

Teilhabe am Arbeitsleben, berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung am Arbeitsplatz nach erworbenen Hirnschädigungen

Stellungnahme zum Modellprojekt BETA-MeH aus der Sicht von Betroffenen

W. Steves¹

¹ Selbsthilfe „Alltag mit Hirnverletzungen“ Köln

MeH-Selbsthilfe im Raum Köln/Bonn

Komplexe Herausforderungen der Rehabilitation nach Hirnverletzungen führten Anfang der 2000er Jahre zu intensiven persönlichen Begegnungen und einer langjährigen Begleitung in der Kölner Erfahrungskompetenzgruppe von „Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen – MeH“.

In solidarischer Unterstützung entstand nach den Prinzipien von Selbsthilfe – Eigenverantwortung, Selbst- und Gruppenfürsorge, Verbindlichkeit, Vertraulichkeit, Freiwilligkeit, Regelmäßigkeit, solidarische Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und Akzeptanz – eine stabilisierende Gemeinschaft von Betroffenen, Angehörigen und Ratsuchenden zur Verbesserung von Lebensbedingungen sowie Selbstbild-Stärkung.

Vielzahl und Komplexität von unterschiedlichen Beeinträchtigungen nach Hirnschädigung zeigte in der Gruppen-Gründungsphase eine notwendige Kooperation mit engagierten regionalen Fachdiensten, Therapeuten und Verbänden. Die Selbsthilfe „Alltag nach Hirnverletzungen“ (www.hirnverletzungen.koeln) unterstützt kontinuierlich die Fachdienst-Vernetzung im „NEURO – NETZ“ Köln/Bonn (www.neuro-netz.info). Akteure der neurologischen Rehabilitation begegnen sich, lernen einander in Person und Arbeitsauftrag kennen und schaffen ein Fundament zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Lösungsorientiert kommunizieren Netzwerkpartner und formulieren in der Konfrontation mit den Lücken im MeH-Hilfesystem die Notwendigkeit einer Anpassung von Unterstützungsleistungen.

Berufliche Teilhabe von MeH als komplexes Problemfeld

Die DRV erkennt die vielfachen Herausforderungen bei der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz für Menschen nach Hirnschädigungen. Das im SGB IX zugesicherte Recht auf gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben bietet Betroffenen Möglichkeiten, am hohen, gesellschaftlich normierten Wert aktiver Lebensgestaltung eigenverantwortlich mitzuwirken.

Berufliche Teilhabe ist Grundlage für:

- Selbstbestimmung und Unabhängigkeit: ermöglicht finanzielle Eigenständigkeit, Erleben von Selbstwirksamkeit
- Persönliche Entwicklung: berufliche Tätigkeit stärkt das Selbstwertgefühl und Empowerment
- Rehabilitation und Gesundheitsförderung: ein an Ressourcen orientierter Arbeitsplatz stabilisiert und verbessert Gesundheit
- Soziale Teilhabe: neben Einkommen bietet Arbeit auch soziale Kontakte, gesellschaftliche Teilhabe und Anerkennung
- Entschärfung von Barrieren und Diskriminierung: Berufsausübung hilft dabei Vorurteile abzubauen und trägt bei zu mehr Inklusion in der Gesellschaft
- Speziellen Unterstützungsbedarf: Menschen nach erfahrener Hirnschädigung benötigen passgenaue Unterstützungsangebote (technische Hilfsmittel, Arbeitsplatzanpassungen, Assistenz). Berufliche Teilhabe bedeutet hier nicht nur die Wiedereingliederung am bestehenden Arbeitsplatz, sondern auch individuell passende Bedingungen, die wirkliche Chancengleichheit ermöglichen.

In der Grenzerfahrung erworbener Hirnschädigungen treffen Betroffene zumeist erstmalig auf existenzielle Gesundheitsbarrieren. Unterschiedliche Schädigungsursachen und -folgen (sichtbare und unsichtbare, neuropsychologische Beeinträchtigungen von Körper, Geist und Psyche) erfordern eine umsichtige Neugestaltung der veränderten Lebenswirklichkeit mit Einsatz und Weiterentwicklung verbleibender Ressourcen. Eine spezifische Erschwernis stellt hier die Beeinträchtigung des „ZNS – Selbst“ als Basis von erlebter Persönlichkeit dar. Patienten mit ihren unterschiedlichen Beziehungs- und Vertrauenserfahrungen sind verwiesen auf die medizinische Expertise der REHA-Akteure und deren Neuro-Kompetenz. Zur zielführenden, erfolgreichen Reha-Planung ist die umfangreiche Auseinandersetzung mit den prämorbidem Lebensbedingungen der Patienten (Ressourcen von Bildung, Arbeitsplatz, soziale/kulturelle

Zugehörigkeit, materielle Basis, Selbstbild, Fertigkeiten, Kompetenzen, Resilienz) unabdingbar.

Im Verständnis vielfältiger Symptome nach Hirnverletzungen sind dem Patienten gerade unsichtbare Beeinträchtigungen und deren medizinische Fachbegriffe meist wenig verständlich in der Bedeutung ihrer Alltagsrelevanz für verschiedene Lebensbereiche.

Amnesie, Agnosie, Hemianopsie, Neglect, Sprach- und Sprechstörungen, Apraxie, (selektive) Aufmerksamkeitsstörungen, Vigilanz, Exekutive Funktionsstörungen, Epilepsie. Persönlichkeitsveränderungen u. v. m. werden medizinisch, u. a. neuropsychologisch erfasst und therapiert. Die Auswirkungen der individuellen Symptomatik der Hirnschädigung findet mit den Rehabilitanden und deren sozialem Umfeld, bei engem Zeitfenster zur klinischen Gesamtanamnese, erfahrungsgemäß unzureichende Beachtung. Behandelnde medizinische Experten benötigen umfangreiche Patienten-Infos, die Rehabilitanden im Besonderen bei kognitiven Beeinträchtigungen nur sehr begrenzt vermitteln können – die Einbindung der Angehörigen findet oft nur sehr begrenzt statt. Eine zur Gesundheit nötige Krankheitseinsicht und die Kommunikation persönlicher Krankheitssymptome findet im Alltag der Rehaklinik, wo augenscheinlich sichtbare Störungsbilder „Normalität“ darstellen, nur wenig Raum.

Eine standardisierte Einbindung zertifizierter *Peerberater* im interdisziplinären Behandler Team ist geeignet, im Sinne der gleichberechtigten Begegnung auf Augenhöhe mit dem Patienten eine sehr zielführende Therapieleistung zu schaffen. Bislang findet sich das Angebot allerdings nur vereinzelt in REHA-Klinikangeboten.

Peer-Begegnungen fokussieren auf Ressourcen der Ratsuchenden. Ergänzend zur medizinischen „defizitorientierten“ Therapie in den Behandlungsplänen der REHA-Akteure mit umfangreicher, erlernter Fachkompetenz ermöglichen die Alltagserfahrungen von anderen Betroffenen gelebte Kompetenz in Wertschätzung, Akzeptanz, Stabilisierung und Verständnis dafür, wie die komplex miteinander verbandelten Beeinträchtigungen den zukünftigen Alltag verändern.

Die beschriebenen mehrfachen, miteinander vernetzten und regelmäßig auch unsichtbaren Beeinträchtigungen bergen deutliche Wiedereingliederungshemmnisse in bestehende Arbeitsverhältnisse. Betroffene nach erworbenen Hirnverletzungen sind oft hochmotiviert, dem früheren Bild vom Leben in Gesundheit unter den bekannten Rahmenbedingungen (individuell erlebtes Selbstbild, kognitive Alltagsbewältigung, Arbeit, soziales Leben mit Familie, Freundeskreis) zu entsprechen und die frühere Lebensgestaltung weitgehend selbstständig fortzuführen. Neuropsychologische Beeinträchtigungen werden dabei je nach prämorbidem Entwicklungsstand von Bildung, Kompetenzen, Teilhabe-Ressourcen und materieller Versorgung intensiv kompensiert und im Nichterkennen von Grenzen als irrelevant eingestuft.

Erst die nachklinische Konfrontation mit Alltagsaufgaben zeichnet annähernd ab, wie komplex Störungsbilder sind und wie viel Hilfestellungen in den verschiedenen Lebensbereichen benötigt werden. Grundlegend für eine zielführende Hilfeplanung sind umfangreiche Kenntnisse der rechtsverbindlich zugesicherten Unterstützungsangebote, die bestenfalls regional und anhaltend im langjährigen REHA-Verlauf zugänglich sein sollten.

Berufliche Teilhabewünsche der Rehabilitanden, des sozialen Umfelds, der medizinischen Fachkräfte und nicht zuletzt auch der Kostenträger, die an der REHA-Steuerung beteiligt sind, werden zielführend wahrgenommen und therapeutisch motivierend genutzt.

Betroffene und Angehörige sind nach der Entlassung aus der REHA-Klinik konfrontiert mit der Lösung vieler Maßnahmen zur gelingenden Alltagsanpassung (Feststellung Schwerbehindertengrad, gegebenenfalls Wohn- und Pflegegeld, Existenzsicherung, möglichst eigenständiges Wohnen, Wohnraumanpassung, Therapieorganisation, Stellung von Alltagshelfern, sozialrechtliche Hilfen, Rollen Anpassung im bestehenden Sozialgefüge).

Regelmäßig wird die Forderung nach Alltags-Coachings bzw. Lotsen-Angeboten zur Orientierung im bestehenden Hilfesystem benannt. Das bereits dargestellte „Neuro-Netzwerk Köln/Bonn“ erfüllt diesen Bedarf einer Zusammenführung regionaler Hilfsdienste für viele Lebensbereiche. Ein mangelnder rechtsverbindlicher Gewährleistungsanspruch auf das Netzwerkangebot wird aktuell durch freiwilliges Engagement der Fachdienste vor Ort kompensiert, was mit Blick auf nachhaltige REHA-Unterstützung einer dringenden Nachbesserung bedarf.

BETA-MeH als Return-to-Work-Projekt

Im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung baut die Deutsche Rentenversicherung (DRV) seit 2022 ein „Return-to-Work-Projekt“ in der Modellregion Köln/Rheinland auf. Dabei wird ein sehr früh im REHA-Verlauf angelegtes Jobcoaching mit engmaschiger Begleitung auf dem Weg gebracht: zurück an den bestehenden Arbeitsplatz über einen Coaching-Zeitraum von bis zu einem Jahr. Rehabilitanden mit positiver Erwerbsprognose, betreffend:

- Eingliederungsfähigkeit,
- Motivation,
- Gesundheitsprognose,
- Alter,
- fördernde Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz,
- andere individuelle Kompetenzen

sollen sich sehr früh im REHA-Prozess verbindlich zur Projektteilnahme entscheiden und werden danach über zuweisende REHA-Mediziner, koordinierende Fachstellenbegleitung und neurokompetente Arbeitsassistenz bei einer zeitnahen Arbeitsaufnahme unterstützt. In

regelmäßig stattfindenden „Return to Work“-Konferenzen mit den am Reha-Prozess Beteiligten werden prozessorientiert Bedarfe analysiert und angepasst zur Bewältigung der gestellten Aufgaben am Arbeitsplatz.

Erfahrungsberichte von Betroffenen aus individuellen Wiedereingliederungsmaßnahmen zeigen rückblickend eine sukzessive, fortschreitende Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote:

- Neuropsychologie als Kassenleistung ermöglicht eine standardisierte, individualisierte Diagnostik zur Klärung vorhandener unsichtbarer Beeinträchtigungen.
- Institutionen bekommen über verstärkte MeH-Zielgruppenorientierung mehr Neurokompetenz.
- Pflegeleistungen werden unter veränderten Voraussetzungen, jenseits reiner Pflegeaufgaben, gewährt.
- Betroffene finden in der UN-BRK (Behindertenrechtskonvention) seit 2009 rechtsverbindliche Standards zur selbstbestimmten Interessenvertretung gemäß dem Leitbild „nichts für uns – ohne uns“.

Damit Berufscoachingmaßnahmen wie BETA-MeH langfristig und nachhaltig erfolgreich sein können, sind nachstehende Rahmenbedingungen erforderlich und zielführend:

1. Eine persönliche Arbeitsplatzbegleitung unter Berücksichtigung der individuellen alltäglichen Lebensbedingungen, die durch stabile, langfristig tätige und miteinander vernetzte regionale Dienstleister erbracht wird, die auch nach dem Coachingprozess angefragt werden können.
2. Einbeziehung des persönlichen Umfeldes als Fürsprechende mit erlebten Alltagsbeobachtungen soll mittels Dialog-Gesprächen zur ganzheitlichen Sichtweise beitragen. Im Erleben der veränderten „Betroffenen-Persönlichkeit“ jenseits der Arbeitssituation kann eine gelingende Therapieplanung kontextbezogen und individuell angepasst werden.
3. Während der zeitlich begrenzten Coachingphase werden Kontakte zu regionalen Fachstellen hergestellt, die auch nach Abschluss des Förderprogramms aufgesucht werden können:
 - Integrationsfachdienst IfD
 - Neuropsychologie, u.a. neurologisch ausgerichtete Therapieangebote
 - Interessenvertretende, Selbsthilfe, ZNS, u. a.
 - EUTB, ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung
4. Ein situativ wechselndes Gesundheitserleben des Rehabilitanden (anhaltende Unter- oder Überforderung, außerberufliche Alltagsbelastungen, Sekundär-Erkrankungen u. a.) erfordert Möglichkeiten von flexibler Coaching-Anpassung in einem „fortschreitend lernenden“ Wiedereingliederungsverfahren.
5. Gesundheitsbedingte Unterbrechungen zur Nutzung von ambulanten/stationären Therapien sind zu gewähren.

6. Berufs-Coaching soll allen MeH-Betroffenen perspektivisch als teilhabeberechtigtes Angebot, beginnend auch in späteren REHA-Verläufen, zugänglich sein.
7. Die personenzentrierte Unterstützung muss verlaufsbegeleitend dokumentiert werden und Ziele zur persönlichen Weiterentwicklung aufzeigen.

Berufliche REHA nach Hirnverletzungen ist eine hoch priorisierte Teilhabeförderung, die passgerecht den Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitanden entsprechen muss, um langfristig erfolgreich zu sein. BETA-MeH ist ein Projekt, das diesen Forderungen Rechnung trägt, dennoch bleiben viele Herausforderungen.

Korrespondenzadresse

Wolfgang Steves
Selbsthilfe „Alltag mit Hirnverletzungen“ Köln
www.hirnverletzungen.koeln
Heinrich-Gellissen-str.4
50769 Köln
hirnverletzungen@netcologne.de