



Hendrik Persson, Anett Reimann

Integration in Arbeit für schwer Unfallverletzte

Besondere Handlungsoptionen in Komplexfällen

Unfälle und daraus resultierende Unterbrechungen führen häufig zu gravierenden Brüchen innerhalb der Biographie. Der unfallverletzte Arbeitnehmer kann seine Aufgaben temporär oder auf Dauer nicht erfüllen. Arbeitgeber müssen den Ausfall des Mitarbeiters mit teilweise hohem Aufwand kompensieren. Wie lange oder ob der Ausfall des Unfallverletzten für die ausgeübte Tätigkeit sogar dauerhaft sein wird, ist für den Arbeitgeber schwer kalkulierbar. Dies ist nur eine von vielen Tücken, die prägend sind für den schwierigen Return-to-work nach einem schweren Unfall. Der Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten, schwer Unfallverletzten den Weg zurück in die Arbeitswelt zu erleichtern. Hintergrund sind unsere Erfahrungen im Case Management der InReha GmbH mit wohnortnaher Integrationsbegleitung für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.

Nach einer Zeit der Heilbehandlung und Rekonvaleszenz kehrt der Unfallverletzte im Idealfall zurück an seinen Arbeitsplatz – häufig allerdings ohne gezielte Vorbereitung. In manchen Fällen scheidet die Wiedereingliederung bereits daran, dass spezifische Anforderungen nicht mehr wie gewohnt erfüllt werden können oder notwendige Anpassungen nicht vorgenommen wurden. In anderen Fällen ist die Möglichkeit der Rückkehr nicht gegeben, etwa weil der Arbeitsplatz inzwischen nicht mehr zur Verfügung steht oder das unfallbedingt veränderte Leistungsbild eine Rückkehr nicht zulässt.

Spezielle Integrationsbegleitung bei schwer Unfallverletzten

Sind die Folgen einer Unfallverletzung nicht allzu gravierend, werden in der Regel der beteiligte Sachbearbeiter, Reha-Manager oder Berufshelfer des zuständigen Sozialleistungsträgers die erforderlichen Beratungen selbst durchführen und benötigte Einzelmaßnahmen einleiten. Bei schweren Unfallverletzungen oder infolge des Unfalls komplexen Fallkonstellationen fehlen den Mitarbeitern der Träger häufig die zeit-

lichen Ressourcen und/oder es werden besondere, indikationsspezifische Kompetenzen benötigt. Welche Fälle anhand welcher Kriterien für eine Integrationsbegleitung durch externe Spezialisten ausgewählt werden, hängt primär von internen Entscheidungsstrukturen bei den Trägern ab.

Ist der Bedarf gegeben, einen schwer Unfallverletzten mit spezieller Kompetenz zu betreuen, sollte dies immer zum frühestmöglichen Zeitpunkt geschehen. Insbesondere bei Schwerverletzten sollte bereits vor der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation der direkte Kontakt zu den behandelnden Ärzten und Therapeuten in der Klinik gesucht werden, um wertvolle Hinweise für den beruflichen Eingliederungsweg zu erfragen. Kriterien für die Einbeziehung externer Spezialisten bei komplexen Unfallfolgen können sein:

- erworbene Hirnschädigung, zum Beispiel Schädel-Hirn-Trauma (SHT)
- psychische/psychosomatische Folgeschäden, zum Beispiel bei Problemen in der Traumaverarbeitung
- erhebliche verbleibende Unfallfolgen, etwa nach Polytrauma

- Mehrfachdiagnosen, die in der Summe zu Komplikationen führen
- Mischung aus Gesundheitsschäden, Konflikten im Reha-Verlauf und/oder sozialen Problemen

Besonders schwere und komplexe Verletzungen erfordern eine Bündelung verschiedener Kompetenzen, um möglichst optimal die Ziele der Wiederherstellung der Gesundheit, Rückkehr an den Arbeitsplatz und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen. Diese Aufgaben übernehmen in erster Linie spezialisierte Rehadienstleister sowie weitere, überregionale Kompetenznetzwerke mit besonderen Erfahrungen in der Rehabilitation Unfallverletzter.

Die InReha beispielsweise ist so aufgestellt, dass alle Kompetenzfelder hinsichtlich des Wissens um die Verletzungsarten und Interventionsformen in einer zentralen Koordination gebündelt vorhanden sind. Diese unterstützt die regionalen Integrationsbegleiter in einem 4-Augen-Prinzip durch ein durchgehendes Monitoring. Das Kompetenznetzwerk wird durch beratende Ärzte, Therapeuten, Neuropsychologen und technische Berater komplettiert. Diese Aufstel-



lung ermöglicht es, dass die Integrationsbegleiter bundesweit im regionalen Bereich bei komplexen Fallgestaltungen hinzugezogen werden und in der Vor-Ort-Begleitung immer auf die Kompetenzen des Netzwerks zugreifen können.

Worauf muss der Integrationsbegleiter achten?

Im Vorfeld der eigentlichen Eingliederungsplanung muss sich der Integrationsbegleiter Klarheit verschaffen über die funktionellen, kognitiven und psychischen Folgen des Unfallereignisses. Welche Informationen geben die medizinischen Unterlagen? Wel-

Zielvereinbarungen sollten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zwischen allen beteiligten Seiten geschlossen werden.

che Hinweise erhalte ich direkt von behandelnden Ärzten/Therapeuten? Welche Auswirkungen schildert der Verletzte? Was nehmen Angehörige oder Kollegen wahr? Was beobachte ich selbst? Welche Maßnahmen zur gesundheitlichen Optimierung kommen gegebenenfalls infrage? Welche Hilfsmittel wären geeignet? Gibt es Kontextfaktoren, die sich hemmend oder fördernd auf die Integration auswirken könnten?

Wie sieht das bisherige Tätigkeitsprofil aus? Wie ist der berufliche Status? Besteht die Möglichkeit zur Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit? Ist eine Belastungserprobung und/oder Arbeitstherapie erforderlich und möglich? Für die Eingliederungsplanung ist das Tätigkeitsprofil von wesentlicher Bedeutung. Durch den Abgleich des Tätigkeitsprofils mit den Fähigkeiten beim aktuellen Stand der Heilbehandlung bzw. den erzielten Behandlungsfortschritten (aktuelles Fähigkeitsprofil) kann der Integrationsbegleiter die Reintegrationsperspektiven erkennen und benötigte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben planen.

Übergang Klinik – Beruf

Vorteilhaft für eine Wiedereingliederung sind stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die bereits gegen Ende des Aufenthalts Programme der medizinisch-beruflichen Rehabilitation anbieten. In diesen Kliniken werden die verbliebenen Stärken und Schwächen verunfallter Patienten gezielt untersucht, anhand von standardisierten Verfahren im Rahmen sogenannter medizinisch-beruflicher Orientierungsprogramme (MBO) praktisch überprüft und eingeschätzt.

Im Idealfall kann bereits während der medizinischen Rehabilitation eine berufliche Erprobung in einem assoziierten Betrieb erfolgen, um das Leistungsvermögen einschätzen und konkrete Hinweise für die berufliche Wiedereingliederung erhalten zu können.

Zielvereinbarungen

Unserer Erfahrung nach können Vereinbarungen, die sehr konkret formulierte Ziele und Teilziele beinhalten, den Integrationsprozess erheblich befördern. Zielvereinbarungen sollten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zwischen allen beteiligten Seiten – also Rehabilitand, Integrationsbegleiter und auftraggebender Stelle – geschlossen werden. Eine Zielvereinbarung ist eine gemeinsame, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels.

Im Verlauf der Integrationsbegleitung kann eine Anpassung der Zielvereinbarung u. a. aufgrund von Verzögerungen, geänderten Verhältnissen oder neuen Erkenntnissen erforderlich werden. Eine Anpassung der Ziele muss auch dann erfolgen, wenn die Unfallfolgen die Integration

in das soziale Umfeld erschweren und daher Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich werden.

Einsatz von Assessments

Im interdisziplinären Rehabilitationsbereich bietet sich als gemeinsames Assessment-Format die ICF (International Classification of Functioning, WHO) an, die den Zustand der funktionalen Gesundheit als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Erkrankung und den Kontextfaktoren betrachtet (biopsychosoziales Modell). Im rehabilitativen Bereich ist insbesondere das Konzept der „Partizipation/Teilhabe“ von zentraler Bedeutung. Rehabilitationsbegründend ist die tatsächliche oder drohende Partizipationsbeeinträchtigung, nicht die Störung (ICD-10) selbst.

Zur Steuerung der beruflichen Eingliederung kann es sinnvoll sein, Assessments zur Ermittlung der tätigkeitsbezogenen Leistungsfähigkeit zu nutzen. Dies geschieht entweder durch standardisierte Arbeitsplatzsimulationssysteme oder standardisierte Verfahren am konkreten Arbeits-, Ausbildungs- oder Praktikumsplatz. Diese ermöglichen eine Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit des Rehabilitanden mit Blick auf bestimmte Tätigkeiten. Bewährte Assessments sind beispielsweise die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) oder die Arbeitstherapeutische Leistungsanalyse (ALa).

Sofern eine erworbene Hirnschädigung oder eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit bei der beruflichen Eingliederung zu berücksichtigen sind, können ergänzend besondere Assessments in spezialisierten psychologischen oder neuropsychologischen Praxen durchgeführt werden. Ist eine berufliche Neuorientierung notwendig, können eine Berufsfindung und/oder Arbeitserprobung durchgeführt werden. In der Berufsfindung werden berufliche Perspektiven unter Einbeziehung der Eignung



und Neigung, der Berufsbiographie und der Lebensorientierung entwickelt. Durch die Arbeitserprobung wird die Eignung für einen konkreten Beruf oder ein Tätigkeitsfeld geklärt und aufgezeigt, ob die gewählte Berufsperspektive realistisch ist. Als sinnvoll und zielführend haben sich hier Erprobungen an real existierenden Arbeitsplätzen bzw. in Betrieben erwiesen, die individuell therapeutisch begleitet werden. Wichtig ist es, innerhalb der Erprobungen die tatsächlichen Arbeitsbedingungen abzubilden.

Im Vorfeld des ersten Arbeitsmarkts

Sollte die Aufnahme einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auf absehbare Zeit (noch) nicht möglich sein, kann die Aufnahme in den Eingangsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung als Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommen. Zunehmend gibt es inzwischen auch Werkstätten, die Menschen mit schweren Unfallverletzungen, etwa mit einer erworbenen Hirnschädigung, ein adäquates Arbeitsumfeld bieten. Auch kann nach der Eingangsphase eine Tätigkeit auf einem Außenarbeitsplatz in Betracht kommen. Das sogenannte „Budget für Arbeit“ kann, leider noch mit erheblichen regionalen Unterschieden in der Umsetzung, eine besondere Form der arbeitsmarktlichen Integration ermöglichen, indem die finanziellen Leistungen, die für gewöhnlich für WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen) aufgewendet werden, diesbezüglich umgewidmet werden. Mit dem „Budget für Arbeit“ werden langfristige Hilfen von bis zu 70 % der Lohnkosten für Arbeitgeber gewährt, die Menschen mit Behinderung aus einer Werkstatt für behinderte Menschen einstellen. In der Anfangsphase wird auch die Unterstützung am neuen Arbeitsplatz gefördert (weitergehende Informationen unter <http://www.bag-ub.de/pb/budget-fuer-arbeit>).

Die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ (§ 38a SGB IX) ist eine individuelle Orientierungs- und Qualifizierungsmaßnahme für Menschen mit Behinderungen. Sie findet in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes statt. Die Teilnehmenden haben, unterstützt durch Qualifizierungsberater/-innen, die Möglichkeit, unterschiedliche Berufsfelder zu erproben und sich zu qualifizieren. Ziel ist die Erlangung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses. Die „Unterstützte Beschäftigung“ dauert in der Regel zwei Jahre und endet mit der Übernahme in ein Arbeitsverhältnis. Bei einer Übernahme in ein Arbeitsverhältnis kann die Berufsbegleitung über diesen Zeitraum hinaus verlängert werden, wenn eine Schwerbehinderung oder Gleichstellung vorliegt. Es muss im Einzelfall geprüft werden, ob diese Maßnahmeform für den Verletzten geeignet ist, oder ob Leistungen noch individueller gestaltet werden müssen.

Wiedereingliederung oder Integration in einen neuen Beruf

Für eine passgenaue Integration im bisherigen Betrieb bedarf es sowohl spezifischer, vorbereitender als auch flankierender und nachbereitender Unterstützung – für den Beschäftigten ebenso wie für den jeweiligen Arbeitgeber. Bei noch bestehenden Arbeitsverhältnissen müssen der Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen oft dem aktuellen Leistungsstand der Rehabilitanden angepasst werden. Schwerpunkte der Integrationsbegleitung liegen in der praktischen Erprobung und im stufenweisen Aufbau der Belastbarkeit in realen Alltags- und Arbeitssituationen sowie in der Kompensation von vorhandenen Leistungsbeeinträchtigungen und der Vermittlung theoretischer und prakti-

scher Kenntnisse (etwa durch ein „Training-on-the-job“).

Die berufliche Wiedereingliederung erfordert eine frühzeitige Einbindung des Arbeitgebers, die abgestimmte Weitergabe von Informationen und eine damit verbundene Klärung von konkreten Fragestellungen z. B. zum stufenweisen Einstieg in eine Tätigkeit, Arbeitsplatztraining, Gestaltung des Arbeitsplatzes, zur Anpassung von Abläufen, zur Nutzung von Hilfsmitteln oder der Gewährung finanzieller Ausgleichszahlungen. Dies gelingt nur dann, wenn alle Beteiligten Hand in Hand arbeiten und die Leistungen gut koordiniert werden.

Für eine passgenaue Integration im bisherigen Betrieb bedarf es sowohl spezifischer, vorbereitender als auch flankierender und nachbereitender Unterstützung.

Bewährt hat sich insbesondere bei größeren Betrieben das Verfahren, einen Mitarbeiter des Unternehmens als Job Coach zu gewinnen, der den Wiedereingliedernden als Partner direkt unterstützt. Dieser zusätzliche Zeitaufwand kann bei schwerbehinderten Rehabilitanden durch einen finanziellen Ausgleich des Integrationsamtes (nach § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2e SGB IX und § 27 SchwbAV) kompensiert werden. Gleichwohl ist hier die Unterstützung durch die zuständigen Kostenträger erforderlich – sei es durch die Gewähr finanzieller Hilfen, z. B. zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes, sei es zum Ausgleich einer Minderleistung oder zur Neuschaffung eines (Nischen-)Arbeitsplatzes. Häufig unterschätzt wird die Notwendigkeit von (Kurz-)Schulungen für Kollegen und Vorgesetzte, in denen diese über die unfallbedingten Veränderungen der Leistungsfähigkeit aufgeklärt werden und ihnen Tipps und Hinweise vermittelt werden, wie ein Umgang mit den Veränderungen möglich sein kann. Lohnkostenzuschüsse im Rahmen der LTA-Leistungen (Leistungen zur



Teilhabe am Arbeitsleben) der Sozialleistungsträger können befristet im Ausnahmefall anfangs bis zu 100 % des Gehalts des Verletzten umfassen. Die in manchen Fällen dauerhaft verbleibenden, gravierenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des schwerbehinderten Arbeitnehmers in der ausgeübten Tätigkeit können, sofern die Minderleistung mindestens 30 % erreicht, durch das Integrationsamt auf Dauer durch einen Minderleistungsausgleich in Höhe von bis zu 50 % der anteiligen Lohnkosten kompensiert werden. Sofern eine Ausgleichszahlung in dieser Höhe nicht ausreicht, besteht eine Regelungslücke.

Um den Erfolg eines beruflichen Wiedereinstiegs zu sichern, müssen Kollegen, Vorgesetzte und Familienangehörige in den beruflichen Rehabilitationsprozess mit einbezogen werden.

Sofern eine berufliche Eingliederung in ein neues Tätigkeitsfeld erforderlich ist, geht es von der Berufsfindung mit der Erarbeitung eines geeigneten Berufsbildes über die Suche nach passenden Praktikumsbetrieben bis hin zu konkreten Hilfestellungen bei Problemen am Arbeitsplatz. Nach einer Standortbestimmung und ausführlichen Diagnostik sind frühzeitige Arbeiterprobungen und berufliches Training in Betrieben wesentliche Elemente. Dabei werden die Anforderungen schrittweise und behutsam gesteigert, um das Leistungsvermögen nachhaltig zu entwickeln und zu stabilisieren. Wenn dabei eine Ausbildung oder Umschulung erfolgt, muss der Integrationsbegleiter in engem Austausch mit den Ausbildern stehen und mit diesen Strategien zur Kompensation der Leistungsbeeinträchtigungen erarbeiten.

Wenn ein neuer, geeigneter Arbeits- oder Ausbildungsplatz benötigt wird, muss dieser im Regelfall gesucht werden. In der Arbeitsvermittlung von leistungsgewandelten Menschen erfahrene Dienstleister verfügen

meist über ein spezielles Integrationsportal für eine erleichterte Arbeitsplatzsuche. Ebenso benötigen sie viel Erfahrung in der Akquise von Nischenarbeitsplätzen. Das InArbeit-Integrationsportal der InReha führt ein automatisches Matching durch und zeigt den Bewerbern tagesaktuell passende Arbeitsplätze aus allen Stellensuchportalen an (www.inarbeit.inreha.net). Gleichzeitig ermöglicht es online eine Unterstützung der Bewerber in jeder benötigten Dosierung. Nicht zuletzt gewährt das Portal eine ständige Übersicht und Kontrolle im Bewerbungsverfahren.

Um den Erfolg eines beruflichen Wiedereinstiegs zu sichern, müssen Kollegen, Vorgesetzte und Familienangehörige in den beruflichen Rehabilitationsprozess mit einbezogen werden. Auch

die Verarbeitung der Unfallfolgen ist vom ganzen Umfeld zu leisten. Auch dabei – und eben nicht nur bei der reinen beruflichen Eingliederung – muss ein Integrationsbegleiter von schwer Unfallverletzten seine Unterstützung anbieten.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität in der Integrationsbegleitung von Unfallverletzten ist stark durch die unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge und Zielvorstellungen der jeweiligen Auftraggebenden Stellen gekennzeichnet. Je nachdem, ob die Leistung durch eine Rentenversicherung, Arbeitsagentur, Berufsgenossenschaft oder private Haftpflichtversicherung beauftragt ist, können die Orientierung an Teilhabe- oder Wirtschaftlichkeitszielen oder verfügbare Zeitressourcen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Aber auch innerhalb der Organisationen bestehen höchst unterschiedliche Vorgehensweisen, von denen abhängt, welches Ergebnis beim Unfallverletzten am Ende ankommt.

Eine erfolgversprechende Integrationsbegleitung von „komplexen Fällen“, die eine besonders intensive Betreuungsdichte benötigen, erfordert ein Leistungsträger-übergreifendes Management. Die Bestimmung, wann eine solche Komplexität vorliegt – nach weltweiten Erfahrungen betrifft dies nur etwa 5 % der Reha-Fälle, macht aber rund 80 % aller Reha-Kosten aus – hat große Bedeutung für ein effizientes Handeln. Es wird angeregt, den Anspruch auf eine entsprechende Leistung zum „Trägerübergreifenden Teilhabemanagement“ bei Komplexfällen im SGB IX aufzunehmen.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2013): ABC Behinderung & Beruf, Handbuch für die betriebliche Praxis
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Auflage
- DGVU Spitzenverband (2014): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden
- DVfR-Kongress „Inklusion braucht Rehabilitation – Wege zur Teilhabe“, 23./24. Oktober 2014, Berlin, Diskussionsergebnisse Workshop 8 Individuelles Teilhabemanagement, Leitung: Dr. F. Mehrhoff
- InReha GmbH (2016): Wohnortnahe Integrationsbegleitung für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (Informationsprospekt), Hamburg
- Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H. M., Jacobs, A. & Kasproski, D. (2000): „Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation“, Rehabilitation 39, S. 297–306
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Vogel, H., Wolf, H.-D. & Neu-



derth, S. (2012): Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, Universität Würzburg, 3. Auflage

Mehrhoff, F. & Ekkernkamp, A. (1999): „Traumatologen und Berufsgenossenschaften – Partner auch in Zukunft?“ in: Trauma Berufskrankh. 1, S. 443–447

Menzel-Begemann, A. (2016): „Aktivitäten orientiert vorbereiten auf das, was Beteiligte nach der medizinischen Reha erwartet“, Vortrag, Dreiländertagung Neuropsychologie 2016, Würzburg

Persson, H. (2014): „Professionelles Rehamanagement – Der Rehadienst als Partner für Unfallopfer und eintrittspflichtige Haftpflichtversicherer“, in: Case Management 2/2014, S. 77–81

von Rosenstiel, L. (2006): „Die Bedeutung von Arbeit“ in: Schuler, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Personalpsychologie, Hogrefe, Göttingen, S. 15–44

Wiedmann, K. D. (1998): „Probleme und Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung“ in: Kasten E., Schmid, G. & Eder,

R.: Effektive neuropsychologische Behandlungsmethoden, Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, S. 322–344

Hendrik Persson

Geschäftsführer InReha GmbH, Hamburg
hendrik.persson@inreha.net



Anett Reimann

Koordinatorin im Rehamanagement
InReha GmbH, Wilsdruff
anett.reimann@inreha.net





Christina Stettin

CM auf dem Land – ein Praxisbericht

Die Stadt Amöneburg befindet sich im Landkreis Marburg-Biedenkopf in Hessen. Der vorliegende Artikel beschreibt die Tätigkeiten eines kleinen gemeinnützigen Vereins, der dort angesiedelt ist.

Die Bürgerhilfe Stadt Amöneburg ist eine Abteilung des Vereins „Leben und alt werden in Mardorf und Umgebung e. V.“. Angetreten ist dieser in 2010 gegründete Verein mit dem Ziel, Angebote mit und für ältere Menschen zu entwickeln. Für die Bürgerhilfe wurde ein Konzept entwickelt, das drei Jahre, von Dezember 2012 bis November 2015, aus Landesmitteln sowie Mitteln der Pflegekassen gefördert und wissenschaftlich begleitet erprobt wurde. Es beinhaltet u. a. eine Basisschulung für engagierte Menschen, die sich für andere einsetzen möchten. Nach dieser Schulung werden sie in Haushalte vermittelt, in denen Personen leben, die oft (noch) keine professionelle Hilfe benötigen. Es geht dabei um Begleitungen zum Arzt, den gemeinsamen Einkauf, Hilfe im Haushalt, die Entlastung pflegender Angehöriger. Die Pflegekassen haben das Angebot nach § 45 SGB XI anerkannt. Die Helfenden erhalten eine Aufwandsentschädigung. Die Refinanzierung der Arbeit erfolgt über die Differenz zwischen den Aufwandsentschädigungen der Helfer/innen und der Summe, die den Kassen in Rechnung gestellt wird sowie durch eine Förderung der Kommune, des Landkreises und der Pflegekassen nach § 45 SGB XI.

Wie kommen Klienten zu uns?

Neben einer guten Öffentlichkeitsarbeit in der regionalen Presse (die immer wieder über den Projektverlauf berichtete) ist die Bürgerhilfe auch bekannt, weil wichtige Multiplikatoren im Verein aktiv sind. Der Senioren-

beauftragte der Stadt ist Vereinsvorsitzender, die Vorsitzende des Seniorenbeirates und stellvertretende Ortsvorsteherin ist die 2. Vorsitzende. Ebenfalls im Vorstand sind Personen, die ehrenamtlich im Verwaltungsrat der katholischen Kirchengemeinde tätig sind. Sie alle tragen die Idee der Bürgerhilfe in die Bürgerschaft, in andere Vereine und Gremien und so gibt es nicht selten von ihnen Hin-

weise auf Beratungs- und Hilfebedarf. Dann ist es Aufgabe der Koordinationskraft, auf die Menschen zuzugehen und nachzufragen, ob Unterstützung gewünscht wird.

Vor der Vermittlung steht die Hilfeanfrage, die eingangs meist eine ausführliche Beratung, in Einzelfällen aber auch Case Management erfordern. Die Fälle beginnen meist mit einer Erstberatung, das Verfahren hin-

Fallbeispiel:

Anfrage eines entfernten Verwandten eines hochbetagten Ehepaares, dieses brauche Unterstützung. Der Verwandte hat bereits mit dem Ehemann gesprochen und dieser hat zugestimmt, dass ich ihn aufsuche. Die Ehefrau, 87-jährig, ist nach einem Sturz erst im Krankenhaus, dann in der Reha. Das Ehepaar ist kinderlos und hat kein unterstützendes soziales Hilfenetz. Die Entlassung stand an für das Wochenende und der Ehemann ist völlig überfordert. Zu dem körperlichen Hilfebedarf kommt eine vorher tabuisierte Demenz. Es gibt bereits eine Eileinstufung in die Pflegestufe 1, die in der Reha angeschoben wurde. Wie es aber dann zuhause weitergehen kann, ist nicht geklärt. Im ersten Kontakt mit dem 92-jährigen Ehemann wird besprochen, welche Unterstützung für die erste Zeit nach der Entlassung einzuleiten ist. Ein Kurzzeitpflegeplatz, den er zuerst favorisiert, ist so kurzfristig nicht zu finden. Stattdessen wird ein Pflegedienst für einen täglichen Besuch zur Unterstützung bei der Grundpflege und eine Helferin für die Hauswirtschaft und Betreuung gefunden. Hilfsmittelrezepte werden angefordert, Essen auf Rädern bestellt und Krankengymnastik angemeldet. Die Ehefrau kommt am Samstag nach Hause. Am Montag darauf findet der nächste Hausbesuch statt. Die Eheleute haben noch ihre Mühe, mit der neuen Situation klarzukommen. Es war vorher nicht bekannt, dass Inkontinenzmaterial gebraucht wird. Das wird auf den Weg gebracht. Deutlich wird die dementielle Erkrankung: Die Ehefrau lehnt erst mal die Unterstützung vollständig ab, gleichzeitig kann sie aber das Sofa nicht alleine verlassen. Mittlerweile, nach ca. zwei Monaten, ist die Situation gut geklärt. Die Pflegestufe bleibt, die Hilfen werden angenommen und als entlastend erlebt. Der Ehemann ist erleichtert, weil ihn diese anstrengende Zeit doch sehr mitgenommen hatte. Dank der KG ist die Beweglichkeit wieder deutlich verbessert. Mittlerweile besteht eine gute Vertrauensbasis. Auch der Hinweis auf Themen wie Vorsorge darf gegeben werden, ohne auf Ablehnung zu stoßen.