

Wiedereingliederung schädelhirnverletzter Unfallopfer in den Betrieb

Winfried F. Ehrhardt

Bei Verkehrs- und Arbeitsunfällen kommt es sehr häufig zu Gehirnschädigungen unterschiedlichen Schweregrades infolge eines Schädel-Hirn-Traumas. Für Deutschland ist hier nach konservativen Schätzungen davon auszugehen, dass pro Jahr mindestens 250.000 Menschen eine unfallbedingte traumatische Hirnschädigung erleiden. Zum Kreise der Betroffenen gehören vor allem jüngere, insbesondere männliche Personen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren.

Zerebrale Gewebsschäden bei Schädel-Hirn-Trauma finden sich zum einen auf der Oberfläche des Gehirns in Form von Kontusionen am Gewalteinwirkungsort und gegenüber, wobei es am häufigsten zu Läsionen der Frontal- und Temporallappen kommt. Zum anderen führt die plötzliche heftige Beschleunigung des Gehirns zu einer Zerrung und Abscherung von Nervenfasern, bezeichnet als diffuse axonale Schädigung. Zusätzliche zerebrale Schäden werden durch einen Anstieg des Hirndrucks aufgrund eines Hirnödems, einer Kompression des Hirngewebes durch epidurale, subdurale oder intrazerebrale Hämatomate, sowie eines Absterbens von Hirnzellen wegen Sauerstoff- und Nährstoffmangels verursacht.

Neben neurologischen Beeinträchtigungen führen traumatische Hirnschädigungen in der Regel auch zu neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Dazu zählen nicht nur Störungen der kognitiven Funktionen, z. B. der Aufmerksamkeit, der Lern- und Merkfähigkeit, des problemlösenden Denkens und der Handlungsplanung. Oft kommt es auch zu emotionalen Störungen, Persönlichkeitsänderungen und Auffälligkeiten im Verhalten, z. B. erhöhter Reizbarkeit/Aggressivität, sozialer Distanzlosigkeit, mangelnder Impulskontrolle, Antriebsverlust und verminderter Flexibilität.

Erschwerend kommt hier noch hinzu, dass die Betroffenen ihre kognitiven Leistungseinschränkungen, Persönlichkeitsänderungen und Auffälligkeiten im Verhalten selbst oft nur unzureichend wahrnehmen und folglich auch deren Behinderungsrelevanz nicht realistisch einschätzen können.

Im Laufe der Behandlung im Krankenhaus bilden sich diese neuropsychologischen Beeinträchtigungen meist nur sehr begrenzt zurück. Dies hat zur Folge, dass die Leistungs- und Handlungsfähigkeit der Betroffenen in folgenden Aktivitätsbereichen des normalen Lebens in unterschiedlichem Ausmaß auf Dauer erheblich vermindert sein kann:

- persönliche Selbstversorgung
- Planung und Organisation des Alltags
- zielgerichtete koordinierte Erledigung alltäglicher Aufgaben
- persönliche Mobilität mit Verkehrsmitteln
- Erwerb neuen allgemeinen Wissens
- Lernen aus Erfahrung
- praktisches Problemlösen im Alltag
- soziale Interaktion und Kommunikation
- Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen
- Beteiligung am gemeinschaftlichen sozialen Leben
- individuelle Freizeitgestaltung und Erholung
- Schulbildung und Berufsausbildung
- Erwerbsarbeit und Beschäftigung

Wegen der Chronizität neuropsychologischer Beeinträchtigungen und der daraus resultierenden Aktivitätseinschränkungen/Behinderungen im alltäglichen Leben verfügt die Mehrzahl der Betroffenen mit noch vorhandenem beruflichen Rehabilitationspotential bei Abschluss der stationären Behandlung nicht mehr über hinreichende Leistungs- und Belastbarkeitsressourcen, um erfolgreich an einer beruflichen Umschulung teilnehmen zu können.

Das Rehabilitationsziel in diesen Fällen sollte deshalb sein, noch bestehende Arbeitsverhältnisse zu erhalten, z. B. durch eine ressourcenangepasste Modifikation des alten Arbeitsplatzes, sofern erforderlich, oder die Umsetzung des Betroffenen auf einen leidensgerechten neuen Arbeitsplatz im Betrieb.

Der Erfolg einer beruflichen Wiedereingliederung schädelhirnverletzter Unfallopfer hängt dabei entscheidend von folgenden Faktoren ab (Schlüsselaufgaben des Neuropsychologen, der die berufliche Wiedereingliederung vor Ort im Betrieb begleitet):

- einer validen Einschätzung der Leistungs-, Belastbarkeits- und Verhaltensressourcen des Betroffenen sowie der Kompensierbarkeit seiner neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Analyse und Beschreibung des individuellen beruflichen Rehabilitationspotentials)
- einer ressourcengerechten Bestimmung und Auswahl/Festlegung der Arbeitsaufgaben, Arbeitsbedingungen und arbeitserleichternden Hilfen am Arbeitsplatz nach dem Passungsprinzip (Plazierungskriterien)
- der Durchführung eines neuropsychologischen Arbeits-, Belastungs- und Verhaltenstrainings vor Ort im Betrieb im Rahmen einer Arbeits-/Belastungserprobung auf der Grundlage eines operationalisierten neuropsychologischen Rehabilitationsplans
- eines fortlaufenden Reha-Assessments mit assessmentabhängiger Modifikation der Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen sowie des neuropsychologischen Trainings- und Interventionsbedarfs am Arbeitsplatz
- einer engmaschigen vertrauensvollen Kooperation mit den Kollegen des Betroffenen am Arbeitsplatz, seinen Vorgesetzten und allen anderen Beteiligten im Betrieb (Personalleitung; Betriebsarzt; Schwerbehindertenvertretung).

Im Laufe dieses neuropsychologischen Arbeits-, Belastungs- und Verhaltenstrainings sollte der Neuropsychologe vor Ort im Betrieb zielgerichtet und systematisch diejenigen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Verhaltensweisen und Kompensationstechniken trainieren, welche der Betroffene tatsächlich braucht, um seine Arbeitsaufgaben zuverlässig erfüllen und sich sozial integrativ/angemessen verhalten zu können.

Die enge Kooperation des Neuropsychologen mit den Arbeitskollegen und Vorgesetzten des Betroffenen sowie allen anderen Beteiligten im Betrieb dient insbesondere dazu, bei diesen Personen rehabilitationsdienliche Einstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen zu entwickeln und diese zeitlich aufrecht zu erhalten.

Außerdem sollte der Neuropsychologe die Arbeitskollegen des Betroffenen, wenn immer möglich, in Funktion von Co-Trainern in das neuropsychologische Training am Arbeitsplatz mit einbeziehen.

Je nach den besonderen Erfordernissen im Einzelfall sind bei diesem neuropsychologischen Training unmittelbar im Arbeitskontext folgende Einzelmaßnahmen indiziert, um beim Betroffenen möglichst rasch ein positives Leistungs- und Belastbarkeitsbild zu entwickeln:

- gemeinsame detaillierte Arbeitsplanung mit Festlegung von Zeitstandards und Gütemaßstäben für die Arbeitsleistung (operationalisierte schriftliche Arbeitspläne)
- gemeinsame Anfertigung und Erprobung schriftlicher Hilfsmittel zur Selbstanleitung bei der Arbeit und fortlaufenden Kontrolle der Arbeitsqualität (Checklisten)
- Anleitung zu systematischer/zielgerichteter Aufgabenerledigung auf der Grundlage der Arbeitspläne und Checklisten
- arbeitsbegleitend Initiierung einer expliziten Verbalisierung und Nutzung des arbeitsbezogenen Wissens
- intermittierend und abschließend gemeinsame Kontrolle der Arbeitsqualität und des Arbeitstempos, gemessen an den betrieblichen Normvorgaben
- gemeinsame Analyse der Ursachen von Fehlleistungen bei der Arbeit
- externe Forcierung des Arbeitstempos und Förderung der Durchhaltebereitschaft bei psycho-physischen Belastungszeichen
- Aufbau von Selbstmotivierungstechniken bei Leistungsproblemen
- Training kognitiver Teilleistungen bei der Arbeit (Aufmerksamkeit; intentionales Lernen; Fertigungs-/Wissenserwerb; problemlösendes Denken; planendes Handeln)
- Aufbau einer realistischen leistungs- und belastbarkeitsbezogenen Selbsteinschätzung.

Das nachstehend Schaubild fasst noch einmal die wesentlichen Bausteine bzw. Verfahrensstandards eines erfolgversprechenden, neuropsychologisch begleiteten betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements bei schädelhirnverletzten Unfallopfern zusammen



Dieses Modell der neuropsychologisch begleiteten beruflichen Wiedereingliederung schädelhirnverletzter Unfallopfer wird seit 1990 vom Institut für Reha-Management Ehrhardt im süddeutschen Raum in enger Zusammenarbeit mit Berufshelfern der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgreich umgesetzt.

Bei der praktischen Umsetzung dieses Modells vor Ort in den Betrieben sind folgende Grundsätze für das Institut für Reha-Management Ehrhardt handlungsleitend:

- Mit den im Schaubild beschriebenen Einzelmaßnahmen werden kundenorientierte, nach Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen ausgerichtete rehabilitative Dienstleistungen in den Betrieben erbracht (Kunden: Betroffene und ihre Angehörigen; Arbeitskollegen, Vorgesetzte, Personalleitung, Betriebsarzt, Schwerbehindertenvertretung; Berufshelfer, andere Kostenträger; im weiteren Sinne die Beitrags- und Steuerzahler).
- Die Kunden beurteilen fortlaufend die Qualität, die Effizienz, das Ergebnis und den Nutzen der unmittelbar am Arbeitsplatz erbrachten rehabilitativen Dienstleistungen.
- Eine gelungene berufliche Wiedereingliederung ist stets das Ergebnis einer aktiven, kontinuierlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten, die vor Ort im Betrieb das Rehabilitationsteam bilden (betriebliches Eingliederungsmanagement als Gemeinschaftsaufgabe unter Einbeziehung des Kostenträgers).
- Die aktive Zusammenarbeit der Mitglieder des Rehabilitationsteams bezieht sich insbesondere auf folgende Aufgaben: Arbeitsplatzanalyse, Analyse des beruflichen Rehabilitationspotentials, Ableitung der beruflichen Plazierungskriterien, Festlegung der Modalitäten des Arbeitsversuchs (Eingliederungsplanung) sowie Dokumentation und Evaluation des Verlaufs und der Ergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung.
- Der die berufliche Wiedereingliederung am Arbeitsplatz begleitende Neuropsychologe ist für seine Aufgaben im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements aufgrund seiner Ausbildung und Berufserfahrung fachlich besonders qualifiziert.
- Bei der Umsetzung seiner Aufgaben handelt der eingesetzte Neuropsychologe nach dem Grundsatz einer hohen persönlichen Verpflichtung und Verantwortlichkeit seinen Kunden gegenüber im Hinblick auf das Gelingen der beruflichen Wiedereingliederung.

Ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement allein in Kombination mit einem neuropsychologischen Arbeits-, Belastungs- und Verhaltenstrainings vor Ort im Betrieb ist zwar eine notwendige, aber meist keine hinreichende Bedingung für eine nachhaltig erfolgreiche berufliche Reintegration schädelhirnverletzter Unfallopfer. Zur Erreichung dieses Ziels müssen ergänzende neuropsychologische Rehabilitationsmaßnahmen ebenfalls vor Ort, d. h. zu Hause in der realen Lebenswirklichkeit der Betroffenen, durchgeführt werden (ganzheitlicher Ansatz). Dazu zählen z. B.

- das Aktivitätstraining in verschiedenen Anforderungssituationen des Alltags
- das PC-gestützte Training kognitiver Teilleistungen
- die Einübung des systematischen Gebrauchs defizitkompensatorischer Hilfsmittel
- das Training der sozialen Wahrnehmung und Handlungskompetenz
- kognitiv-verhaltensmodifikatorische Trainings zum Abbau von Verhaltensauffälligkeiten
- psychologische Unterstützung zur psychischen Bewältigung der Einschränkungsfolgen

Die psychologisch-beratende Arbeit mit den Familienangehörigen und ihre Einbeziehung als Co-Trainer in die ambulante neuropsychologische Rehabilitation vor Ort hat dabei einen besonders hohen Stellenwert, da diese Personen oft den entscheidenden Beitrag zur sozialen Reintegration der Betroffenen - Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - leisten. Eine gelungene soziale Reintegration schädelhirnverletzter Unfallopfer, getragen von ihren Familienangehörigen, ist nach Erfahrungswerten unseres Instituts die notwendige Voraussetzung für eine nachhaltig erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.

Unsere Fallstatistik zeigt, dass etwa 70 Prozent der bisher betreuten schädelhirnverletzten Unfallopfer, die noch über ein berufliches Rehabilitationspotential verfügten (n = 320), durch ein neuropsychologisches Arbeits-, Belastungs- und Verhaltenstrainings vor Ort in den Betrieben in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten auf passende Dauerarbeitsplätze (Teil- oder Vollzeit) beruflich wieder eingegliedert werden konnten. Bei der Mehrzahl dieser positiven beruflichen Wiedereingliederungsfälle lag die Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund der Unfallfolgen zwischen 70 bis 100 Prozent. Abgestimmt auf die besonderen Erfordernisse im Einzelfall waren in der Regel ergänzende neuropsychologische Rehabilitationsmaßnahmen unter aktiver Einbeziehung der Familienangehörigen notwendig.

Die Laufzeit eines betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements durch unser Institut in Kombination mit einem neuropsychologischen Arbeits-, Belastungs- und Verhaltenstrainings vor Ort im Betrieb variiert je nach den besonderen Erfordernissen im Einzelfall zwischen drei bis zehn Monaten. Dabei reicht ein wöchentlicher Termin am Arbeitsplatz, Dauer jeweils zwei bis drei Stunden, zur Umsetzung der individuellen Wiedereingliederungsprogramme völlig aus.

Abrechnungsgrundlage für die von uns erbrachten rehabilitativen Dienstleistungen ist unsere Gebührenvereinbarung mit dem Landesverband Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften vom Oktober 1993.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass die Entwicklung und Erprobung dieses Modells der neuropsychologisch begleiteten beruflichen Wiedereingliederung schädelhirnverletzter Unfallopfer nur mit aktiver Unterstützung von Berufsgenossenschaften möglich war, insbesondere der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik, Bezirksverwaltung Nürnberg.

Winfried F. Ehrhardt, Dipl.-Psych., Neuropsychologe
Institut für Reha-Management
Meisenweg 13, 91220 Schnaittach
www.irm-ehrhhardt.de