterstützung ist daher notwendig, um die Betroffenen bei der Rückkehr ins Arbeitsleben zu begleiten und mit ihnen gemeinsam eine geeignete berufliche Tätigkeit zu finden. Die nicht sichtbaren Beeinträchtigungen nach einer Hirnschädigung werden vom sozialen Umfeld häufig nicht erkannt oder falsch eingeschätzt, was zu erheblichen Missverständnissen führen kann. Darum ist die fachliche Beratung von Arbeitgeber\*innen über die besonderen Belange der Arbeitnehmer\*innen sowie die Aufklärung über Folgen einer erworbenen Hirnschädigung und deren Umgang damit ein wichtiger Bestandteil bei der beruflichen Rehabilitation. Bedeutend ist auch die Berücksichtigung der häuslichen beziehungsweise familiären Situation, da soziale Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg einer Wiedereingliederung ins Arbeitsleben haben. Das Ziel bei der neuropsychologischen Unterstützung ist es, gemeinsam mit den Betroffenen die relevanten Einflussfaktoren zu erfassen und durch neuropsychologisches Training sowie die Vermittlung von entsprechenden Kompensationsstrategien und Anpassungen die Chancen auf eine Rückkehr ins Arbeitsleben zu verbessern. Es gilt eine Perspektive zu entwickeln, welche die Ressourcen der Betroffenen berücksichtigt, ihnen eine optimale Balance zwischen Unter- und Überforderung bietet und damit eine berufliche Teilhabe auch unter dem Aspekt einer ausgewogenen „Work-Life-Balance“ ermöglicht.“



**Marion Mosch**  
Neuropsychologin  
Neuro-Rehabilitation Mosch



## 2. Schwerpunkte des Modellprojektes

„Unserem Modellprojekt liegt die Problematik zugrunde, dass Menschen nach erworbenen Hirn-schädigungen, wie zum Beispiel nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall, einen besonderen Unterstützungsbedarf in der beruflichen Wiedereingliederung aufweisen. Durch neurokompetente Beratung in den Integrationsfachdiensten gehen wir auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe ein.“



**Sebastian Reuß**  
Projektkoordinator  
LVR-Inklusionsamt

Den Kern des Projektes bildet die tägliche Arbeit der Fachkräfte. Diese gliedert sich in erster Linie in die drei folgenden Bereiche: gezielte Beratung zur Sicherung von Arbeitsplätzen, Dokumentation und Evaluation der vereinbarten Maßnahmen sowie Fallverläufe und enge Netzwerkarbeit mit zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten.

Darüber hinaus wurden im Rahmen des Projektes Schulungen für IFD-Fachkräfte angeboten, um Grundkenntnisse der Beratung von MeH zu vermitteln. Eine Fachtagung, die sich speziell an die Zielgruppe der Kostenträger richtete, diente der Sensibilisierung für die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe.

Zudem begleitete ein Expertenbeirat das Projekt während der Laufzeit der ersten Projektphase.

### 2.1 Neurokompetente Beratung

Gleiche Behinderungsformen sind häufig mit ähnlichen Problemlagen verbunden. Um Betroffenen und deren Arbeitgeber\*innen eine fachkompetente Unterstützung anbieten zu können, arbeitet der IFD im Rheinland nach behinderungsspezifischen Grundsätzen. Das bedeutet, dass für

- Menschen mit psychischer/seelischer Behinderung,
- Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung,
- Menschen mit einer Sehbehinderung/-beeinträchtigung sowie
- Menschen mit einer Hörbehinderung/-beeinträchtigung

jeweils spezialisierte Fachdienste beziehungsweise Fachkräfte zur Verfügung stehen. Um dieses Fachwissen zukünftig im Rahmen des Projektes auch für MeH anbieten zu können, ist der zentrale Kern des Projektes die neurokompetente Beratung. Diese wird von Fachkräften durchgeführt, die über besondere **Neurokompetenz** verfügen und diese durch ihre tägliche Arbeit mit ähnlichen Fällen und gezielter Netzwerkarbeit erweitern.

Die geschaffenen Projektstellen konnten mit Fachkräften besetzt werden, die über diese Neurokompetenz verfügen.

Frau Nadja Luzius ist studierte Pädagogin sowie Rehabilitationsfachkraft mit mehrjähriger Berufserfahrung mit der Zielgruppe MeH im Rahmen der beruflichen Rehabilitation.

„Durch das Modellprojekt konnten wir an den IFD-Standorten Düsseldorf und Köln ein wichtiges zusätzliches Beratungsangebot für alle Regionen im Rheinland schaffen, das auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit neurologischen Erkrankungen ausgerichtet ist. Die Einbindung von Netzwerkpartner\*innen aus der Neurologie, Neuropsychologie sowie der niedrigschwelligen psychosozialen Beratung im Begleitprozess der Zielgruppe ist aus meiner Sicht von großer Bedeutung.

Im Rahmen des Projektes konnten wir Beratungsbedarfe rechtzeitig erkennen, die Verbindung zu den wichtigen Akteur\*innen herstellen und so zum Erhalt des Arbeitsplatzes mit individuellen Lösungsansätzen wesentlich beitragen. Unsere Erkenntnisse aus der Projektarbeit haben wir dokumentiert, ausgewertet und in dieser Broschüre zusammengefasst. Ich freue mich, wenn wir unsere Erfahrungen mit den IFDs rheinlandweit teilen und so der Zielgruppe langfristig ein ergänzendes Beratungsangebot unterbreiten können.“



**Nadja Luzius**  
Fachberaterin  
IFD Düsseldorf

Herr Carsten Freitag ist Diplom-Sozialpädagoge sowie zertifizierter Case-Manager. Er verfügt über langjährige Berufserfahrung mit der Zielgruppe im Kliniksozialdienst in der Neurologie und Neurochirurgie sowie als Leiter eines bundesweiten Beratungstelefons für Menschen mit einem Schädel-Hirn-Trauma.

„Schon länger legt das LVR-Inklusionsamt bei den Angeboten der IFD im Rheinland Wert auf eine fachbehinderungsspezifische Begleitung. Es freut mich sehr, dass durch das Modellprojekt eine Lücke geschlossen wurde und den neurologischen Klient\*innen jetzt ein neurokompetenter Lotse im IFD zur Verfügung steht. Das ist insbesondere aufgrund steigender Fallzahlen und damit einhergehend steigender Anfragen bei den IFD sowie der Weiterentwicklung der neurologischen Nachsorgenetzwerke wichtig. Im Modellprojekt zeigte sich, wie essenziell eine frühzeitige Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation für den Erfolg einer Wiedereingliederung in Arbeit ist. Meines Erachtens kann der IFD in der Begleitung der Klient\*innen dazu einen wichtigen Beitrag leisten.“



**Carsten Freitag**  
Fachberater  
IFD Köln

Frau Luzius im IFD Düsseldorf und Herr Freitag im IFD Köln widmen sich seit dem 1. Mai 2018 ausschließlich der Beratung von MeH. Um auch andere Regionen an der in Köln und Düsseldorf vorhandenen Neurokompetenz teilhaben zu lassen, wurde das Modellprojekt seit dem 1. Januar 2019 durch die sogenannte Co-Beratung ergänzt, welche ein rheinlandweites Beratungsangebot für die IFD-Fachkräfte darstellt. So können alle Berater\*innen in den Integrationsfachdiensten im Rheinland fallbezogen die Unterstützung der Expert\*innen des Projektes in Anspruch nehmen.

## 2.2 Schulungen für IFD-Fachkräfte

Da die Bedarfe an neurokompetenter Beratung die Kapazität der beiden neu geschaffenen Projektstellen im Rheinland übersteigen, ist es ein weiteres Anliegen des Projektes, Schulungen für alle Fachkräfte der IFD im Rheinland anzubieten.

Diese Schulungen sollen die Beratung der IFD-Fachkräfte rheinlandweit auf die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe hin verbessern. Im ersten Quartal 2019 wurden bereits vier Schulungen angeboten. Da erworbene Hirnschädigungen häufig auch mit körperlichen und/oder seelischen Einschränkungen sowie Sinnesbehinderungen einhergehen, waren die Schulungen auf die behinderungsspezifische Ausdifferenzierung der Integrationsfachdienste ausgerichtet.

Die Schulungen beinhalteten folgende Themen:

- Aufbau des Gehirns
- Mögliche Formen der Hirnschädigung
- Neurologische Rehabilitation (Reha-Phasen-Modell)
- Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation
- Neuropsychologie
- Zugang zu neuropsychologischer Versorgung
- Diagnostik und Erstellung von neuropsychologischen Stellungnahmen
- Vorstellung Neuropsychologisches Jobcoaching
- Problemfelder der Neuropsychologie

Besondere Schwerpunkte der Schulung lagen auf einem Vortrag von Dr. Kunibert Niklaus, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, zu den medizinischen Grundlagen und einem Vortrag der Neuropsychologin Sabine Unverhau zu den neuropsychologischen Grundlagen einer erworbenen Hirnschädigung.

Insgesamt haben an den Schulungen rund 120 IFD-Fachkräfte teilgenommen.

## 2.3 Netzwerktreffen

Um eine engere Vernetzung und Abstimmung mit allen neurokompetenten Unterstützungsangeboten im Rheinland herzustellen, wurde im Rahmen des Projektes in den Regionen Düsseldorf und Köln jeweils ein Netzwerk „Menschen im Arbeitsleben nach erworbener Hirnschädigung“ gegründet. Hier fanden seit Projektstart bisher acht Treffen statt, an denen unter anderem Vertreter\*innen von spezialisierten Beratungsstellen, Wohneinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Selbsthilfegruppen, Kostenträgern neurokompetenter medizinischer und beruflicher Reha-Maßnahmen, der Integrationsfachdienste sowie niedergelassene Neuropsychologen\*innen teilnahmen.

Stattgefunden haben die Treffen in unterschiedlichen Institutionen wie zum Beispiel der Unfallkasse NRW, der Stiftung Hephata, der Alexianer Werkstatt für Menschen nach erworbener Hirnschädigung, des NiB (Neurologisches interdisziplinäres Behandlungszentrum) Köln sowie in den Integrationsfachdiensten. So war es zugleich möglich, die Angebote der jeweiligen Einrichtung vor Ort zu erkunden.

Gemeinsam wurden die wechselseitigen Qualifizierungen und die bessere Vernetzung vorangetrieben. Die Treffen führten dazu, dass sich die am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteur\*innen besser und intensiver kennengelernt haben. Bei der Beratung der Einzelfälle haben sich die Übergänge an den Schnittstellen dadurch deutlich vereinfacht.

Aufgrund der besonderen Situation bezüglich der Corona-Pandemie konnten weitere geplante Präsenztreffen bisher nicht stattfinden.

## 2.4 Expertenbeirat

Zur Sicherstellung der fachlichen Begleitung des Projektes wurde ein Expertenbeirat mit beratender Funktion eingerichtet. In den Treffen wird der Projektverlauf gemeinsam evaluiert, und die Projektverantwortlichen des LVR-Inklusionsamtes nutzen den Expertenbeirat zur Abklärung aufkommender Fragestellungen. Der Expertenbeirat hat sich bereits am 3. September 2018 und am 10. Dezember 2019 getroffen.

Aufgrund der besonderen Situation bezüglich der Corona-Pandemie konnten auch hier weitere geplante Präsenztreffen bisher nicht stattfinden.

Folgende Personen bilden den Expertenbeirat:

- Sabine Unverhau  
Neuropsychologin – Leitung Neuropsychologischer Fachdienst und Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Neuropsychologie
- Kerstin Glenz  
Fachreferentin für Rehabilitation – Verwaltung Berufsgenossenschaft
- Juliane Poweleit  
Gruppenleitung Betreuungsfall und Reha-Management – Unfallkasse NRW
- Britta Redmann  
Teamleitung des Reha-Teams – Agentur für Arbeit Köln
- Birgit Heider-Neideck  
Leitung Berufs- und Sozialpädagogik – BDH-Klinik Vallendar
- Dr. Kunibert Niklaus  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie – Neurologisch interdisziplinäres Behandlungszentrum Köln
- Brigitte Beutner  
Beratungsstelle für Menschen mit erworbenen Hirnschäden – Evangelische Stiftung Hephata Mönchengladbach
- Stefan Strabelzi  
Werkstattleiter – Alexianer Werkstätten Köln

## 2.5 Fachtagung

Um Sachbearbeiter\*innen und Reha-Berater\*innen der kostentragenden Institutionen für die besonderen Bedürfnisse der genannten Zielgruppe zu sensibilisieren und über die bisher gewonnenen Erkenntnisse zu informieren, wurde im Rahmen des Projektes am 27. Juni 2019 eine Fachtagung abgehalten.

Ähnlich wie bei den Schulungen für IFD-Fachkräfte (siehe 3.2.) lag der thematische Schwerpunkt auf einem Vortrag von Dr. Kunibert Niklaus, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, zu den möglichen Ursachen und Auswirkungen einer Hirnschädigung sowie einem Vortrag der Neuropsychologin Sabine Unverhau, die über mögliche neuropsychologische Einschränkungen aufklärte. Zudem wurde über die Arbeit im Projekt informiert und anhand von Fallbeispielen die Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben dargestellt.

Die Anmeldezahl von 85 Vertreter\*innen unterschiedlichster Institutionen machte bereits im Vorfeld das große Interesse an der Veranstaltung deutlich. In informativen Fachvorträgen wurden die individuellen Einschränkungen der Betroffenen vor allem im neuropsychologischen Bereich detailliert dargestellt und durch Praxisbezüge verdeutlicht.

## 3. Projekterkenntnisse

Die beiden Projektfachkräfte haben im Rahmen der Betreuung ihrer Klient\*innen folgende Aspekte der Fallgestaltung separiert und anonymisiert dokumentiert:

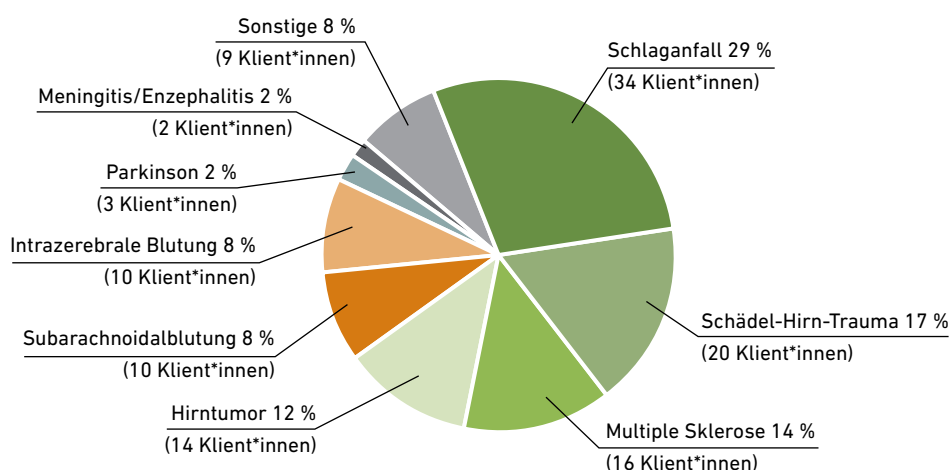
- Die zur erworbenen Hirnschädigung führenden Diagnosen der Klient\*innen
- Fallgruppen im Projekt
- Beeinträchtigungen der Klient\*innen
- Auswirkungen auf die berufliche Teilhabe
- Arbeitsplatzgefährdende Faktoren
- Arbeitsplatzsichernde Faktoren und Maßnahmen
- Arbeitsplatzsituation während/nach der IFD-Betreuung

Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf 118 Beauftragungen zur Sicherung eines Arbeitsplatzes entsprechend der Begleitenden Hilfen nach § 185 Absatz 2 SGB IX im Auswertungszeitraum vom 1. Mai 2018 bis zum 31. Dezember 2019. Die nun folgenden Erkenntnisse sind auf die Auswertung dieser Fälle zurückzuführen.

### 3.1 Die zur erworbenen Hirnschädigung führenden Diagnosen der Klient\*innen

Auf Grundlage der von den Klient\*innen zur Verfügung gestellten Unterlagen wurde versucht, die zur Hirnschädigung führende Diagnose zu ermitteln. Bei der Auswertung und Zusammenfassung der Diagnosen unterstützte Dr. Kunibert Niklaus, Facharzt für Nervenheilkunde, das Projektteam.

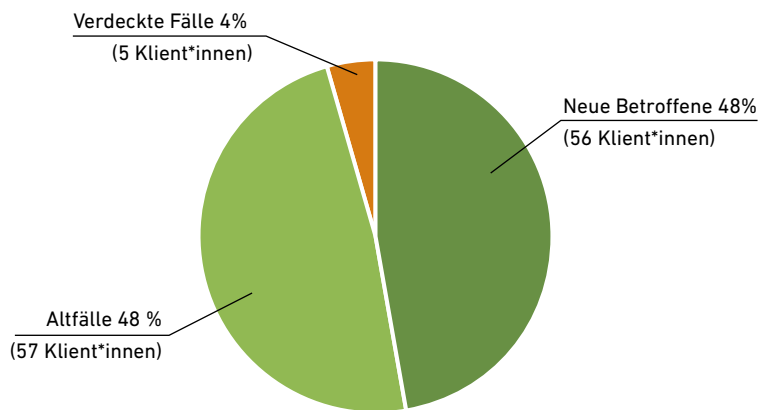
#### Die hauptsächlich zur erworbenen Hirnschädigung führenden Diagnosen der 118 Klient\*innen



## 3.2 Fallgruppen im Projekt

Zu Beginn des Modellprojektes wurden insgesamt drei Fallgruppen mit Bezug auf den jeweiligen Zeitpunkt des neurologischen Ereignisses definiert: Neue Betroffene (das Ereignis ist in den letzten fünf Jahren eingetreten), Altfälle (länger als fünf Jahre) sowie sogenannte verdeckte Fälle. Anhand dieser Gruppen ließ sich ermitteln, welche Schwerpunkte und Problemlagen sich im Rahmen der IFD-Begleitung bei der Zielgruppe MeH jeweils zeigen. Die einzelnen Fallgruppen werden im Nachfolgenden beschrieben.

### Zuordnung der 118 Klient\*innen zu den im Folgenden beschriebenen Fallgruppen



### Neue Betroffene (Ereignis ist in den letzten fünf Jahren eingetreten)

Das Akutereignis liegt bei Personen aus dieser Fallgruppe weniger als fünf Jahre zurück. Im Rahmen des Modellprojektes war bei der Mehrheit der Betroffenen das Akutereignis innerhalb der letzten zwei Jahre eingetreten.

Bei diesem Personenkreis liegen häufig aktuelle Befunde aus einer neurologischen Rehabilitation vor, und neben der beruflichen Wiedereingliederung ist noch eine medizinische Nachsorge notwendig. Es besteht die Chance, dass sich eine bestehende Symptomatik durch Therapien positiv im Sinne einer Restitution beeinflussen lässt.

In der Regel wird eine Rückkehr an den Arbeitsplatz in Form einer stufenweisen Wiedereingliederung gestaltet. Hierbei ist eine enge Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation besonders wichtig, da bereits in den ersten Wochen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz entstehen können, die sich unter anderem in Form von Verständigungsproblemen, eingeschränkter Belastbarkeit oder kognitiven Beeinträchtigungen äußern. Die neuen Betroffenen benötigen eine Hilfestellung bei der neuen Identitätsfindung. Viele der Klient\*innen überschätzen sich und ihre Fähigkeiten oder neigen umgekehrt dazu, sich nur noch wenig zuzutrauen.

Sowohl Arbeitgeber\*innen als auch Betroffene sind mit dieser neuen Situation im beruflichen Setting meist überfordert und benötigen eine zielgerichtete Beratung sowie Koordination durch neurokompetente Beratung. Gerade in diesem Prozess ist eine Kommunikation zwischen den beteiligten Netzwerkpartnern (Reha-Träger, IFD, Ärzt\*innen, Therapeut\*innen etc.) besonders wichtig, um die benötigte Unterstützung rechtzeitig zu installieren.

Erst durch eine zeitnahe Einbindung der entsprechenden Hilfestellung kann eine erfolgreiche Sicherung des Arbeitsplatzes in den meisten Fällen erreicht werden. Im Rahmen des Projektes konnte dieser notwendige Baustein als ein wesentlicher Erfolgsfaktor bestätigt werden.

### **Altfälle (Ereignis liegt länger als fünf Jahre zurück)**

Bei diesen Klient\*innen liegt das neurologische Ereignis schon länger als fünf Jahre zurück, und eine entsprechende Unterstützung am Arbeitsplatz ist notwendig.

Oftmals existieren keine aktuellen, aussagekräftigen medizinischen Unterlagen, sodass auf eine neurologische beziehungsweise neuropsychologische Abklärung hingewirkt werden sollte.

Ebenso konnte im Rahmen des Modellprojektes beobachtet werden, dass die betroffenen Personen bereits über Bewältigungsstrategien verfügen, auch wenn diese teilweise destruktiv sind und sich im beruflichen Teilhabeprozess negativ auswirken können.

Eine entsprechende Anpassung durch die Unterstützung einer neurokompetenten Fachkraft ist daher besonders intensiv und wichtig.

Die Bewältigungsstrategien wurden von den Betroffenen oftmals viele Jahre angeeignet und kontinuierlich angepasst, selbst wenn sie für den Teilhabeprozess destruktiv sind und zu einer längerfristigen Überforderung am Arbeitsplatz führen können.

Eine neuropsychologisch-diagnostische Abklärung sowie langfristige Einbindung einer therapeutischen Begleitung können bei diesem Prozess ebenfalls unterstützend sein.

### **Verdeckte Fälle**

Verdeckte Fälle können in allen Bereichen der IFD-Arbeit auftauchen. In der Regel wurden Klient\*innen zunächst einem anderen behinderungsspezifischen Fachbereich zugeordnet. Erst im Rahmen einer Erstanamnese oder im Beratungsprozess lassen sich (im Idealfall) Indizien einer hirnorganischen Vorerkrankung erkennen. In diesen Fällen ist eine neurokompetente Beratung sinnvoll.

Bei den verdeckten Fällen liegt vorwiegend weniger die neurologische, sondern eher eine weitere primäre Erkrankung vor. Die neurologische Erkrankung wurde von den Behandelnden in der Vergangenheit als unwesentlich eingestuft und im beruflichen Inklusionsprozess nicht berücksichtigt.

Folglich kompensieren die Betroffenen die auffälligen Residualsymptome in Form von aufwendigen, oftmals destruktiven Strategien, was nicht selten zu einer dauerhaften Überforderung am Arbeitsplatz führt. Hier droht sehr schnell die Gefahr einer körperlichen, kognitiven oder emotionalen Überforderung. Oft merken die Beteiligten (Vorgesetzte, Angehörige) und nicht die Betroffenen selbst, dass etwas nicht mehr stimmt. Sie können die auftretenden Schwierigkeiten und Probleme aber mangels entsprechenden Wissens nicht zuordnen. Erst im Rahmen der IFD-Beratung werden gezielte Fragen formuliert und die Auswirkungen am Arbeitsplatz in Kausalität zu dem neurologischen Ereignis gebracht.



**Aus der Praxis**

In einem Fallbeispiel meldete sich eine Klientin beim Integrationsfachdienst und berichtete von mehreren gescheiterten Wiedereingliederungen aus der Vergangenheit. Derzeit sei sie erneut aufgrund einer psychosomatischen Erkrankung krankgeschrieben.

In einem gemeinsamen Erstgespräch berichtete die Klientin dann neben ihrer aktuellen Diagnose von einem acht Jahre zurückliegenden neurologischen Ereignis. Nach einer damaligen stationären Behandlung sei das Heilverfahren abgeschlossen gewesen. Auswirkungen, die sich im Nachgang gezeigt haben, wurden von der Klientin nicht auf dieses neurologische Ereignis zurückgeführt.

Anhand der beschriebenen Historie wurde schließlich durch die Unterstützung des IFD Kontakt zu einem Neuropsychologen hergestellt. Die im Rahmen einer Diagnostik beobachteten Auswirkungen konnten mit dessen Unterstützung auf eine hirnorganisch bedingte Ursache zurückgeführt werden.

Folglich ließen sich mit den neuen Erkenntnissen eine entsprechende Arbeitsplatzanpassung sowie eine Sensibilisierung der beteiligten Akteur\*innen erreichen. Der Arbeitsplatz konnte so unter Berücksichtigung der neuen Rahmenbedingungen erhalten werden.

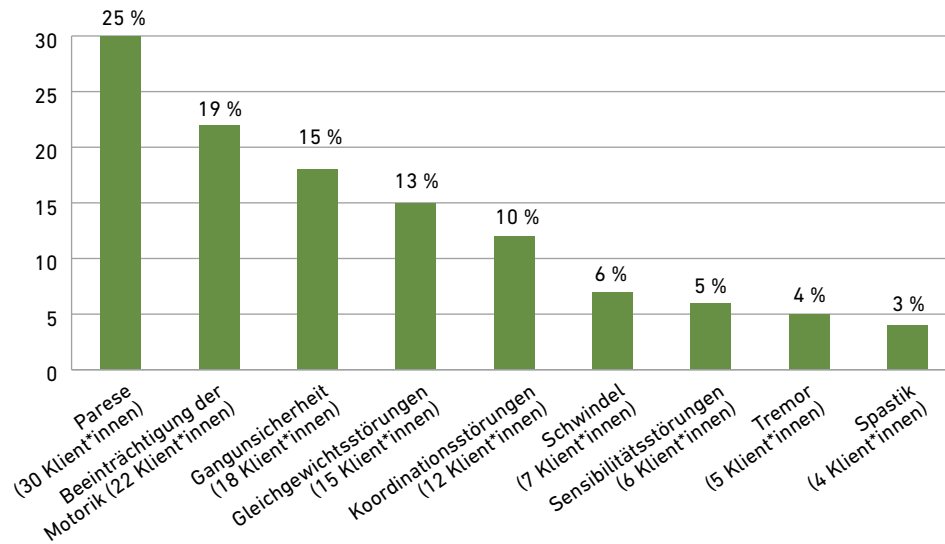
### 3.3 Beeinträchtigungen der Klient\*innen

Nach einer Verletzung des Gehirns können komplexe und heterogene Störungen auftreten. In der dreijährigen Projektlaufzeit wurden die nach der Hirnschädigung aufgetretenen Symptome systematisch erfasst und ausgewertet. Meist wurden dazu Ergebnisse aus medizinischen Unterlagen (Reha-Berichte, Diagnostik) herangezogen. Diese wurden in der Fallbegleitung ergänzt durch eigene Erkenntnisse in der Zusammenarbeit mit den Klient\*innen und der Rückmeldung der anderen Beteiligten. Die vorliegenden Auswirkungen treten nur sehr selten isoliert auf. Sie bilden daher meist ein individuelles Syndrom.

Nachstehend folgt eine Beschreibung der wahrgenommenen Auswirkungen der in die Begleitung aufgenommenen Menschen mit erworbener Hirnschädigung, unabhängig von den Auswirkungen auf die Teilhabe am Arbeitsleben.

## Beeinträchtigung der Motorik und Sensomotorik

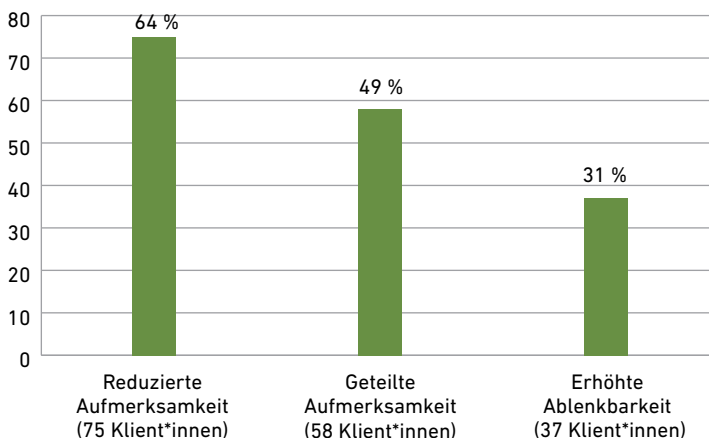
Festgestellte Beeinträchtigungen der Motorik und Sensomotorik der 118 Klient\*innen\*



Bei fast zwei Drittel der erfassten Klient\*innen wurden Störungen im Bereich der Bewegung und Sensomotorik festgestellt. Überwiegend waren dies Lähmungen oder Beeinträchtigungen in der Bewegungskoordination. Neben den motorischen Einschränkungen sind insbesondere neurokognitive Teilleistungsstörungen arbeitsrelevant.

## Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit

Festgestellte Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit der 118 Klient\*innen\*

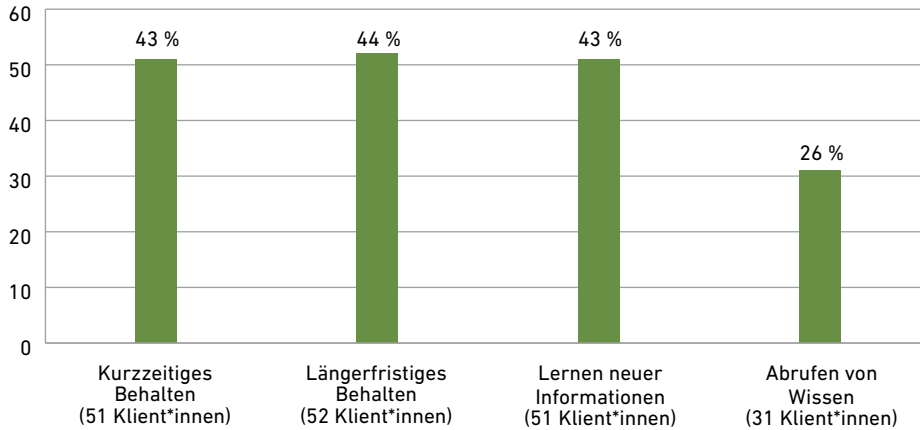


\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

Wie aus Studien über die Langzeitfolgen von Hirnschädigungen bekannt ist, haben diese häufig negative Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit der Betroffenen. Auch bei einer großen Anzahl der im Projekt begleiteten Klient\*innen hat sich dies bestätigt. Personen mit Aufmerksamkeitsstörungen agieren häufig verlangsamt, sind leicht ablenkbar und ermüden schneller. Es fällt ihnen schwer, sich auf die wichtigen Aspekte einer Aufgabe zu konzentrieren. Beispielsweise war bei annähernd zwei Dritteln der Betroffenen nachlassende Konzentrationsfähigkeit zu verzeichnen. Die Hälfte der Klient\*innen hatte Probleme, unterschiedliche Reize gleichzeitig wahrzunehmen, und einem Drittel fiel es schwer, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren.

## Lern- und Gedächtnisstörungen

### Festgestellte Beeinträchtigungen der Lern- und Gedächtnisleistung der 118 Klient\*innen\*

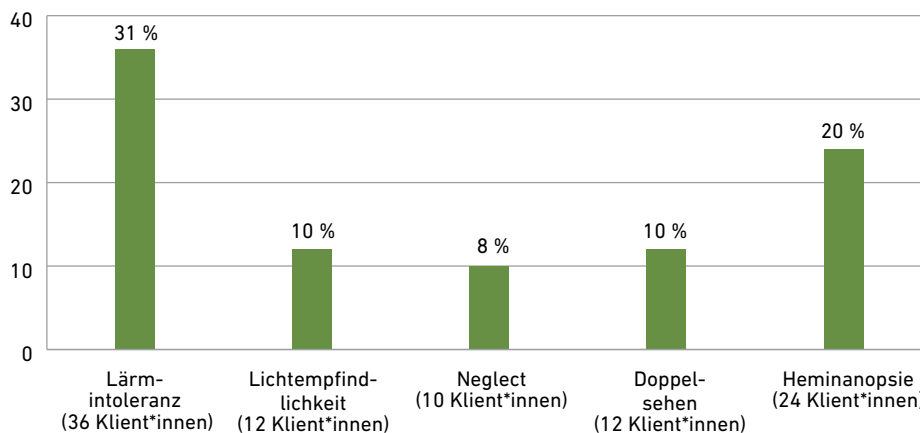


\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

Auch in Bezug auf die Aufnahme, das Behalten und das Abrufen von Informationen gibt es erwartungsgemäß bei vielen der Klient\*innen Schwierigkeiten. Bei den Betroffenen ergaben sich Probleme im Abruf von gelerntem Wissen. Einer fast identischen Anzahl der Personen fiel das kurzfristige Behalten von Informationen schwer. Bei jedem Dritten war die Fähigkeit, sich Inhalte neu anzueignen, beeinträchtigt.

## Störungen in der Sinneswahrnehmung

### Festgestellte Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung der 118 Klient\*innen\*

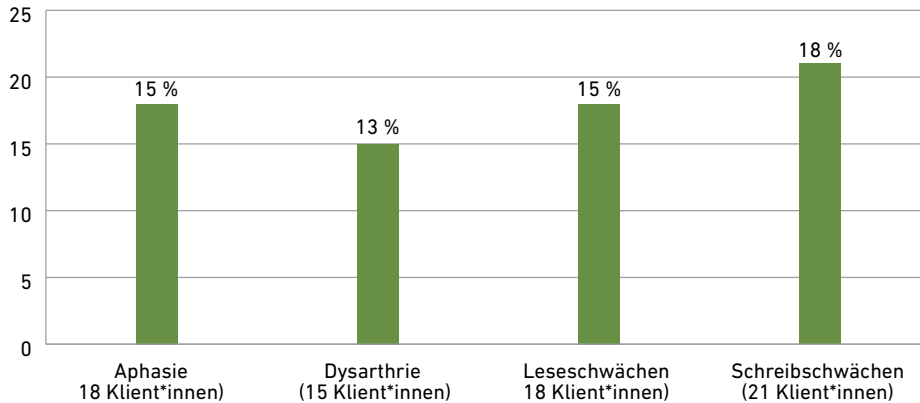


\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

Auch im Bereich der Sinneswahrnehmung zeigen sich Symptome. Bei 24 Ratsuchenden gibt es unterschiedlich ausgeprägte Einschränkungen des Gesichtsfeldes, und bei jedem Zehnten treten Doppelbilder auf. Zudem sind weitere Wahrnehmungsprobleme wie ein Neglect, Lärmintoleranz oder Lichtempfindlichkeit zu verzeichnen.

## Sprach- und Sprechstörungen

Festgestellte Sprach- und Sprechstörungen der 118 Klient\*innen\*



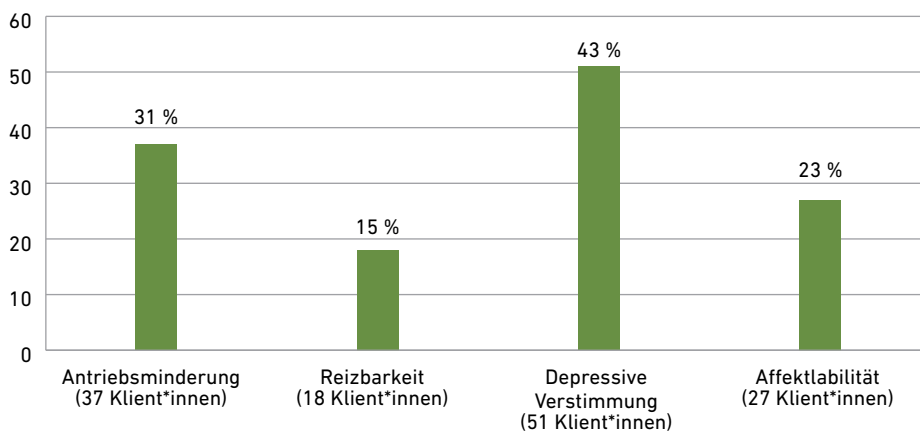
\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

Eine weitere Folge können Einschränkungen durch erworbene Sprachbehinderungen mit sich bringen. Auch hier ist das Symptombild nicht einheitlich. Beispielsweise ergeben sich Einschränkungen in der Spontansprache, im Sprachverständnis, im Schreiben und Lesen sowie im Rechnen. Im Projekt wurde dies bei jedem achten Ratsuchenden dokumentiert. Kommunikationsprobleme gab es darüber hinaus bei jedem neunten Begleitungsfall aufgrund von Beeinträchtigungen in den Sprech- und Stimmfunktionen.

## Organisch-psychische Folgen

In der Begleitung selbst stellen die organisch-psychischen Folgen eine besondere Herausforderung dar. Diese zeigen sich beispielsweise in organischen Persönlichkeitsveränderungen. Bei annähernd einem Viertel der Klient\*innen wurden auffällige Stimmungsschwankungen wahrgenommen. Erwartungsgemäß gibt es bei einer großen Anzahl zudem Hinweise auf depressive Tendenzen.

Festgestellte organisch-psychische Beeinträchtigungen der 118 Klient\*innen\*



\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

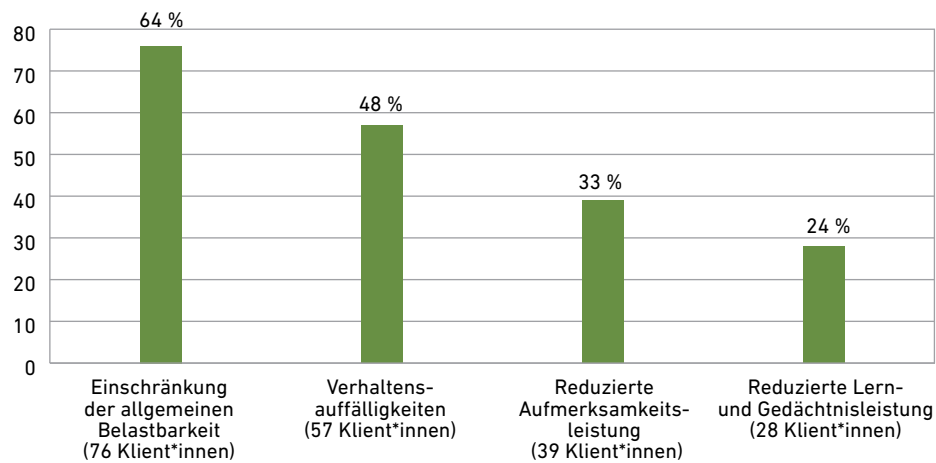
## Anfälle

Als mögliche Folge einer neurologischen Schädigung besteht zudem das Risiko für ein Anfallsgeschehen. Bei fast einem Fünftel der Ratsuchenden ist nach der Verletzung ein Anfall aufgetreten.

### 3.4 Auswirkungen auf die berufliche Teilhabe

Anhand der erhobenen Daten wird deutlich, dass sich die neurologische Vorerkrankung ganz unterschiedlich auf die berufliche Teilhabe auswirken kann. Zu den wesentlichen Auswirkungen zählen Verhaltensauffälligkeiten und die Einschränkung in der allgemeinen Belastbarkeit, der Aufmerksamkeit sowie Lern- und Gedächtnisleistung.

#### Auswirkungen der erworbenen Hirnschädigung auf die berufliche Teilhabe der 118 Klient\*innen\*



\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Auswirkungen aufweisen.

„Ich habe erst spät wahrgenommen, dass sich die Folgen meines Unfalls auf meine Leistungsfähigkeit auswirken. Nach der Reha habe ich gedacht, ich könnte einfach an meinen alten Arbeitsplatz zurückkehren – in leitender Position mit Personalverantwortung. An meiner Dienststelle konnte mir ja keiner ansehen, dass ich starke Verletzungen am Gehirn davongetragen habe. Dort musste ich aber feststellen, dass mein Gedächtnis doch stark beeinträchtigt ist und ich meine gewohnte Routine verlernt hatte. Mir ist es schwergefallen, bei anfallenden Arbeiten zu unterscheiden, was wichtig ist, was später erledigt werden kann und was ich eigentlich schon erledigt hatte. Oft habe ich den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr gesehen. Daraufhin habe ich meine Tätigkeit innerhalb der Dienststelle gewechselt. Bei meiner neuen Tätigkeit als Produktionskoordinator mit fachlicher Verantwortung hat der IFD eine Neuropsychologin organisiert, die mich am Arbeitsplatz begleitet hat. Über das Erarbeiten und Aufschreiben von Arbeitsabläufen behalte ich bei meiner Tätigkeit jetzt den Überblick. Ich habe Strategien erlernt, die mir wieder ein selbstständiges Arbeiten ermöglichen. Disziplin bei der Einhaltung der Strategien ist wichtig, um nicht wieder in der Leistungsfähigkeit nachzulassen.“



**Holger Schönfeldt**  
Produktionskoordinator

### Allgemeine Belastbarkeit

Die betroffenen Mitarbeiter\*innen sind aufgrund der Beeinträchtigungen oftmals nicht in der Lage, das (vor dem neurologischen Ereignis) erbrachte Arbeitspensum wiederherzustellen. Folglich sind die Betroffenen und ihre Arbeitgeber\*innen frustriert oder führen das Verhalten auf einen Mangel an Motivation zurück.

Grund dafür kann jedoch vielmehr eine Einschränkung der allgemeinen Belastbarkeit sein, was sich etwa in Form von Erschöpfung, Einbruch der Konzentration sowie einer allgemeinen Überforderung bei bereits geringem Aufgabenpensum äußern kann.

Eine mögliche Lösung stellt daher eine Anpassung oder Reduzierung der Arbeitsaufgaben dar. Ebenso ist in einigen Fällen eine Reduzierung der Arbeitszeit notwendig.

**Aus der Praxis**

Im Rahmen eines Fallbeispiels berichtete eine betroffene Mitarbeiterin im Rahmen der IFD-Beratung, dass sie infolge einer Hypoxie die von ihr zuvor erbrachte Leistung nicht mehr schaffen würde und daher regelmäßig Überstunden einplane. Dies sei mittlerweile die Regel und gehöre zu ihrer Arbeitswoche dazu. Durch die berufliche Belastung und Überforderung am Arbeitsplatz breche sie immer wieder weinend zusammen. Private Aktivitäten wie Sport- oder Kulturangebote nehme sie aufgrund der dauernden Erschöpfung nicht mehr wahr.

In diesem Fall wurden in Gesprächen zwischen dem Vorgesetzten, der Mitarbeiterin sowie dem IFD zunächst Arbeitsaufgaben neu strukturiert. Die Betroffene erarbeitete sich eine Vorgehensweise zur Priorisierung ihrer Aufgaben, was ebenso zu einer Entlastung führte. Zudem wurde sie in ein Einzelbüro versetzt, wo sie sich besser konzentrieren konnte.

Abschließend beantragte der Arbeitgeber aufgrund der außergewöhnlichen Belastung einen Beschäftigungssicherungszuschuss; folglich wurden auch die Aufgaben der Mitarbeiterin reduziert. Mit der entsprechenden Anpassung sowie der finanziellen Unterstützung an den Arbeitgeber konnte eine allgemeine Entlastung bewirkt und der Arbeitsplatz der Betroffenen gesichert werden.

**Aufmerksamkeit und Gedächtnis**

Bei vielen Klient\*innen sind ferner Auswirkungen auf die Aufmerksamkeits- sowie die Gedächtnisleistung aufgetreten. Diese kognitiven Beeinträchtigungen stellen ebenso eine enorme berufliche Belastung dar. Um eine entsprechende Beobachtung valide zu untermauern, werden die Betroffenen bei Bedarf durch den IFD an Neuropsycholog\*innen zwecks einer Diagnostik verwiesen und dahingehend sensibilisiert.

Durch die entsprechende diagnostische Abklärung kann Klarheit für den fortlaufenden Prozess gewonnen und bei Bedarf weitere Unterstützung in Form einer Therapie installiert werden. Hierbei ist die Zusammenarbeit zwischen IFD und Neuropsycholog\*in besonders wichtig, um einen reibungslosen Verlauf zu gewährleisten, da Klient\*innen nicht selten mit den Formalitäten (Suche nach einer passenden neuropsychologischen Fachkraft sowie Antragstellung) überfordert sind.

### Aus der Praxis

einem Fallbeispiel wurde eine Klientin nach einer Hirnblutung infolge eines geplatzten Aneurysmas aus der medizinischen Rehabilitation entlassen und sollte im Rahmen der Wiedereingliederung an ihren Arbeitsplatz als Altenpflegerin zurückkehren. Eine neuropsychologische Diagnostik wurde im Vorfeld in der Rehabilitationsklinik nicht durchgeführt, jedoch laut Reha-Bericht empfohlen.

Der IFD wurde zu Beginn der Wiedereingliederungsmaßnahme durch den Arbeitgeber eingeschaltet. In der ersten Woche der Wiedereingliederung, beginnend mit zwei Stunden pro Tag, zeigten sich bei der Klientin während der Ausübung von parallel anfallenden Aufgaben erste Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Hinzu kam, dass sich die Betroffene die Anfragen der Bewohner\*innen der Altenpflegeeinrichtung sowie wichtige Informationen ihrer Kollegen\*innen nur schwer merken konnte. Daraus resultierten vermehrt Fehler, die sie wiederum frustrierten.

Infolgedessen wurde bei einem gemeinsamen Gespräch mit dem Betriebsarzt, der Klientin und dem IFD die Hinzuziehung einer neuropsychologischen Fachkraft und eine damit verbundene Diagnostik thematisiert, was auch im letzten medizinischen Bericht empfohlen worden war.

Im Rahmen der IFD-Netzwerkarbeit konnte die Klientin zeitnah einen entsprechenden Neuropsychologen finden und eine diagnostische Abklärung veranlassen. Ebenso entschied sie sich für eine neuropsychologische Therapie.

Anhand der Diagnostik konnten die zuvor beobachteten Auswirkungen in den Bereichen Gedächtnis und Aufmerksamkeit bestätigt werden. Nach Rücksprache mit dem Neuropsychologen wurden weitere Schritte am Arbeitsplatz geplant.

Hierbei wurde zunächst der Einarbeitungsplan überarbeitet und damit einhergehend neue Tätigkeitsaufgaben (weniger Druck, Reduzierung der Verantwortlichkeit) definiert. Zudem wurde mit der Klientin ein unterstützendes Mindset erarbeitet, welches sie im Rahmen der Wiedereingliederung für sich nutzen konnte. Zusätzlich konnte die Beschäftigte die in der Therapie erarbeiteten Strategien am Arbeitsplatz nutzen und etwa Belastungssituationen schneller erkennen sowie diesen vorbeugen. Abschließend folgte eine Anpassung der Arbeitszeiten sowie des Pausenmanagements.

Der Arbeitsplatz konnte durch die Installierung der entsprechenden Maßnahmen gesichert werden.

„Die neurokompetente Beratung hat die Auswirkungen der Erkrankung sehr gut vermittelt. Das änderte nicht nur den Blickwinkel der Vorgesetzten und Kolleg\*innen, sondern schaffte nach und nach vor allem ein Eigenverständnis bei der betroffenen Person selbst. In diesem Fall wurden dadurch die weiteren Schritte überhaupt erst möglich.“

Für mich als BEM-Beauftragte war Frau Luzius in den gemeinsamen Gesprächen mit der Mitarbeiterin und den Vorgesetzten, aber auch bei behördlichen Belangen eine große Unterstützung. Die neuropsychologische Therapie, die für die Klientin so wichtig ist, konnte so schnell beantragt werden.“



**Anja Fiegl**

BEM-Beauftragte

Diakonie Kaiserwerth



## Verhalten

Bei der Zielgruppe Menschen nach erworbener Hirnschädigung stellen ebenso Veränderungen im sozialen Verhalten eine berufliche Belastung dar. Klient\*innen kehren nach einer langen medizinischen Rehabilitation zurück an ihren Arbeitsplatz und wirken im ersten Moment rehabilitiert. Erst im Verlauf der Arbeitsabläufe können Vorgesetzte und Kolleg\*innen Veränderungen beobachten. Einige Klient\*innen zeigen sich gegenüber ihren Kolleg\*innen gereizt oder auch impulsiv.

### Aus der Praxis

In einem Fallbeispiel verhielt sich ein Klient nach einer Frontalhirnschädigung teilweise impulsiv sowie lautstark in seinem Arbeitsumfeld, besonders gegenüber seiner direkten Bürokollegin. Seine Teamkolleg\*innen empfanden dies als unangemessen und distanzierten sich von ihm. Infolge der Hirnschädigung lag bei dem Betroffenen neben der Verhaltensveränderung auch eine Hemiparese links vor. Der Arbeitgeber schaltete den IFD ein. Nach Durchsicht der medizinischen Unterlagen sowie einer Erstanamnese konnten erste Maßnahmen getroffen werden. Dazu gehörte, dass der Klient in ein Einzelbüro umgesetzt wurde, wodurch sich der Konflikt mit der Bürokollegin reduzierte und dem Klienten ein konzentriertes Arbeiten ermöglicht war.

Zudem wurden der **Technische Dienst** des Inklusionsamtes eingeschaltet und als Unterstützung eine Sprachsteuerung installiert.

Ebenso folgten vom IFD geführte Gespräche mit den Vorgesetzten und Arbeitskolleg\*innen, um diese für mögliche Auswirkungen zu sensibilisieren.

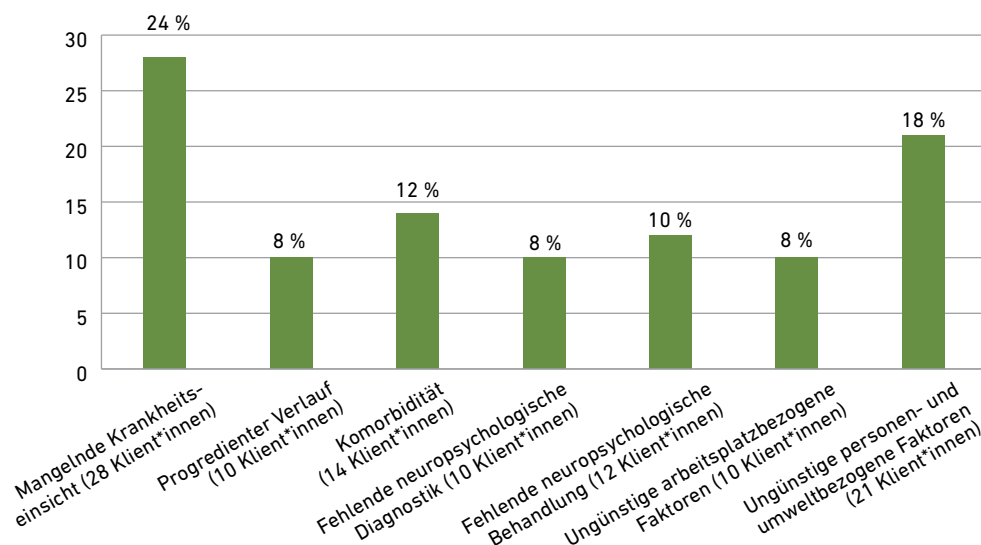
Der Arbeitsplatz konnte längerfristig gesichert werden.

## 3.5 Arbeitsplatzgefährdende Faktoren

Die am häufigsten auftretenden Störfaktoren stehen im kausalen Zusammenhang mit den komplexen Erscheinungsformen einer erworbenen Hirnschädigung, wie zum Beispiel der mangelnden Krankheitseinsicht und/oder dem progredienten Verlauf der Störungen sowie sonstige Auswirkungen der erworbenen Hirnschädigung. Zudem kommt oft eine bestehende Komorbidität erschwerend hinzu.

Des Weiteren zeigt sich, dass das bisherige Fehlen einer zielführenden Diagnostik sowie eine dementsprechend ausbleibende Behandlung der Klient\*innen ein großes Problem darstellen. Bietet das bestehende Arbeitsverhältnis wenig Anpassungsmöglichkeiten, ist die Inklusion zudem deutlich erschwert. Natürlich werden durch personenbezogene oder umweltbezogene Faktoren auch weitere Probleme hervorgerufen, wie zum Beispiel ein fehlendes oder nicht unterstützendes soziales Umfeld sowie finanzielle Zwänge. Es treten zudem Schwierigkeiten bei der Beantragung sowie dem Auffinden passgenauer Hilfen und Unterstützung auf. Beispielsweise können die Klärung des zuständigen Kostenträgers, die Beantragung beziehungsweise Feststellung einer Schwerbehinderung sowie die zum Teil langen Wartezeiten zwischen Antragstellung und Bewilligung/Ablehnung den Prozess verzögern und für die Betroffenen erschweren.

### Arbeitsplatzgefährdende Faktoren der 118 Klient\*innen\*



\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Faktoren aufweisen.

### Krankheitseinsicht

Bei erworbener Hirnschädigung werden psychische, kognitive oder auch mnestiche Einbußen von den Betroffenen und ihrem Umfeld häufig erst langsam realisiert und wahrgenommen. Vielen Betroffenen fällt es nicht leicht, sich von ihrem Selbstbild vor der Zeit der Erkrankung zu lösen. Im anfänglichen Klinik- und Rehabilitationsalltag geht es vordergründig um eine Heilung und Verbesserung und weniger um die Verarbeitung und die Akzeptanz möglicher auftretender Symptome bei den Klient\*innen. Ein Großteil von ihnen orientiert sich deshalb anfänglich sehr stark an der prämorbidem Leistungsfähigkeit; erst nach dem Moment des Scheiterns ist ein Umdenken möglich. Hier können selbst neuroedukative Ansätze nur bedingt Abhilfe schaffen.

#### Aus der Praxis

In der Begleitung eines Auszubildenden klagte dieser beispielsweise wiederkehrend über ständige Kopfschmerzen. Sie traten insbesondere im Zusammenhang mit den Herausforderungen bei der Aneignung theoretischer Inhalte auf und standen im Zusammenhang mit Überlastung und Stress im Ausbildungsalltag. Der Klient wurde vom Ausbildungsbetrieb sogar ermutigt, parallel dazu weitere berufsrelevante Qualifikationen (Führerschein) zu erwerben. In der Begleitung führte diese ständige Überforderung und fehlende Anpassung an die tatsächliche Leistungsfähigkeit zu einer erneuten psychischen Krise mit langen Ausfallzeiten. Mit beginnender Einsicht konnte langsam eine Neuausrichtung der beruflichen Ziele an die tatsächliche Leistungsfähigkeit erreicht werden.

## Weitere Auswirkungen der erworbenen Hirnschädigung

Ein entscheidender Maßstab für die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben ist die Leistungsfähigkeit. Die meisten Hirnverletzten sind nach dem Ereignis mehrfach beeinträchtigt; häufig in wichtigen Funktionen wie der Kognition und Sprache.

### Aus der Praxis

In einem Begleitungsfall trat ein Arbeitgeber auf den IFD zu mit der Bitte um Unterstützung bei der Frage nach einer leidensgerechten Anpassung am Arbeitsplatz. Trotz aller Bemühungen der Beteiligten und gutem Willen stellte sich am Ende des Begleitungsprozesses heraus, dass die krankheitsbedingten Einschränkungen des Betroffenen zu schwerwiegend und vielfältig waren, um eine adäquate Anpassung vorzunehmen. Deshalb wurden dem Klienten alternative berufliche Perspektiven entweder in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder aber eine Tätigkeit im Rahmen eines Nischenarbeitsplatzes vorgestellt und erläutert. Der Klient konnte im Zeitraum der Begleitung für sich selbst noch keine abschließende Entscheidung treffen. Einige neurologische Erkrankungen haben leider zudem einen progredienten degenerativen Verlauf und sind nicht heilbar. Anpassungen sind deshalb in den Frühphasen häufig noch möglich, erreichen aber im weiteren Verlauf aufgrund der zunehmenden Symptomatik ihre Grenzen.

## Komorbidität

Besonders oft leiden die Betroffenen unter Ängsten und depressiven Störungen. Nicht zu unterschätzen ist dabei auch die Gefahr weiterer Komplikation wie beispielsweise einer auftretenden Epilepsie als Folge der Hirnverletzung. Diese zusätzlichen Symptome sorgen im Wiedereingliederungsprozess für zusätzliche Barrieren.

### Aus der Praxis

Am Beispiel einer Epilepsie lässt sich das eindrücklich verdeutlichen. In der Begleitung eines Krankenpflegers ergab sich aus einer Gefährdungsbeurteilung bei einer medikamentös nicht gut einzustellenden Epilepsie die Einschätzung, dass der Klient nicht mehr in dem Berufsbild als Krankenpfleger eingesetzt werden kann. Erst durch mehrfache Intervention und intensive Aufklärung konnte in der Begleitung die Einschätzung des Arbeitgebers insofern revidiert werden, dass eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Berufsbild möglich ist, allerdings mit einem Schwerpunkt auf eher administrative Aufgaben.

In der Begleitung dieses Personenkreises fällt auf, dass die psychische Gesundheit gerade bei den Klient\*innen besonders gelitten hat, bei denen bisher wenig psychosoziale beziehungsweise therapeutische Begleitung stattfand.

### Fehlende zielführende Diagnostik und Behandlung

Neuropsychologische beziehungsweise organisch-psychische Symptome stellen eine besondere Herausforderung für die berufliche Rehabilitation und Reintegration dar. Zusätzliche Probleme ergeben sich daraus, dass zum Teil selbst Fachleute diese Symptome übersehen, daraus Fehldeutungen oder falsche sozialmedizinische Bewertungen ableiten und die Betroffenen in nicht optimale Versorgungs- und Nachsorgenetzwerke lotsen. Gerade in der Begleitung der Klient\*innen, bei denen die Ursache der Erkrankung bereits längere Zeit zurückliegt, zeigt sich wiederholt in der Erstanamnese, dass insbesondere durch die Neuropsychologie keine ausreichende Diagnostik erfolgte. Zu Beginn einer Begleitung fehlen häufig Erkenntnisse zu den möglichen kognitiven Folgen der Hirnschädigung. Vielmehr finden sich bei dieser Personengruppe gehäuft psychiatrische Diagnosen ohne Bezugnahme auf die neurologische Erkrankung. Insofern orientiert sich auch der weitere Behandlungsverlauf stark an den vorhandenen psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Zudem ist erkennbar, dass viele der Klient\*innen eher in psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen gelangen statt in eine neurologische Rehabilitation.

#### Aus der Praxis

Bei einer Klientin ohne psychische Vorfunde, die seit über zehn Jahren an den Folgen einer neurologischen Operation aufgrund von Gefäßmissbildungen litt, zeigte sich in der Anamnese, dass im Behandlungsverlauf eine Vielzahl an psychiatrischen Diagnosen gestellt worden war. Die Gesundheitsversorgung konzentrierte sich vordergründig auf psychiatrische und psychosomatische Ansätze, ohne die neurologische Verletzung zu berücksichtigen.

In der persönlichen Begleitung zeigten sich sehr viele Auffälligkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Belastbarkeit. Die Klientin berichtete von erheblichen Schwierigkeiten als Folge der Hirnoperation. Ihre Alltagsplanung und -organisation musste seitdem von der Tochter übernommen werden. Im gesamten Behandlungsverlauf war weder eine neurologische Rehabilitation noch eine neuropsychologische Diagnostik initiiert worden. Eine erfolgte psychosomatische Behandlung und Rehabilitation endete ergebnislos; jedwede Behandlungsansätze hatten die neurologische Verletzung ausgeklammert. Aufgrund der unsichtbaren Schädigungsfolgen und der ständigen Überforderung im Beruf wie im Privatleben entwickelte die Betroffene viele psychische Auffälligkeiten. Im Laufe der Jahre wurde die Liste der psychiatrischen Diagnosen immer länger. Im Beratungsverlauf kam man dann schnell zur Einigung, dass die Klientin nochmals eine neurologische Abklärung erhalten sollte und derzeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Zudem wurde sie dabei unterstützt, existenzsichernde und alltagsunterstützende Hilfen zu beantragen.

### Probleme im gegliederten System, passgenaue Hilfe und Unterstützung zu erhalten

Die Zielgruppe umfasst einen Personenkreis mit komplexem Versorgungsbedarf und langen Behandlungsverläufen. Eine Leistungsgewährung passgenauer Maßnahmen hängt nach den Erfahrungen im Modellprojekt stark davon ab, inwieweit Klient\*in und Arbeitgeber\*in Kenntnisse über zielführende Angebote haben und inwieweit sie bei der Umsetzung Unterstützung erhalten. Durch die neurokompetente Begleitung im Modellprojekt konnten in vielen Fällen zielführende berufliche Maßnahmen integriert werden. Dagegen gibt es Begleitungen, in denen die Probleme im gegliederten System dazu führen, dass trotz einer positiven Prognose aufgrund fehlender passgenauer Angebote oder langer Wartezeiten bis zur Bewilligung Chancen der Wiedereingliederung nicht genutzt werden.

**Aus der Praxis**

In einem Begleitungsfall wurde dies besonders deutlich. Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit der Bitte um Anpassung des Arbeitsplatzes wurde vom Reha-Träger abgelehnt. Auch dem Wunsch der Klientin nach Beauftragung des Integrationsfachdienstes ist der Reha-Träger nicht nachgekommen. Aus Sicht des Reha-Trägers wurde der Bedarf an physikalischer Therapie mit Verweis auf den zuständigen Kostenträger Krankenkasse festgestellt.

Die Klientin erhielt dann im Rahmen des Modellprojektes eine weitere Begleitung durch den Integrationsfachdienst. Nach einer Stellungnahme des Technischen Beratungsdienstes des LVR-Inklusionsamtes wurden Leistungen durch den Reha-Träger schließlich bewilligt. Der gesamte Verlauf der notwendigen leidensgerechten Anpassung dauerte über ein Jahr.

Heute arbeitet die Klientin wieder in Teilzeit. Fraglich bleibt, ob sie ohne das Engagement und die Unterstützung des beteiligten Hilfsnetzwerks (betriebliche Sozialarbeit, Technischer Beratungsdienst, IFD) an den Arbeitsplatz zurückgekehrt wäre.

„Der Technische Beratungsdienst unterstützt Betroffene und Arbeitgeber, indem er die Situation vor Ort begutachtet, mit allen Beteiligten bespricht und daraufhin unterschiedliche Maßnahmen empfiehlt. Nach einem hierarchischen System werden technische, organisatorische und persönliche Maßnahmen in Betracht gezogen. In diesem Fall waren insbesondere Ablenkung und akustische Reize zentrale Probleme. Es gibt in der Regel viele Möglichkeiten, die Arbeitsumgebung durch einfache technische Ausstattung oder Umrüstung reizärmer zu gestalten, um so die Aufmerksamkeit für die eigentliche Tätigkeit zu erhöhen. Eine dieser Möglichkeiten ist der Einsatz eines Noise-Cancelling-Kopfhörers, für die sich in diesem Fall entschieden wurde.“



**Marco Wilmsen**  
Technischer Berater  
LVR-Inklusionsamt

Um die Begleitenden Hilfen der Inklusions- beziehungsweise Integrationsämter beantragen zu können, muss in der Regel ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 oder eine Gleichstellung vorliegen. Die Bewertung für die Feststellungsbehörden nach einer neurologischen Erkrankung ist dabei nicht immer ganz einfach. Häufig werden die unsichtbaren kognitiven Folgen nicht ausreichend berücksichtigt. In der Beratungsarbeit hat sich gezeigt, dass dies häufig auf zwei Ursachen zurückzuführen ist: mangelnde Krankheitseinsicht der Antragsteller\*innen und das Fehlen neuropsychologischer Zusatzgutachten zur Beschreibung neurokognitiver Folgen.

**Aus der Praxis**

In einem Begleitungsfall hatte die Behörde der Klientin einen GdB von 30 bescheinigt und das, obwohl bei der Klientin eine erworbene Sprachstörung (Aphasie) vorlag. Nach einem sich auf die vorliegende Sprachstörung beziehenden Widerspruch revidierte die zuständige Feststellungsbehörde diesen Bescheid, und ein GdB von 50 wurde anerkannt.

Immer wieder zeigt sich in der Begleitung dieses Personenkreises, dass die im Rehabilitationsverlauf angewendeten Maßnahmen zur Reintegration in das Arbeitsleben nicht zielführend sind. In der Praxis ist das beispielsweise besonders häufig die stufenweise Wiedereingliederung. Aufgrund der bestehenden komplexen Leistungseinschränkungen bei vielen der Betroffenen ist eine Wiedereingliederung ohne vielfältige Anpassungen und fachliche Begleitung am Arbeitsplatz nicht Erfolg versprechend. Eine notwendige Begleitung durch einen Integrationsfachdienst oder eine andere rehabilitative Maßnahme im Zuge von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist häufig nicht vorgesehen und erfolgt nach den Erfahrungen aus dem Projekt oftmals zu spät.

#### **Aus der Praxis**

In einem Begleitungsfall wurde zwar formal die stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich beendet, wie sich zeigte allerdings ohne notwendige Änderungen im Anforderungsprofil und zugewiesenen Tätigkeitsbereich. Bei dem Klienten führt das häufig zu Überlastung mit psychischen Folgen, schlechten Arbeitsergebnissen und langen, wiederkehrenden Ausfallzeiten. Beim Arbeitgeber verfestigte sich dadurch der Eindruck, dass der Klient gar nicht mehr arbeitsfähig sei, obwohl in der medizinischen Rehabilitation eine positive Erwerbsprognose erstellt worden war.

### **Probleme hervorgerufen durch personenbezogene oder umweltbezogene Faktoren**

Die Situation nach derartigen Verletzungen ist geprägt durch komplexe Problemlagen und einen schwer zu bewältigenden Dschungel an Formalitäten. Neben dem beruflichen Wiedereinstieg ist ein therapeutischer Alltag zu organisieren, sind Anträge bei verschiedenen Behörden (Feststellung der Schwerbehinderung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben etc.) zu stellen. Gleichzeitig ist der Hirngeschädigte aber selbst in seinen Ressourcen nur eingeschränkt dazu in der Lage. Der Erfolg oder eben auch Misserfolg einer beruflichen Wiedereingliederung wird deshalb unter anderem auch von vorhandenen unterstützenden sozialen Ressourcen beeinflusst.

#### **Aus der Praxis**

Bei einer alleinstehenden Klientin ist der Prozess einer möglichen Wiedereingliederung daran gescheitert, dass sie sich auch vor kleineren behördlichen Hürden nicht mehr in der Lage sah, diese selbst mit einer umfangreichen persönlichen Unterstützung durch den Integrationsfachdienst zu bewältigen. Gleichzeitig hatte die Klientin aber auch die Installation einer zeitweiligen rechtlichen Betreuung abgelehnt. Im konkreten Fall verzichtete sie lieber auf die Inanspruchnahme von ihr zustehenden Arbeitslosengeldzahlungen und eventueller Hilfen aus der sozialen Pflegeversicherung, nur um endlich zur Ruhe zu kommen.

Bei einem anderen Klienten zeigte sich der weite Arbeitsweg bei gleichzeitig bestehender psychophysischer Minderbelastbarkeit als zu aufwendig und belastend. Durch die Begleitung des IFD konnte zwar ein leidensgerechterer Rahmen vereinbart werden (Einführung mobilen Arbeitens), dennoch blieb die Belastung durch die Arbeitswege zu groß, um weiterhin in Vollzeit am angestammten Arbeitsplatz tätig sein zu können.

In vielen Fällen wäre eine Arbeitszeitreduzierung eine leidensgerechte Anpassung zur Vermeidung einer dauerhaften Überforderung. Dieser Option stehen aber in der Praxis häufig finanzielle Zwänge gegenüber.

Weitere Störfaktoren liegen dagegen eher im Unternehmen und den Betriebsstrukturen. Bei fehlendem vertrauensvollen Betriebsklima und hohem Arbeitsdruck ist es schwierig, ein Verständnis für behinderungsbedingte Leistungseinbußen bei den Beteiligten zu erwirken. In anderen Fällen gibt es aufgrund der Arbeitsinhalte keine Möglichkeiten der Anpassung. Verliert ein Berufskraftfahrer aufgrund seiner neurologischen Erkrankung die Fahr-eignung, wie in einem Begleitungsbeispiel erlebt, sind Anpassungen in einem Logistikunternehmen eben nur sehr begrenzt möglich. In diesem Fall wurde gemeinsam mit dem Klienten eine berufliche Rehabilitation zur Neuorientierung in die Wege geleitet.

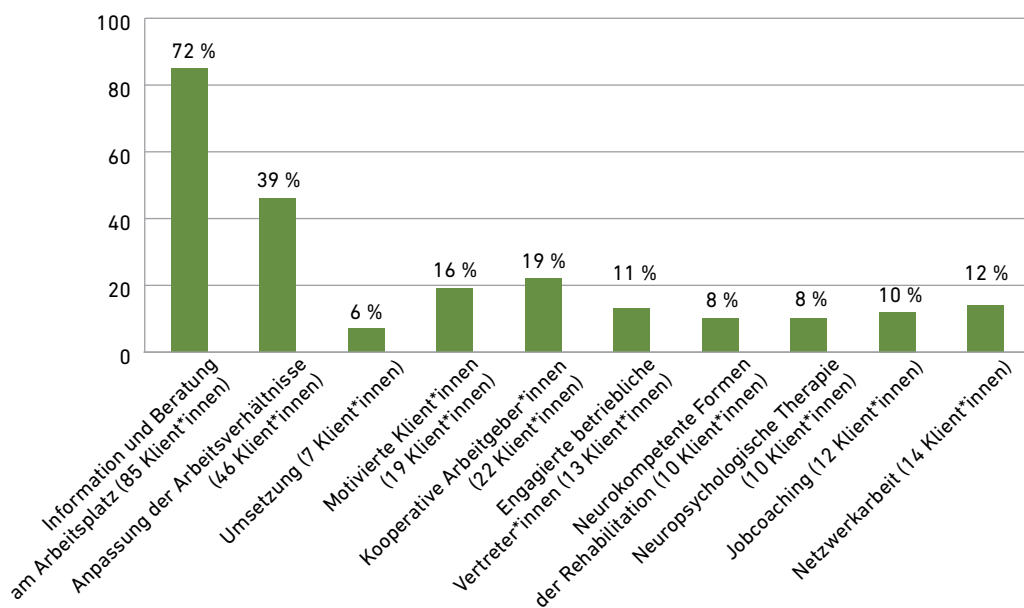
### 3.6 Arbeitsplatzsichernde Faktoren und Maßnahmen

Durch **neurokompetente** Information und Beratung am Arbeitsplatz sowie durch individuelle Anpassung der Arbeitsverhältnisse oder Umsetzung der Betroffenen können Arbeitsplätze gesichert werden. Eine übergeordnete Rolle als Erfolgsfaktoren spielen natürlich die Beteiligten im Betrieb, motivierte Klient\*innen, kooperative Arbeitgeber\*innen sowie engagierte betriebliche Vertreter\*innen.

Als gelingende Maßnahmen sind auch die individuelle Einbindung **neurokompetenter** Formen der Rehabilitation sowie eine begleitende neuropsychologische Therapie oder ein neurokompetentes **Jobcoaching** herauszustellen.

Ein weiterer, sich deutlich abzeichnender Erfolgsfaktor ist die gute Netzwerkarbeit. Speziell in den Modellregionen Düsseldorf und Köln konnte durch die Projektarbeit das Schnittstellenmanagement im Rehabilitations- und Teilhabeprozess deutlich verbessert werden.

Arbeitsplatzsichernde Faktoren und Maßnahmen der 118 Klient\*innen\*



\* Hierbei kann ein\*e Klient\*in mehrere Faktoren aufweisen.

## Neurokompetente Informationen und Beratung am Arbeitsplatz

Die Vermittlung von neurospezifischem Fachwissen sowie die Sensibilisierung der beteiligten Akteur\*innen stellen im Hinblick auf die neuropsychologischen sowie sensomotorischen Auswirkungen einen wichtigen Erfolgsfaktor im beruflichen Teilhabeprozess dar, insbesondere, wenn Auswirkungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit, der mnestischen oder der Exekutivfunktionen angezeigt sind. Klient\*innen und Arbeitgeber\*innen sind in der Regel mit den unsichtbaren kognitiven Folgen überfordert, und dies führt nicht selten zu Kommunikationsschwierigkeiten und Missverständnissen im Umgang miteinander.

„Mit der Hilfe von Herrn Freitag vom Integrationsfachdienst und des Jobcoachs ist es mir gelungen, die Steine aus dem Weg zu räumen, die mir im Arbeitsleben im Weg lagen. Dank seiner Unterstützung habe ich die Möglichkeit, die Anzahl meiner vielen verschiedenen Aufgaben so zu organisieren, dass ich in meinem Tempo arbeiten, mich besser konzentrieren und strukturierter arbeiten kann. Ich bin froh, dass es diese Hilfen gibt, weil ich ohne Herrn Freitag wahrscheinlich schon wieder überfordert gewesen wäre, und meine Arbeit nicht mehr geschafft hätte. Wenn ich einen „Herrn Freitag“ schon vor dreißig Jahren kennengelernt hätte, wäre es mir wahrscheinlich sogar möglich gewesen, eine Ausbildung zu machen.

Ich empfehle allen Menschen mit einer Hirnschädigung, diese Unterstützung anzunehmen, damit sie diese positiven Erfahrungen auch machen können, sich nicht mehr so hilflos und verzweifelt fühlen und einen Weg aus ihrer Sackgasse finden.“



**Jan Verwaaijen**  
Verwaltungsmitarbeiter

Durch die zielgerichtete Beratung im Rahmen des Modellprojektes konnten beteiligte Akteur\*innen (Arbeitgeber\*innen, Arbeitskolleg\*innen, betriebliche Helfer\*innen) über die hirnorganisch bedingten Auswirkungen und damit einhergehende mögliche Verhaltensänderungen der Mitarbeiter\*innen sensibilisiert und aufgeklärt werden. Ebenso wurden im Beratungsprozess praktische Strategien zum Umgang erarbeitet.

### Aus der Praxis

In einem Fallbeispiel kehrte ein Klient mit einer durch ein Subduralhämatom ausgelösten Frontalhirnschädigung an seinen Arbeitsplatz zurück. Im Zuge der Wiedereingliederung legte er vermehrt ein impulsives sowie desinteressiertes Verhalten gegenüber seinen Kolleg\*innen und dem Vorgesetzten an den Tag. In einem Gespräch mit der zuständigen Neuropsychologin konnten entsprechende Beobachtungen als Folge der erworbenen Hirnschädigung erklärt werden.

Folglich gelang es der IFD-Fachkraft, den Arbeitgeber zu diesem Thema zu sensibilisieren, und es wurden mögliche Umgangsstrategien in Absprache mit dem Klienten getroffen. Die beteiligten Akteur\*innen konnten dessen Verhalten seither besser einordnen und entsprechend damit umgehen. Die Gesamtsituation im beruflichen Alltag ließ sich dadurch verbessern und der Arbeitsplatz langfristig sichern.



## Individuelle Anpassung der Arbeitsverhältnisse

Menschen mit erworbener Hirnschädigung benötigen in der Regel einen individuell angepassten Arbeitsplatz, sowohl in Bezug auf die technische Ausstattung als auch auf die strukturellen Rahmenbedingungen von Arbeitsabläufen. Ein Mitarbeiter des Technischen Beratungsdienstes wurde speziell für die Arbeit mit der Zielgruppe geschult und als Ansprechpartner für das Modellprojekt benannt.

Mögliche Arbeitsplatzanpassungen können der Aufbau von routinierten Arbeitsabläufen mit einer geringen Anforderung an Flexibilität sowie eine Schaffung von klaren Arbeitsstrukturen, etwa in Form von festgelegten Priorisierungen der Aufgaben sein.

Bei einigen Klient\*innen lässt sich eine Entlastung durch die Reduzierung von Arbeitsinhalten erreichen. Unterstützende Maßnahmen des Inklusionsamtes zum Ausgleich der **außergewöhnlichen Belastung** wie der **Beschäftigungssicherungszuschuss** und die **personelle Unterstützung** können dabei zum Tragen kommen.

In anderen Fallkonstellationen ist aufgrund der Minderbelastbarkeit eine längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit notwendig. Die Möglichkeit einer teilweisen Erwerbsminderungsrente wird hierbei geprüft und Betroffene bei der Beantragung unterstützt.

### Aus der Praxis

In einem Fallbeispiel wechselte eine Klientin mit neurologischer Vorerkrankung in einen neuen Arbeitsbereich innerhalb des Unternehmens. Durch die inhaltliche Veränderung der Aufgaben sowie neue Arbeitsstrukturen ergaben sich vermehrt Fehler, die auch dem Arbeitgeber missfielen. Folglich wurde der IFD durch die Schwerbehindertenvertretung kontaktiert und eingebunden.

Im gemeinsamen Gespräch stellte sich heraus, dass die Klientin mit der inhaltlichen Bearbeitung der Aufgaben überfordert war, da sich die Aufgaben permanent änderten und ihr neu erlerntes Wissen flexibel angewendet werden musste. Zudem stellte sie fest, dass sich die Fehler im Tagesverlauf anhäuferten.

In mehreren gemeinsamen Gesprächen wurden die Aufgaben folglich gemeinsam mit dem Vorgesetzten und der Klientin angepasst sowie umstrukturiert. Tätigkeiten mit hoher Flexibilitätsanforderung sowie zeitlichem Druck wurden zunächst herausgenommen.

Ergo wurden Aufgaben mit wiederkehrenden Arbeitsabläufen und überwiegend ohne zeitlichen Druck zugewiesen. Es entstand ein Portfolio an möglichen Tagesaufgaben mit einer klar definierten Priorisierung.

Die Klientin konnte sich folglich auf die Bearbeitung priorisierter Aufgaben in der ersten Hälfte des Tages fokussieren und die weiteren Aufgaben nachrangig bearbeiten. Ebenso wurden festgelegte kurze Pausen in ihren Tagesablauf eingeplant.

Im Verlauf wurden die Aufgaben von der Klientin routinierter und damit schneller bewältigt. Auch erhöhte sich ihr Arbeitstempo, da sie mehr Sicherheit in der Bearbeitung dazugewinnen konnte.

Der Arbeitsplatz konnte durch diese Maßnahmen angepasst werden und langfristig gesichert werden.

## Beteiligte im Betrieb

Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung haben in der Regel vor dem Akutereignis mitten in ihrem Leben gestanden und zu den engagierten Mitarbeiter\*innen eines Unternehmens gehört. Dies konnte im Rahmen des Modellprojektes beobachtet werden. Nach einer langen, intensiven medizinischen Rehabilitationsphase folgt die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Hierbei zeigt sich bei der Personengruppe ein gesteigerter Anspruch an die eigene Leistungsfähigkeit sowie eine besonders hohe Motivation des Einzelnen. In dieser Phase ist die Einsicht in die Erkrankung und die damit einhergehenden Auswirkungen besonders wichtig. Je mehr Einsicht bei den Betroffenen vorliegt, umso effektiver kann ein Prozess der beruflichen Wiedereingliederung gestaltet werden.

Ein weiterer entscheidender Erfolgsfaktor im beruflichen Rehabilitationsprozess sind die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz. Zur Schaffung dieser individuellen Bedingungen sind kooperative Arbeitgeber\*innen sowie engagierte betriebliche Helfer\*innen (Schwerbehindertenvertretung, Betriebsrat et cetera) notwendig.

### Aus der Praxis

In einem Begleitfall lag bei dem Klienten aufgrund einer Multiple Sklerose eine Fatigue-Symptomatik vor. Infolgedessen konnte er seiner bisherigen Consulting-Tätigkeit nicht mehr nachgehen, sodass die Suche nach einer alternativen Tätigkeit innerhalb des Unternehmens angestrebt wurde.

Hierbei sollten insbesondere die neuropsychologischen Auswirkungen des Klienten berücksichtigt werden. Im Rahmen des Modellprojektes wurden die Beteiligten im Betrieb bei der Suche einer geeigneten Tätigkeit unterstützt. Die Schwerbehindertenvertretung konnte bewirken, dass potenzielle offene Stellenangebote als Erstes dem Klienten und nicht anderweitig angeboten wurden.

Durch die gute Zusammenarbeit fand sich für den Klienten letztlich eine Stelle, die er unter Berücksichtigung seiner Leistungsfähigkeit sowie Belastbarkeit annehmen konnte.

## Jobcoaching

In der Projektlaufzeit hat sich vermehrt gezeigt, dass die Maßnahme Jobcoaching bei einer entsprechenden Anpassung ein wichtiges Instrument darstellt.

Ein Jobcoaching ermöglicht den Klient\*innen, gezielte Strategien zu erlernen, die sie zur Kompensation ihrer neuropsychologischen Auswirkungen benötigen. Zudem können infolge einer Arbeitsplatzanalyse oder vorge-schalteten Diagnostik relevante Anpassungen des Tätigkeitsprofils vorgenommen werden, die letztlich zu einer Sicherung des Arbeitsplatzes führen.

### Aus der Praxis

In einem Fall meldete sich eine Klientin beim IFD und berichtete von Schwierigkeiten an ihrem Arbeitsplatz in einer Altenpflegeeinrichtung. Sie arbeitete dort im Service und wurde in zwei Wohnbereichen eingesetzt.

Infolge eines Schlaganfalls fühle sie sich zunehmend überfordert und sei schnell erschöpft. Die Vorgesetzte konnte an ihrer Mitarbeiterin eine Antriebsminderung sowie sozialen Rückzug beobachten und berichtete dem IFD ebenfalls davon.

Die Kommunikation zwischen der Klientin und den Arbeitskolleg\*innen sowie der Vorgesetzten schien erschwert, da ihre Einschränkungen im Berufsalltag nicht richtig gedeutet und als eine Art „Versteckspiel hinter der Behinderung“ missverstanden wurden. Die Betroffene konnte ihre Beschwerden nur schwer kommunizieren.

In einem gemeinsamen Gespräch berichtete die IFD-Fachberaterin von der Möglichkeit eines – in diesem Fall neuropsychologischen – Jobcoachings. Sowohl Arbeitgeber als auch Klientin stimmten dem Vorschlag zu, und der IFD koordinierte einen gemeinsamen Termin mit dem Arbeitstrainer.

Im Rahmen des Jobcoachings wurde zunächst mit der Klientin eine neuropsychologische Diagnostik durchgeführt, die dann die Grundlage für alle weiteren Maßnahmen am Arbeitsplatz darstellte.

In diesem Fall bekam die Klientin wichtige Informationen zu ihren neuropsychologischen Auswirkungen. Ebenso wurden mit ihr notwendige Kompensationsstrategien erarbeitet, und sie reduzierte ihren Aufgabenbereich. Künftig wurde sie ausschließlich in einem Wohnbereich eingesetzt, was wiederum eine enorme Entlastung darstellte. Regelmäßig fanden Austauschgespräche zwischen dem Jobcoach, dem IFD sowie dem Arbeitgeber statt. Der Arbeitsplatz konnte durch die gezielten Maßnahmen gesichert werden.

„Besonders positive Auswirkungen hatte in diesem Fall die Aufklärung und Beratung der Vorgesetzten und Kolleg\*innen. Es mangelte ihnen keinesfalls an Empathie, sondern fehlte ihnen lediglich das notwendige Verständnis über die langfristigen kognitiven und psychischen Belastungsfaktoren nach einem Schlaganfall beziehungsweise nach erworbener Hirnschädigung. Mit wachsendem Verständnis von außen sank auch der Leistungsdruck bei der Klientin. Durch das regelmäßige Führen von Selbstbeobachtungsprotokollen konnten Stress- und Hochbelastungsphasen im Arbeitsalltag identifiziert werden und einer Überlastung durch ein individuelles Pausenmanagement gezielt vorgebeugt werden.“



**Meret Stickdorn**  
Neuropsychologin  
Neuropsychologischer Fachdienst

## Netzwerkarbeit

Im Rahmen des Modellprojektes stellte sich die Netzwerkarbeit als ein wesentlicher Erfolgsfaktor für den gesamten Rehabilitationsprozess dar. Zu dem Netzwerk zählen unter anderem Fachärzt\*innen, Therapeut\*innen, Jobcoaches, Rehabilitationsträger, Bildungsträger sowie neurokompetente Berater\*innen von niedrigschwelligen Angeboten.

Die frühzeitige Einbindung der Netzwerkpartner\*innen ist von großer Bedeutung, um einen erfolgreichen Ablauf zu ermöglichen. Dies betrifft nicht zuletzt den Übergang von der medizinischen Rehabilitation in die berufliche Wiedereingliederung. In dieser Phase sind enge Absprachen zwischen den Netzwerkakteur\*innen besonders wichtig, um im Anschluss entsprechend passgenaue Maßnahmen zu installieren.

„Wir, das neurologische interdisziplinäre Behandlungszentrum, kurz NiB, bieten neurologische Reha und bei Bedarf weitere Zusatzangebote an. Uns ist es wichtig, unsere Patient\*innen gut auf die Zeit nach der Reha vorzubereiten. Besonders wichtig ist hierbei das Schnittstellenmanagement, also eine ausführliche Übergabe zwischen allen beteiligten Netzwerkpartner\*innen. Wir arbeiten unter anderem gemeinsam mit dem IFD an der Schnittstelle von medizinischer Rehabilitation hin zur beruflichen Teilhabe. Insbesondere Köln bietet bereits gute Voraussetzungen zum Aufbau eines guten Netzwerkes. Ein neurokompetenter Reha-Lotse, der den gesamten Prozess begleitet, wäre der Optimalfall.“



**Jens Rodenberg**  
Geschäftsführer  
NiB Köln

Insbesondere in den Modellregionen gab und gibt es, anders als in vielen Teilen der Versorgungslandschaft, bereits funktionierende spezialisierte Netzwerkstrukturen. Mithilfe des Modellprojektes konnte eine Weiterentwicklung und Optimierung von bereits bestehenden Nachsorgeangeboten mit einem Schwerpunkt im Bereich der beruflichen Teilhabe erreicht werden. Mit einzelnen besonders relevanten Netzwerkpartner\*innen ist daraus eine tiefergehende Zusammenarbeit erwachsen.

Neben der beruflichen Teilhabe ist auch der Themenschwerpunkt soziale Teilhabe mit dem Ziel einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung relevant. In diesem Zusammenhang hat sich die Kooperation mit spezialisierten Beratungsstellen, die Betroffene wie auch Angehörige ganzheitlich beraten und auf weitere Beratungsangebote hinweisen, als zielführend für alle Lebensbereiche erwiesen. Der IFD konnte hier auf neurokompetente Netzwerkpartner\*innen in der Region verweisen. Im Rheinland haben die IFDs mit dem Kompetenzzentrum für Menschen nach erworbener Hirnschädigung in Kempen, der Beratungsstelle der Hephata in Mönchengladbach, der Beratungsstelle ZenE der Alexianer Köln und Lebenshilfe Köln und der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung in Bonn kooperiert.

Nähere Informationen auch zu den Leitlinien des Beratungsnetzwerkes sind zu finden beim Bundesweiten Netzwerk – Beratung für Menschen nach erworbener Hirnschädigung ([www.bnb-meh.de](http://www.bnb-meh.de)).

**Aus der Praxis**

In der Fallarbeit konnte der IFD schon frühzeitig nach dem Ende einer Rehabilitation Hilfestellung bei der Organisation und Umsetzung der empfohlenen weitergehenden therapeutischen Unterstützung leisten. Die Klientin wäre allein aufgrund der bestehenden kognitiven Einschränkungen überfordert gewesen. Dadurch konnte eine weitere Restitution unterstützt und das Thema Wiedereingliederung frühzeitiger geplant und umgesetzt werden. In Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle konnte der Bedarf der Klientin an sozialrechtlicher Beratung im Hinblick auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung unterstützend abgedeckt werden. Eine engmaschige, methodische Absprache ist im gesamten Prozess der Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

„Die Beratungsstelle des Zentrums für erworbene neurologische Erkrankungen, kurz ZenE, informiert und unterstützt Betroffene im erwerbsfähigen Alter und deren Angehörige hinsichtlich der Verbesserung von Lebensqualität in den unterschiedlichsten Lebensbereichen. Schwerpunkte liegen dabei häufig in den Bereichen Wohnen, sozialrechtliche Ansprüche und Beruf. Die unverbindliche und kostenlose Begleitung der Klient\*innen findet sowohl telefonisch als auch vor Ort im Beratungszentrum oder bei Klient\*innen zu Hause statt. Um alle Bereiche möglichst gut abzudecken, arbeitet das ZenE in einem Netzwerk mit Partnern zusammen, was insbesondere in diesem Fall besonders entscheidend war. Im Laufe der Beratung hat sich herausgestellt, dass für die Klientin nicht nur berufliche Aspekte eine Herausforderung darstellen. An diese waren finanzielle Existenzängste geknüpft, sodass die Klientin beispielsweise Sorge hatte, ihre Stundenzahl zu reduzieren. Durch die übergreifende Hilfe des ZenE sowie des IFD konnten ihr verschiedene sozialrechtliche Möglichkeiten aufgezeigt werden, um sie finanziell zu entlasten. Schließlich unterstützte das ZenE die Klientin bei der Beantragung eines Pflegegrades sowie eines Wohnberechtigungsscheines.“

**Magdalena Carl**

Beraterin  
ZenE Köln

### Aus der Praxis

In einem anderen Fallbeispiel ging bei einer Klientin aus mehreren Rehabilitationsberichten die Notwendigkeit, einer neuropsychologischen Therapie sowie einer Diagnostik hervor. Nach Abschluss der medizinischen Behandlung fühlte sich die Betroffene jedoch mit den Informationen überfordert und unternahm keine weiteren Schritte. Erst nachdem durch den zuständigen Neurologen ein Kontakt zum IFD hergestellt und Absprachen getroffen werden konnten, wurde die Klientin bei der Installation einer neuropsychologischen Therapie unterstützt.

Nach Beginn der Therapie fand ein regelmäßiger Austausch zwischen der Neuropsychologin und dem IFD statt, um entsprechende Erkenntnisse bei der beruflichen Wiedereingliederung und einer damit einhergehenden Anpassung des Arbeitsplatzes zu berücksichtigen. Die Wiedereingliederung konnte erfolgreich abgeschlossen und der Arbeitsplatz gesichert werden.

Im Verlauf des Projektes wurde der Kontakt zu ambulanten Neuropsychologen\*innen wesentlich ausgebaut. Im Austausch mit den Therapeut\*innen konnten Erkenntnisse und Ergebnisse der Therapie bei der beruflichen Wiedereingliederung bzw. bei einer notwendigen Anpassung des Arbeitsplatzes berücksichtigt werden. Die begleitende Therapie konnte in den meisten Fällen zum erfolgreichen Reintegrationsprozess an den Arbeitsplatz beitragen.

Auch in der Entwicklung der Leistungserbringer von beruflicher Rehabilitation hat sich immer mehr ein spezialisiertes Angebot etabliert. Hierzu zählen teilstationäre Angebote zur beruflichen Abklärung, wie zum Beispiel von der Firma relntegro aus Hilden. Dort finden unter anderem Belastungs- und Arbeitserprobungen im Rahmen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben statt.

Weitere personenzentrierte Rehabilitationsangebote ermöglichen eine unmittelbare Unterstützung der Klient\*innen am Arbeitsplatz mithilfe eines Arbeitstrainings. Je nach Zuständigkeit der Rehabilitations- und Kostenträger gibt es dafür unterschiedliche Bezeichnungen oder Maßnahmen (zum Beispiel Anpassungsmaßnahme, Jobcoaching, begleitete Arbeits- und Belastungserprobung). Im Rahmen des Projektes haben sich insbesondere Kooperationen mit den spezialisierten Angeboten des Neuropsychologischen Fachdienstes Unverhau, RehaMosch Neurorehabilitation, date up Healthcareberufliche Rehabilitation sowie der Fortbildungsakademie der Wirtschaft ergeben.

Im Rehabilitationsverlauf ist bei schwereren neurologischen Erkrankungen eine Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt manchmal nicht mehr möglich. Dieser Personenkreis ist mittel- bis langfristig auf eine störungsspezifische Behandlung, Förderung oder Assistenz angewiesen. Einige Werkstätten für Menschen mit Behinderung haben sich deshalb zur Aufgabe gemacht, den Belangen und Bedürfnissen speziell dieses Personenkreises in ihren Angeboten gerecht zu werden. Im Rheinland ist das derzeit die Werkstatt für Menschen nach erworbenen Hirnschädigungen der Alexianer in Köln und die der Hephata Werkstätten in Mönchengladbach. Bei der Begleitung einzelner Klient\*innen innerhalb des Projektes konnte durch die Zusammenarbeit eine bedarfsgerechte Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden. Weitere Informationen zu spezialisierten Angeboten sind auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft Werkstätten für Menschen nach erworbener Hirnschädigung ([www.wfmeh.de](http://www.wfmeh.de)) zu finden.

Im Rahmen des Projekts hat sich gezeigt, dass auch Selbsthilfegruppen einen wichtigen Baustein in der Fallarbeit darstellen können. Selbsthilfegruppen sind meist durch Betroffene selbst organisiert und dienen dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch auch in Bezug auf mögliche Einschränkungen im Alltag oder am Arbeitsplatz. Durch den persönlichen Erfahrungsbericht, einer Person, die Ähnliches erfahren hat, fühlen sich Betroffene verstanden und können gemeinsame Lösungsansätze entwickeln, was wiederum einer Stabilisierung am Arbeitsplatz dienen kann.

Viele Selbsthilfegruppen haben sich auf bestimmte Krankheitsbilder (MS, Schlaganfälle et cetera) oder Symptome (Aphasie, Epilepsie) spezialisiert, die auch gelegentlich nach Altersstufen unterteilt sind. Selbsthilfegruppen können sowohl für Betroffene als auch für Angehörige angeboten werden.

Im Projekt wurden Betroffene je nach Ausgangssituation auf Selbsthilfegruppen verwiesen.

### 3.7 Arbeitsplatzsituation während/nach der IFD-Betreuung

Bei 85 Klient\*innen konnte das Arbeitsverhältnis gesichert werden. In 46 Fällen war dafür eine Anpassung des Arbeitsplatzes, der Arbeitszeit, der Arbeitsinhalte oder der Arbeitsorganisation nötig. In sieben Fällen wurde die beziehungsweise der Betroffene im Unternehmen umgesetzt.

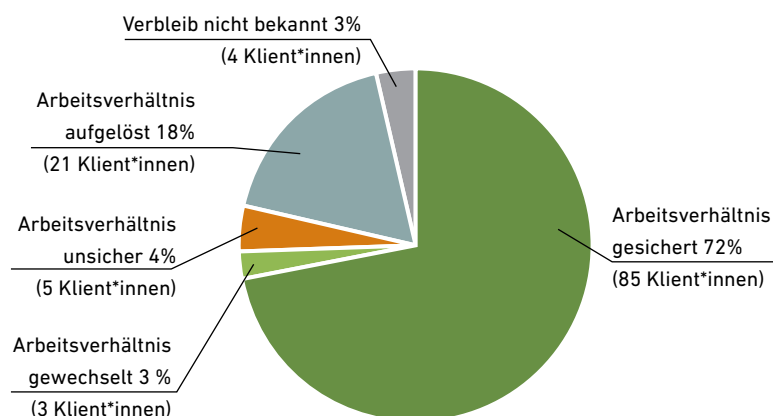
Drei Klient\*innen haben auf eigenen Wunsch den Arbeitgeber gewechselt.

In fünf Fällen wird das Arbeitsverhältnis sehr wahrscheinlich in naher Zukunft aufgelöst werden.

Bei 21 Klient\*innen konnte das Arbeitsverhältnis nicht gesichert werden; in 17 Fällen konnten hier Alternativen wie Erwerbminderungsrente und/oder Leistungen zur Teilhabe in einer Werkstatt erarbeitet werden.

Bei vier Klient\*innen ist der Verbleib infolge eines Kontaktabbruchs nicht genau zu definieren.

#### Arbeitsplatzsituation während/nach der IFD-Betreuung



## 4. Handlungsempfehlungen

In den Beratungsstellen der Integrationsfachdienste melden sich viele Klient\*innen mit Hirnschädigungen und neurologischen Beschwerden, bei denen keine neuropsychologische Diagnostik stattgefunden hat. Die Abklärung neuropsychologischer Folgen und die anschließende Therapie in der Rehabilitation sind die Voraussetzung für Teilhabe. Eine standardisierte Diagnostik bei Ereignissen, die das Gehirn schädigen können, muss gewährleistet werden.

Um auf die komplexen Kombinationen aus Einschränkungen adäquat eingehen zu können, brauchen Menschen nach erworbener Hirnschädigung neurokompetente Beratung und einen Lotsen im Reha-System, da sonst die zur Verfügung stehenden Leistungen verloren gehen können. Neurokompetente Beratung muss in allen Bereichen und bei allen Kostenträgern der Rehabilitation und der Teilhabe sichergestellt werden. Spezialisierte niederschwellige psychosoziale Beratungsstellen leisten hier einen sehr wichtigen Beitrag. Diese Strukturen müssen erhalten und ausgebaut werden.

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigen, dass Menschen mit neurologischen Einschränkungen wichtige Bestandteile des ersten Arbeitsmarktes sind. In den Begleitungsfällen wird aber deutlich, dass es für eine langfristige Teilhabe zielgruppenorientierter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben bedarf.

Der besondere Bedarf an unterstützenden Maßnahmen spiegelt sich insbesondere in der stufenweisen Wiedereingliederung wider. Dieser Bedarf ist so vielschichtig wie die komplex auftretende Symptomatik. Vielfach bedarf es einer Beratung und Koordination. Dieser begleitende koordinierende Bedarf ist nicht regelhaft vorgesehen, aber durchaus im Nachsorgesystem möglich.

Die Antragstellung für Leistungen zur Teilhabe oder Rehabilitation sowie bei der Feststellung einer Schwerbehinderung nach einer neurologischen Erkrankung ist komplex. Für die Bewertung des Grades der Behinderung ist nicht die Diagnose, sondern sind die bleibenden Symptome bestimmend. Wie im Rahmen des Projektes bereits festgestellt wurde, sind diese mannigfaltig, zum Teil noch gar nicht diagnostisch erfasst und werden darüber hinaus von den Klient\*innen selbst gar nicht wahrgenommen und geltend gemacht. In der Begleitung ist es ratsam, zunächst zu überprüfen, inwieweit die Symptome in den vorliegenden Bescheiden in ihrer Gesamtheit erfasst wurden. Sehr häufig ergibt sich daraus die Notwendigkeit, den Klient\*innen bei der Feststellung einer Schwerbehinderung, bei einem Änderungsantrag oder aber im Widerspruch zu unterstützen. Hilfreich für die Berater\*innen sind dabei Befunde aus der neurologischen Rehabilitation und insbesondere der neuropsychologischen Therapie.



## 5. Ausblick

Um die neurokompetente IFD-Beratung weiter zu fördern und auszuweiten, hat der Sozialausschuss des Landschaftsverbandes Rheinland am 25. August 2020 eine Vorlage zur Verstetigung und Weiterentwicklung des Angebotes bewilligt. Konkret bedeutet dies für das Projekt, dass zwei Fachkraftstellen dauerhaft regelfinanziert werden und zudem eine zweite Projektphase über drei Jahre bewilligt wurde. Diese zweite Phase umfasst zusätzliche Stellenanteile für neurokompetente Beratung in den IFD Köln und Düsseldorf. Besonders im Fokus steht hierbei die Weiterentwicklung und Standardisierung der rheinlandweiten Beratung. Auch die Wiederaufnahme der Netzwerktreffen und weitere Schulungen für IFD-Fachkräfte sind in Arbeit.

## 6. Glossar

### Außergewöhnliche Belastung

Bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen kann Arbeitgeber\*innen im Einzelfall ein personeller und/ oder finanzieller Aufwand entstehen, der das im Betrieb übliche Maß deutlich überschreitet. Die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) sieht vor, dass das Inklusions- beziehungsweise Integrationsamt Arbeitgeber\*innen im Rahmen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben finanzielle Mittel aus der Ausgleichsabgabe zur (teilweisen) Abdeckung dieses besonderen Aufwands gewähren kann (§ 185 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2e SGB IX und § 27 SchwbAV).

Man unterscheidet zwei Arten außergewöhnlicher Belastungen:

- **Personelle Unterstützung** (auch besonderer Betreuungsaufwand genannt), das heißt, außergewöhnliche Aufwendungen in Form von zusätzlichen Personalkosten anderer Beschäftigter, gelegentlich auch externer Betreuer\*innen. Gemeint sind damit Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für den schwerbehinderten Menschen bei der Arbeitstätigkeit. Beispiele sind die Vorlesekraft für blinde Menschen, betriebliche Ansprechpartner\*innen für gehörlose oder seelisch behinderte Menschen, aber auch die ständig erforderliche Mithilfe von Arbeitskolleg\*innen bei der Arbeitsausführung sowie behinderungsbedingte längere oder wiederkehrende Unterweisungen eines geistig behinderten Menschen am Arbeitsplatz, etwa durch die Meisterin oder den Meister.
- **Beschäftigungssicherungszuschuss**, das heißt, die anteiligen Lohnkosten von solchen schwerbehinderten Menschen, deren Arbeitsleistung aus behinderungsbedingten Gründen erheblich hinter dem Durchschnitt vergleichbarer Arbeitnehmer\*innen im Betrieb zurückbleibt.

Die Durchführung der **Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben** ist eine der Hauptaufgaben des Inklusions- beziehungsweise Integrationsamtes (§ 185 Absatz 1 SGB IX). Die Begleitende Hilfe soll darauf hinwirken, dass die schwerbehinderten Menschen

- in ihrer sozialen Stellung nicht absinken,
- auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, wo sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können,
- durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber\*innen befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nicht behinderten Menschen zu behaupten.

Die Begleitende Hilfe im Arbeitsleben umfasst neben finanziellen Leistungen an Arbeitgeber\*innen und behinderte Menschen sowie fachlicher Beratung auch die notwendige psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen durch Integrationsfachdienste. Das Inklusions- beziehungsweise Integrationsamt soll außerdem darauf Einfluss nehmen, dass Schwierigkeiten bei der Beschäftigung verhindert oder beseitigt werden.

Unabhängig davon, ob Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation vorausgegangen sind, umfasst die Begleitende Hilfe im Arbeitsleben alle Maßnahmen und Leistungen, die erforderlich sind, um schwerbehinderten Menschen die Teilhabe im Arbeitsleben und damit in der Gesellschaft zu sichern und Kündigungen zu vermeiden.

**Integrationsfachdienste** sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter und behinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Begriff, Aufgaben, Beauftragung und Finanzierung sind durch das SGB IX (§§ 185, 192 und folgende) sowie die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (§§ 27a, 28 SchwbAV) geregelt.

Zielgruppen der Integrationsfachdienste sind insbesondere

- schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
- Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können, und
- schwerbehinderte Schulabgänger\*innen, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.

Zu den Aufgaben der Integrationsfachdienste gehören zunächst generell die Beratung und Unterstützung der betroffenen behinderten Menschen selbst sowie die Information und Hilfestellung für Arbeitgeber\*innen bei den unterschiedlichsten Problemsituationen bei der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die Integrationsfachdienste werden an den Aufgaben der gesetzlichen Leistungsträger, von denen sie beauftragt werden, beteiligt. Die Verantwortung für die gesamte Aufgabenerledigung bleibt damit beim jeweiligen Auftraggeber.

Das **Jobcoaching** (betriebliches Arbeitstraining) ist eine individuelle und unmittelbare Unterstützung des schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz in Betrieben und Dienststellen des allgemeinen Arbeitsmarktes, das in direktem Kontakt mit betrieblichen Vorgesetzten und Arbeitskolleg\*innen durchgeführt wird.

Gemäß den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) für die Erbringung von Leistungen für eine Berufsbegleitung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § 38a SGB IX (Stand 10. Dezember 2010) ist das Jobcoaching dadurch gekennzeichnet, dass es zur Ausführung der arbeitsvertraglich geschuldeten Inhalte anleitet und diese trainiert, bis am Ende eine erfolgreiche, (möglichst) eigenständige Übernahme (neuer) betrieblicher Aufgaben und eine ausreichende Arbeitsleistung sichergestellt werden können.

Diese Definition wird hier für die Zielgruppe der (schwer)behinderten Menschen im Übergang von der Schule in den Beruf und von der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt dahingehend ergänzt, dass die Unterstützung an einem Praktikumsplatz in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes mit dem Ziel der Vorbereitung auf ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis stattfindet.

Das **LVR-Inklusionsamt** ist zuständig für die Teilhabe schwerbehinderter Menschen und ihnen Gleichgestellten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es bietet sowohl für Arbeitgeber\*innen als auch für schwerbehinderte Menschen unterschiedliche Unterstützungsangebote an und arbeitet mit verschiedenen Partnern zusammen. Träger des Inklusionsamtes im Rheinland ist der Landschaftsverband Rheinland, kurz LVR. Es ist dem Dezernat 5 Schulen, Inklusionsamt, Soziale Entschädigung zugeordnet.

Das LVR-Inklusionsamt gliedert sich in fünf Abteilungen:

- Begleitende Hilfen und Kündigungsschutz
- Technischer Beratungsdienst
- Inklusionsbegleitung und Inklusionsunternehmen
- Erhebung der Ausgleichsabgabe, Institutionelle Förderung und Haushalt
- Seminare, Öffentlichkeitsarbeit und Forschungsvorhaben

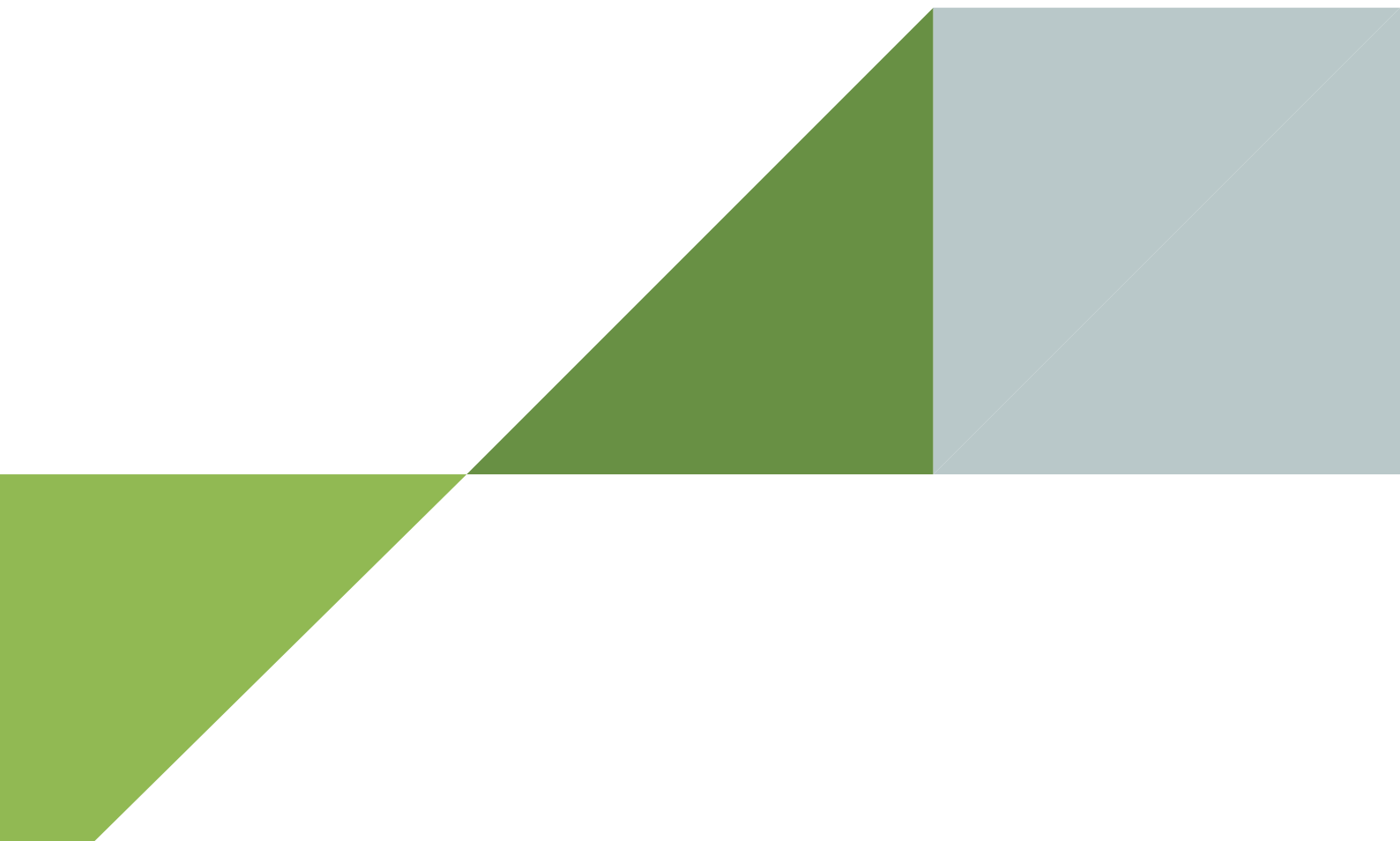
Die Unterstützungsangebote des LVR-Inklusionsamtes umfassen beispielsweise finanzielle Förderung zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeitsplätzen oder bei außergewöhnlichen Belastungen während der Beschäftigung.

Der Deutsche Verein für Rehabilitation (DVfR) definiert **Neurokompetenz** als bewussten Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen in sämtlichen an der Neurorehabilitation beteiligten Disziplinen in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation. Der Begriff soll ausdrücken, dass es sich um störungsbildspezifische Kenntnisse und Erfahrungen bezüglich erworbener Hirnschädigungen handeln sollte, insbesondere im Hinblick auf die neuropsychologischen Problemstellungen und ihre Relevanz für das alltägliche Handeln und die rehabilitative Praxis. Dies schließt unter anderem auch die Fähigkeit zur Reflexion eigener professioneller Verhaltensweisen gegenüber dieser Gruppe ein, da diese häufig besondere Anforderungen im Unterschied zu anderen Gruppen mit Krankheiten oder Behinderungen stellt (DVfR, 2014: Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion).

Der **Technische Beratungsdienst** ist ein Fachdienst der Inklusions- beziehungsweise Integrationsämter. Er berät Arbeitgeber\*innen, schwerbehinderte Menschen und das betriebliche Inklusions- beziehungsweise Integrationsteam sowie andere mit der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben befasste Personen in technisch-organisatorischen und ergonomischen Fragen der Beschäftigung sowie bei der Herstellung von Barrierefreiheit. Er unterstützt sie durch die Erarbeitung von konkreten Lösungsvorschlägen.

Die Aufgaben des Technische Beratungsdienstes umfassen im Wesentlichen:

- behinderungsgerechte Arbeitsplätze in Betrieben und Dienststellen zu ermitteln,
- Arbeitsplätze und Arbeitsumfeld durch Vorschläge zu technischen, organisatorischen und ergonomischen Maßnahmen (wie Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder Einsatz technischer Arbeitshilfen) an die Bedürfnisse der oder des schwerbehinderten Beschäftigten anzupassen,
- bei der Schaffung neuer Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen mitzuwirken, die eingestellt oder die innerbetrieblich umgesetzt werden,
- schwerbehinderte Menschen bei der behinderungsgerechten baulichen Gestaltung ihrer Wohnungen (Wohnungshilfen) und der behinderungsgerechten Ausstattung ihrer Kraftfahrzeuge (Kraftfahrzeughilfe) zu unterstützen sowie
- Seminare und Bildungsangebote durchzuführen für Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalrät\*innen, Inklusionsbeauftragte und andere mit der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben in den Betrieben und Dienststellen befasste Mitarbeiter\*innen (vergleiche Seminare und Öffentlichkeitsarbeit).



**LVR-Inklusionsamt**

50679 Köln, Telefon 0221 809 4290

[inklusionsamt@lvr.de](mailto:inklusionsamt@lvr.de), [www.inklusionsamt.lvr.de](http://www.inklusionsamt.lvr.de)