

aktuell

Bayerischer Gemeindeunfallversicherungs-
verband (Bayer. GUVV)

Bayerische Landesunfallkasse (Bayer. LUK)

Ungererstraße 71 • 80805 München
Postanschrift: 80791 München
Tel. 089/36093-0 • Fax 089/36093-135

www.bayerguvv.de • www.bayerluk.de

Ihre Internetadressen für Information und
Service rund um die gesetzliche Unfallversicherung

Der Mensch
im Mittelpunkt

Mittelpunkt

Prävention



Rehabilitation

Entschädigung

Informationen und Bekanntmachungen zur kommunalen
und staatlichen Unfallversicherung in Bayern



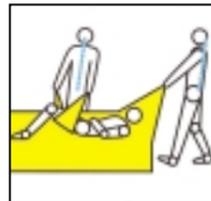
Europäisches Jahr
der Menschen mit
Behinderungen 2003



Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband
Bayerische Landesunfallkasse

» EDITORIAL

SEITE 3



» PRÄVENTION

SEITE 6 – 13

- Projekt: Rückengerechter Patiententransfer
- Die neue „Grenzwerteliste 2003“ des BIA
- Verbandbuch (GUV – I 1511.1)
- Knifflige Fragen zum Thema „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“

» RECHT & REHA

SEITE 14 – 33

- Leben mit Behinderung. Interview mit der Bayer. Sozialministerin Christa Stewens zur Aktion „NA UND!“
- Sporttherapie
- Eine Chance für junge Menschen
- Neurologische Frührehabilitation
- Computergestützte Teletherapie
- Der lange Weg zurück ins Leben

» INTERN

SEITE 34 – 35

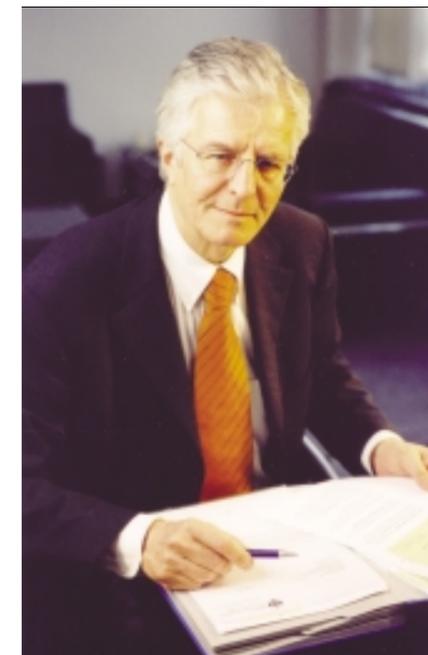
- Fachtagung des BUK zur „Integration schwer verletzter Kinder und Jugendlicher“
- Erfolgreiche Bildungsmesse DIDACTA 2003
- Wahlhelfer sind kostenlos unfallversichert
- Bekanntmachungen: Sitzungstermine



» IM BLICKPUNKT

SEITE 4 – 5

Psyche und Trauma – Betreuung von Versicherten nach psychisch belastenden Ereignissen

Liebe Leserin,
lieber Leser,

das Jahr 2003 wurde vom Rat der Europäischen Union zum „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ ausgerufen, um die Rechte behinderter Menschen und deren Akzeptanz in der Gesellschaft in den Blickpunkt der Öffentlichkeit zu rücken. Über das ganze Jahr verteilt werden Aktionen und Veranstaltungen stattfinden, die darauf abzielen, die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, auf ihre Diskriminierungen hinzuweisen, ihre Rechte zu stärken sowie die Zusammenarbeit aller Beteiligten wie Sozialpartner, gemeinnützige Organisationen, Interessengemeinschaften u. Ä. zu verbessern. Vor allem geht es darum, Menschen mit Behinderungen in ihren Besonderheiten zu akzeptieren und – weg von dem Bild der Fürsorglichkeit und des Mitleids – sie als selbständige und wertvolle Mitglieder unserer Gesellschaft zu betrachten.

Das 2001 in Kraft getretene Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – hat hierbei schon eine neue Orientierung der Behindertenpolitik gebracht. Statt „beruflicher und sozialer Rehabilitation“ sprechen wir seitdem von „Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft“. Im Jahr 2002 wurde außerdem in Deutschland ein neues Gleichstellungsgesetz verabschiedet und noch in diesem Jahr wird auch in Bayern die rechtliche Stellung von Menschen mit Behinderungen durch ein Gesetz verbessert (siehe Interview mit Frau Staatsministerin Stewens).

Um allerdings die Begriffe und rechtlichen Gegebenheiten mit Leben zu erfüllen, muss noch einiges getan werden. Barrieren müssen abgebaut werden, z. B. im Straßenverkehr, in der beruflichen Integration, in der Kommunikation (Stichwort: barrierefreies Internet), vor allem aber in den Köpfen nicht behinderter Menschen in unserer Gesellschaft. Vorbehalte, Unwissenheit und Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen sind der Grund, warum die Begegnung im Alltag zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen manchmal so schwierig ist. Nicht nur medizinische Versorgung und technische Hilfeleistung sind entscheidend, sondern auch die Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen in ihrem Anderssein und ihrer Individualität. Dies lässt sich nicht mit den notwendigen Quoten für Schwerbehinderte erreichen, sondern erst in einem sicherlich mühsamen Prozess einer Veränderung des Bewusstseins.

Hier ist auch die gesetzliche Unfallversicherung gefragt. Bei jährlich über 210.000 Unfällen allein in unserem Verantwortungsbereich in Bayern sind wir in besonderer Weise mit Einzelschicksalen befasst, wenn auch der größte Teil der Unfälle zum Glück nicht zu dauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Wir werden daher im Jahr 2003 aus Anlass des „Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen“ unser besonderes Augenmerk auf Fragen der Rehabilitation schwer Unfallverletzter sowie auf spezielle Therapieformen richten. Das Ihnen vorliegende Schwerpunktheft der Mitgliederzeitschrift *UV aktuell* lässt hierzu Experten und Betroffene zu Wort kommen und möchte damit einen Beitrag zur besseren Versorgung von Unfallopfern leisten.

Ihr

Dr. Hans-Christian Titze
Geschäftsführer des Bayer. GUVV
und der Bayer. LUK

„Unfallversicherung aktuell“ – Informationen zur kommunalen und staatlichen Unfallversicherung in Bayern. Mitteilungsblatt des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes und der Bayerischen Landesunfallkasse Nr. 3/2003 (Juli/August/September 2003). „Unfallversicherung aktuell“ erscheint quartalsweise und geht den Mitgliedern kostenlos zu. Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit Zustimmung der Redaktion und Quellenangabe.

Inhaber und Verleger: Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband (Bayer. GUVV), Körperschaft des öffentlichen Rechts, und Bayerische Landesunfallkasse (Bayer. LUK), Körperschaft des öffentlichen Rechts
Verantwortlich: Direktor Dr. Hans-Christian Titze
Redaktion: Referat Öffentlichkeitsarbeit, Ulrike Renner-Helfmann, Tel. 0 89/3 60 93-1 19, Fax 0 89/3 60 93-3 79
Anschrift: Bayer. GUVV/Bayer. LUK, Ungererstr. 71, 80805 München, Tel. 0 89/3 60 93-0, Fax 0 89/3 60 93-1 35
Internet: www.bayerguvv.de und www.bayerluk.de
E-Mail: oea@bayerguvv.de und oea@bayerluk.de
Bildnachweis: GUVV Titel, S. 15, S. 32 – 34, Coach Communication, Eichenau bei München S. 16, Sauro Porta S. 3, S. 14 – 15, UKPT S. 5, Lüftner S. 18 – 21, Hegau-Jugendwerk S. 23 – 26, Gaál S. 30
Gestaltung: Studio Schübel Werbeagentur, Hedwigstr. 3, 80636 München
Druck: Heller & Partner, Possartstraße 14, 81679 München

Impressum

Psyche und Trauma

Betreuung von Versicherten nach psychisch belastenden Ereignissen

Extreme Ereignisse können bei den Betroffenen nicht nur zu körperlichen, sondern auch zu psychischen Schäden führen. Raubüberfälle in Sparkassen, Übergriffe von Patienten im Gesundheitsbereich, sehr schwere Verkehrsunfälle, belastende Einsätze im Rettungsbereich bzw. bei den Feuerwehren, sexueller Missbrauch oder Übergriffe von gewaltbereiten Personen und andere Ereignisse können u. U. ernsthafte Lebenskrisen hervorrufen.

Man spricht von einem psychischen Trauma (griech. *Trauma* = Wunde), also von einer Verwundung der Psyche, deren Verletzungen nicht sichtbar sind, die aber beispielsweise bei schweren Verkehrsunfällen auch mit körperlichen Verletzungen einhergehen können. Glücklicherweise bleiben solche Traumata die Ausnahme, aber da das plötzliche und unerwartete Auftreten für traumatische Ereignisse charakteristisch ist, kann es jeden treffen.

Trauma durch Gewalt an Schulen

Drastisch vor Augen geführt wurde uns dies durch die Vorkommnisse am Gutenberg-Gymnasium in Erfurt und an der Wirtschaftsschule in Freising. In Freising drang ein ehemaliger Schüler bis in das Direktorat vor, erschoss dort den Schuldirektor und verletzte einen weiteren Lehrer. Einige der Angestellten und der Schüler waren unmittelbar Augenzeuge der Tat. Die Polizei wurde verständigt, Feuerwehr und Rettungskräfte machten sich bereit. Auch ein Kriseninterventionsteam mit Psychologen kam zum Tatort, um betroffene Schüler, Lehrer und Eltern zu betreuen.

Bis jedoch Rettungskräfte vor Ort waren und die Situation entschärfen konnten, erlebten die Schüler, Angestellten und Lehrer eine sehr unsichere, extremen Stress erzeugende Situation. Die Wahrnehmung der eigenen Hilflosigkeit, das Gefühl extremer Unsicherheit und das Unvermögen, auf die Situation Einfluss nehmen zu können, verschlimmerten das Geschehen zusätzlich.

Die Reaktionen der Schüler, Lehrer und Angestellten auf das Gewalterlebnis waren sehr unterschiedlich. Der Schock saß tief, und manchmal kam es erst nach Tagen oder Wochen zu einer Reaktion, da man anfangs gar nicht begreifen konnte, was geschehen war.

Bei einigen Beteiligten kam es zu „akuten Belastungsreaktionen“, die ihre Ursache in der intensiv erlebten Todesangst, Hilflosigkeit und dem Schock über das Erlebte hatten. Der Körper und die Psyche reagierten auf die extreme Erfahrung. In der ersten Phase unmittelbar nach dem Ereignis traten körperliche Symptome wie Herzrasen, Schweißausbrüche, Zittern, Atemnot und Übelkeit auf; nach einigen Tagen in einer zweiten Phase auch Schlafstörungen (Alpträume), Kopfschmerzen, Verspannungen oder auch Essstörungen (Appetitlosigkeit oder Heißhunger).

Manche Schüler zeigten sich nach dem Ereignis verstört und zogen sich zurück, andere reagierten aggressiv oder überempfindlich. Bilden sich solche körperlichen und psychischen Symptome nach einiger Zeit nicht zurück bzw. können sich die Betroffenen nach Gesprächen

mit Eltern, Freunden und Fachtherapeuten nicht stabilisieren, kann sich eine so genannte „posttraumatische Belastungsstörung“ entwickeln.

Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung (nach dem Diagnoseschlüssel der WHO):

- Erleben eines Traumas (d. h. Erleben oder Beobachten von Ereignissen, in denen potenziell oder tatsächlich eine Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen geschieht)
- unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma (ein immer wieder Durchleben der Situation)
- Vermeidungsverhalten (Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die mit dem Ereignis zusammenhängen) und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand (Unfähigkeit, sich an das Ereignis erinnern zu können, Niedergeschlagenheit)
- anhaltende physiologische Übererregung (Überdrehtheit, Schreckhaftigkeit, innere Unruhe)
- Andauern dieser Symptome länger als einen Monat

Der Bayer. GUVV hat allen Schülern und Angestellten eine psychologische Betreuung durch Fachtherapeuten angeboten; zum Teil war sogar ein stationäres Heilverfahren in einer Fachklinik erforderlich. Die meisten Schüler und Angestellten haben die Krise in Freising bewältigt, wenn auch nicht vergessen. Einige wenige Betroffene sind allerdings immer noch in psychotherapeuti-



scher Behandlung, deren Kosten der Verband trägt. Zudem werden die Betroffenen regelmäßig nachbetreut.

Möglichst umgehende Betreuung durch gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist in solchen Fällen gefordert, möglichst umgehend eine psychologische Betreuung bzw. Nachsorge sicherzustellen. Zudem soll mit allen geeigneten Mitteln den Betroffenen geholfen werden, ihre psychische Stabilität wiederherzustellen und sie in Beruf und Schule wieder einzugliedern. Dies geschieht zum einen durch die Kriseninterventionsteams, die bei Großereignissen gemeinsam mit den Rettungskräften vor Ort erscheinen, zum Teil auch durch ausgebildete Ersthelfer aus dem Unternehmensbereich (z. B. bei den Sparkassen) oder durch Notfallseelsorger. In der weiteren Betreuung wird man jedoch in der Regel ohne kompetente Psychologen/Psychotherapeuten mit Erfahrung in Traumatologie nicht auskommen. Diese werden vom Verband bei entsprechendem Bedarf vermittelt. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass bei frühzeitig einsetzender Nachsorge – möglichst schon am Unfallort – eine Chronifizierung von Belastungsreaktionen vermieden werden kann. Deshalb

wird derzeit unter Mitarbeit des Verbandes im Arbeitskreis „Psyche und Trauma“ beim Bundesverband der Unfallkassen (BUK) ein Nachsorgekonzept erarbeitet, das unmittelbar nach einem extremen Ereignis einsetzen soll. Bei einer adäquaten Nachsorge übernehmen der Bayer. GUVV/die Bayer. LUK die Kosten einer notwendigen psychotherapeutischen Behandlung. Diese beginnt in einer ersten Stufe unmittelbar nach dem Ereignis durch zugelassene Psychologen/Psychotherapeuten oder Erstversorger aus dem nichtpsychotherapeutischen Bereich mit Qualifikationen oder Erfahrungen im Bereich psychischer Hilfen nach Unfällen (z. B. Notfallseelsorger, SEK-Teams oder ähnliche Fachinstitutionen). Danach können weiterführende psychotherapeutische Maßnahmen (z. B. Verhaltenstherapie, Gesprächs- und Angstbewältigungstherapien) durchgeführt werden, für die ebenfalls vom Verband die Kosten übernommen werden. Die behandelnden Therapeuten müssen qualifizierte Psychotherapeuten oder Psychologen sein, die über eine Zusatzausbildung in Traumatherapie verfügen. Diese können vom Verband vermittelt werden. Der angesprochene Arbeitskreis baut dafür ein bundesweites Netz auf. Voraussetzung hierzu ist aber, dass das Unfall-

ereignis sofort dem Bayer. GUVV bzw. der Bayer. LUK gemeldet wird, denn nur dann ist es möglich, umgehend die notwendigen Maßnahmen zu veranlassen.

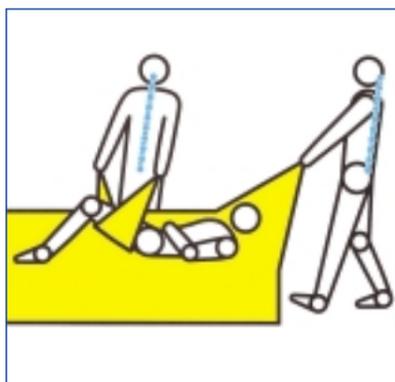
Fachliche Beratung im Mittelpunkt

Seit einiger Zeit arbeitet der Verband eng mit der Trauma-Ambulanz der Ludwig-Maximilians-Universität in München unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Butollo zusammen. Zur Behandlung traumatisierter Versicherter, aber auch zur Beratung des Verbandes konnte Herr Dipl.-Psych. Dr. Markos Maragkos vertraglich verpflichtet werden. Parallel dazu hat der Verband mit dem Bayerischen Schulpsychologinnenverband zur Erarbeitung weiterer Maßnahmen Kontakt aufgenommen. Des Weiteren wird eine Vernetzung mit Polizeibehörden, ärztlichen Verbänden und dem Kultusministerium angestrebt.

Auch Polizeibehörden, Kliniken, Trauma-Ambulanzen, Sparkassenverbände, Feuerwehrunfallkassen, der Schulpsychologinnenverband usw. haben eigene Konzepte entwickelt, die gute Ansätze bieten. Notwendig ist es nun, die verschiedenen Vorschläge zu koordinieren, um schnelle und unbürokratische Hilfe für die Betroffenen möglich zu machen. Der Verband hat sich dieser Aufgabe gestellt und versucht, die verschiedenen Gesprächspartner an einem Tisch zu versammeln. „Nicht Konkurrenz, sondern Kooperation“ lautet dabei die Parole. Parallel dazu wird eine CD-ROM vom BUK herausgegeben, die Zusatzinformationen für alle Beschäftigungsgruppen der öffentlichen Unfallversicherungsträger enthalten wird. Außerdem stehen beim Verband geschulte Mitarbeiter zu diesem Thema zur Verfügung.

Autorin:

Ursula Keim, Fachberaterin für berufliche Rehabilitation im Geschäftsbereich Rehabilitation und Entschädigung beim Bayer. GUVV



Projekt

„Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege“

- **Neu: Instruktorienkurse für den Bereich Altenpflege**
- **Erfahrungsaustausch für Instruktoren**

Nach 21 Instruktorienkursen, die vom Verband seit 1999 angeboten und durchgeführt wurden, stehen nunmehr bayernweit rund 340 ausgebildete Instruktoren für die Weitervermittlung und Fortentwicklung des Trainingsprogramms zu rückengerechtem

Arbeiten in der Pflege zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 133 Kliniken in kommunaler und staatlicher Trägerschaft (von insgesamt 230), sodass statistisch gesehen in den beteiligten Häusern je zwei bis drei Instruktoren aktiv tätig sein könnten.

Zur Umsetzung

Die Aufsichtspersonen des Verbandes wissen über gezieltes Nachfragen und andere Rückmeldungen aus den Krankenhäusern, dass die vorstehend genannten Zahlen nicht darüber hinwegtäuschen können, dass es in der Praxis erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Umsetzung und des erreichten Standes der Implementierung dieses Trainingsprogramms samt zugrunde liegenden Prinzipien und Techniken gibt. In vielen Häusern arbeiten Instruktoren aus der Pflege, Physiotherapie und Krankenpflegeschule als interdisziplinäres Team sehr gut zusammen. Dabei werden die speziellen und berufsspezifischen Kompetenzen dieser Personen bei den Mitarbeiterschulungen, in der Praxisbegleitung sowie für Beratungen zu Lösungen von Einzelproblemen aus den verschiedenen Pflege- und Funktionsbereichen recht geschickt und effizient genutzt. In solchen Häusern hat das Programm sowohl auf der Mitarbeiterebene als auch auf der Führungsebene einen hohen Stellenwert, ist in die täglichen Arbeitsabläufe integriert und ist zum festen Bestandteil der innerbetrieblichen Aus- und Fortbildung sowie der Krankenpflegeausbildung geworden.

Mindestens ebenso viele Häuser sind von einem derartigen Umsetzungsstand noch weit entfernt oder bemühen sich gerade in einem zweiten Anlauf darum. In einigen wenigen Häusern sind die Aktivitäten nach ein bis zwei Kursen eingeschlafen. Sucht man nach den Ursachen, so zeigt sich regelmäßig, dass es nicht an der Qualität und dem Engagement der Instruktoren oder an mangelnder Praxistauglichkeit oder Akzeptanz des Programms bei den Pflegekräften liegt. Vielmehr hängt der Erfolg eines solchen Projekts zur innerbetrieblichen Umsetzung in erster Linie von dem Stellenwert ab, den die Führungsebene, vor allem die Pflegedienstleitung, diesem einräumt. Fehlt es an der erforderlichen Unterstützung, auch im Sinne von Fördern und Einfördern, und demzufolge meist auch an einem durchdachten Konzept, so ist das Scheitern absehbar.

Der Blick voraus

Der Verband wird nach zwei Kursen im März/April dieses Jahres die Instruktorienkurse für den Krankenhausbereich vorläufig aussetzen. Es soll nunmehr verstärkt bei Außendienstterminen in Krankenhäusern sowie in Seminaren für Führungskräfte (Pflege-

dienstleitungen) die Verfestigung und weitere Entwicklung dieses Präventionsprogramms in den Häusern thematisiert, verfolgt und ggf. unterstützt werden. Dazu sollen auch die weiterhin angebotenen Seminare zum Erfahrungsaustausch für aktiv als Instruktoren eingesetzte Personen einen Beitrag leisten.

Auch wenn die Wiederaufnahme von Instruktorienkursen für den Krankenhausbereich, allerdings unter anderen finanziellen Rahmen- bzw. Förderbedingungen, bei entsprechender Bedarfslage zukünftig nicht ausgeschlossen wird, muss mittelfristig angestrebt werden, dass sich dieses Programm in der Krankenhauslandschaft neben anderen Pflegekonzepten (z. B. Kinästhetik) auf Dauer einen Platz erobert. Dazu ist es erforderlich, innerhalb der Häuser geeignete Strukturen zu schaffen, mittels derer das Programm in Eigenregie kontinuierlich angeboten, weiterentwickelt und in den Betrieb integriert werden kann. Vielleicht gibt es in näherer Zukunft auch professionelle Anbieter auf dem Markt, die für eine strategische und fachliche Projektbetreuung und -begleitung in den Häusern in Betracht kommen.

Projekt



Altenpflegekräfte als neue Zielgruppe

Die zuständige Fachabteilung beim Verband möchte im Jahr 2004 damit beginnen, das Präventionsprojekt auf den Bereich der Altenpflegeeinrichtungen auszuweiten. Vorab wird noch im Jahr 2003 ein ausgewählter Expertenkreis bei einem eintägigen Treffen (Workshop) prüfen, inwieweit das bestehende Trainingsprogramm unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen und Besonderheiten der Altenpflege unverändert, ggf. geringfügig modifiziert für diesen Bereich übernommen werden kann.

Pflegedienstleitungen aus den Altenpflegeeinrichtungen sowie Leitungen von Altenpflegeschulen aus unserem Mitgliedsbereich, die an dem Trainingsprogramm interessiert sind und dieses im Sinne eines Angebots zur individuellen Prävention in die Aus- und Fortbildung von Pflegedienstmitarbeitern übernehmen wollen, können beim Verband ausgewählte Teilnehmer **bis spätestens 1. Dezember 2003 anmelden**.

Es wird als selbstverständlich angesehen, dass dafür nur solche Teilnehmer

ausgewählt werden, die von der Persönlichkeitsstruktur und den fachlich/didaktischen Fähigkeiten her als geeignet angesehen werden, die im Kurs erlernten Prinzipien und Techniken des Programms in hausinternen Schulungen weiterzuvermitteln. Auch wird erwartet, dass vorab von der Leitungsebene Überlegungen zum Einsatz dieser Instruktoren im Rahmen eines hauspezifischen Konzepts angestellt wurden.

bis spätestens 1. März 2004 erbeten. Da die Teilnehmerzahl auf 20 begrenzt ist, kann eine frühe Anmeldung nur von Vorteil sein.

Workshop zum Erfahrungsaustausch von Instruktoren 25. Mai 2004

(9.00 Uhr bis 16.00 Uhr)
Kreiskrankenhaus Wertingen

Instruktorienkurs für den Altenpflegebereich 26. – 30. April 2004

(Beginn Mo. 13.00 Uhr; Ende Fr. 12.00 Uhr)
Bezirksklinikum Regensburg
(Räumlichkeiten des Instituts für Fortbildung und Personalentwicklung)

Kosten und Ansprechpartner

Für beide Veranstaltungen trägt der Verband die Kosten (Fahrt, Unterkunft, Tagegeld) im Rahmen des Bayer. Reisekostenrechts, wobei für weit anreisende Teilnehmer des eintägigen Erfahrungsaustausches durchaus eine Anreise am Vortag mit Übernachtung vertretbar ist.

Instruktorientreffen

Für Instruktoren aus dem Krankenhausbereich bietet der Verband im Jahr 2004 ein eintägiges Treffen zum Erfahrungsaustausch an. **Anmeldungen werden**

Für nähere Informationen bzw. Rückfragen wenden Sie sich bitte an Herrn Bayreuther (Tel. 0 89/3 60 93-1 59/1 60 ggf. -1 39, -1 46).

Wichtiger Hinweis an Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Verwaltungen:

Nicht alle Betriebe in kommunaler und staatlicher Trägerschaft sind im Verteiler unseres Mitteilungsblattes UV aktuell berücksichtigt; das betrifft z. B. Krankenpflegeschulen, Altenpflegeheime und Altenpflegeschulen. Sie werden deshalb gebeten, entsprechende Zielgruppen, insbesondere Leitungen der vorgenannten Einrichtungen, auf diese Seminarangebote besonders hinzuweisen, ggf. durch Zuleitung dieser Ausgabe der UV aktuell oder einer Kopie dieses Artikels. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Die neue „Grenzwerteliste 2003“ des BIA

Ein praktisches Kompendium mit Grenz- und Richtwerten zur Beurteilung von Arbeitsplätzen

Das Berufsgenossenschaftliche Institut für Arbeitssicherheit – BIA – hat im April 2003 den BIA-Report 2/2003 unter dem Titel „Grenzwerteliste 2003“ veröffentlicht und stellt das über 300 Seiten umfassende Werk über das Internet kostenlos zur Verfügung.

Damit wird Unternehmern, Personalräten und den betrieblichen Arbeitsschutzexperten ein wertvolles Hilfsmittel für die Beurteilung von Arbeitsplätzen in Bezug auf chemische, biologische und physikalische Belastungen an die Hand gegeben.

Die aktuellen Grenzwerte, die für die Beurteilung von Belastungen am Arbeitsplatz mit Gefahrstoffen heran-

gezogen werden können, sind in übersichtlicher Form in einer Tabelle zusammengefasst: Diese enthält die MAK- und TRK-Werte aus der TRGS 900, Grenzwerte für die Messung von Stoffen im biologischen Material, also BAT-Werte aus der TRGS 903, sowie die Einstufung für krebserzeugende, erbgutverändernde oder fortpflanzungsgefährdende Stoffe gemäß TRGS 905.

Für Belastungen am Arbeitsplatz, für die noch keine „offiziellen Grenzwerte“ definiert sind, werden Richtwerte mit Empfehlungscharakter aus verschiedenen, teilweise ausländischen Quellen wiedergegeben. So enthält die BIA-„Grenzwerteliste 2003“ unter anderem auch Beurteilungswerte für Innenraumbelastungen.

Das Kompendium beschäftigt sich jedoch nicht nur mit stofflichen Belastungen, sondern will auch für „Biologische Einwirkungen“ und „Physikalische Belastungen“ Bezugsgrößen liefern, die im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung herangezogen werden können. Dazu wird im Kapitel „Biologische Einwirkungen“ dargelegt, wie die Arbeitsplatzbeurteilung vorgenommen werden kann, auch wenn keine Grenzwerte zur Verfügung stehen.

Das Kapitel „Physikalische Belastungen“ liefert Grenzwerte und Erläuterungen zu folgenden Gebieten:

- Lärm
- Vibration
- thermische Belastungen (sowohl Raumklima als auch z. B. Hinweise zur Beurteilung von Temperaturen an berührbaren Oberflächen)
- Strahlung (ionisierende Strahlung, optische Strahlung, elektromagnetische Felder)
- Elektrizität
- mechanische Belastungen (z. B. Richtwerte für Heben und Tragen von Lasten, Grenzwerte für die Krafterwirkung bei Quetschgefahr)

Unter der Internet-Adresse <http://www.hvbg.de/d/bia/pub/rep/repo4/biao203.htm> steht das umfassende Nachschlagewerk zum Download als pdf-Datei zur Verfügung.

Autor:

Dr. Robert Lang, Geschäftsbereich Prävention beim Bayer. GUVV

Verbandbuch (GUV – I 511.1)

Ab sofort kann das Verbandbuch nicht mehr kostenfrei über den Bayer. GUVV bzw. die Bayer. LUK bezogen werden. Wir bitten um Verständnis. Ab sofort können Sie das Verbandbuch u. a. beziehen bei:

Firma S. Preger, Am Bach 7c, 85399 Hallbergmoos
Tel.: (08 11) 32 38, Fax: (08 11) 9 99 48 39, E-Mail: fam.preger@t-online.de

- 1 Verbandbuch € 2,06
- 2 – 5 Verbandbücher € 1,86 / Stück
- 6 – 15 Verbandbücher € 1,75 / Stück
- ab 16 Verbandbücher € 1,65 / Stück

Versandkosten bis 7 Stück € 1,50

Bei den angegebenen Preisen handelt es sich um Bruttopreise, also inkl. MwSt.

Knifflige Fragen zum Thema:

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Das Thema „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ bietet oftmals Anlass für Diskussionen, insbesondere wenn es darum geht, wann und unter welchen Bedingungen Untersuchungen verpflichtend sind und welche Konsequenzen sich für Unternehmer und Versicherte aus ihnen ergeben. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen fallen übrigens nicht nur im Rahmen von Arbeitsverhältnissen an, sondern werden von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auch für Versicherte in bestimmten Ehrenämtern, z. B. für Atemschutzgeräteträger bei den Freiwilligen Feuerwehren vorgeschrieben. Der folgende Artikel beantwortet Arbeitgebern und Beschäftigten/Versicherten besonders häufig gestellte Fragen über die arbeitsmedizinische Vorsorge und liefert wichtige Hintergrundinformationen zum besseren Verständnis der Thematik.

Welchen Sinn haben arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen werden durchgeführt, wenn besondere Unfall- und Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz für die Versicherten durch technische oder organisatorische Schutzmaßnahmen nicht beseitigt werden können. Sie dienen so u. a. dazu,

- Versicherte über Risiken und Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz zu beraten,
- individuelle Eigenschaften wie beispielsweise Vorerkrankungen zu erkennen, die für den Betroffenen zu einer relevanten Erhöhung des persönlichen Risikos durch die Belastungen am Arbeitsplatz führen können, und
- gesundheitliche Folgen der Einwirkungen am Arbeitsplatz möglichst frühzeitig zu erkennen.

So erlauben die Ergebnisse arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen auch Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz.

Welchen Stellenwert hat die arbeitsmedizinische Vorsorge?

Für die Gesundheit am Arbeitsplatz können technische Schutzmaßnahmen einen höheren Stellenwert haben als arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Gelingt es beispielsweise durch Änderungen im Arbeitsverfahren, durch Absaugung oder Lüftung die Gefahrstoffkonzentration in der Luft am Arbeitsplatz so abzusenken, dass Grenzwerte eingehalten werden, so entfällt oft die Notwendigkeit für die Durchführung der

Vorsorgeuntersuchungen. In Bereichen, in denen bestimmte filternde Atemschutzgeräte erforderlich sind, kann beispielsweise auf die arbeitsmedizinische Untersuchung der Mitarbeiter nach dem Grundsatz G 26 „Atemschutzgeräte“ auch dann verzichtet werden, wenn durch den Einsatz gebläseunterstützter Atemschutzgeräte die körperliche Belastung der Mitarbeiter beim Arbeiten unter Atemschutzbedingungen deutlich reduziert wird. Insofern sollte das vorrangige Ziel immer darin gesehen werden, Gesundheitsgefahren und Belastungen am Arbeitsplatz durch technische Schutzmaßnahmen zu minimieren und dadurch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen verzichtbar zu machen.

Welche Regelungen gibt es für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

Im Arbeitssicherheitsgesetz werden dem Betriebsarzt neben verschiedenen Beratungsleistungen für den Unternehmer die Untersuchung, Beurteilung und Beratung der Mitarbeiter aufgetragen, allerdings ohne Angaben zum Untersuchungsumfang und zur Qualifikation des Untersuchenden zu machen. Diesen allgemeinen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen stehen die so genannten speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen gegenüber, die aufgrund staatlicher Verordnungen wie beispielsweise der Röntgenverordnung, der Biostoffverordnung, der Bildschirmarbeitsverordnung oder aufgrund der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedi-

zinische Vorsorge“ GUV-V A4 (bisherige Bezeichnung: GUV o.6) durchgeführt werden. Für diese speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen existieren in aller Regel Untersuchungsgrundsätze, so genannte G-Grundsätze, die Untersuchungsumfang und Fristen ebenso vorgeben wie die Kriterien für die arbeitsmedizinische Beurteilung des Untersuchten. Welche Mitarbeiter für eine bestimmte Vorsorgeuntersuchung in Frage kommen, ist in den so genannten Auswahlkriterien zum jeweiligen Untersuchungsgrundsatz festgelegt (z. B. BG-I 504-26 „Atemschutz“ oder BG-I 504-42 „Infektionsgefahr“).

Derzeit werden in Deutschland rund fünf Millionen spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr durchgeführt. Am häufigsten fallen folgende Untersuchungen an:

Untersuchungsgrundsatz	Anteil am Untersuchungsaufkommen
G 37	Bildschirmarbeitsplätze 23,5 %
G 20	Lärm 17,1 %
G 25	Fahr-/ Steuer- und Überwachungstätigkeiten 15,6 %
G 42	Infektionskrankheiten 14,4 %
G 24	Hauterkrankungen 11,0 %
G 26	Atemschutzgeräte 8,2 %
Verschiedene weitere Grundsätze: insgesamt 10,2 %	

Unter welchen Umständen sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen vorgeschrieben?

Von der Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen kann es abhängen, ob Versicherte für bestimmte Tätigkeiten eingesetzt werden dürfen. Für Träger von Atemschutzgeräten (G 26) oder für Versicherte, die durch Infek-

tionskrankheiten gefährdet sind (G 42), sind beispielsweise arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen als Tätigkeitsvoraussetzung vorgeschrieben.

Verpflichtende Voruntersuchungen

Die rechtliche Grundlage für viele dieser verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen findet sich in der Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Arbeitsmedizinische Vorsorge“: Der Unternehmer darf danach Versicherte, an deren Arbeitsplatz die Auslöseschwelle* für krebserzeugende Gefahrstoffe oder von bestimmten in der Anlage 1 der UVV aufgeführten Gefahrstoffen überschritten ist, nur beschäftigen, wenn fristgerecht Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Das Gleiche gilt für Beschäftigte, bei denen die Auswahlkriterien für bestimmte Tätigkeiten nach Anlage 1 der UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ erfüllt sind. Erforderlich sind generell eine Erstuntersuchung vor Aufnahme der Tätigkeit und sog. Nachuntersuchungen während der Tätigkeit. Auch die zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen sind in der Anlage 1 der UVV definiert.

Ebenso schreiben bestimmte staatliche Verordnungen (z. B. § 37 Röntgenverordnung oder § 15 [1] Biostoffverordnung) arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen als Tätigkeitsvoraussetzung vor.

Freiwillige Vorsorgeuntersuchungen

Im Gegensatz dazu gibt es Untersuchungsgrundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, bei denen es den Unternehmern freisteht, ob sie die Untersuchung anbieten wollen, ebenso wie die Arbeitnehmer frei über die Teilnahme entscheiden können. Im Zuständigkeitsbereich des Bayer. GUVV bzw. der Bayer. LUK handelt sich um folgende Untersuchungsgrundsätze:

- G 4 Arbeitsstoffe, die Hautkrebs oder zu Krebsbildung neigende Hautveränderungen hervorrufen
- G 22 Säureschäden der Zähne
- G 23 Obstruktive Atemwegserkrankungen
- G 24 Hauterkrankungen
- G 25 Fahr-/Steuer- und Überwachungstätigkeiten
- G 41 Arbeiten mit Absturzgefahr

Angebotsuntersuchungen

Daneben gibt eine weitere Gruppe von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die der Unternehmer aufgrund gesetzlicher Regelungen zwar anbieten muss, bei denen es jedoch den Versicherten freisteht, ob sie sich untersuchen lassen möchten: Seit dem Erlass der Bildschirmarbeitsverordnung ist dies beispielsweise bei der Untersuchung nach dem Grundsatz G 37, Bildschirmarbeitsplätze, der Fall. Ähnlich verhält es sich mit Untersuchungen auf Verlangen der Versicherten: Das Arbeitsschutzgesetz sieht generell vor, dass der Arbeitgeber seinen Mitarbeitern auf deren Wunsch hin regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen zu ermöglichen hat, es sei denn, aufgrund der Beurteilung der Arbeitsbedingungen und der getroffenen Schutzmaßnahmen ist nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen.

Welche Folgen hat es, wenn der Unternehmer sich weigert, seinen Beschäftigten bestimmte arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anzubieten?

Die Konsequenzen nicht angebotener und durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen hängen davon ab, ob der Unternehmer dazu verpflichtet ist, die Vorsorgeuntersuchung anzubieten oder gar für deren Durchführung zu sorgen.

Wenn die Untersuchung Tätigkeitsvoraussetzung ist, darf der Unternehmer nur fristgerecht untersuchte Versicherte einsetzen: Er muss dafür sorgen, dass sich die Mitarbeiter rechtzeitig zur Untersuchung vorstellen und auch die notwendigen Konsequenzen ziehen, wenn Versicherte die Untersuchung nicht wahrnehmen.

Die Durchführung dieser Untersuchungen kann nach § 17 SGB VII vom zuständigen Unfallversicherungsträger angeordnet werden. Weigert sich der Unternehmer, Vorsorgeuntersuchungen anzubieten, begeht er nach § 17 UVV

„Arbeitsmedizinische Vorsorge“ eine Ordnungswidrigkeit, für die im Extremfall vom Unfallversicherungsträger ein Bußgeld gemäß § 209 SGB VII verhängt werden kann. Auch wenn der Unternehmer Vorsorgeuntersuchungen, die aufgrund staatlicher Verordnungen als Tätigkeitsvoraussetzung gelten, nicht anbietet, könnte er durch Anordnung dazu gezwungen und im Falle der fortgesetzten Weigerung einem Bußgeldverfahren unterzogen werden. Zuständige Behörde für derartige Zwangsmaßnahmen ist in Bayern die Gewerbeaufsicht.

Welche Folgen hat es, wenn Mitarbeiter sich weigern, an einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen?

Mit arbeitsrechtlichen Folgen muss ein Beschäftigter rechnen, wenn er sich weigert, fristgerecht an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, die aufgrund einer Unfallverhütungsvorschrift oder aufgrund staatlichen Rechts als Voraussetzung für seine berufliche Tätigkeit definiert sind. Zwar kann in unserer Gesellschaft niemand gezwungen werden, sich arbeitsmedizinisch untersuchen zu lassen, aber ohne fristgerechte Untersuchung ist es dann u. U. nicht möglich, bestimmte arbeitsvertraglich geschuldete Tätigkeiten auszuführen. Wenn der Arbeitgeber glaubhaft machen kann, dass ein Ersatzarbeitsplatz im Unternehmen nicht zur Verfügung steht, droht die Kündigung.

Bei so genannten Angebotsuntersuchungen kann der Beschäftigte dagegen in arbeitsrechtlicher Hinsicht folgenlos auf die Teilnahme verzichten.

Welche rechtlichen Folgen können sich aus einer durchgeführten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung ergeben?

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dienen neben der Beratung der Versicherten auch der arbeitsmedizinischen Beurteilung: Der untersuchende Arzt muss aufgrund seiner ärztlichen

Fachkunde und der Vorgaben des jeweiligen Untersuchungsgrundsatzes entscheiden, ob er gesundheitliche Bedenken gegen die Weiterbeschäftigung des Untersuchten an seinem bisherigen Arbeitsplatz äußern muss. Die weitaus meisten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ergeben allerdings die Beurteilung „keine gesundheitlichen Bedenken“.

Nur bei ca. 0,3 % aller Vorsorgeuntersuchungen müssen „dauerhafte gesundheitliche Bedenken“ geäußert werden. „Dauerhafte gesundheitliche Bedenken“ sind dann angebracht, wenn das gesundheitliche Risiko am Arbeitsplatz nicht durch verbesserte Schutzmaßnahmen minimiert werden kann und wenn nicht zu erwarten ist, dass sich der Zustand des Untersuchten so bessert, dass die Bedenken entfallen können. Falls die Bedenken auf einer vorübergehenden Gesundheitsstörung beruhen, können „befristete gesundheitliche Bedenken“ bescheinigt werden und – falls beispielsweise durch Verwendung besonderer Schutzmaßnahmen die gesundheitliche Gefährdung des Betroffenen durch seine Tätigkeit auf ein verantwortbares Maß gesenkt werden kann – kommt die Beurteilung „keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen“ in Frage.

Gesundheitliche Bedenken haben jedoch nicht zwangsläufig ein Beschäftigungsverbot zur Folge. Für die arbeitsrechtlichen Konsequenzen, die sich daraus ergeben, ist entscheidend,

- ob die Untersuchung als Tätigkeitsvoraussetzung am betreffenden Arbeitsplatz zu sehen ist,
- ob die gesundheitlichen Bedenken überwiegend auf individuellen Faktoren des Untersuchten wie beispielsweise auf einer (berufsunabhängigen) Erkrankung beruhen oder
- ob Mängel am Arbeitsplatz im Vordergrund stehen.

Welche Konsequenzen haben gesundheitliche Bedenken bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die eine Tätigkeitsvoraussetzung darstellen?

Beruhend auf Mängeln am Arbeitsplatz, die zu einer Gefährdung von Versicherten führen können, so muss der untersuchende Arzt dem Unternehmer schriftlich die Überprüfung des Arbeitsplatzes empfehlen. Aufgrund seiner Beratungspflichten aus dem Arbeitssicherheitsgesetz wird der Betriebsarzt den Unternehmer auch bei der Auswahl und Einführung geeigneter Schutzmaßnahmen unterstützen.

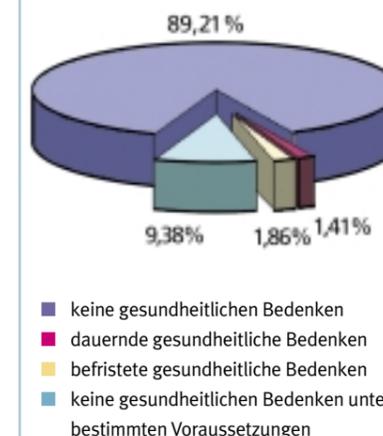
Die weiteren Konsequenzen von gesundheitlichen Bedenken aufgrund mangelhafter Arbeitsplatzverhältnisse sind in § 12 (1) der UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ beschrieben: Eine (Weiter-) Beschäftigung des Untersuchten an seinem Arbeitsplatz ist erst dann möglich, wenn zur Verbesserung der Arbeitsplatzverhältnisse Maßnahmen nach dem Stand der Technik ergriffen wurden, die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft wurde und die gesundheitlichen Bedenken nicht mehr bestehen. Auch andere Versicherte dürfen an dem Arbeitsplatz nur dann eingesetzt werden, wenn feststeht, dass sie durch Schutzmaßnahmen nach dem Stand der Technik ausreichend geschützt sind.

Ergeben sich jedoch die gesundheitlichen Bedenken aus individuellen Faktoren beim Untersuchten, so erfolgt eine intensive persönliche Beratung durch den ermächtigten Arzt, deren wichtigste Punkte für den Untersuchten schriftlich zusammengefasst werden sollten. Ein Beschäftigungsverbot ergibt sich in diesem Fall nicht zwangsläufig: Der Versicherte soll prinzipiell nach eingehender Beratung selbst darüber entscheiden können, ob er seine Tätigkeit trotz der gesundheitlichen Bedenken weiter fortsetzen möchte. Allerdings kann der Unternehmer aufgrund seiner übergeordneten Fürsorgepflicht gehalten sein, die Fortsetzung der gefährdenden Tätigkeit zu verhindern und den Versicherten – wenn möglich – an einem anderen, weni-

ger gefährlichen Arbeitsplatz einsetzen. Dies ist bei dauernden gesundheitlichen Bedenken dann der Fall, wenn schwere bleibende Gesundheitsstörungen unmittelbar drohen, Dritte konkret gefährdet sind und andere Präventionsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen.

Im Zuständigkeitsbereich des Bayer. GUVV ist die Untersuchung nach dem Grundsatz G 26 „Atemschutz“ diejenige, bei der am häufigsten gesundheitliche Bedenken bescheinigt werden müssen:

Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung G 26 in Deutschland: Prozentuale Anteile der verschiedenen Beurteilungen



(Wir danken Frau Dr. Perlebach, HVBG, für das dargestellte Zahlenmaterial.)

Untersuchungen nach dem Grundsatz G 26 fallen häufig bei Angehörigen Freiwilliger Feuerwehren an, die als Atemschutzgeräteträger eingesetzt werden. Häufiger als bei anderen Untersuchungsgrundsätzen werden dabei „arbeitsmedizinische Bedenken“ ausgesprochen. Dies liegt daran, dass beim Belastungs-EKG im Rahmen der Untersuchung vergleichsweise hohe körperliche Anforderungen an die Untersuchten gestellt werden, um körperliche Belastungen, wie sie im Rahmen von Feuerwehreinsätzen unter Atemschutzbedingungen regelmäßig vorkommen, nachzuahmen. Speziell bei körperlich untrainierten Feuerwehr-Angehörigen müssen – um

* Die Auslöseschwelle ist dann überschritten, wenn der Grenzwert für die Konzentration des Gefahrstoffes in der Raumluft nicht eingehalten wird oder direkter Hautkontakt mit dem Gefahrstoff besteht.

die Betroffenen vor schädlichen Überbelastungen im Einsatz zu schützen und um eine Gefährdung anderer Feuerwehrleute abzuwenden – immer wieder Bedenken ausgesprochen werden. Wenn der Untersuchte allerdings seine Fitness verbessert und sein Gewicht reduziert, kann der ermächtigte Arzt bei der Nachuntersuchung oft seine ursprünglich geäußerten Bedenken zurücknehmen.

Die Untersuchung der Atemschutzgeräteträger gehört zu jenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die Voraussetzung für die gefährdende Tätigkeit sind. Atemschutzgeräteträger sind nämlich beim Feuerwehreinsatz hohen körperlichen Belastungen ausgesetzt, die schwere und dauerhafte gesundheitliche Folgen haben können, wenn bestehende Erkrankungen nicht erkannt oder nicht berücksichtigt werden. Deshalb darf der Kommandant – um seine Fürsorgepflicht gegenüber den ihm anvertrauten Feuerwehrleuten zu erfüllen – den Betroffenen im Falle gesundheitlicher Bedenken nicht als Atemschutzgeräteträger einsetzen.

Welche Konsequenzen haben gesundheitliche Bedenken bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die keine Tätigkeitsvoraussetzung darstellen?

Bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die keine Tätigkeitsvoraussetzung darstellen, darf der Arzt dem Unternehmer ohne das ausdrückliche Einverständnis des Untersuchten das Ergebnis der Untersuchung nicht mitteilen. Es erfolgt jedoch eine gründliche Beratung des Untersuchten über die Gefährdungen am Arbeitsplatz und die erforderlichen Schutzmaßnahmen. Nach dem Beratungsgespräch erhält der Untersuchte die wichtigsten Punkte schriftlich mitgeteilt. Beruhen die gesundheitlichen Bedenken auf unzureichenden Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, so kann der Betriebsarzt seine Erkenntnisse aus der Untersuchung zum Anlass nehmen, den betreffenden Arbeitsbereich im Rahmen seiner Aufgaben nach § 3 Arbeitssicherheitsgesetz zu begehen und dabei dem Unternehmer Vorschläge über

die erforderlichen Schutzmaßnahmen zu unterbreiten, ohne auf die Vorsorgeuntersuchung Bezug zu nehmen und ohne seine Schweigepflicht gegenüber dem Untersuchten brechen zu müssen. Bei gesundheitlichen Bedenken, die in der Person des Untersuchten liegen, bleibt dem Arzt in aller Regel lediglich die Möglichkeit der intensiven Beratung des Betroffenen. Die Entscheidung, welche Konsequenzen aus etwaigen arbeitsmedizinischen Bedenken gegen die Fortsetzung der Tätigkeit zu ziehen sind, obliegt dann prinzipiell allein dem Untersuchten. Lediglich in jenen seltenen Fällen, in denen dem Versicherten selbst oder Dritten durch die festgestellte Gesundheitsstörung Gefahr für Leib und Leben droht, kann der ermächtigte Arzt seine Schweigepflicht brechen, um unmittelbar drohende schwere Folgen abzuwenden. Er riskiert dann zwar im Extremfall ein Gerichtsverfahren wegen eines Verstoßes gegen die ärztliche Schweigepflicht, kann sich aber auf einen rechtfertigten Notstand im Sinne des § 34 Strafgesetzbuch berufen.

Ist es sinnvoll, die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen mittels Betriebsvereinbarung zu regeln?

Wenn die Durchführung von Untersuchungen weder durch die UVV noch durch eine Verordnung vorgeschrieben ist, kann es aus Gründen der Fürsorge gegenüber dem Mitarbeiter, aber auch – speziell im Falle des Grundsatzes G 25 – zum Schutz Dritter sehr sinnvoll sein, eine Betriebsvereinbarung zwischen Unternehmer und Personalvertretung über die Durchführung der Untersuchung abzuschließen. Die Betriebsvereinbarung schafft Klarheit über mögliche Konsequenzen der Untersuchung, beispielsweise dadurch, dass die Untersuchung nach dem Grundsatz G 25 Voraussetzung für die berufliche Nutzung von Kraftfahrzeugen durch die Mitarbeiter des Unternehmens wird. Im Falle gesundheitlicher Bedenken können dann die gleichen Regeln angewendet werden wie bei Untersuchungsgrundsätzen, die in der UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ als Tätigkeitsvoraussetzung definiert sind.

Welche Folgen hat es, wenn Mitarbeiter sich weigern, bestimmte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung vorgesehene diagnostische Maßnahmen durchführen zu lassen?

In der betriebsärztlichen Praxis kommt es gelegentlich vor, dass Mitarbeiter sich weigern, Untersuchungen durchführen zu lassen, die im Rahmen einer erforderlichen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung vorgesehen sind. Auch hier ist das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen zu beachten: Eine Blutabnahme beispielsweise stellt aus juristischer Sicht grundsätzlich eine Körperverletzung dar, die jedoch durch das Einverständnis des Betroffenen gerechtfertigt werden kann.

Wenn der untersuchende Arzt die Ergebnisse einer speziellen im Untersuchungsgrundsatz aufgeführten Untersuchung für seine Entscheidung benötigt, ob er „gesundheitlichen Bedenken“ geltend macht, der Beschäftigte sich aber weigert, sich der Untersuchung zu unterziehen, kann der Arzt keinesfalls eine Bescheinigung mit dem Ergebnis „keine gesundheitlichen Bedenken“ ausstellen. Damit wird die Weiterbeschäftigung des Betroffenen an seinem ursprünglichen Arbeitsplatz in Frage gestellt. Der untersuchende Arzt könnte beispielsweise „befristete gesundheitliche Bedenken“ mit der Anmerkung bescheinigen, dass für die endgültige Beurteilung noch eine Abklärung durch weitere Untersuchungen erforderlich ist, und den Mitarbeiter nochmals kurzfristig zu sich bestellen. Im Extremfall kann dem Unternehmer mitgeteilt werden, dass eine arbeitsmedizinische Beurteilung derzeit nicht möglich ist, da die erforderlichen Untersuchungen nicht durchgeführt werden können. Damit steht der Arbeitgeber vor einer ähnlichen Situation wie bei der vollständigen Verweigerung der Untersuchung durch den Mitarbeiter.

Welche Folgen hat es, wenn der Betriebsarzt bei seiner Untersuchung vom vorgesehenen Untersuchungsumfang abweicht?

Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeunter-

suchungen nach der UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ müssen durch einen ermächtigten Arzt vorgenommen werden. Die Ermächtigung durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften bzw. durch das Bayerische Landesamt für Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik soll neben der ärztlichen Qualifikation und der

apparativen Ausstattung des Arztes auch die Einhaltung der Untersuchungsgrundsätze sicherstellen: Bei der Beantragung der Ermächtigung muss sich der Arzt verpflichten, die Untersuchungsgrundsätze zu befolgen. Weicht er in wesentlichen Punkten vom Untersuchungsgrundsatz ab und reduziert beispielsweise den Untersuchungsumfang oder handhabt er

die arbeitsmedizinischen Beurteilungskriterien sehr „großzügig“, so kann dies die Gültigkeit der dem Unternehmer ausgedienten Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis in Frage stellen und für den Arzt ggf. rechtliche Konsequenzen aufgrund einer Verletzung der beruflichen Sorgfaltspflicht zur Folge haben.

Ein praktisches Beispiel soll dies verdeutlichen:

Feuerwehrangehörige, die als Atemschutzgeräteträger eingesetzt werden, benötigen aufgrund der körperlichen Belastungen durch anstrengende Arbeiten mit dem Pressluftatmer (Atemschutzgerät der Gruppe 3) regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G 26 „Atemschutzgeräte“. Zum vorgeschriebenen Untersuchungsumfang gehört die Überprüfung der Leistungsfähigkeit des Herz-/Kreislaufsystems durch ein Belastungs-EKG unter Einhaltung bestimmter Regeln: Männer unter 40 Jahren werden bei der Ergometrie beispielsweise stufenweise bis zu einer maximalen Herzfrequenz von 170 Schlägen pro Minute belastet und sollen dabei eine Leistungsstufe – gemessen in Watt – erreichen, die dem Dreifachen ihres Körpergewichts (in kg) entspricht. Mindestens müssen jedoch 80 % dieses Sollwertes erreicht werden. So sollte ein 35-jähriger Mann mit einem Körpergewicht von 80 kg bei einer Herzfrequenz von 170/min. rund 240 Watt (mind. jedoch 190 Watt) erbringen. Ab dem 40. Lebensjahr sind die Anforderungen etwas geringer: Ein 80 kg schwerer Mann müsste demnach bei einer Herzfrequenz von 150/min. rund 160 Watt (mind. jedoch 130 Watt) leisten. Wird die geforderte Mindestleistung nicht erreicht und treten während der kontrollierten

Belastung beim Probanden Beschwerden oder krankhafte Veränderungen des EKG oder der Blutdruckregulation auf, so müssen vom untersuchenden Arzt „gesundheitliche Bedenken“ bescheinigt werden. Für Menschen mit Übergewicht ergibt sich ein doppeltes Dilemma: Mit zusätzlichem Ballast – d. h. Übergewicht! – fällt es schon schwerer, die gleiche körperliche Leistung zu erbringen wie ein Normalgewichtiger. Da sich aber die Sollleistung am aktuellen Körpergewicht orientiert, muss der Betreffende „dank seines Übergewichts“ zum Bestehen der Untersuchung eine höhere Leistung erbringen als ohne Gewichtszunahme!

In der Praxis stellt sich damit immer wieder das Problem, dass Feuerwehrleute mit zunehmendem Körpergewicht sowie mäßigem Trainingszustand den Anforderungen der Ergometrie nicht mehr genügen, und damit nicht mehr atemschutztauglich sind. Vereinzelt wird dann beim Belastungs-EKG vom untersuchenden Arzt „ein Auge zugedrückt“ oder im Extremfall ganz auf die Ergometrie verzichtet, ohne dass auf der arbeitsmedizinischen Bescheinigung „gesundheitliche Bedenken“ geltend gemacht werden. In Gesprächen mit Feuerwehrleuten hört man dann auch zuweilen, bei welchem Arzt man die begehrte Bescheinigung bekommt, auch wenn man nicht mehr ganz „olympiareif“ ist Dem Verband werden immer wieder Feuerwehrleute

gemeldet, die im Einsatz oder auf der Atemschutzübungsstrecke Herzinfarkte erleiden und versterben. Diese tragischen Ereignisse führen zu Nachforschungen durch den Unfallversicherungsträger und immer wieder auch zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen, die auf die Frage zielen, ob die Beteiligten, also unter anderem der untersuchende Arzt, aber auch der Kommandant, fahrlässig gehandelt haben und ob diese Fahrlässigkeit Anteil an dem Todesfall hatte.

Wenn der untersuchende Arzt gebotene diagnostische Maßnahmen nicht durchgeführt hat oder aus dem Ergebnis der Untersuchung nicht die im Untersuchungsgrundsatz vorgegebenen Konsequenzen gezogen hat, dürfte es ihm nicht leicht fallen, den Vorwurf der Fahrlässigkeit zu entkräften.

Und der Kommandant? Auch er ist verantwortlich zu machen, zumindest wenn ihm bekannt war, dass die Untersuchung unvollständig durchgeführt wurde, beispielsweise, weil auf das Belastungs-EKG verzichtet wurde. Er darf sich nicht auf die dann mangelhafte ärztliche Bescheinigung berufen, sondern muss dafür sorgen, dass eine Bescheinigung aufgrund einer vollständig und korrekt durchgeführten Untersuchung beigebracht wird, bevor er den Feuerwehrmann als Atemschutzgeräteträger einsetzen kann.

Haben Sie noch Fragen über die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen? Das Referat Arbeitsmedizin und Gesundheitsförderung des Bayer. GUVV steht Ihnen gerne mit weiteren Auskünften zur Verfügung:

Dr. med. R. Lang, Telefon: 0 89 / 3 60 93-146, robert.lang@bayerguvv.de

Leben mit Behinderung

NA UND!

Kampagne der Bayerischen Staatsregierung zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003

Interview mit der Bayerischen Sozialministerin Christa Stewens



Ministerin Stewens im Gespräch mit der Redaktion der UV aktuell

? **Redaktion UV aktuell:** Das Jahr 2003 wurde zum „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ ernannt. Ist es ein weiteres Jubiläumsjahr mit etwas Trubel und Aufsehen, das aber letztendlich wirkungslos bleibt? Wie sehen Sie dies als zuständige Ministerin für Soziales in Bayern?

! **Stewens:** Nein, es soll auf gar keinen Fall wirkungslos bleiben. Wir haben in Deutschland seit Mai 2002 das Gleichstellungsgesetz für Behinderte als Bundesgesetz – und in diesem Jahr wird auch noch das Bayerische Gleichstellungsgesetz verabschiedet, sodass die rechtlichen Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderungen und für chronisch kranke Menschen deutlich verbessert worden sind. Auf diesen Grundlagen sollte sich jetzt auch das Bewusstsein der Bevölkerung für die Belange der behinderten Menschen positiv verändern. Das „Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen“ soll dafür die Initialzündung geben. Allein in Bayern sind von insgesamt zwölf Millionen Einwohnern eine Million Menschen chronisch krank oder leben mit einer Behinderung. Das Bayerische Sozialministerium hat daher das Europäische Gedenkjahr zum Anlass genommen, mit einer speziellen Aktion „NA UND!“ auf die Probleme von behinderten Menschen in unserer Gesell-

schaft hinzuweisen. Wir wollen mit dieser Aktion Barrieren aufbrechen und die Akzeptanz vom „Anderssein“ fördern. Oft begegnen wir ja Rollstuhlfahrern oder Blinden mit Mitleid und einer gewissen Hilflosigkeit. Und deswegen ist es so wichtig, dass wir mehr Normalität schaffen zwischen Menschen mit Behinderungen und ohne Behinderungen. Wir wollen weg von der bloßen Fürsorge und hin zu einem selbstbestimmten Leben. Das war für uns ein wichtiger Gedanke beim Entwerfen unserer Aktion.

? **Redaktion UV aktuell:** Die Aktion „NA UND!“ ist frech und ungewöhnlich. Poppige Symbole und ein offensives Selbstbewusstsein Behindertener sind ihr Markenzeichen: Wollten Sie einfach einmal eine andere Werbestrategie einschlagen?

! **Stewens:** Ja, mit dem Slogan „NA UND!“ wollten wir aufmerksam machen. Die Menschen sollten erst einmal so ein „Aha-Erlebnis“ haben. Ich habe in vielen Gesprächen immer wieder erlebt, dass die Menschen mit Behinderung mit dem Slogan „NA UND!“ überhaupt kein Problem haben. Probleme haben die Menschen ohne Behinderung, weil sie gewohnt sind, sich erst einmal mit Mitleid an die Menschen mit Behinderung zu wenden:



„Na, das ist ein armer Kerl und in dessen Situation möchte ich jetzt nicht unbedingt stecken...“.

Und genau das wollen die Menschen mit Behinderung eigentlich nicht, sondern sie wollen als gleichwertige Mitglieder in unserer Gesellschaft gesehen werden. Dies haben uns die betroffenen Verbände vermittelt, und dies habe ich auch aus Gesprächen mit behinderten Menschen, beispielsweise im Spastikerzentrum in München, erfahren. Diese schwer spastisch kranken Menschen haben mir alle bestätigt, dieses „NA UND!“ zeige ihre Lebenssituation und so wollten sie auch von anderen Menschen behandelt werden. Sie seien normale Mitglieder der Gesellschaft, die durchaus auch ihre großen Fähigkeiten hätten, aber oft verkannt würden. Auf diese Lebenssituation wollen wir aufmerksam machen.

? **Redaktion UV aktuell:** Warum glauben Sie, wurde die Aktion teilweise so kritisiert? Wurde sie einfach falsch verstanden oder waren finanzielle Aspekte ausschlaggebend?

! **Stewens:** Also, wenn ich jetzt an mich selbst denke – ich habe am



„Menschen mit Behinderungen wollen als gleichwertig gesehen werden. Dies vermittelt der Slogan NA UND!“

Anfang auch Probleme gehabt mit dem Slogan „NA UND!“. Ich hatte Bedenken, dass dieses Motto als zu oberflächlich missverstanden wird. Aber die Gespräche mit den Betroffenen haben mich überzeugt. Die gleichen Bedenken haben, glaube ich, viele Menschen, und vor diesem Hintergrund ist auch die Kritik zu sehen.

Im Hinblick auf die finanzielle Seite gab es Vorbehalte unter dem Gesichtspunkt „Alle müssen sparen und ihr gebt noch Mittel für eine Öffentlichkeitskampagne aus!“ Gemessen an den vielen Veranstaltungen flächendeckend in ganz Bayern, verteilt über ein ganzes Jahr hinweg, ist das Geld gut angelegt. Wir sind sehr glücklich, dass es uns gelungen ist, viele Akteure vor Ort zu gewinnen. Gemeinsam mit den Kommunen und Behindertenverbänden sowie den großen freien Trägern der öffentlichen Wohlfahrtspflege können wir bayernweit wirklich ein breites Spektrum an Veranstaltungen organisieren. Für diese hohe Akzeptanz der Kampagne sind wir sehr dankbar. Und – was für mich ganz wichtig ist – es kommen Menschen mit Behinderungen und Menschen ohne Behinderungen zu den Veranstaltungen. Also das Thema, gerade dieses „NA UND!“, reißt offensichtlich schon Vorbehalte in den Köpfen auf, und genau das wollten wir ja erreichen.

? **Redaktion UV aktuell:** Um welche Veranstaltungen handelt es sich konkret?

! **Stewens:** Es gibt ca. 80 Kernveranstaltungen, die von unserem Hause aus unterstützt und bezuschusst werden. Daneben gibt es Großaktionen wie beispielsweise im Günzburger

Legoland. In einem Landeswettbewerb, an dem sich Kinder mit und ohne Behinderungen beteiligen konnten, wurden integrative Lebenswelten entwickelt und Aktionen durchgeführt. Dort entstehen Best-practice-Beispiele. Die Kinder konnten sich z. B. die Frage stellen: Wie könnte ein Kinderspielplatz aussehen, auf dem Kinder mit und ohne Behinderungen miteinander spielen können? Anerkennung für ihr Engagement erhalten die Kinder durch einen gemeinsamen Besuch im Legoland. Weiterer Bestandteil des Aktionsprogramms „NA UND!“ ist eine „Roadshow“ mit 50 Einsätzen an 43 Orten in ganz Bayern. Beworben hatten sich ungefähr 200. Daran sehen Sie, dass das Interesse an Integration und den Zielsetzungen des Europäischen Jahres sehr groß ist. Daneben gibt es mehr als 300 Partnerveranstaltungen vor Ort, die ihre eigenen Aktionen unter dem Logo „NA UND!“ durchführen, wobei ich vermute, dass es im Lauf des Jahres noch sehr viel mehr werden.

? **Redaktion UV aktuell:** Zurück zu den gesetzlichen Vorgaben: Welche konkreten Verbesserungen der Situation der Behinderten wird das Bayerische Gleichstellungsgesetz bringen?

! **Stewens:** Im Bayerischen Gleichstellungsgesetz, das zur Zeit im Landtag behandelt wird, sind wesentliche Verbesserungen geplant, beispielsweise die Verankerung der Barrierefreiheit aller öffentlichen Neubauten sowie die barrierefreie Erreichbarkeit eines Geschosses in Gebäuden mit mehr als zwei Wohneinheiten. Ein ganz wichtiger Aspekt wird auch die Verbesserung der barrierefreien Kommunikation sein,



Beim Besuch im integrativen Kindergarten St. Michael, Berg am Laim: Staatsministerin Christa Stewens und Ministerpräsident Dr. Edmund Stoiber mit Anita Donaubauer, Leiterin eines Arbeitskreises zur Integration behinderter Menschen

! **Stewens:** Das größte Problem war im Bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetz (BayEUG) die Lernzielgleichheit. In dem Moment, wo ich die Lernzielgleichheit als Basis nehme, habe ich natürlich Schwierigkeiten, behinderte Kinder zu integrieren, die vielleicht nicht in allem folgen oder mitmachen können. Diese Barriere im BayEUG ist jetzt beseitigt worden, so dass wir die Integration an bayerischen Regelschulen verbessern können.

NA UND!

z. B. bei den Intranet- und Internetauftritten von Behörden und bei deren Vordrucken oder Bescheiden. Das Gleichstellungsgesetz wird die Lebenswirklichkeit der Menschen mit Behinderung durchleuchten und Barrieren in vielen Bereichen abbauen. Es wird auch einen Landesbehindertenbeirat geben, der zum einen die Behindertenbeauftragte, aber auch die Staatsregierung in der Behindertenpolitik unterstützt und berät. Die Einrichtung von Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderung auf Landes- und kommunaler Ebene wird außerdem gesetzlich verankert.

Insgesamt erwarten wir durch unser Gleichstellungsgesetz wirklich grundlegende Verbesserungen, sei es im Straßenverkehr oder auch bei den modernen Informations- und Kommunikationstechnologien.

? **Redaktion UV aktuell:** Warum ist es dann, wenn die Ansätze eigentlich schon da sind, noch so schwierig, z. B. die Integration von behinderten Kindern in die Regelschule zu erreichen?

Natürlich brauchen wir aber auch weiterhin unsere Förderzentren, unsere Schulen, unsere G-Schulen für geistig Behinderte usw. Denn dort wird den Kindern eine spezifische Förderung zuteil, die die Regelschule so nicht leisten kann. Wir müssen nach wie vor sehr genau differenzieren: Es ist nicht immer und überall Integration möglich.

Manchmal können die Kinder in unseren Förderzentren und in den speziellen Schulen besser nach ihren Fähigkeiten ausgebildet werden und kommen dann im Leben wesentlich besser zurecht.

? **Redaktion UV aktuell:** Nach unseren Rehabilitationsberatern erfüllen weder der Freistaat Bayern noch die Kommunen insgesamt, von Einzelfällen abgesehen, die gesetzliche Quote für die Beschäftigung Schwerbehinderter. Sollte der öffentliche Dienst hier nicht mit gutem Beispiel vorangehen?

! **Stewens:** Im Bayerischen Sozialministerium haben wir eine Quote

von 8 Prozent, in der Gesamtschau zusammen mit unseren nachgeordneten Behörden sind es sogar 10,6 Prozent. Damit liegen wir deutlich über der gesetzlichen Quote von 5 Prozent. Sicherlich gibt es Ministerien, die sich aufgrund ihrer speziellen Anforderungen an die Mitarbeiter schwer tun, diese Quote zu erfüllen, und dies gilt auch für den Staatsdienst insgesamt. Hier erwarte ich von der Aktion „NA UND!“ auf jeden Fall eine Signalwirkung. Im Übrigen gibt es überall Verwaltungen, wo Menschen mit Behinderungen einsetzbar sind.

Vorbildlich sind hier viele Kommunen. Die Bürgermeister bemühen sich größtenteils sehr darum, Schwerbehinderte zu beschäftigen und haben damit auch gute Erfahrungen gemacht. Vor dem Hintergrund der Sparhaushalte ist es aber momentan auch in den Kommunen sehr viel schwieriger geworden.

Wichtig für die Akzeptanz von Menschen mit Behinderung sind Beispiele von Menschen, die es trotz ihres Handicaps geschafft haben, erfolgreich zu sein. Ein Vorbild für viele ist Wolfgang Schäuble. Er hat es geschafft, im Rollstuhl uneingeschränkt akzeptiert zu werden. Er rollt in seinem Rollstuhl ganz selbstverständlich durch Politik und Gesellschaft und ist in vielen Veranstaltungen sowie im Fernsehen zu sehen. Das ist für viele Menschen ein Ansporn.

Ganz interessant ist ein Projekt in der Stadt Senden. Hier wurde ein Mann, der durch einen Verkehrsunfall im Rollstuhl sitzt, zu einem Sozialpädagogen umgeschult und als Gemeindejugendpfleger eingestellt. Vorher gab es dort sehr große Schwierigkeiten mit der Jugend.

Dieser behinderte Mann hat Ruhe in die Jugendarbeit gebracht. Er wird von den Jugendlichen akzeptiert, selbst von den ganz Schwierigen. Nach Aussagen des Bürgermeisters gibt es seit drei Jahren keine Probleme mit Vandalismus mehr – die offene Jugendarbeit funktioniert seitdem hervorragend. Dies sind erfolg-



„Behinderte Menschen haben das gleiche Recht auf Lebensqualität wie nicht behinderte. Um diese Lebensqualität zu erlangen, brauchen sie nicht nur finanzielle Unterstützung, individuelle Dienstleistungen und technische Hilfsmittel. Sie brauchen vor allem das Gefühl, ein akzeptierter Teil der Gesellschaft zu sein.“
Aus: Aktionsprogramm NA UND!

reiche Beispiele, die Barrieren und damit Vorurteile aufbrechen.

? **Redaktion UV aktuell:** Für viele behinderte Menschen spielen Kultur und Sport eine wichtige Rolle. Wo sehen Sie Möglichkeiten, z. B. durch mehr Förderung des Behindertensports und mehr kulturelle Angebote etwas zu verbessern?

! **Stewens:** Bei der finanziellen Förderung bin ich vorsichtig, weil uns die momentane Finanzsituation Sparzwänge auferlegt. Wir bemühen uns natürlich, hier die Haushaltsansätze zu halten und Kürzungen zu vermeiden. Insgesamt haben wir im Bereich der offenen Behindertenarbeit in etwa eine Million Euro zur Verfügung. Damit unterstützen wir die Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und das Netzwerk von und für Frauen und Mädchen mit Behinderung in Bayern, die Selbsthilfegruppen, Behindertenverbände und die Sportverbände. Gerade der Behinderten- und Versehrtensport ist sehr erfolgreich, wie es z. B. die „Special Olympics“ beweisen.

Was noch mehr getan werden könnte, ist die Zusammenarbeit zwischen den Behindertensportverbänden und den „normalen“ Sportverbänden zu fördern. Gemeinsame Veranstaltungen wären für beide Seiten eine wichtige Erfahrung.

? **Redaktion UV aktuell:** Bemühen Sie sich um Sponsoren für Ihre Aktionen?

! **Stewens:** Ja, auf jeden Fall. Unsere „NA UND!“-Aktion soll eine Initialzündung geben, die über Jahre und Jahrzehnte wirkt. Das „Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen“ darf kein Gedenkjahr sein, sondern muss nachhaltig die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderung fördern. Für unsere bayernweiten Aktionen haben wir etliche Sponsoren gefunden, z. B. für unseren großen „NA UND!“-Tag am 8. Mai 2003. An diesem Tag haben Bäcker Brezeln verkauft, denen ein Teilchen fehlt, und Metzger Würstel, die etwas anders ausschauen als gewohnt,

ganz nach dem Motto „NA UND! ... schmeckt trotzdem“.

All dies soll endlich einmal darauf aufmerksam machen, dass behinderte Menschen, auch wenn sie nicht ganz der „Norm“ entsprechen – was ist schon normal? –, ein gleichberechtigter und gleich wertvoller Teil dieser Gesellschaft sind. Wenn es uns gelingt, mit unseren Aktionen die Menschen, vor allem die Nichtbehinderten, zum Nachdenken zu bringen, dazu die eigene Einstellung gegenüber behinderten Menschen gründlich zu hinterfragen, haben wir viel gewonnen. Dann hat das „Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003“ sein Ziel erreicht.

Redaktion UV aktuell: Das wäre zu wünschen. Wir bedanken uns für das Gespräch und wünschen Ihrer Aktion noch viel Erfolg!

Autorin:
Ulrike Renner-Helfmann,
Redaktion UV aktuell



„Zwar wendet sich NA UND! in erster Linie an nicht behinderte Menschen in Bayern. Die Kampagne ist jedoch auch für behinderte Menschen wichtig: damit sie sich nicht als Außenseiter verstehen, sondern als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft.“

In einer Welt, in der die Menschen nach Unverwechselbarkeit streben, muss auch vom Schicksal gewollte Individualität ihren Platz haben.“

Aus: Aktionsprogramm NA UND!

Sport- therapie

Möglichkeiten der Behandlung neurologischer Krankheitsbilder

Die Sporttherapie ist eines der wichtigen Aufgabenfelder im Rehabilitationsprozess. Sie ist gleichzusetzen mit der medizinischen, physikalischen und Physiotherapie und leistet somit auch einen entscheidenden Beitrag in der Rehabilitation neurologischer Krankheitsbilder.

Definition der Sporttherapie

Sporttherapie ist nach der Definition des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. „...eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sporttherapie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten, bezieht besonders trainingswissenschaftliche, medizinische, pädagogisch-psychologische sowie soziotherapeutische Elemente mit ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz herzustellen. Sporttherapie versteht sich in diesem Sinne als Heilmittel.“

Inhalte der Sporttherapie

Der Begriff Sporttherapie umfasst somit nicht nur ein rein körperliches Muskeltraining, sondern erstreckt sich von der Koordinations- und Gleichgewichtsschulung über die medizinische Trainingstherapie an Geräten bis hin zu Entspannungsverfahren. Die Sporttherapie stellt somit eine ganzheitliche Maßnahme dar, die zur Wiederherstellung und Verbesserung der physischen, psychischen und sozialen Eigenschaften des Patienten mit beiträgt und dadurch den Patienten in sein Alltags- und Berufsleben wieder eingliedern will.

Ziele, Prinzipien und Methodik der Sporttherapie

Das Grobziel der Sporttherapie ist also das Erreichen von körperlichem, sozialem, geistigem und emotionalem Wohlbefinden. Die Feinziele sind durch Schlagwörter wie Funktionserhalt, Funktionsaufbau und Funktionsverbesserung verletzter Strukturen charakterisiert. Zum Erreichen dieser Ziele arbeitet ein Sporttherapeut nach gesetzten Prinzipien, die je nach Verletzung und Bedeutsamkeit individuell unterschied-

lich gewichtet werden. Zu den Prinzipien gehören Individualität, Frühzeitigkeit, Ganzheitlichkeit und Kontinuität. Dabei stehen an oberster Stelle das methodisch wichtige Hilfsmittel der Gruppenarbeit und vor allem die Vermittlung von Spaß an der Bewegung. Der Patient muss erkennen, dass er nicht allein ist mit seinen Verletzungen und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten. Neben dieser sozialen Komponente sind aber auch die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten gefördert. Es ist dabei Aufgabe eines Sporttherapeuten, den Patienten dahingehend zu motivieren und zu unterstützen. Gerade in der neurologischen Rehabilitation benötigt ein Sporttherapeut viel Kompetenz und Einfühlungsvermögen.

Alle diese Prinzipien werden über einen wissenschaftlich orientierten Prozess gelenkt und durch kontrollierte Testverfahren dokumentiert. Somit zeigt sich, wie zu Beginn bereits erwähnt, die Bedeutung des Sporttherapeuten innerhalb eines Rehateams, das sich durch Interdisziplinarität und Interprofessionalität auszeichnet.



Im Folgenden sollen nun drei verschiedene Krankheitsbilder und deren sporttherapeutische Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden:

■ Sporttherapie nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Ein SHT ist eine Kopfverletzung mit Bewusstseinsstörung oder -verlust. Dabei wird je nach Ausprägungsgrad der Verletzung in „Commotio cerebri“ und „Contusio cerebri“ unterschieden. Die „Commotio cerebri“ weist eine Bewusstseinsstörung von nur wenigen Sekunden bis hin zu einer Stunde als klinisches Leitsymptom auf. Bei der „Contusio cerebri“ (Hirnschublageläsion) liegt eine Bewusstlosigkeit vor, die länger als eine Stunde andauert und somit zu größeren Schädigungen führt. Je nach Ausmaß und Art der Hirnverletzung kommt es zu unterschiedlichen Folgeschäden, deren Palette von Sprach- und Schreibstörungen über Gleichgewichtsprobleme bis hin zu Hemiparesen (Halbseitenlähmungen) reicht. Bei einer Sporttherapie mit SHT-Verletzten wird aufgrund der jeweiligen oben benannten Störungsbilder das Augenmerk schwerpunktmäßig auf ein gezieltes Gleichgewichts- und Koordinationstraining gelenkt.

Koordination umfasst Prozesse der Bewegungssteuerung und -regelung motorischer Aktionen. Das heißt, eine gute Koordination ermöglicht ökonomische und schnelle zielgerichtete Bewegungshandlungen. Eine gute Koordination ist somit eine Voraussetzung für das später folgende Kraftausdauertraining. Ohne Koordination ist jeder Kraftaufwand unökonomischer und geringer und kann zu erneuten Fehlbelastungen bzw. -haltungen führen. Unter diesem Aspekt stellt eine gute Koordination eine Unfallprophylaxe dar. Bezogen auf das neurologische Erscheinungsbild der Schreibstörung bietet eine gute Koordination die Grundlage für die senso-motorische Lernfähigkeit und eignet sich somit bestens, um Schreibschwächen zu verbessern.

Die Feinziele des Koordinationstrainings sind folgende:

- Ausgleich veränderter Bewegungsmuster
- Ausgleich von Bewegungsunsicherheiten
- Wiederherstellen automatisierter Bewegungsmuster
- Schulung des Ganges
- Ausgleich von Fehlhaltungen und Ausweichbewegungen

Zum Erreichen dieser Ziele werden folgende Übungsbeispiele im Rahmen der Sporttherapie durchgeführt. Dabei ist, wie anfangs bereits erwähnt, die Methodik der Gruppentherapie von entscheidender Bedeutung.

Stabilitätsübungen auf dem Kreisel (methodische Reihe):

- beidbeiniges Erspüren des instabilen Untergrundes
- beidbeiniges Erspüren mit geschlossenen Augen

- von der Schrittstellung über den Einbeinstand mit Festhalten bis zum freien Einbeinstand
- Einbeinstand mit geschlossenen Augen

Koordinationstraining am Seilzug:

- im Einbeinstand stabilisieren und mit beiden Armen nach hinten ziehen und dabei Stabilität beibehalten
- gleiche Übung mit geschlossenen Augen
- wie oben auf weicher Unterlage, z. B. auf Airex-Kissen oder auf Weichbodenmatte
- wie oben auf wackeliger Unterlage, z. B. auf Therapiekreisel oder Wackelbrett

Partnerübungen:

- auf Therapiekreisel im Einbeinstand
- Ball gegenseitig mit dem Fuß zurollen
- Ball gegenseitig zuwerfen, zuprellen ...

Propriorezeptives Training

- zur Schulung der Tiefensensibilität:
- Stabilitätsübungen auf dem Posturo-med im Einbeinstand und zusätzliche Koordinationsübungen mit dem Ball



- Gehübungen mit dem Gehbaren auf dem Wackelbrett (vorwärts, rückwärts und seitwärts)

Gangschule:

- Gehen mit verschiedenen Gangarten: vorwärts, rückwärts, seitwärts
- Gehen über Hindernisse, Hindernisparcours mit Keulen
- Partnerübung: blind über Hindernisse gehen, der Partner führt
- Gehen auf akustische Signale, rhythmisierendes Gehen auf Klatschen

■ **Sporttherapie bei Halbseitenlähmung**

Eine Halbseitenlähmung wird je nach Ausmaß unterschieden in eine Hemiparese und in eine Hemiplegie. Bei einer Hemiparese handelt es sich um eine unvollständige Halbseitenlähmung. Eine Hemiplegie ist eine vollständige Halbseitenlähmung. Neben einer regelmäßigen Krankengymnastik ist für Hemiplegiker Sporttherapie im Wasser angezeigt. Je nach individuellem Krankheitsbild der betroffenen Patienten erfolgt die sporttherapeutische Zielsetzung.

Für eine Therapie im Wasser stehen zwei verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl: Zum einen wird das Bewegungsbad als Therapie angeboten. Dabei werden rein funktionelle Übungen durchgeführt und die physikalischen Eigenschaften des Wassers zu Nutze gemacht. Die zweite Möglichkeit ist das Wiedererlernen einer Schwimmart zur selbständigen Fortbewegung im Wasser, sofern dies der Patient als individuelles Ziel angibt. Diese Therapieform soll im Folgenden als Beispiel für eine Sporttherapie bei Halbseitenlähmten dargestellt werden.

Inhalte und Ziele

Das Konzept ist angelehnt an die Wassergewöhnung nach McMillan, die sog. Halliwick-Schwimm-Methode, und soll unter Ausnutzung der hydrostatischen und hydrodynamischen Effekte des Wassers zu einer Verbesserung von Bewegungsmustern auch an Land

führen. Die betroffenen Patienten sollen verschiedene Bewegungserfahrungen im Wasser sammeln, erleben und dadurch ihr individuelles Körperbewusstsein entwickeln.

Schwerpunktmäßig werden zur anfänglichen Wassergewöhnung Gleichgewichtsübungen und Rotationen um die Längs- und Breitenachse durchgeführt. Die Rückenlage ist dabei die Grundaussgangsstellung, die immer wieder ausbalanciert werden soll. Im Unterschied zu McMillan wird in der Wassertherapie mit Halbseitengelähmten in Einzelarbeit und nicht wie auch in der Sporttherapie zu Lande in der Gruppe gearbeitet. Das beruht darauf, dass im Wasser der Angstfaktor eine zentrale Rolle spielt. Nicht nur Kinder, sondern gerade auch Erwachsene, die nach einem Unfall das Schwimmen wieder erlernen müssen bzw. wollen, haben mit dieser psychischen Komponente zu kämpfen. Erst wenn diese durch gezielte Wassergewöhnung verringert werden kann, ist es möglich, die Technik der Rückenschwimmart zu erlernen und dadurch Fehlhaltungen und -bewegungen zu vermeiden. Dies erklärt somit die Einzelbetreuung und das sich daraus ergebende enge Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut.



Methodik und Didaktik

Angelehnt an diese Grundangst lassen sich auch schon Methodik und Didaktik der Schwimmtherapie mit Halbseitengelähmten erstellen:

- Entwickeln von Wasservertrautheit und -sicherheit durch Bewusstmachen des statischen Schwimmvermögens bzw. der Entspannungslage
- Erlernen von Gleichgewichtsreaktionen in der instabilen Wasserlage des Schwimmers

Wasservertrautheit ist die Voraussetzung für das Erlernen des Rückenschwimmens und Grundlage zum Einnehmen der Entspannungslage. Während des Übens im Wasser gilt es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Schwimmübungen und Entspannungsübungen zu schaffen. Damit sollen spastische Haltungsmuster und Schonhaltungen vermieden werden. Die jeweilige Technik des Patienten muss individuell je nach Verletzungsausmaß angepasst werden und darf nicht leistungsorientiert optimiert werden. Das Grundlegende bei der selbständigen Fortbewegung im Wasser ist das Vermeiden von Fehlhaltungen und falschen Bewegungsmustern. Diese können den Halbseitengelähmten in seinem Genesungsprozess beeinträchtigen und sich dadurch kontraproduktiv auf das Krankheitsbild auswirken. Ein großer Erfolg ist dann erzielt, wenn der Patient selbständig in einer guten Wasserlage und in Rückenlage sich in schwimmerischer Form fortbewegt. Dies ist je nach Eigenaktivität und Motivation des Patienten in bis zu drei Monaten zu erreichen.

■ **Sporttherapie bei Querschnittslähmung**

Bei Querschnittslähmung werden die zwei Behinderungsarten „Tetraplegie“ und „Paraplegie“ unterschieden. Bei der Tetraplegie liegt die Verletzung im Halsmarkbereich (1. bis 7. Halswirbel) vor und hat somit eine Lähmung aller vier Gliedmaßen zur Folge. Es handelt sich also um Schwerstbehinderte, die

meist im Elektrorollstuhl sitzen. Die Paraplegie ist eine Lähmung beider Beine und Teile des Rumpfes und umfasst somit Verletzungen vom 1. bis 12. Brustwirbel oder vom 1. bis 5. Lendenwirbel. Die Bewegungsmöglichkeiten eines Paraplegikers sind größer als die eines Tetraplegikers. Zusätzlich kann man das Läsionsausmaß nach der Vollständigkeit der Lähmung in eine komplette und in eine inkomplette Lähmung unterteilen. Bei einer Sporttherapie mit Querschnittsgelähmten stellt das Erreichen größtmöglicher Selbständigkeit das Hauptziel dar. Diese Selbständigkeit soll durch folgende behinderungsspezifischen Feinziele erlangt werden:

- Mobilisierung aller verbliebenen motorischen Fähigkeiten
- Schulung der nicht gelähmten Muskulatur zur Übernahme kompensatorischer Leistungen
- Verbesserung der vegetativen Anpassungsfähigkeit/gezieltes Kreislauf- und Atemtraining
- Entwicklung und Festigung der Gleichgewichtsfunktionen
- Schulung der Rollstuhltechnik
- Vermeidung von Sekundärschäden
- Erlernen und Festigen von sportmotorischen Fähigkeiten (Rollstuhlbasketball)
- Verbesserung des sozial-psychischen Bereiches

Wie kann nun ein Rollstuhltraining konkret in der Praxis aussehen? Es sollen dazu nun einige Beispiele sporttherapeutischer Möglichkeiten für Rollstuhlfahrer vorgestellt werden:

Rollitraining:

- Üben der verschiedenen Rollstuhltechniken wie z. B. Anfahren /Stoppen, Einhändigfahren, Kippen, Balancieren, Drehen und Lenken
 - Rollstuhlparcours: Slalomfahren
- Obige Übungen können und sollen auch im freien Gelände trainiert werden, um so den Behinderten optimal auf seine Alltagssituationen vorzubereiten.

Ausdauertraining:

- am Handkurbelergometer zur lokalen Ausdauer der Schultermuskulatur



- Schwimmen mit Hilfsmittel als ganzheitliches Ausdauertraining

Gymnastik mit Rollis:

Beispiele für ein Zirkeltraining mit Paraplegikern:

1. Fahren mit überkreuzten Armen
2. Ball im Stand um Körper herumgeben
3. Führen des Gymnastikstabes hinter den Kopf und zur Seite
4. Medizinball mit Druckpass gegen Wand spielen und wieder fangen
5. Sprints im Rollstuhl mit Abklatschen an der Wand
6. Ball auf der Langbank während des Fahrens rollen

Rollstuhlbasketball als mögliche behindertengerechte Sportart:

- Erlernen der Regeln
- Erlernen des behindertengerechten Aufnehmens des Balles vom Boden während des Fahrens
- Erlernen des Korbwurfs
- erste kleine Spiele zu zweit und in der Gruppe
- Rollibasketball in der Gruppe

Nebenstehende Beispiele zeigen die große Auswahl an Möglichkeiten für eine Sporttherapie mit Querschnittsgelähmten auf. Es gibt natürlich wie für jedes Krankheitsbild auch einige Punkte, die während der Therapie beachtet werden müssen. Diese hier genauestens zu beschreiben würde den Rahmen sprengen. Wichtig ist, wie bereits zu Anfang erwähnt, die Individualität der Verletzung und des Patienten nicht außer Acht zu lassen und darauf die sporttherapeutischen Inhalte abzustimmen.

Dieser Grundsatz gilt allgemein für alle Verletzungen und Krankheitsbilder und zeigt nochmals deutlich das Hauptprinzip in der Arbeit mit kranken und behinderten Menschen auf. Kranke und Behinderte brauchen Partner im Rehabilitationsprozess, denen sie vertrauen können. Vertrauen erfordert sowohl eine umfangreiche Sachkenntnis und Kompetenz als auch das notwendige Einfühlungsvermögen.

Autorin: Marion Lüftner (Diplomsportlehrerin)

Eine Chance für junge Menschen

Neurologisches Krankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk in Gailingen

Seit 1972 bietet das Hegau-Jugendwerk eine umfassende Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit erworbenen und angeborenen Hirnschädigungen an.

Heute verfügt die Einrichtung über 200 Betten mit den Stationen Frührehabilitation, Schwerrehabilitation und weiterführende Rehabilitation mit einem eigenen Kinderhaus. So kann eine nahtlose Rehabilitation von der Übernahme aus dem Akutkrankenhaus bis zur schulisch-beruflichen und sozialen Wiedereingliederung gewährleistet werden.

Die Einrichtung wurde 1972 als bundesweite Modelleinrichtung konzipiert und mit finanziellen Mitteln von Bund, Ländern, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften und Wohlfahrtsverbänden gefördert. Stand zu Beginn die pädagogisch-berufliche Förderung der hirnverletzten Jugendlichen im Vordergrund, so wurden im weiteren Verlauf das therapeutische Angebot den veränderten Anforderungen angepasst und erweitert und neue Konzepte neurologischer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Neben den bestehenden Internatshäusern für Jugendliche wurden 1984 das Kinderhaus eingeweiht und zu Beginn der 90er Jahre die Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation geschaffen.

Wir nehmen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 21 Jahren und bei beruflichen Fragestellungen bis ca. 25 Jahren auf, die eine Hirnschädigung nach einem Unfall oder einer Erkrankung erlitten haben. Auch Patienten mit einer angeborenen Hirnschädigung, cerebralen Krampfleiden, (neuro-)muskulären Erkrankungen, neuropsychologischen Teilleistungsstörungen und anderen neurologischen Erkrankungen werden behandelt.

Der einzelne Mensch steht im Mittelpunkt unserer Arbeit. Deshalb berücksichtigen wir von Anfang an die bisherige schulische oder berufliche Entwicklung, die familiäre und die soziale Umgebung sowie alters- und entwicklungsbedingte Probleme. Wenn auch eine vollständige Heilung nicht immer zu erwarten ist, so helfen wir durch die gezielte Förderung vorhandener Fähigkeiten, die veränderte Situation besser zu bewältigen und neue Lebens- und Berufsperspektiven zu entwickeln.

Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine umfassende Diagnostik und Bestandsaufnahme. Die Behandlung ist an den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen jedes einzelnen Patienten ausgerichtet und umfasst neben der fachärztlichen medizinischen und der (neuro-)psychologischen Behandlung

ein breit gefächertes fachtherapeutisches Angebot und außerdem aktivierende Pflege und sozialpädagogische Betreuung.

Regelmäßige Teamkonferenzen, sog. „Case-Management-Sitzungen“, dienen dem multiprofessionellen Team zum Informationsaustausch und der inhaltlichen Abstimmung der im Einzelnen notwendigen Therapien untereinander. Während des Rehabilitationsverlaufs wird der Plan je nach Entwicklungsfortschritt an die neuen Bedingungen angepasst.

Daneben fördern Stationsmilieu, Begegnung und Auseinandersetzung mit Gleichbetroffenen, Unterstützung, Anleitung durch Pflegekräfte und Sozialpädagogen die Selbständigkeit im Alltag, dienen dem Erwerb sozialer Kompetenz und erleichtern den Umgang mit der eigenen Situation. Am Abend steht den Rehabilitanden das pädagogisch betreute Angebot im Freizeithaus offen.

Unterricht in der hauseigenen Schule: die Wilhelm-Bläsig-Schule

Die Kinder und Jugendlichen besuchen die hauseigene, staatlich anerkannte Krankenhausschule, in der ganztags und ohne Unterbrechung durch Schulferien unterrichtet wird. Ziel ist es, die



Grundlagen zu erfolgreichem Lernen zu schaffen, damit die Heimatschule weiter besucht oder der Wechsel an eine andere Schule oder eine Ausbildung vorbereitet werden kann. Ca. 35 Lehrkräfte aller Schularten mit verschiedenen Fächerkombinationen unterrichten sowohl im Einzelunterricht wie auch in alters- und leistungsentsprechenden Kleingruppen. Neben den Schwerpunktfächern Deutsch, Mathematik, Englisch und Französisch gibt es weitere Unterrichtsangebote: Informatik, Deutsch als Fremdsprache, Kunst- und Musikwerkstatt, Textverarbeitung, Schreibtraining und lebenspraktischer Unterricht.

Angeschlossen ist ein Schulkindergarten für körperbehinderte Kinder, die noch nicht schulpflichtig oder schulfähig sind. In der Gruppe und in der Einzelbetreuung werden Beobachtungsvermögen, genaues Zuhören, sprachlicher Ausdruck sowie Konzentration und Ausdauer trainiert.

Das Kinderhaus

Kinder bis zum Alter von 15 Jahren werden im Kinderhaus behandelt. Sie wohnen in familienähnlichen Kleingruppen und werden von festen Bezugspersonen

betreut. Mit Ausnahme von Schulunterricht und Sporttherapie finden alle sonstigen Therapien im Kinderhaus statt.

In begrenztem Umfang bieten wir auch die teilstationäre Behandlungsform an. Die Kinder kommen morgens ins Haus, nehmen tagsüber an den Therapien und Gruppenangeboten teil und kehren am Abend zu ihren Eltern zurück. Bei einem weiter entfernt gelegenen Wohnort können die Eltern mit ihrem Kind im Ort Gailingen wohnen.

Außerdem besteht das Angebot differenzierter neurologischer/neuropädiatrischer und (neuro-)psychologischer Diagnostik bei umschriebenen Störungsbildern wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsstörungen oder auch Verhaltensauffälligkeiten. Das für diesen Zweck ausgearbeitete spezielle Konzept einer ein- bis zweiwöchigen Diagnostikwoche basiert mit auf dem Gedanken des Clinical Pathways.

Vorbereiten auf Ausbildung und Beruf

Die berufliche (Re-)Integration der Rehabilitanden ist das wesentliche Ziel der Abteilung „Berufstherapie“. Ent-

sprechend den Fähigkeiten und Möglichkeiten wird der Rehabilitand durch ein abgestuftes und individuelles Förderprogramm auf die Ausbildung oder die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit vorbereitet. Neben den für das Berufsfeld unspezifischen Bereichen Arbeitstraining und Montagetätigkeiten kann die Förderung in den für das Berufsfeld spezifischen Bereichen Elektrotechnik/ Elektronik, Holztechnik, Metalltechnik, Wirtschaft und Verwaltung, Technische Kommunikation sowie Hauswirtschaft erfolgen.

Bereits während der medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der Arbeitstherapie oder medizinischen Belastungserprobung die Lernfähigkeit beurteilt und der theoretische und praktische Kenntnisstand im Hinblick auf ein vorgesehenes Ausbildungs- oder Berufsziel festgestellt und spezielle Fähigkeiten und Ausbildungsvoraussetzungen ausgebaut. Daneben bieten wir rein berufliche Maßnahmen wie Arbeitserprobungen, Berufsfindungen und Förderlehrgänge der Zielgruppen 1 und 4 zur Vorbereitung auf eine Ausbildung an. Zusätzliche externe Praktika in Fachbetrieben der Umgebung ermögli-



In der Phase der Frührehabilitation müssen akutmedizinische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen besonders sorgfältig aufeinander abgestimmt sein.

chen die Vorbereitung des Rehabilitanden auf die speziellen berufs- und arbeitsplatzspezifischen Anforderungen.

Angehörigenbetreuung

Die Rehabilitation nach einem Unfall oder einer Erkrankung ist ein langer und schwerer Weg für alle Beteiligten, und die Angehörigen spielen eine bedeutende Rolle in der Genesung ihres Kindes. Daher ist für uns die Betreuung der Angehörigen ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Frühzeitig werden die Angehörigen in die therapeutische Versorgung und Betreuung ihres Kindes einbezogen. Angehörige benötigen in dieser Zeit aber auch Raum und Möglichkeiten, um für ihr eigenes Wohlergehen sorgen zu können und um neue Kraft zu schöpfen. Für sie haben wir ein abwechslungsreiches Programm mit Angeboten zu Gesprächen und zur Entspannung sowie zu Sport- und Freizeitgestaltung geschaffen.

„Ich fing an, intensiv zu leben“

Frau B. erlitt als Beifahrerin bei einem Autounfall ein schweres Polytrauma mit einem Schädelhirntrauma. Nach der Akutbehandlung wurde sie zunächst auf die Frührehabilitationsstation in

unserem Hause aufgenommen. Nach einer fast einjährigen Rehabilitationsbehandlung konnte Frau B. nach Hause entlassen werden, und sie begann ihre Ausbildung erneut im ersten Ausbildungsjahr. Infolge der Verletzungen bestand noch eine Restsymptomatik einer Hemiparese, eine Extremitätenataxie rechts sowie eine Dysarthrophonie.

Nach drei Jahren beschreibt Frau B. ihren damaligen Rehabilitationsaufenthalt und ihren weiteren Lebensweg:

„Ich fand im Hegau-Jugendwerk ein zweites Zuhause. Durch die ausnahmslose Hilfsbereitschaft und das ständige (sanfte) Drängen, Dinge wieder selbst zu erledigen, lernte ich viel intensiver als zuvor, mit mir umzugehen bzw. meine Leistungskraft in alltäglichen Situationen einzuschätzen. Ich fing an, intensiv zu leben – das Leben ist zu kostbar, um einen Moment davon sinnlos zu vergeuden. Es war mir möglich, meine Ausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation wieder aufzunehmen sowie mit relativ guten Ergebnissen den Kaufmannsgehilfen-Brief zu erwerben. ...Ich lernte wieder Querflöte

zu spielen und sattelte zur selben Zeit auf Saxophon um.

Ebenso haben sich die privaten Probleme endgültig gelegt. Sie fragen sich sicher, weshalb ich diesen Punkt erwähne: Durch diesen perfekten Start in mein neues Leben wird es für mich möglich sein, in ein bis zwei Jahren gemeinsam mit meinem Mann einen Haushalt und eine Familie aufgebaut zu haben.“

Das Hegau-Jugendwerk steht seit 1999 in gemeinsamer Trägerschaft der Hegau-Klinikum GmbH Singen und des Vereins „Jugendwerk Gailingen e. V.“ und wird von allen Kostenträgern belegt. In Kürze wird das Angebot der Abteilungen Frührehabilitation und Schwerrehabilitation durch umfangreiche Baumaßnahmen erweitert werden. Dann stehen u. a. zusätzliche Angebote von Rooming-in-Betten für Eltern und Kinder zur Verfügung.

Hegau-Jugendwerk GmbH,
Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen,
Tel. 0 77 34/9 39-0
www.hegau-jugendwerk.de

Neurologische

Jeden Tag verunfallen in Deutschland viele Verkehrsteilnehmer aller Altersgruppen, vom Kleinkind bis zum Erwachsenen. In zahlreichen Fällen wird dabei das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen. Das sehr gut funktionierende deutsche Notfall- und Notarztssystem bringt es mit sich, dass auch schwer Hirnverletzte den Unfall überleben und in Intensivstationen durch Neuro-, Unfallchirurgen und Anästhesisten inzwischen optimal behandelt werden.

Bis vor etwa 20 bis 25 Jahren gab es kaum eine Möglichkeit, diesen schwer verletzten Menschen nach Beendigung der Intensivbehandlung eine gezielte Therapie angeeignet zu lassen. Erste Abteilungen für Schwerhirnverletzte bestanden zwar schon an berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken; so zum Beispiel am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg-Boberg seit 1958, aber ein durchgängiges Behandlungskonzept war noch nicht entwickelt. Häufig wurden sog. Apalliker direkt aus der Akutklinik in Pflegeheime oder auch in psychiatrische Langzeitstationen verlegt und führten bis zu ihrem Tode ein erbärmliches Leben. Etwa ab Mitte der 70er Jahre setzte sich aber immer mehr die Erkenntnis durch, dass die Situation dieser Schwerbetroffenen durch gezielte therapeutisch-pflegerische Maßnahmen verbessert werden kann. Die von der Grundlagenforschung festgestellte Plastizität des Gehirns, neuere Erkenntnisse medikamentöser Behandlung und die im Umgang mit diesen Patienten gewonnenen therapeutischen Erfahrungen führten dazu, dass Abteilungen entstanden, in denen Konzepte neurologisch-frührehabilitativer Behandlung ausgearbeitet und umgesetzt wurden.



In der therapiefreien Zeit können die Kinder im Sommer auf den Spielplatz mit Rutsche oder auf den Verkehrsübungsplatz gehen.

Frührehabilitation

Was ist neurologische Frührehabilitation?

Neurologische Frührehabilitation versteht sich als ein eigenständiges Behandlungskonzept diagnostischer, rehabilitativer und psychosozialer Maßnahmen. In ihr werden Erfordernisse der Akutneurologie, Neurochirurgie und Intensivmedizin einschließlich internistischer, psychiatrischer, pädiatrischer und unfallchirurgischer Aspekte mit einer zielgerichteten Rehabilitation zusammengeführt. Dementsprechend umfassend ist sowohl die räumliche als auch personelle Gestaltung.

Welche Patienten werden aufgenommen?

Es handelt sich überwiegend um schwer bewusstseinsgestörte Patienten bis hin zu solchen, die sich im sog. Wachkoma befinden. Gekennzeichnet ist das Krankheitsbild durch hochgradige motorische, vegetative, kognitive und emotionale Funktionsstörungen. Im Vordergrund stehen zu Beginn oft ausgeprägte vegetative Störungen: Die Patienten schwitzen, haben einen sehr schnellen Herzschlag, sind motorisch unruhig, reagieren überschießend auf äußere Reize. Sie haben keine Schutzreflexe: Sie verschlucken sich leicht, es besteht die Gefahr des Erstickens, sie haben keine Gleichgewichtsreaktionen. Der Spannungszustand der Muskulatur ist häufig sehr hoch, es kommt immer wieder zu kurzfristigem Strecken der

Beine und Beugen der Arme. Kurz gesagt, sie sind vollständig hilflos, pflegeabhängig und überwachungsbedürftig.

Konzept der frührehabilitativen Behandlung

Möglichst frühzeitig, am besten schon begleitend während der Akutphase, sollten die ersten Behandlungsschritte eingeleitet werden. Es handelt sich grundsätzlich um eine individuelle, interdisziplinäre Therapie mit folgenden Zielsetzungen:

- das bestehende Rehabilitationspotenzial unter Ausnutzung der Plastizität des Gehirns optimal zu fördern und Fehlentwicklungen entgegenzusteuern,
- den Verlauf der Spontanremission zu unterstützen bzw. zu beschleunigen,
- Folgeschäden zu vermeiden,
- Sekundärschäden erkennen und vermeiden,
- Tertiärschäden mildern und vermeiden.

Dieses Behandlungskonzept wird im multiprofessionellen, interdisziplinär arbeitenden Behandlungsteam umgesetzt. Innerhalb der Frührehabilitation sind folgende Berufsgruppen tätig:

- Ärzte (Neurologen, Neurochirurgen, Anästhesisten, Internisten, Chirurgen, Pädiater),
- Pflegekräfte (Intensivpflege, Rehabilitationspflege, Kinderkrankenpflege) Psychologen, Physiotherapeuten,

Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Musiktherapeuten, Neuropädagogen, Sozialarbeiter, Diätassistenten, hauswirtschaftliche Helferinnen.

Behandlungsverlauf

Nach Anmeldung wird der Patient möglichst rasch aufgenommen. Er wird ärztlich und pflegerisch gründlich untersucht, die notwendigen Überwachungsmaßnahmen werden angeordnet und, falls erforderlich, wird die Beatmung eingeleitet. Die notwendigen Therapien werden ärztlicherseits verordnet. Nach einer Woche findet die erste Teambesprechung statt, in der von allen Teammitgliedern und auch von den Angehörigen über die Eindrücke, Beobachtungen und Reaktionen des Patienten berichtet wird (Assessment-orientierte Befunderhebung). Nach kurzer Zusammenfassung werden die weiteren individuellen Behandlungsschritte und -prioritäten ärztlicherseits festgelegt und in einem kurzen Protokoll festgehalten.

Einige diagnostische und therapeutische Beispiele:

Bei einem Patienten im vegetativen Status (sog. Wachkoma) oder auch im frühen Remissionsstadium wird ein Stimulationsprogramm begonnen, welches nach einem streng vorgegebenen Protokoll von allen beteiligten Therapeuten und Pflegern ausgeführt und dokumentiert wird. Jede Veränderung, jede Reaktion auf einen Reiz wird be-

schrieben. Auf diese Weise werden auch anfänglich kleinere Fortschritte registriert und die eintretende Besserung kann objektiviert werden. (Reize können sein: ein Ton, eine Berührung, eine Bewegung, eine Anrede.) Etwas wachere und schon reagierende schwer Hirngeschädigte werden zum gezielten Bewegen aufgefordert. Bei erfolgreicher Ausführung werden sie über positive Rückmeldungen verbaler oder motorischer Art zum weiteren Handeln motiviert. Behandlungssequenzen sind immer an die Dauer der Belastung angepasst. Sie können von einer Minute bis zu einer Viertelstunde und länger dauern. Es gilt immer der therapeutische Grundsatz: Dem Patienten nicht schaden, nichts Unangenehmes zumuten und ihn nicht überfordern, nichts von ihm verlangen, was dieser gar nicht versteht oder kann.

Einen großen Raum nehmen Schluckdiagnostik und Schlucktherapie ein. Viele Patienten auf der Frührehabilitation sind tracheotomiert und haben eine Schluckstörung, die vital gefährdend sein können. Ihr Ausmaß muss diagnostisch exakt erfasst werden und die daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen müssen umgesetzt werden. Diese können von der Anlage einer durch die Bauchdecke gelegten Magensonde (sog. PEG) und einer geblockten Trachealkanüle bis hin zur Erlaubnis erster Schluckversuche reichen.

Innerhalb der Pflege werden die aufwachenden Patienten aufgefordert, alltägliche Vorrichtungen wie das Waschen mit dem Waschlappen mit Unterstützung zu beginnen. Häufig bei diesen zum Teil schwer antriebsgestörten Patienten wird der Anstoß von außen durch die Pflege gegeben. Diese ausgewählten und unvollständigen Beispiele demonstrieren die notwendige Intensität und Bandbreite der Behandlung innerhalb der Frührehabilitation.

Die Angehörigen

Ein sehr wesentlicher Aspekt dieser Behandlung ist die Arbeit mit den Angehörigen. In der großen Mehrzahl sind sie durch die Verletzung oder Erkrankung ihres Kindes oder Partners plötzlich mit einer Situation konfrontiert, auf die sie in keiner Weise vorbereitet waren. Angst, Verzweiflung, Hoffnung und Trauer bilden ein Gemisch, welches sie kaum ertragen, geschweige bewältigen können. Hilfreich ist in vielen Fällen anfänglich ihre Einbindung in die alltägliche Pflege. So sind sie nicht zur Untätigkeit verbannt, sondern können aktiv am Genesungsprozess teilnehmen. Sie kennen den Patienten am besten und tragen durch ihre Beobachtungen und Deutungen seines Verhaltens viel zum besseren Verständnis bei. Als familiäre Experten können sie zu einem wichtigen Teil des Teams werden und auch die Kommunikation zwischen Krankem und Team erleichtern. Auf diese Weise wird Vertrauen zwischen Behandlern und Angehörigen geschaffen, das zu einem späteren Zeitpunkt, bei manchmal notwendigen und schwierigen Entscheidungen, sehr wichtig sein kann.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Die früher in Pflegeheim und Psychiatrie unter Kontrakturen, Liegeschwüren und Marasmus leidenden Menschen nach schweren Hirnschädigungen sind dank der neurologischen Frührehabilitation kaum noch zu sehen. Auch nach einer schwersten Hirnverletzung haben Patienten jetzt wesentlich größere Chancen, durch wissenschaftlich und empirisch fundierte Behandlung innerhalb der neurologischen Frührehabilitation wieder ein größeres Stück ihrer verloren gegangenen Lebensqualität zu gewinnen. Und dies zu ihrer und ihrer Angehörigen Freude und zum Nutzen der Gesellschaft, die auf diesem Wege erhebliche Folgekosten vermeidet.

*Autor: Dr. med. Arne Voss,
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Ärztlicher Direktor Hegau-Jugendwerk*

Die Berufstherapie bereitet die Jugendlichen in Kleingruppen auf die Ausbildung oder die (Wieder-)Aufnahme einer Berufstätigkeit vor.



ZNS

Neue Wege der Nachbehandlung von Patienten mit Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS)

Computergestützte Teletherapie

eines Schädelhirntraumatikers unter Mitarbeit der Ehefrau
oder: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg

Die Frage der Behandlungskosten rückt heutzutage immer mehr in den Mittelpunkt und spielt auch bei der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden eine zunehmende Rolle.

„Wie kann man wirkungsvoll die Folgeschäden beheben oder abmildern und was kostet das?“ Dies sind die aktuellen Fragen, da neue Behandlungsmethoden auch immer neue Kosten verursachen. Beide Seiten, die Betroffenen und die Behandelnden, wünschen das selbe, nämlich effektive Heilungsmethoden, die wirklich Nutzen bringen, im Alltag gut einsetzbar sind und einen vernünftigen Kostenrahmen nicht überschreiten.

In der konkreten Auseinandersetzung mit einem Betroffenen ist man eher von der Tragik des Geschehenen ergriffen und vom Mitgefühl und dem Willen zu helfen geleitet. So erging es mir auch bei einem Patienten, dessen Geschichte ich hier beschreiben möchte. Obwohl nicht gerade ein Neuling auf

diesem Gebiet (ich arbeite seit mehr als zehn Jahren als Neuropsychologe), bewegte mich die Begegnung mit dem Betroffenen sehr. Besonders beeindruckend fand ich die Schilderung seiner Ehefrau, in der sie beschrieb, wie der Unfall ihres Mannes und dessen Folgen das weitere Leben der ganzen Familie verändert haben (s. u. Bericht der Ehefrau). Aus dieser Begegnung entstand die Idee, die Motivation der Eheleute zur Therapie zu nutzen und einen neuen Versuch der Nachbehandlung zu wagen. Inzwischen sind drei Jahre vergangen und unsere Zusammenarbeit besteht immer noch. Vor etwa einem halben Jahr habe ich mich an die Familie mit dem Vorschlag gewandt, gemeinsam darüber einen Bericht zu schreiben. Beide waren einverstanden. Die Ehefrau des Betroffenen, den ich im Folgenden Rudi nennen werde, trug mit ihrer Schilderung zu diesem Artikel bei.

Der „Fall“ Rudi, 44 Jahre alt.

Im Dezember 1999 traf ich im Rahmen eines neuropsychologischen Gutach-

tens einen Klienten, der zwei Jahre nach einem fremdverschuldeten PKW-Unfall zur Begutachtung kam. Zu dieser Zeit war Rudi 44 Jahre alt. Er war nach dem Unfall wegen mangelnder Leistungen von seinem Facharbeiterposten auf eine Hilfsarbeiterstelle versetzt worden. Subjektiv gab Rudi Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme an, die sich bei der Untersuchung bestätigten. Die unmittelbaren Unfallfolgen schienen auf den ersten Blick nicht besonders schwerwiegend zu sein: Er konnte gehen und sprechen, rein äußerlich war nichts von den Unfallfolgen zu sehen. Dieser scheinbar glückliche Umstand hat aber auch seine Schattenseiten. Es besteht die Gefahr, dass die vorhandenen Unfallfolgen von Laien unterschätzt oder übersehen werden. Die Tragweite der Unfallfolgen eröffnet sich erst bei genauerer Betrachtung der tatsächlichen Auswirkungen im Alltag. Rudis Ehefrau schilderte im ersten Gespräch sehr eindringlich die häusliche Situation: Die Kränkung ihres Mannes über seine „kleinen“ Beeinträchtigungen im

ZNS

Alltag, seine Kränkung über die berufliche Zurückstufung, seine erhöhte Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, unter welcher die ganze Familie zu leiden habe, seine Gedanken, mit „allem“ Schluss zu machen, und ihre Angst, unter der angespannten Familiensituation zusammenzubrechen. Sie bedauerte sehr, dass, wie ihr die behandelnde Neurologin sagte, es keine Therapiemöglichkeit im häuslichen Umfeld gebe.

Schilderung der Situation aus der Sicht der Ehefrau:

Bei einem Verkehrsunfall im Dezember 1997 erlitt mein Mann schwere Kopfverletzungen und an der linken Hand wurde die Sehne des Mittelfingers durchtrennt. Bewusstlos brachte man ihn ins Krankenhaus nach W. Die Platzwunde am Kopf wurde genäht, der Schädel geröntgt und die Sehne am Mittelfinger nähte man unter Narkose. Sein Kreislauf war nicht stabil. Sehr starke Kopfschmerzen und die Plage um sein Erinnerungsvermögen raubten meinem Mann beinahe seinen Lebenswillen. Die Auskünfte der behandelnden Ärzte erschienen mir unvollständig. Da ich meinen Mann beobachtete, stellte ich fest, dass er täglich mehr verfiel und sich sein Wesen veränderte. Seine Merkfähigkeit ließ immer mehr nach, und er wirkte auf mich verstört, ängstlich, teilnahmslos und depressiv. Nach nochmaliger Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und auf mein Drängen hin zog man endlich einen Neurologen hinzu, der meinen Mann untersuchte und ein CT anordnete. Das Ergebnis: punktförmige Einblutungen im Bereich der linken Kleinhirnhemisphäre.

Zu diesem Zeitpunkt wussten wir noch

nicht, welche Auswirkungen diese Verletzung auf das zukünftige Leben meines Mannes und meiner Familie haben würde. Keiner der Ärzte war damals bereit, mir die ganze Sache genauer zu erklären. Langsam fing ich an, an den Behandlungsmethoden zu zweifeln, da sie meinen Mann mit sehr starken Kopfschmerzen, mit einer Gipsmanschette am linken Arm und ein paar Schmerztabletten im Januar 1998 entließen. Die Sehnendurchtrennung am Mittelfinger der linken Hand wurde noch drei Monate ambulant weiterbehandelt. Auf meine Frage, was man gegen die starken Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Konzentrationsschwäche und den Mangel an Merkfähigkeit unternehmen könnte, teilte man uns mit, dass sich diese mit der Zeit geben würden.

Mein Leben und das Leben unseres Jungen hatten sich damals nur noch um meinen Mann gedreht. Seine Ängste und Nöte übertrugen sich schließlich auf uns alle. Völlig am Ende fuhr ich meinen Mann abermals zum Neurologen. Dieser hielt eine Rehabilitation für notwendig. Nach sofortiger Genehmigung durch die LVA erfolgte im Mai 1998 die stationäre Einweisung in die neuropsychologische Abteilung einer Reha-Klinik.

Viele neurologische und psychologische Tests ergaben Beeinträchtigungen in fast allen Bereichen. Während dieses sechswöchigen Aufenthalts in der Klinik kehrte in unser Leben wieder etwas Ruhe ein. Die Verantwortung für meinen Mann lag nun in den Händen dieser Ärzte, die um eine gute Behandlung bemüht waren. Da sich jedoch keine wesentliche Besserung im neurologi-

schen und psychologischen Bereich einstellte, wurde eine weitere sechsmontatige Reha-Maßnahme beantragt, die gute Heilungschancen erwarten ließ. Diese Reha beinhaltete eine berufliche Wiedereingliederung. Beginn war im Juli 1998. Durch spezielle Computerprogramme sollten sich die Merkfähigkeit und die Konzentration verbessern. Nach und nach stellten sich kleine Erfolge ein. Mein Mann erholte sich seelisch und körperlich. Sein Allgemeinzustand besserte sich.

Zu Hause war bei meinem Sohn und mir ebenfalls wieder etwas Ruhe eingekehrt. Beide litten wir an der Unzulänglichkeit, Aggressivität und den Schmerzen meines Mannes. In der Klinik wurden nebenbei immer Halbtags-Arbeits-erprobungen durchgeführt. Mitte Oktober 1998 war es soweit: Mein Mann wurde nach Rücksprache mit seinem früheren Arbeitgeber und seinen behandelnden Ärzten zunächst für fünf Stunden am Tag an seinem früheren Arbeitsplatz eingesetzt. Nach drei Monaten wurde die Arbeitserprobung wegen körperlicher und seelischer Überbeanspruchung abgebrochen. Es erfolgten mehrere Umsetzungen auf weniger qualifizierte Arbeitsplätze mit der Folge von erheblichen Lohnneinbußen. Geltend gemacht und gefordert wurden diese von der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers.

Diese ganzen Umstände und die Angst vor der Zukunft belasteten meinen Gatten sehr stark. Er fühlte sich auch eingeengt, da man ihm nahe legte, auf das Fahren mit dem Auto zu verzichten. Bei einem Test durch eine Fahrschule wurde erhebliches Fehlverhalten im

Straßenverkehr festgestellt. Sämtliche Botengänge und Fahrten müssen seit dieser Zeit von mir übernommen werden. Von der Versicherung wurden zahlreiche Gutachten angefordert.

Erst nach einer Testung (weiteres Gutachten durch Herrn Dr. G.) erzählte uns dieser von der Möglichkeit, dass das Gedächtnis auch in Zukunft trainiert werden kann. Herr Dr. G. bot uns seine Hilfe an und stellte uns sein ganz spezielles Trainingsprogramm vor.

Da meinen Mann seine Konzentrationsschwäche und seine mangelnde Merkfähigkeit in starkem Umfang belasteten, nahmen wir diese Hilfe dankbar an. Wir benötigten zunächst einen PC. Dieser wurde uns zum Teil von der Versicherung bezahlt. Die erste Installation des Programms und die Einweisung erfolgten in der Klinik durch Herrn Dr. G. Trainiert wird zu Hause mittels einer Diskette, die in bestimmten Abständen von Herrn Dr. G. ausgewertet wird. Er kann so noch bestehende Defizite erkennen und das Trainingsprogramm darauf abstimmen. Durch die gute Betreuung und Zusammenarbeit mit Herrn Dr. G. haben sich gute Erfolge eingestellt.

Unser Plan

Bei unserer ersten Begegnung schien mir die Ehefrau sehr motiviert zu sein, er selbst dagegen eher depressiv, zurückgezogen und in seinem Leid gefangen. Da er sich aber zur Mitarbeit bereit erklärte, schlug ich den Eheleuten vor, ihnen das Therapieprogramm NEUROOP zur Verfügung zu stellen und sie bei der Benutzung der Programme neuropsychologisch zu betreuen. Da der Wohn-

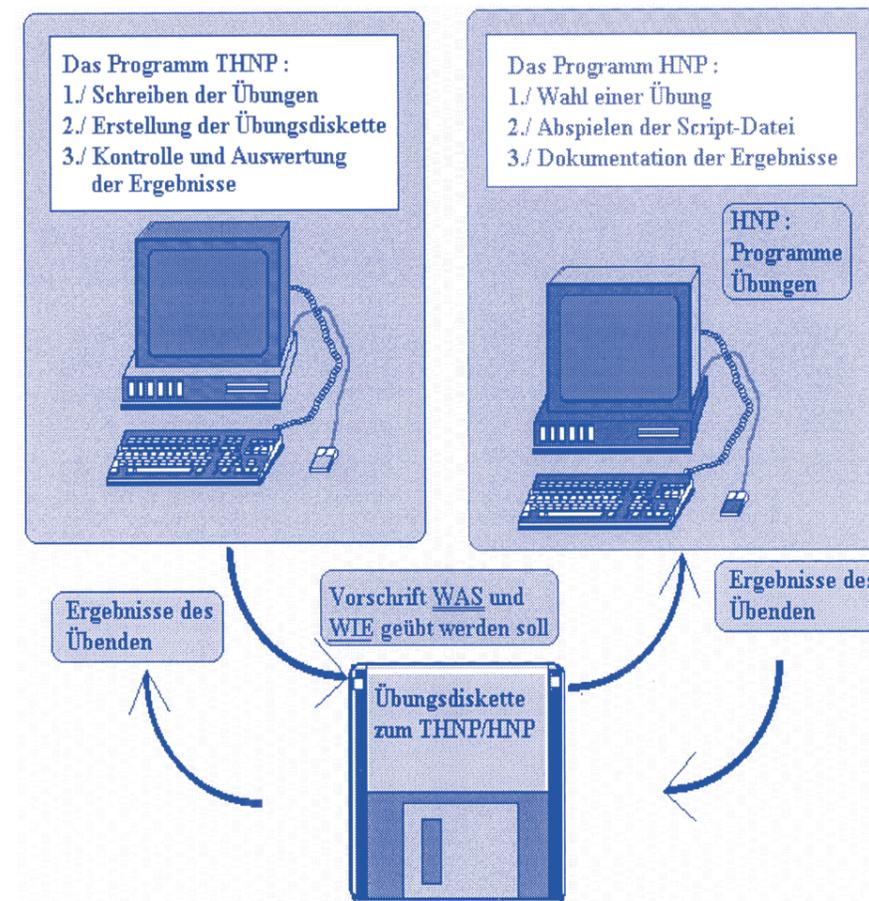


Abb.: Programme HNP und THNP. So kamen die „Übungsrezepte“ zu Rudi und seine Ergebnisse zurück zum Therapeuten. Weitere Einzelheiten im Text.

ort der Familie jedoch mehr als 80 km von unserer Klinik entfernt liegt, vereinbarten wir eine Art „Telebehandlung“. Der erste Schritt war die Anschaffung eines Computers. Da es Probleme mit der Zahlungswilligkeit der Versicherung des Unfallverursachers gab, wandte sich die Ehefrau unverzüglich an den Anwalt der Familie und setzte die Bezahlung durch. Dies überzeugte mich noch mehr von der Motivation und Entschlossenheit der Ehefrau.

Das Programm NEUROOP-2

Meine Aufgabe bestand nun darin, das Programm NEUROOP-2 den speziellen Gegebenheiten anzupassen (genauere Information über das Programm NEUROOP-2 findet ein interessierter Leser im Internet unter www.neurop.de). Die Programme werden seit 1993 in mehreren Reha-Kliniken benutzt. NEUROOP

besteht aus einer Sammlung verschiedener Programme zur Therapie kognitiver Beeinträchtigungen in den Bereichen Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis usw. Zu dieser Zeit arbeitete ich gerade an einer neuen, erweiterten Version. Dies bedeutete für mich konkret, eine dem Ziel einer Teletherapie angepasste Parallelversion der Programme NEUROOP-2 zu entwickeln. So ein Unterfangen ist nicht in zwei Wochen zu bewältigen, da sich herausstellte, dass beide Eheleute absolut unerfahren im Umgang mit dem Computer waren. Nach einer dreimonatigen Erprobungsphase bewährte sich ein System, bei dem die Programme zweigeteilt waren. Ein Teil des Programms war für den Heimeinsatz (HNP = Haus-Neurop) bestimmt – der andere Teil des Programms für den Supervisor (THNP=Therapeut-Neurop).



Rudi vor seinem Computer zu Hause

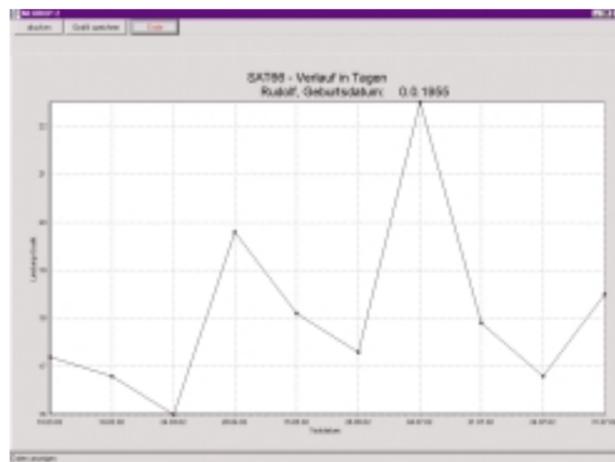
Das Programm für Rudi bestand aus einer einfachen Benutzeroberfläche, die er ausschließlich mit einer „Rezept-Diskette“ benutzen konnte. Diese Anordnung sollte eine möglichst umfangreiche Kontrolle über den Verlauf der Therapie gewährleisten. Rudi konnte die Diskette beliebig oft und zu beliebigen Zeiten benutzen, eine beliebige Übung wählen und üben. Er konnte aber nicht die „Rezepte“ einsehen und

ändern und er hatte keinen Zugang zu den Ergebnissen.

Rudis Hausprogramm musste – wie zu erwarten war – mehrmals angepasst werden. Am Ende hat sich eine Version bewährt, in der er lediglich eine Übung auswählen musste oder das Programm beenden konnte. Mit Rudi wurde vereinbart, dass er nach einer Übungsperiode von etwa sechs bis acht Wochen die Diskette wieder an mich zurückschickt. Das Programm HNP war so entworfen, dass es alle für die Beurteilung seiner Übungsleistung interessanten Aspekte automatisch dokumentierte: Wann, wie lange und mit welchem Erfolg er geübt, bei welchen Aufgaben er das Training abgebrochen hatte usw. So konnte ich als Supervisor seine Leistungen aufgrund dieser Daten genau rekonstruieren.

Die nebenstehende Abbildung illustriert die Dokumentation von Rudis Leistungen in der Aufgabe Satt66. Seine Leistungen in dieser Aufmerksamkeitsaufgabe schwankten noch sehr und liegen

Verlauf von Rudis Leistungen in einer Aufmerksamkeitsaufgabe zwischen März und Juli 2002



auch heute noch deutlich unter dem alterskorrigierten Durchschnitt.

Der Weg, der jetzt schon drei Jahre dauert

Am Anfang unseres Teletherapie-Versuchs war überhaupt nicht klar, ob sich die investierte Energie lohnen würde. Es hat eine ganze Weile gedauert, bis alle Komponenten in den Programmen so funktionierten, wie wir uns das vorgestellt hatten. Dies war die „technische“ Seite unserer Zusammenarbeit; größere Probleme bereitete die „menschliche“ Seite.

Nach etwa einem halben Jahr wollte Rudi nicht mehr üben, da Kollegen von ihm die Übungen am Computer als „Kinderkram“ abgetan hatten. Erst nach einem längeren Gespräch über mögliche Alternativen akzeptierte Rudi wieder die Computer-Übungen.

Rudis Leistungen bessern sich sehr langsam – das war und ist eine Enttäuschung nicht nur für Rudi und seine Familie. Positiv ist aber, dass er mehr Sicherheit im Umgang mit dem Computer und langsam auch mehr Vertrauen in eigene Fähigkeiten gewonnen hat.

Sehr erfreut war die Familie, als Rudi in der Firma auf eine neue Arbeitsstelle versetzt wurde, wo er mit dem Computer zu tun hat. Auf dieser Stelle ist er bis heute noch. Des Weiteren hat sich die Situation in der Familie nach Angaben der Ehefrau spürbar entschärft, was auch meinem Eindruck bei den gelegentlichen Arbeitsbesuchen sowohl bei der Familie zu Hause als auch bei mir in der Klinik entsprach.

Ist es ein Weg?

Nach drei Jahren praktischer Erfahrung mit inzwischen zehn Teletherapie-Patienten denke ich, dass die Teletherapie an Bedeutung gewinnen wird. Damit die computergestützte Teletherapie funktioniert, müssen natürlich bestimmte Bedingungen erfüllt werden. An erster Stelle möchte ich das Umfeld des Betroffenen nennen. Rudis Frau hat meiner Meinung nach überzeugend gezeigt, wie hilfreich und notwendig eine gute Beziehung in einer solchen Situation sein kann.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für das Funktionieren der computergestützten Teletherapie sind geeignete Programme, mit deren Hilfe der Betroffene üben kann. Mit „geeignet“ meine ich Programme, welche die vorhandenen Defizite berücksichtigen und dem Übenden trotzdem ein Erfolgserlebnis ermöglichen. Das bedeutet: Die Übungen müssen änderbar sein, damit sie möglichst genau den Fähigkeiten des Übenden entsprechen und ein sinnvolles Training der eingeschränkten Fähigkeiten gewährleisten. Das betrifft die Schwierigkeit der Aufgaben, aber auch deren Inhalte. Nicht zuletzt müssen sie auch motivierend wirken. (Unter den Betroffenen, mit denen ich zusammenarbeite, sind z. B. ein Finanzbeamter, Vater von zwei Kindern, aber auch ein 16-jähriger Jugendlicher. Deshalb müssen die Übungen verständlicherweise einen ganz anderen Aufforderungscharakter haben.)

Wir haben mit Rudi kein Internet und keine modernen Kommunikationsmittel benutzt. Die Benutzung von E-Mail wäre

sicher wünschenswert gewesen, überstieg aber das, was sich Rudi zutraute. Und die Beförderung der Diskette mit der Post funktionierte tadellos.

Die Teletherapie stellt aber auch neue Anforderungen an die Behandelnden. Therapeuten können Schwierigkeiten mit dieser Art von Behandlung haben. Es werden Ängste geweckt und ein Umdenken verlangt. Ein effektives Arbeiten mit dieser Art der Therapie verlangt zumindest Grundkenntnisse im Umgang mit dem Computer sowie umfangreiche Erfahrung mit dem Therapieprogramm NEURO-P-2 und dessen Anwendungsmöglichkeiten.

Um am Ende nochmals auf die eingangs aufgeworfene Frage der Behandlungskosten zurückzukommen, ließe sich abschließend feststellen, dass diese Art der Behandlung einen möglichen Weg der Kostendämpfung aufzeigt.

Autor:
Laco Gaál, Klinik für Neurologische Rehabilitation, BZK Maimkofen, Deggendorf

ZNS

Der lange Weg zurück ins Leben

Thorsten H. war 17 Jahre alt, als er 1991 im Rahmen seiner ehrenamtlichen Tätigkeit beim Jugendrotkreuz Bad Neustadt einen Unfall erlitt, durch welchen es zu einer HWK-5-Trümmerfraktur und hohem spinalen Querschnitt (Tetraplegie) kam. Zum Unfallzeitpunkt besuchte er die neunte Klasse einer Realschule.

Nach sechsmonatiger stationärer Behandlung im Rehabilitationskrankenhaus Hohe Warte in Bayreuth konnte Thorsten H. endlich im Januar 1992 nach Hause entlassen werden. Allerdings war er komplett querschnittsgelähmt. Seine Familie (insgesamt fünf Personen) lebte schon damals in einem eigenen Wohnhaus mit insgesamt zwei Stockwerken, von denen das Erdgeschoss selbst bewohnt wurde. Im zweiten Stock befand sich eine Ferienwohnung, die die Familie regelmäßig an Urlauber vermietete. Damit der unfallbedingt notwendige Wohnraum geschaffen werden konnte, erklärten sich die Eltern bereit, ihrem Sohn die Ferienwohnung im zweiten Obergeschoss zur Verfügung zu stellen. Damit Thorsten H. diese Wohnung erreichen und auch wieder verlassen kann, musste ein Treppenschrägaufzug installiert werden. Weitere umfangreiche Umbaumaßnahmen waren notwendig, um ihm zu ermöglichen, sich weitgehend ohne fremde Hilfe fortzubewegen. Die gesamten Umbaukosten im Rahmen der Wohnungshilfe beliefen sich damals auf 116.255 DM.

Schule und Beruf – neue Orientierung erforderlich

Die schulische und berufliche Situation

war für Thorsten H. nach dem Unfall sehr schwierig geworden. Er wollte nicht mehr weiter zur Schule gehen, sondern einen Beruf erlernen. Zur beruflichen Orientierung nahm er von Mai bis Juni 1993 an einer Maßnahme der Berufsförderung am Berufsbildungswerk in Neckargemünd teil. Danach entschied er sich für eine Ausbildung zum Industriekaufmann und durchlief von 1994 bis 1997 das dreijährige Ausbildungsprogramm im Kurt-Lindemann-Haus der Orthopädischen Universitätsklinik in Heidelberg mit Erfolg.

Nach Beendigung der Umschulungsmaßnahme kehrte Thorsten H. in die zwischenzeitlich behindertengerecht umgebaute Wohnung im Elternhaus zurück. Da bei ihm unter Berücksichtigung der erheblichen Unfallschädigung Pflegebedürftigkeit besteht, musste die häusliche Pflege sichergestellt werden. Seine Mutter war vor Eintritt des Unfalles ihres Sohnes halbtags als Hauswirtschafterin beim Caritas-Verband in Würzburg beschäftigt. Sie erklärte sich bereit, die häusliche Pflege ihres Sohnes zu übernehmen und wurde ab Mai 1997 auf unbestimmte Zeit als Pflegekraft bei ihrem Sohn angestellt. Die monatlichen Lohnkosten werden vom Bayer. GUVV übernommen.

Da Thorsten H. unter Berücksichtigung der erheblichen Unfallschädigung nicht in der Lage war, an einer Normalfahrschule den Führerschein zu erlangen, war es notwendig, die Fahrausbildung an einer Behinderten-Fahrschule zu absolvieren. Die Führerscheinkosten in Höhe von damals 6.445 DM wurden



vom Bayer. GUVV ebenso übernommen wie im Rahmen der Kraftfahrzeughilfe ein Zuschuss von 18.000 DM für den Kauf eines behindertengerechten Fahrzeuges und die Kosten der notwendigen technischen Sonderausstattung in Höhe von 34.814 DM.

Neuer Start in den Beruf

Trotz intensiver Vermittlungsbemühungen konnte nach Beendigung der Ausbildung kein behindertengerechter Arbeitsplatz gefunden werden, da die Unfallfolgen für den Versicherten – nämlich komplette Lähmung – zu gravierend waren. Im Jahre 1999 wurde Thorsten H. vom Arbeitsamt in Schweinfurt die Möglichkeit eines Heimarbeitsplatzes angeboten, wobei die Firma T-Call-Euro-Logistik Center in Schweinfurt sich bereit erklärte, ihn mit Beginn Mai 1999 in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu übernehmen. Voraussetzung für diesen Heimarbeitsplatz war jedoch, dass dem Arbeitgeber die vollen Kosten für die Einrichtung des Arbeitsplatzes erstattet wurden. Ferner musste im



Rahmen der Eingliederungshilfe Lohnkostensersatz über einen Zeitraum von zwölf Monaten in Höhe von 50 % der Bruttolohnkosten geleistet werden. Die Kosten für den Heimarbeitsplatz beliefen sich auf 20.386 DM und wurden vom Bayer. GUVV in voller Höhe übernommen.

Leider machten zunehmende Beschwerden im Bereich beider Hand-, Ellenbogen- sowie Schultergelenke es Thorsten H. bald unmöglich, die Arbeit am Heimarbeitsplatz weiter auszuführen. Aufgrund dieser Tatsache wurde das Beschäftigungsverhältnis Mitte November 1999 beendet und die zur Verfügung gestellte EDV-Anlage wurde vom Verband zurückgenommen und anderweitig verwendet.

Neue Mobilität

Durch die Verschlimmerung der Unfallfolgen gerade im Bereich beider Arme konnte das Kraftfahrzeug der Marke Audi Avant von Thorsten H. nicht mehr weiter benützt werden. Er kaufte sich stattdessen für 60.000 DM einen Chrysler Voyager, der allerdings als Enter-Van-2 umgebaut werden musste, um ihn weitgehend ohne fremde Hilfe mit dem Elektrorollstuhl befahren und auch wie-

der verlassen zu können. Weitere Umbauten waren nötig, um das Kraftfahrzeug vom automatisch fixierten Rollstuhl aus führen und auch problemlos bedienen zu können. Die Kosten für diese Umrüstung am Kraftfahrzeug nebst dem notwendigen Elektrorollstuhl beliefen sich auf 124.212 DM. Da durch diese umfangreichen Umbaumaßnahmen der Versicherte wieder in der Lage ist, ohne fremde Hilfe am sozialen Leben teilzunehmen, wurden im Rahmen der Kfz-Hilfe-Richtlinien die gesamten Umbaukosten vom Bayer. GUVV übernommen.

Seit diesem Zeitpunkt hat sich die Stimmungslage von Thorsten H. sehr positiv verändert. Durch die verbesserte Mobilität kann er wieder jederzeit Freunde besuchen und Ausfahrten unternehmen und hat dadurch auch insgesamt wieder mehr an Selbständigkeit gewonnen.



Mit Musik Brücken bauen

Thorsten widmet sich nunmehr voll und ganz seinem musikalischen Hobby, dem Spielen des Didgeridoo (Blasinstrument der australischen Ureinwohner). Er ist festes Mitglied einer Musikgruppe, die in Unterfranken bekannt ist und bereits mehrmals erfolgreich aufgetreten ist. Die Musik hat Thorsten H. wieder neue Kraft gegeben. Die Fortschritte in der Musik, die Freunde, die mit ihm gemeinsam spielen, und die Anerkennung in den öffentlichen Konzerten haben sein Leben verändert. Er hat wieder Freude und Orientierung gewonnen.

Trotz der schweren Unfallschädigung hat Thorsten H. niemals den Mut und den Blick nach vorne verloren. Mit Hilfe der finanziellen Unterstützung des Bayer. GUVV konnte er einen Weg finden, der seinen individuellen Möglichkeiten entspricht und es ihm erlaubt, sein Leben mit seiner Behinderung zu meistern.

Autor:

Hermann Krogmann, Geschäftsbereich Rehabilitation und Entschädigung beim Bayer. GUVV



„Thorsten H. aus Unterelsbach ist kein Unbekannter mehr bei der Band. Mitgebracht hat er sein Lieblingsinstrument, das Didgeridoo. Ursprünglich und traditionell wird es von australischen Eingeborenen gespielt, den Aborigines. Tief holt er Luft, saugt und bläst das lange, keulenförmige Instrument an und erfüllt die Markthalle mit dessen markanten Brummtönen. Das zieht fremdartige Schauer über den Rücken und fasziniert zugleich.“

Aus einer Pressemeldung anlässlich eines Konzertes in Meltrichstadt im April 2002

Erfolgreiche Bildungsmesse DIDACTA 2003

Aus der Sicht der Unfallversicherungsträger war die Bildungsmesse 2003 in Nürnberg ein voller Erfolg. Viele Lehrkräfte und Schüler kamen zum gemeinsamen Stand des Bayer. GUVV/der Bayer. LUK, des Bundesverbandes der Unfallkassen und der Unfallkasse München.

Das präsentierte Thema „Bewegte Schule: Mit Spaß sicher und gesund“ liegt im Trend eines gewachsenen Gesundheitsbewusstseins, und mit den



Staatssekretär Karl Freller (Mitte) beim Besuch des Messestandes im Kreis von Präventionsfachleuten des Bayer. GUVV.

Beispielen für eine sichere und kindgerechte Pausenhofgestaltung und den Hinweisen auf Gefahren auf dem Schulweg (Sicher in der Dunkelheit) konnten die Besucher konkrete Handlungsanweisungen und Informationen für den Schulalltag mit nach Hause nehmen.



Landtagswahl in Bayern am 21. September 2003

Wahlhelfer sind kostenlos unfallversichert

Zur Landtagswahl 2003 in Bayern weisen wir erneut darauf hin, dass Wahlhelfer ebenso wie ehrenamtliche Mandatsträger bei ihrer Tätigkeit und auf den damit verbundenen Wegen unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen.

Bei einem Unfall eines Wahlhelfers übernimmt der Bayer. GUVV die Kosten der medizinischen Heilbehandlung sowie eventuell notwendiger weitergehender Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Unfall sollte daher möglichst umgehend der zuständigen Gemeinde gemeldet werden, die eine Unfall-

anzeige zu erstellen hat. Außerdem muss ausdrücklich beim behandelnden Arzt angegeben werden, dass es sich um einen Unfall im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit gehandelt hat.

Nähere Informationen im Internet unter www.bayerguvv.de

www.bayerguvv.de

Fachtagung des Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) vom 16. bis 18. September 2003 in Greifswald

„Integration schwer verletzter Kinder und Jugendlicher“

Zum „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ 2003 will der BUK einen Beitrag leisten, die Wiedereingliederung junger Menschen nach einer schweren Verletzung zu verbessern. Kinder und Jugendliche haben spezifische Bedürfnisse, die bei den verschiedenen Maßnahmen zur Integration berücksichtigt werden müssen.

Die Tagung des BUK thematisiert in Zusammenarbeit mit dem Berufsbildungswerk, dem Neurologischen Rehabilitationszentrum und der Universität Greifswald deshalb gezielt diese Besonderheiten und lädt die für die Rehabilitation Verantwortlichen, Interessen-

vertreter, Betroffene sowie deren Angehörige ein, in verschiedenen Workshops aktiv an einem Erfahrungsaustausch teilzunehmen und gemeinsam über Verbesserungsmöglichkeiten nachzudenken. Übergreifende Vorträge und themenspezifische Exkursionen runden das Programm ab.

Weitere Informationen und Anmeldung:

Bundesverband der Unfallkassen, Frau Ahrends, Fockensteinstr. 1, 81539 München

E-Mail: gerlinde.ahrends@unfallkassen.de



» » » Bekanntmachungen » » »

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes findet am Donnerstag, dem 17. Juli 2003, um 11.00 Uhr, im Landratsamt Dingolfing-Landau, Obere Stadt 1, 84130 Dingolfing, statt.

Die Vorsitzende der Vertreterversammlung des Bayer. GUVV
Ulrike Fister

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung der Bayerischen Landesunfallkasse findet am Donnerstag, dem 24. Juli 2003, um 9.00 Uhr, im Wöhrdsee Hotel Mercure Nürnberg, Dürrenhof-Straße 8, 90402 Nürnberg, statt.

Die Vorsitzende der Vertreterversammlung der Bayer. LUK
Ragna Zeit-Wolfrum

Die Sitzungen sind öffentlich.

Rückfragen/Anmeldungen bitte bei Frau Thurnhuber-Spachmann, Tel. 0 89/3 60 93-1 11, E-Mail: sv@bayerguvv.de

GUUVV LUK