

Sylvia Bartels
Berufliche Reintegration
Halsbrücker Strasse 34
09599 Freiberg

E-Mail: sylvia.bartels@arcor.de
Telefon: 03731/ 202366
0178/ 3781235
Fax: 03731/ 202732

Konzept
zur ambulanten
sozialen und beruflichen
Wiedereingliederung
von Menschen
mit erworbener Hirnschädigung

Datum: 01. März 2013

Indikation

Erworbene Hirnschädigung nach Verkehrsunfall, Arbeitsunfall etc.

Alter

Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Kostenträger

Berufsgenossenschaften/Unfallkassen/Haftpflichtversicherungen

Art und Umfang der Betreuung

Die ambulante therapeutische Betreuung setzt nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme an. Sie umfasst:

- Aufklärung und Sensibilisierung des schulischen/beruflichen Umfeldes,
- Maßnahmen zur Anpassung des Umfeldes an das aktuelle Leistungsvermögen,
- Training des Transfers adäquater Kompensationsstrategien in den Alltag
- Unterstützung im Prozess der Krankheitsverarbeitung für den Betroffenen und seine Familie.

Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Integration in Schule und Beruf, innerhalb des familiären Systems und im Alltag zu unterstützen und zu begleiten sowie den Betroffenen und seiner Umwelt durch die Vermittlung von Handlungskompetenzen zu stärken. Art und Umfang der therapeutischen Unterstützung richten sich nach dem Bedarf des Einzelfalls und werden mit dem Kostenträger vereinbart.

Eine erfolgreiche soziale und schulisch/berufliche Integration setzt sich zusammen aus:

- klientenbezogenen Maßnahmen,
- familienbezogenen Maßnahmen und
- arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen.

In der beruflichen Wiedereingliederung gilt es, die **hirnschädigungsbedingten Einbußen** zu berücksichtigen:

- das Ausmaß der Hirnschädigung und den Grad der visuellen, kognitiven, sprachlichen und sensomotorischen Einschränkungen,
- Verhaltensauffälligkeiten in Form verminderter Frustrationstoleranz, erhöhter Reizbarkeit, Distanzminderung, Weitschweifigkeit oder Antriebsminderung,
- unzureichende Krankheitseinsicht, einhergehend mit unrealistischer Selbsteinschätzung und Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit.

Zudem müssen eine Reihe von **Faktoren unabhängig von der Hirnschädigung** berücksichtigt werden:

- betriebliche Situation,
- Arbeitsmarktsituation,
- Alter des Klienten,
- bisheriger beruflicher Werdegang,
- familiärer Hintergrund.

Eine **erfolgreiche berufliche Integration** setzt sich zusammen aus:

- arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen (siehe Punkte 2.1., 2.2., 2.3.) und
- klientenbezogenen Maßnahmen (siehe Punkte 2.4., 2.5., 2.6.),
-

wobei die Interventionen in Art und Umfang an den individuellen Fall angepasst werden müssen. Die therapeutische Begleitung geschieht dabei unter dem Vorsatz der Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt, dass Notwendigkeit und Intensität der Betreuung unter der verhaltens- und systemtherapeutischen Stärkung des Klienten sowie seines familiären und beruflichen Umfeldes ausgeschlichen werden sollen.

Angemerkt werden soll an dieser Stelle, dass auch **leichte Schädelhirnverletzungen** (I°) besonderer Beachtung bedürfen. Auch wenn neuropsychologische Tests nur minimale Funktionsdefizite nachweisen, bedeutet dies nicht, dass die Hirnschädigung ohne Folgen ausgeheilt ist. Verbliebene Defizite können zu subtil für einen Nachweis mit den standardisierten Tests sein oder nur in länger andauernden komplexen Situationen auftreten. Es geschieht erfahrungsgemäß relativ häufig, dass nach zunächst erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung Überlastungssymptome auftreten, wie zum Beispiel:

- es fällt schwer, längere Zeit konzentriert zu arbeiten,
- starke Erschöpfung nach einem Arbeitstag,
- Auftreten häufiger Kopfschmerzen,
- es fällt schwerer, mehrere Dinge gleichzeitig zu tun und zu beachten,
- leichte Ablenkbarkeit durch viele äußere Reize.

Das tägliche Arbeitspensum wird zwar vom Betroffenen bewältigt, jedoch unter einem deutlich erhöhten Kraft- und Energieaufwand. In der Regel bemerkt die Familie die Überlastung, wenn auf zusätzliche Aktivitäten am Abend oder am Wochenende verzichtet werden muss oder der Betroffene leichter reizbar ist.

Strukturierende Maßnahmen am Arbeitsplatz können dabei helfen, Leistungskapazitäten und Ressourcen besser zu nutzen. Zudem sollte der Betroffene therapeutisch darin unterstützt werden, seine Leistungsgrenzen besser wahrzunehmen und geeignete Kompensationsstrategien selbständig einzusetzen.

1. Akquise von Arbeitsplätzen und potentiellen Arbeitgebern

An den früheren Arbeitgeber heranzutreten und eine Umsetzung oder Anpassung des Arbeitsplatzes vorzunehmen, ist der günstigste Fall, leider jedoch nicht immer realisierbar. Sei es, dass der Klient seine frühere Tätigkeit nicht mehr aufnehmen kann oder als Rehabilitationsmaßnahme eine Umschulung stattgefunden hat und die anschließende Arbeitsplatzsuche erfolglos blieb – untätig zu Hause zu sitzen, bedeutet eine Gefährdung der im Reha-Prozess erzielten Erfolge.

Es ist meist schwierig für den Klienten aus eigenen Kräften eine neue Arbeitsstelle zu finden. Neben der ohnehin schwierigen Arbeitslage kann es dabei auch an ungünstigen Vorgehensweisen des Klienten liegen. Häufig besteht eine große Unsicherheit, ob und wie das Unfallgeschehen, die Unfallfolgen und die „Lücken“ im Lebenslauf dargestellt werden sollen.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass es günstig ist, von therapeutischer Seite an Arbeitgeber heranzutreten und offen über Einschränkungen, vor allem aber über Leistungsstärken zu berichten. Ein Angebot an den Arbeitgeber, zunächst ein dreimonatiges Praktikum voranzustellen, wird in der Regel eher angenommen als

zum Beispiel ein Probebeschäftigungsverhältnis, da hier aus Arbeitgebersicht ein höheres Maß an Verbindlichkeit besteht.

2. Vorbereitung und Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung

2.1. Erstellung von Arbeitsplatzanalysen

Unter Berücksichtigung verbliebener körperlicher bzw. neuropsychologischer Unfall- oder Krankheitsfolgen gilt es, das veränderte Fähigkeitsprofil mit dem Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit abzugleichen. Dazu wird eine Arbeitsplatzanalyse durchgeführt in Form eines für Menschen mit erworbenen Hirnläsionen entwickelten Profilvergleichsverfahrens. Ein Vergleich beider Profile soll Abweichungen transparent machen, um so zu erwartende Schwierigkeiten aufzudecken und präventiv tätig werden zu können. Neben einem Gespräch mit dem Arbeitgeber dient eine Arbeitsplatzbesichtigung dazu, detaillierte Informationen zu den kognitiven, konzentrativen, körperlichen, sprachlichen, visuellen und mnestischen Anforderungen zu erhalten. Ebenso spielen die Rahmenbedingungen, wie das Erreichen des Arbeitsplatzes, die regulären Arbeitszeiten, besondere Belastungsfaktoren (z.B. Lärm) oder die Teamstruktur, eine große Rolle.

Eine genaue Kenntnis der Arbeitsanforderungen und der Fähigkeiten des Klienten ermöglicht eine Auswahl an Tätigkeiten, die zu Beginn des Arbeitsversuches erprobt werden können.

2.2. Aufklärung und Sensibilisierung des Arbeitgebers und der Kollegen in Bezug auf das jeweilige Krankheitsbild

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber ist wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Wiedereingliederungsversuchs. Es gilt von Anfang an Aufklärungsarbeit zu leisten, um zum einen eventuelle Ängste abzubauen, was z.B. dem Mitarbeiter künftig zugemutet werden könne oder wie mit ihm umzugehen sei. Zum anderen muss der Arbeitgeber oft neu von den Fähigkeiten seines Mitarbeiters überzeugt werden.

Im Gespräch mit dem Arbeitgeber gilt es, dessen Akzeptanzbereich zu ermitteln, innerhalb dessen er eventuelle Veränderungen tolerieren kann. Weiterhin soll damit weiterer Trainings- und Spezialisierungsbedarf eruiert werden, um die Chancen einer dauerhaften, erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung zu erhöhen.

Darüber hinaus ist ein regelmäßiger Kontakt vor allem mit den unmittelbaren Arbeitskollegen von großer Wichtigkeit. Auch sie sollten über die wesentlichen Hintergründe des Wiedereinstiegs aufgeklärt werden, um so eine höhere Sensibilisierung gegenüber eventuellen Schwierigkeiten des Betroffenen zu erreichen. Erfahrungsgemäß liegt hier die größte Gefahrenquelle für Missverständnisse, Ärger und Konflikte.

In der Praxis zeigt sich, dass zu Beginn der Wiedereingliederung Bereitschaft und Offenheit von Arbeitgeber und Kollegen besonders hoch sind. Sie sehen in dem Betroffenen den früher geschätzten Kollegen, der nach längerer Pause wieder in die Arbeit zurückkehrt. Natürlich muss er anfangs Unterstützung bekommen, um auf den neuesten Stand gebracht und wieder eingearbeitet zu werden. Bereits hier auftretende Schwierigkeiten, wie Vergesslichkeit, Fehler, geringe Konzentration, leichte Reizbarkeit etc., werden noch toleriert. Der Kollege zeigt sich z.B. bereit, dem Betroffenen die Aufgabe noch einmal zu erklären oder bei der Bearbeitung zu helfen. Sieht sich der Kollege nach einiger Zeit jedoch immer noch mit den gleichen Schwierigkeiten konfrontiert und hat das Gefühl, neben der eigenen Arbeit für die des Betroffenen mit zuständig zu sein, macht sich schnell Unmut breit.

Aufgabe des Therapeuten ist es, solche Entwicklungen zu erkennen und durch Präsenz und Gespräche vorzubeugen.

Viele neuropsychologische Störungen sind zudem für Laien schwer verständlich, da sie meist nicht äußerlich sichtbar und damit wenig greifbar sind. Das Leistungsvermögen kann daher sowohl über- als auch unterschätzt werden. Den Klienten fällt es oftmals schwer, die Folgen ihrer Hirnschädigung anderen Personen zu erklären, da sie oft selbst nicht wissen, was mit ihnen eigentlich geschehen ist bzw. Veränderungen nicht wahrhaben wollen.

2.3. Überprüfung eines geeigneten Arbeitsbereiches

Typische neuropsychologische Folgestörungen liegen in den Bereichen der konzentrativen Daueraufmerksamkeit, der geteilten Aufmerksamkeit, der Parallelverarbeitung sowie des Planungs- und Strukturierungsvermögens. Das genaue Wissen um die Arbeitsanforderungen in den konkreten Bereichen ist erforderlich, um die Arbeitsabläufe und die Rahmenbedingungen, soweit es betrieblich vereinbar ist, entsprechend anzupassen.

Dabei ist es erfahrungsgemäß günstig, „klein zu beginnen“. Zum einen sollten Ablenkungs- und Reizfaktoren so gering wie möglich gehalten werden, um die Aufmerksamkeit besser fokussieren zu können. Weiterhin ist es günstig, mit klar umschriebenen und begrenzten Aufgabengebieten sowie mit verringerten Arbeitszeiten zu beginnen.

Danach erfolgen die Feststellung der tatsächlich erreichten Arbeitsleistung sowie die Analyse der Ursachen von Einbußen und Fehlern. Auswertungsgespräche mit den Kollegen und dem Arbeitgeber geben Aufschluss über deren Beobachtungen, wie hoch beispielsweise der Betreuungsaufwand (häufiges Nachfragen) ist, ob zusätzliche Pausen gemacht oder Verhaltensauffälligkeiten beobachtet wurden.

Der Klient kann ebenfalls über erste Erfahrungen berichten. Besondere Aufmerksamkeit soll dabei auf das Befinden gelegt werden, ob beispielsweise Überlastungssymptome wie Kopfschmerzen oder starke Erschöpfung aufgetreten sind. Dabei ist es ebenfalls erforderlich, die unmittelbaren Angehörigen zu ihren Beobachtungen zu befragen, die zum Beispiel bei Überforderung von einer erhöhten Gereiztheit oder einem hohen Schlafbedürfnis berichten.

Anhand der ersten Erkenntnisse gilt es, den weiteren Verlauf festzulegen und therapeutische Interventionen zu erproben. Eine häufige besondere Schwierigkeit ist es dabei für den Klienten, erlernte Kompensationsstrategien selbständig und zuverlässig einzusetzen, wie zum Beispiel Arbeitspläne, zusätzliche Notizen oder feste Zwischenpausen. Zum einen kostet es Überwindung, für andere offensichtliche Hilfen anzuwenden und damit Defizite einzugestehen, und zum anderen neigen viele Schädelhirnverletzte dazu, Einschränkungen zu bagatellisieren und dem Glauben zu unterliegen „es wird schon gehen, wenn ich nur richtig übe“.

Abhängig von der Schwere der Verletzungsfolgen gilt es, in der Einarbeitung einen Fundus an Arbeitsfeldern herauszuarbeiten, der der Firma ein höchstmögliches Maß an Effektivität bereitet und der Leistungsfähigkeit des Klienten gerecht wird. Sowohl mit dem Klienten als auch mit dem Arbeitsumfeld gilt es, zum Erreichen dieses Zieles eine Akzeptanz therapeutisch notwendiger Hilfsstrategien zu entwickeln, die wie folgt aussehen können:

- klar strukturierte, wenig komplexe Aufgaben,
- wiederkehrende Arbeiten,
- geregelter Tagesablauf,

- zusätzliche Zwischenpausen,
- Einsatz von Tages- und Wochenplänen,
- Verwendung von Arbeitsplänen,
- begrenzter Verantwortungsbereich.

2.4. Unterstützung im Prozess der Krankheitsverarbeitung

In den vorangegangenen stationären Rehabilitationsbehandlungen haben die Betroffenen bereits adäquate Kompensationsstrategien und Verhaltensweisen vermittelt bekommen und erproben können. Eine selbständige Übertragung des Gelernten auf die eigene Lebens- und Arbeitssituation im altbekannten Umfeld ist ohne fachliche Unterstützung kaum zu bewältigen. Der Betroffene sieht sich mit einem zum Teil völlig verändertem Selbstbild dem früheren Arbeitsplatz und den alten Kollegen gegenüber. Selbst noch mitten im Prozess des Begreifens, ist er erfahrungsgemäß kaum in der Lage, das Geschehene und die Auswirkungen zu ermessen.

Der Betroffene selber fällt oft durch eine große Ungeduld auf, endlich wieder arbeiten zu gehen. Motivation und Engagement sind sehr hoch, so dass Leistungsgrenzen weniger wahrgenommen bzw. ignoriert werden. Dies birgt die Gefahr einer dauerhaften Überforderung und damit eines Leistungseinbruchs in sich. Häufig ist auch eine unrealistische Selbstwahrnehmung bezüglich eigener Stärken und Schwächen zu beobachten. Von Seiten des Therapeuten gilt es daher, den Betroffenen für die eigene, meist veränderte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit zu sensibilisieren, um ein auch langfristig konstantes Arbeitsvermögen zu schaffen.

Arbeitserprobungen gehen oftmals mit Frustration einher, wenn der Klient merkt, dass er früheren Verantwortungen und Anforderungen trotz größter Anstrengung aus eigener Kraft nicht mehr gerecht zu werden vermag. Therapeutisch gesehen kann ein solches Erleben genutzt werden, um die Compliance, nun doch empfohlene Kompensationsstrategien einzusetzen, zu erhöhen. Neben einer solch direktiven und konsequenten Führung bedarf es jedoch auch immer eines Auffangens und einer Rückenstärkung des Klienten, um eine Grundmotivation aufrechtzuerhalten.

2.5. Aufklärung und Begleitung der Familien

Den Angehörigen kommt eine besondere und wichtige Bedeutung innerhalb des gesamten Rehabilitationsprozesses und darüber hinaus zu. Der Rückhalt durch die Familie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation, da sie für den Klienten die sichere Größe in seinem ansonsten ins Wanken geratenen Lebensgefüge darstellen.

Sich als Therapeut Zeit für die Angehörigen zu nehmen, um Aufklärungsarbeit über das individuelle Störungsbild zu leisten, Fragen über Veränderungen ihres Partners oder Kindes zu beantworten und Umgangsmöglichkeiten anzubieten, ist unabdingbar im Therapieprozess.

Während der stationären Aufenthalte zeigen sich die Angehörigen angesichts rascher Fortschritte noch zuversichtlich, den früher geliebten Menschen so zurück zu bekommen. Sind der Partner oder das Kind dann zu Hause, und es zeigt sich, dass sich bestimmte Verhaltensweisen eben nicht mit der Zeit geben, sondern sich manifestieren, gerät das Familiengefüge auseinander. Besonders wenn ein Ehepartner von einem Schädelhirntrauma betroffen ist, verändern sich die Beziehungsebenen von einer früheren gleichwertigen Partnerschaft hin zu einem zwangsweise umsorgenden, Verantwortung übernehmenden Verhalten, was für einen umgrenzten Zeitraum, jedoch nicht auf Dauer, ohne externe Unterstützung tragbar ist.

Schwierigkeiten, mit denen Angehörige häufig zu kämpfen haben, können sein:

- gestörtes Kommunikationsverhalten in Form eines erhöhten Rededrangs, assoziativen Abschweifens, Weitschweifigkeit, Tangentialität, Umständlichkeit, Nichtbeachten von Regeln bezüglich des Sprecherwechsels,
- reduzierte Impulskontrolle in Form verminderter Frustrationstoleranz, erhöhter Reizbarkeit und Aggressivität, Launenhaftigkeit,
- Störungen des Antriebs in Form einer erschwerten Handlungsinitiierung, Unselbständigkeit, Inaktivität,
- mangelnde Empathie in Form fehlenden kognitiven und emotionalen Wahrnehmens der Bedürfnisse anderer, fehlender Beachtung des Befindens der Mitmenschen,
- verminderte Belastbarkeit und damit geringere oder fehlende gemeinsame Freizeitaktivitäten sowie Beteiligung an Arbeiten in Haus und Garten,
- Störungen im Bereich des Planens und Problemlösens.

Die Einbindung der Angehörigen zu jedem Zeitpunkt der Rehabilitation ist zur Unterstützung insbesondere beim Einsatz therapeutischer Interventionen erforderlich. Kompensationsstrategien aus dem beruflichen Setting können zum Teil auf den privaten Bereich übertragen werden. Solche Handlungskompetenzen bedeuten eine Rückenstärkung der Angehörigen, die sich dadurch weniger hilflos ausgeliefert fühlen.

3. Soziale Wiedereingliederung

3.1. Schaffung eines strukturierten Tagesablaufes

Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma ist ein tiefgreifendes Ereignis, das sich auf nahezu alle Lebensbereiche auswirkt – das Familiensystem ist erschüttert, die Einbindung in Freizeitaktivitäten und den früheren Freundeskreis ist erschwert, beruflich erfolgt ein Statusabstieg. Das unfallbedingte Aufgeben und Scheitern bisheriger Lebensziele und -pläne zieht erfahrungsgemäß sehr häufig eine große Verunsicherung und psychische Instabilität nach sich.

In unserer stark leistungsorientierten Gesellschaft definiert sich oftmals der eigene Selbstwert über den erreichten beruflichen und damit gesellschaftlichen Status. Ein Großteil der Tageszeit ist von beruflichen Aktivitäten eingenommen.

Es ist bekannt, dass sich bereits Arbeitslosigkeit immens auf das persönliche Befinden und die Psyche auswirkt. Angesichts dessen ist es vielleicht annähernd vorstellbar, was es für einen Schädel-Hirn-Verletzten bedeutet, von heute auf morgen aus dem Alltagsleben gerissen zu werden und sich um seine früheren Möglichkeiten und Fähigkeiten beraubt zu sehen.

Anpassungsstörungen, depressive Verstimmungen und Isolierungstendenzen sind häufig nur der Beginn einer manifesten behandlungsbedürftigen psychischen Störung.

Um eine psychische Dekompensation zu vermeiden, ist eine therapeutische Unterstützung unerlässlich, die auf folgende Punkte abzielen kann:

- Schaffung eines geregelten Tagesablaufes,
- Einführung von Instrumentarien der Selbst- und Fremdkontrolle,
- Festlegung von Aufgaben in Haus/Garten,

- Einbindungsmöglichkeiten in Freundeskreis und Freizeitaktivitäten prüfen,
- Schaffung alternativer externer Beschäftigungsmöglichkeiten.

3.2. Akquise einer alternativen Beschäftigungsmöglichkeit

Die Einbindung in eine externe Beschäftigungsform ist sowohl für den Betroffenen als auch für dessen Familie von Vorteil.

Der Betroffene erhält die Möglichkeit, einer Tätigkeit nachzugehen, wieder eine Aufgabe und damit mehr Außenkontakte zu haben. Eine Tätigkeit außerhalb der vier Wände bedeutet weiterhin Verpflichtung, Verantwortung und Struktur.

Für die Familie bedeutet eine Beschäftigung des Betroffenen eine Entlastung der oftmals angespannten häuslichen Atmosphäre sowie ein Stück mehr Normalität und geregelter Alltag.

Als letzte Alternative sollte meines Erachtens eine Eingliederung in eine Werkstatt für Behinderte in Betracht gezogen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Sozialisierungsprozesse, die Menschen mit angeborenen und Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen durchlebt haben, fällt es Schädelhirnverletzten sehr schwer, sich mit den Behinderungsbildern üblicher Werkstätten anzufreunden.

Alternative Beschäftigungen können ehrenamtliche, geringfügig entlohnte oder Hilfstätigkeiten sein. Bei der Auswahl der Tätigkeit kann der entsprechende berufsspezifische Hintergrund genutzt und darauf aufgebaut oder ein neues Betätigungsfeld gefunden werden.