

Neurologie & Rehabilitation 2005; 11 (4): 218–226

# Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

W. Fries, D. Dustmann, S. Fischer, N. Lojewski, K. Ortner, C. Petersen, C. Pott, M. Rehbein, I. Scholler  
*Praxis für ambulante neurologische und neuropsychologische Rehabilitation, München*

## Zusammenfassung

Die Einführung der ICF in den Alltag der Rehabilitation durch das Sozialgesetzbuch IX hat nicht nur den Blick auf und die Diagnostik von Behinderung verändert. Sie erfordert auch neue Behandlungskonzepte, die der gesetzlichen Forderung nach selbstbestimmter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Rehabilitationsziel gerecht werden. Wir stellen hier Projektarbeit als eine Möglichkeit zur teilhabebezogenen Behandlung vor. Ziele, Planung und Ablauf werden beschrieben. Vier Kasuistiken dienen dazu, das Verfahren, seine Möglichkeiten, aber auch seine Grenzen zu illustrieren. Ihre Präsentation ist zunächst als Diskussionsbeitrag gedacht, quantifizierbare Ergebnisse liegen derzeit noch nicht vor.

**Schlüsselwörter:** ICF, Projektarbeit, wohnortnahe ambulante neurologische Rehabilitation, Teilhabe

## Working in projects: therapeutic strategies for the introduction of ICF and SGB IX in outpatient neurorehabilitation to improve participation

W. Fries, D. Dustmann, S. Fischer, N. Lojewski, K. Ortner, C. Petersen, C. Pott, M. Rehbein, I. Scholler

## Abstract

The introduction of ICF in the reality of German rehabilitation has changed the views on deficits and handicaps. It also makes new strategies necessary which fulfil the legal requirements of participation as the relevant goal in rehabilitation. Here, we present our concept of »working in projects« as a possibility of participation related treatment. Goals, planning and course of the treatment are described. So far, we cannot present quantifiable results but want rather to contribute to the discussion.

**Key Words:** ICF, working in projects, outpatient rehabilitation, participation

© Hippocampus Verlag 2005

## Einleitung: Warum Projektarbeit?

Die Gesundheitspolitik hat im Juli 2001 mit der Verabschiedung eines neuen Sozialgesetzbuches, in dem die Rechte auf Rehabilitation zusammengefasst sind (SGB IX), einen zentralen Paradigmenwechsel in der Konzeption von Rehabilitation und auch in dem gesetzlichen Auftrag für die Ziele der Rehabilitation eingeleitet. Im Vordergrund steht jetzt, wie die Bundesregierung auch aktuell nochmals betont, »das Ziel, die vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn Hindernisse, die ihren Teilhabechancen im Wege stehen, beseitigt werden« [6]. Dabei sind Auftrag und Ziel der Rehabilitation in §4 SGB IX explizit benannt:

- Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Als konzeptionelles Bezugssystem für die medizinische Rehabilitation wird das Modell zur funktionalen Gesund-

heit der Weltgesundheitsorganisation WHO, die Internationale Klassifikation von Funktion, Teilhabe und Behinderung (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) [27] benannt. Dies gilt nicht nur für den Gesetzestext selbst [1], sondern auch für alle abgeleiteten Ausführungsbestimmungen, Richtlinien [19], (Rahmen-)Empfehlungen [2, 3, 4], die Gesundheitspolitik [6] und für den Bericht des Bundesbehindertenbeauftragten [28]. Dieses Konzept der WHO soll ermöglichen, die Krankheitsfolgen auf den Ebenen Körperfunktionen und -struktur, Aktivitäten und Teilhabe systematisch zu kodieren, aber auch Umweltfaktoren (externe Kontextfaktoren) und personbezogene Faktoren (interne Kontextfaktoren) zu erfassen. Es ergänzt die Klassifizierung von *Erkrankungen* in der ICD 10. Eine wesentliche Neuerung in diesem Krankheitsfolgenmodell ist die multifaktorielle Bedingtheit der Teilhabe. Während noch in dem Konzept der vorausgegangenen ICIDH eine Gesundheitsstörung oder Organschädigung (in unserem Falle des Gehirns) als Struktur- und Funktionsschädigung automatisch zu Störungen in den Aktivitäten, das heißt den Fähigkeiten, bestimmte Handlungen durchzuführen, und zu Störungen der Teilhabe, das heißt der tatsächlichen Ausführung von Aktivitäten im sozialen Kontext, führt, vertritt die ICF jetzt die Vorstellung, dass beeinträchtigte Teilhabe *nicht* in einer hierarchischen Abhängigkeit von gestörter Funktion und dadurch beeinträchtigter Aktivität steht. Denn neben der gestörten Funktion wirken weitere Faktoren auf die *Teilhabe* ein, wie Umweltfaktoren und Faktoren, die in der eigenen Person begründet liegen. Unter Faktoren der Umwelt sind zum einen physikalische Barrieren zu verstehen, die behinderte Menschen in ihrer Teilhabe einschränken können, aber auch hemmende Einflüsse, die sich aus der sozialen Interaktion mit Lebenspartner, Familie und Nachbarn sowie aus gesellschaftlichen Vorurteilen ergeben. Dieser Komplex kann unter dem Stichwort externe Kontextfaktoren zusammengefasst werden. Als personbezogene Faktoren, die eine Teilhabe erschweren können, benennt die ICF die biographischen und innerpsychischen Bedingtheiten des betroffenen Menschen (interne Kontextfaktoren)(Abb. 1).

Diese Konzeption, dass eine Störung in der Teilhabe nicht mehr als lineare und direkt ableitbare Folge einer Funktionsstörung und der von ihr bedingten Aktivitätsstörung aufgefasst wird, sondern auch als Folge von Umweltbedingungen und Persönlichkeitsfaktoren zu verstehen ist, begründet nicht nur einen Paradigmenwechsel in der Auffassung von Behinderung, sondern hat auch Konsequenzen für die Therapie in der Rehabilitation [23]. Ausgangspunkt der Analyse, was den Betroffenen behindert und was demzufolge therapiert werden soll, muss jetzt die Phänomenologie der Teilhabestörung sein. Dahinter verbirgt sich die Frage, an welchen Aktivitäten des sozialen Lebens der von einer Hirnverletzung betroffene Mensch gehindert wird, sei es in der Partnerschaft, in sozialen Gruppierungen wie Nachbarschaft, Vereinen etc. oder im Beruf. Dabei ist mit zu berücksichtigen, dass die Teilhabe auch durch Umweltfaktoren wie Barrieren (z. B. für Gehbehinderte die Wohnung im

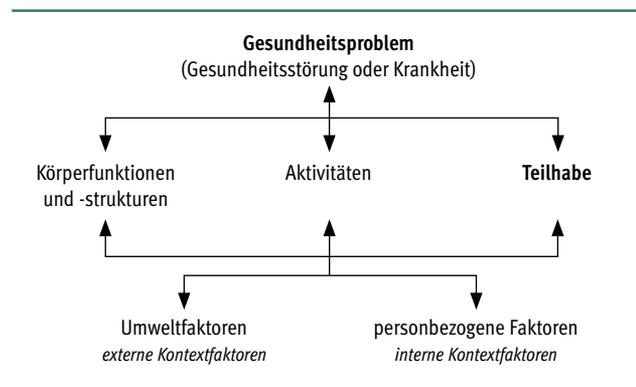


Abb. 1: Blockschema der ICF (modifiziert nach [27])

3. Stock ohne Lift), aber auch durch überfürsorgliche oder überfordernde Angehörige, gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Behinderten und nicht zuletzt durch personbezogene Faktoren beeinträchtigt werden kann. Hier sind vor allem Motivation, Antrieb, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie das Ausmaß an Depression von Bedeutung. Diese multifaktoriellen Ursachen und Bedingungen für die Teilhabestörung, die im übrigen bereits 1978 von *Lishman* in ähnlicher Weise beschrieben wurden [17], müssen mit der ICF erfasst werden und in die Behandlungskonzepte der Rehabilitation eingehen. Letztlich ist entscheidend, ob der erkrankte oder verletzte Mensch nach der Rehabilitation – im Rahmen seiner Möglichkeiten – wieder am sozialen Leben teilnimmt, und nicht, ob er es im Prinzip wieder könnte. Allein an der konkreten Performanz und Umsetzung der Fähigkeiten und Aktivitäten *im Alltag* sind der Erfolg und die Wirksamkeit von Rehabilitation zu messen. Impliziter Bezugsmaßstab, wenn auch im Gesetzestext nicht definiert, kann nur das Ausmaß der Teilhabe sein, die der betroffene Mensch *vor* der Erkrankung ausgeübt hat. Es kann nicht Aufgabe der Rehabilitation sein, den Menschen »gesünder« zu machen als vor der Erkrankung, indem die Rehabilitation ihm mehr Teilhabe ermöglicht als er vorher ausübte. Ausgehend von der Analyse der Teilhabestörung ist es notwendig, die Veränderung in den für die Teilhabe notwendigen Aktivitäten und die ihnen zugrundeliegenden Funktionsstörungen zu analysieren. Erfasst werden müssen auch die hemmenden und fördernden Kontextfaktoren. Dies schließt die externen behindernden Einflüsse ebenso ein wie die inneren Hemmfaktoren (siehe unten), aber auch vorhandene Ressourcen.

Die Betrachtungsweise hat sich also von einer »bottom-up« Betrachtungsweise, die unterstellt hatte, dass die Behinderung sich gewissermaßen linear aus der Funktionsstörung erklärt, zu einer »top-down« Betrachtungsweise verändert, die von den konkreten Veränderungen in der Teilhabe am sozialen Leben ausgeht und deren komplexe, multifaktorielle Bedingungen zu erforschen hat. Die bisher vorliegenden Instrumente zur Messung von Teilhabestörungen erfassen noch nicht alle Aspekte der ICF; die ICF selbst ist als Messinstrument noch nicht alltagstauglich (*Frommelt* und *Grötzbach* in diesem Heft [10])(Abb.2).



Wiedererlangung weitgehender bis vollständiger häuslicher Selbständigkeit ebenso wie die Vorbereitung auf eine berufliche Wiedereingliederung mit komplexen Arbeitsaufgaben. Wesentlichen Anteil hat dabei auch die Teamarbeit der Patienten in der Gruppe (zur Diskussion über die Wertigkeit und Bedeutung von Gruppenarbeit siehe [18]). Die Wahrnehmung, unter »Gleichgesinnten«, d. h. in ähnlicher Weise Betroffenen zu sein, die *gegenseitige* Akzeptanz und die Möglichkeit, sich bei den Mitpatienten gewissermaßen Lösungswege »abschauen« zu können, fördert die Motivation und auch das Ergebnis [18].

Die Projektarbeit umfasst mehrere Phasen:

- *Vorbereitung, Zielsetzung.* Ausgang der Projektarbeit ist, die in der Folge der Erkrankung aufgetretenen Teilhabestörungen zu erfassen, und zwar in der Rangfolge der Wertigkeit für die Patienten. Wichtig dabei ist, nicht Symptome oder Funktionsstörungen zu erfragen. Patienten können aufgrund entsprechender Sozialisation im System häufig zunächst nur diese benennen. Es geht jedoch um die tatsächlichen Einschränkungen im Alltagsleben. Dies setzt voraus, dass bereits ausreichende Erfahrung mit dem Alltag gemacht werden konnte. In praxi bedeutet dies, dass Projektarbeit am ehesten in einem ambulanten Setting zu realisieren ist, wenn die Patienten wieder in ihrem häuslichen, gewohnten Alltag leben. Bei der Erfassung der Ziele ist auf den Teilhabebezug zu achten. Ziele wie »Ich möchte wieder gesund werden« oder »Ich möchte wieder so werden wie vorher« sind nicht nur nicht erfüllbar, sondern auch kein Rehabilitationsziel. Je konkreter Aktivitäten im eigenen Alltag als Ziele benannt werden können, z. B. »Ich möchte wieder die Mahlzeiten zubereiten können« oder »Ich möchte gerne wieder meine Steuererklärung und meine Bankgeschäfte selbst erledigen können«, desto leichter können sie erreicht oder zumindest in erreichbare Teilzeile untergliedert werden. Auch hier ist die subjektive Rangfolge wichtig. Sowohl Teilhabestörungen als auch Ziele werden schriftlich erfasst und dokumentiert.
- Die *Planung* der Projektarbeit in der Projektgruppe geht zunächst von den erfassten Rehazielen aus. Diese müssen aber in konkrete Teilziele unterteilt werden, die auch erreichbar sind. Wichtig ist, die aktuellen Wünsche der Patienten, aber auch ihre momentanen Möglichkeiten zu berücksichtigen. In der Planungsphase sollten keine unerreichbaren Ziele oder nicht zu bewältigenden Aufgaben angestrebt werden. Ein adäquates »Shaping« der Anforderungsschwierigkeiten ist unerlässlich (siehe zur Bedeutung dieser Frage [24]). Es muss ein Zeitrahmen festgelegt werden, innerhalb dessen die Aufgabe zu erledigen ist. Die Einhaltung von Zeitvorgaben ist ein wesentliches Anforderungsmoment im Alltagsleben. Oft muss bereits in der Planung darauf geachtet werden, dass ein adäquates Pausenmanagement mit berücksichtigt wird.

- In der *Durchführung* sollen die Patienten die Aufgaben selbständig oder nur mit der minimal notwendigen Unterstützung durch Therapeuten erledigen. Wenn sie Hilfe anfordern und benötigen, wird sie in dem notwendigen Umfang gewährt. Wenn Patienten gemeinsam in Kleingruppen ein Projekt durchführen, können sie sich gegenseitig Unterstützung gewähren, wodurch oft das Selbstvertrauen und die Akzeptanz der Behinderung gestärkt werden. Die Durchführung der Projektaufgabe verlangt, dass der Patient sich die notwendigen Materialien und Unterlagen selbst organisiert, sich selbst einen Zeitplan festlegt, Fähigkeits- und Belastungsgrenzen selbst realistisch einschätzen kann, das Erreichen der Belastungsgrenze auch wahrnehmen kann und gegebenenfalls auch akzeptiert, das angestrebte Ziel noch nicht erreichen zu können.
- Eine *Nachbereitung* und Reflexion durch die Patienten in der Gruppe ist ein wesentlicher Bestandteil der Projektarbeit. Mitpatienten und Therapeuten geben eine Rückmeldung über den Erfolg. In der Besprechung der Aufgaben und des Grades der Zielerreichung geht es darum, zu überprüfen, wie realistisch die Selbsteinschätzung war, wie gut es gelang, das angestrebte Ziel zu erreichen, wie gut das Zeitmanagement war, ob die Einteilung der Kräfte gelang und ob die Belastungsgrenzen respektiert werden konnten. Ziele, Aufgaben und Grad der Zielerreichung werden am Ende von den Therapeuten dokumentiert. In der Nachbesprechung im Team werden jeweils der Verlauf, die aufgetretenen Schwierigkeiten, Verbesserungen in der Bewältigung und die Rolle und Wertigkeit von externen und internen Kontextfaktoren erörtert und Konsequenzen für die weitere Therapie und die Angehörigenbetreuung abgeleitet.

### Fallbeispiele aus der Projektarbeit

#### *Kasuistik Herr G.*

(I. Scholler, Diplompsychologin, und N. Lojewski, Ergotherapeutin)

Projektgruppe: Selbständige Haushaltsführung und aktive Freizeitgestaltung

Der zum Zeitpunkt der Erkrankung 57-jährige verheiratete Qualitätssicherungsingenieur beim Triebwerksbau stellte sich ca. drei Monate nach einem striatokapsulären Medianteilinfarkt rechts bei persistierendem offenen Foramen ovale mit Vorhofseptumaneurysma vor. Zu diesem Zeitpunkt bestand noch eine armbetonte spastische Hemiparese links und eine Hemihypästhesie links, allerdings waren Halte- und einfache Greiffunktionen möglich, die Gehstrecke lag bei 600 m ohne Hilfsmittel. Es bestanden noch Restsymptome einer zentralen Dysarthrophonie. Die kognitiven Funktionen fanden sich in der neuropsychologischen Diagnostik eingeschränkt in den einfachen Reaktionsgeschwindigkeiten und in der geteilten Aufmerksamkeit. Klinisch zeigten sich eine Affektinkontinenz mit häufigem Weinen und eine reaktive Depression.

Bei der Einführung in die Projektarbeit benannte Herr G. folgende Einschränkungen seiner Teilhabe am sozialen Leben, die für ihn im Vordergrund stehen, in dieser Rangfolge:

- motorische Einschränkungen der linken Hand und des linken Armes durch die Parese, dadurch Schwierigkeiten beim Greifen von Gegenständen, bei sportlichen Aktivitäten, in der Kraft und der Feinmotorik sowie im Selbstwertgefühl
- reduzierte Fähigkeit, sich durchzusetzen, reduzierte Dialog- und Konfliktfähigkeit (die Stimme sei zu leise, argumentativ sei er nicht mehr so stark wie vor der Erkrankung)
- Schwierigkeiten bei Zeitmanagement und Zeitplanung

Daraus leitete Herr G. folgende Ziele (»Projekte«) ab:

- Einsatz der linken Hand und des linken Armes in Alltagssituationen (Greifen und Halten von Flasche, Glas und Besteck, Transportieren von Gegenständen, Einsatz des betroffenen Armes beim Gestikulieren)
- Wiederaufnahme seines Hobbys »Gitarre spielen«
- Erhöhung seiner Dialog- und Durchsetzungsfähigkeit (soziale Kompetenz)

Herr G. wurde aufgrund dieser Ziele in die Projektgruppe »selbständige Haushaltsführung und aktive Freizeitgestaltung« aufgenommen. In dieser Projektgruppe geht es um die Erhöhung der Selbständigkeit in der häuslichen Lebensführung und die Wiederaufnahme von Freizeitaktivitäten und Hobbys. Die Projektgruppe besteht aus sechs Teilnehmern, von denen jeder an seinen eigenen Aufgabenstellungen arbeitet. Bei einer Überschneidung von Zielen der einzelnen Teilnehmer werden Kleingruppenaktivitäten zu einem bestimmten Projekt entwickelt. So initiierte, plante und realisierte zum Beispiel eine Gruppe von drei Patienten eine Einführungsstunde für die Freizeitaktivität »Walking« durch eine Trainerin.

Als erstes Projekt suchte sich Herr G. eine Aufgabe zu dem Komplex »Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit«. Er bereitete ein Referat zu dem Thema »Pro – kein Tempolimit auf Autobahnen« vor und vertrat seine Positionen den Gruppenteilnehmern gegenüber auch in der anschließenden Diskussion. Dabei wurde den Beteiligten und auch Herrn G. selbst deutlich, dass er ein hohes sprachliches Niveau und eine hohe argumentative »Schlagkraft« besitzt; dysarthrische Symptome waren wenig beeinträchtigend. Er merkte, dass ihm das Referat besser gelang als gedacht. Auch übernahm er im Verlauf zweimal die Moderation der Projektpräsentation, bei der alle Patienten der Projektgruppen ihre Projekte und die erzielten Ergebnisse präsentieren. Bei dieser Aufgabe musste er vor die Leute treten, aus dem Stegreif sprechen und den Ablauf moderieren, d. h. bei jedem Beitrag auf die Einhaltung der vereinbarten Zeit achten. Dies gelang jeweils sehr gut.

Er modifizierte daher seine Ziele in der Projektarbeit und legte den Schwerpunkt auf seine motorischen Aktivitäten:

- Unter »Forced-Use«-Bedingungen, bei denen der rechte, unbeeinträchtigte Arm fixiert war, übte er, ein Glas zu

heben, Warnlichter am Fahrrad anzubringen, den Werkzeugkasten aufzuräumen und zu gestikulieren. Bei diesen Aktivitäten erzielte er gute Fortschritte. Es ließ sich danach ein vermehrter automatischer Einsatz der linken Hand und des linken Arms im Alltag beobachten.

- Um sein Hobby »Musik machen« wieder aufnehmen zu können, übte er, Gitarre zu spielen. Allerdings bestand bei ihm ein sehr hoher Anspruch an sich selbst, denn er hatte viele Jahre mit einer Musikband Konzerte gegeben. Das in der Projektgruppe erarbeitete Nahziel lag darin, innerhalb von drei Wochen das Lied »Lady in Black« spielen zu können. Gefordert hierfür ist der Einsatz der linken Hand und das Training von zwei Griffen. Die Schwierigkeit liegt im Umgreifen. Dies gelang ihm einigermaßen, jedoch nicht zu seiner Zufriedenheit.

Wesentliches Ergebnis war hier, dass Herr G. lernte, seinen Anspruch zu senken und »kleinere Brötchen zu backen«. Allerdings blieb die Akzeptanz der Behinderung ein konfliktbeladenes Thema für ihn. Im gesamten Behandlungsverlauf wurde eine hohe Ambivalenz gegenüber der Frage nach der Rückkehr in das Erwerbsleben deutlich. Diese Ambivalenz wurde vor allem durch die depressive Störung und eine erhebliche Selbstwertproblematik geschürt und unterhalten, die schon vor dem Schlaganfall bestanden hatten, durch ihn jedoch deutlich verstärkt wurden. Bereits vor dem Ereignis hatte sich Herr G. mit Plänen zur Vorruhestandsregelung befasst, die ihm seine Firma angeboten hatte. Aufgrund der Tatsache, dass Herr G. sich eher gegen Ende des Therapieverlaufs entschied, doch mit einer beruflichen Wiedereingliederung zu beginnen, wechselte er nach zehn Wochen zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung und Belastungserprobung in die Projektgruppe »Produktivität«.

*Kasuistik Frau S.*

(S. Fischer, Diplom-Psychologin, M. Rehbein, Ergotherapeutin)

Projektgruppe: Produktivität

Frau S. hatte als 34-jährige Patientin auf dem Boden einer entzündlichen Gefäßerkrankung einen ausgedehnten ischämischen Hirninfarkt im Versorgungsgebiet der mittleren Hirnarterie links (Mediateilinfarkt links) erlitten. Als sie fünf Monate später in unsere Behandlung kam, standen eine deutliche Behinderung der Kommunikation durch eine Sprechapraxie und eine leichte Aphasie mit Wortfindungsstörungen im Vordergrund sowie eine Behinderung der manuellen Fertigkeiten durch eine Sensibilitäts- und Feinmotorikstörung der rechten Hand. Im kognitiven Bereich zeigte die Patientin Einschränkungen in der geteilten Aufmerksamkeit und der Kategorisierungsfähigkeit bei überdurchschnittlichen verbalen Gedächtnisleistungen.

Vor ihrer Erkrankung war Frau S. in Vollzeit als Sekretärin mit weitem Aufgabenbereich (insbesondere Organisation und Planung, deutsch- und englischsprachige Korrespondenz) bei einer großen Münchner Firma tätig. Ihre Aufga-

ben führte sie sehr kompetent, selbständig und engagiert aus.

Im Rahmen der Therapie nahm sie an der Projektgruppe »Produktivität« teil. Unter dem übergeordneten Ziel, wieder in die Erwerbstätigkeit zurückzukehren, lagen die individuellen Ziele von Frau S. in der Verbesserung der praktischen Fähigkeiten bei der PC-Benutzung (Schreiben, Mouse-Bedienung, Umgang mit PC-Programmen wie Word, Excel, Outlook), der Kontrolle von Daten, Organisation und Strukturierung von Informationen sowie im Führen von Telefonaten (insbesondere auditive Zahlenverarbeitung). Zusätzlich ging es darum, die eigenen Belastungsgrenzen zu erkennen und zu beachten und gegebenenfalls ein individuelles Pausenmanagement zu entwickeln.

Das Aufgabenfeld von Frau S. in der Projektgruppe umfasste u. a. folgende Tätigkeiten:

- Reise-Organisation mit schriftlicher Ausarbeitung am PC (inklusive Beschaffung von Informationen über Telefon, Internet und direkten Kontakt z. B. am Bahnschalter)
- Beantwortung von zufällig auftretenden telefonischen Anfragen unterschiedlicher Komplexität
- Planung und Erstellung einer Datenbank (in Excel) zur Archivierung von Literatur (inklusive englischsprachiger Artikel)
- Umgang mit »Kolleginnen und Kollegen« in der Kommunikation von Informationen sowie in der gemeinsamen Strukturierung von Arbeitsabläufen

Um den Arbeitsalltag möglichst realistisch abzubilden, erhielt Frau S. zu Beginn jeder Projektgruppenarbeit ihre Arbeitsaufträge, die sie dann selbständig strukturieren und organisieren musste. Dazu gehörte auch ein eigenständiges Zeitmanagement mit der Einplanung von sinnvollen Pausen. Während Frau S. dann z. B. am PC ihre Aufgaben bearbeitete, erhielt sie telefonische Anfragen unterschiedlicher Komplexität, die sie zusätzlich beantworten musste.

Im Verlauf der Projektarbeit wurde Frau S. im Umgang mit dem PC, PC-Programmen und Daten zunehmend souveräner. Zum Ende der Therapiezeit konnte sie sogar mit englischsprachigen Informationen in schriftlicher Form umgehen. Parallel zur sorgfältigen Bearbeitung dieser Aufgaben konnte sie Telefonate entgegennehmen und dabei gute Strategien zur Kompensation ihrer Defizite entwickeln. Bei Therapieende konnte sie jedoch realistisch einschätzen, dass diese Strategien noch nicht für regelmäßige Telefonkontakte mit Personen außerhalb der Firma ausreichten.

Ihre persönlichen Belastungsgrenzen lernte Frau S. teilweise zu erkennen und zu beachten, wobei sie tendenziell dazu neigte, kein ausreichendes Pausenmanagement einzuhalten und Aufgaben trotz Ermüdungserscheinungen zu Ende zu bringen. Als persönliche Ressourcen traten während der Projektarbeit ihre außergewöhnlich hohe soziale Kompetenz, eine großes Engagement und ihre hohe Anstrengungsbereitschaft sowie ihre ruhige und strukturierte Vorgehensweise bei allen Aufgabenstellungen hervor. Nach Abschluss der ambulanten Rehabilitation konnte eine stu-

fenweise berufliche Wiedereingliederung nach § 74 SGB V an ihrem alten Arbeitsplatz eingeleitet werden.

#### *Kasuistik Frau Sch.*

(K. Ortner, Physiotherapeutin, D. Dustmann, Sprachtherapeutin)

Projektgruppe: Kommunikation, Wissenserwerb und -anwendung

Frau Sch. erlitt im Alter von 65 Jahren eine intrazerebrale Blutung links parietal bei arterieller Hypertonie. Zum Zeitpunkt der Aufnahme sechs Monate später zeigte sich noch eine mittelschwere nicht-klassifizierbare Aphasie mit Dyslexie, Dyskalkulie und Problemen in den exekutiven Funktionen »Planen« und »Problemlösen«.

Frau Sch. war 30 Jahre lang Grundschullehrerin in Lübeck. Seit ihrer Pensionierung arbeitete sie als Reiseleiterin vor allem in skandinavischen Ländern. Die Patientin ist geschieden, ihre beiden erwachsenen Kinder leben in Norddeutschland. Sie ist seit einem Jahr in München zum zweiten Mal verheiratet. Frau Sch. ist ein sehr kontaktfreudiger, offener Mensch und beherrschte mehrere Fremdsprachen. Nach dem Ereignis litt sie am stärksten darunter, sich nicht mehr ausdrücken zu können. Des weiteren beklagte sie Probleme in der Schriftsprache und im Rechnen. Sie bemühte sich zwar, mit »Händen und Füßen« ihre Anliegen zu vermitteln, aber da viele ihrer Bezugspersonen in der Ferne leben, war sie sehr auf Telefonieren und das Schreiben von Briefen angewiesen. Somit fehlten ihr vertraute Ansprechpartner. Den Kontakt mit Fremden scheute sie. Da sie Fahrpläne und Schilder nicht sicher lesen konnte, mied sie öffentliche Verkehrsmittel außerhalb des ihr vertrauten Weges.

Frau Sch. nahm im Rahmen der Projektarbeit an einer Gruppe mit dem Schwerpunkt »Kommunikation, Wissenserwerb und -anwendung« teil. Ziele der Patientin in der Projektarbeit waren:

- selbständige Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel in unvertrauter Umgebung
- unauffälliger sprechen können; vor allem, geeignete Kompensationsstrategien zur Verbesserung der Kommunikationssituation zu finden und umzusetzen
- Erhaltung von Kontakten
- geeignete Aktivitäten zur Freizeitgestaltung finden

Um ihre Ziele zu erreichen, übte sie folgende Aufgaben in der Projektarbeit:

- Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel in Begleitung im Innenstadtbereich
- Kommunikation in konkreten Alltagssituationen, z. B. Buchen einer Bahnfahrt, Kaufen von Eintrittskarten etc.
- Kommunikation in der Gruppe. Sprechanelassen ergaben sich aus Wegbeschreibungen, Vorträgen zu Sehenswürdigkeiten etc.
- Weitgehend selbständiges Erledigen ihrer Weihnachtspost und Aktualisierung des Adressbuches
- Beschäftigung mit non-verbalen Aktivitäten wie Malen und Zeichnen als Ressource

Durch wiederholtes Üben verschiedener Routen in Begleitung traute sich Frau Sch. bald zu, alleine Besorgungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erledigen. Sie übernahm daraufhin das Planen und Umsetzen außerhäuslicher Aktivitäten und stellte diese in Form kleiner Vorträge in der Projektgruppe vor. Hier tat sie sich besonders im Nennen von Zahlen (z. B. S-Bahn-Nummern, Fahrzeiten, etc.) schwer. Als Kompensationsstrategie nutzte Frau Sch. bei der Schwierigkeit, ein Wort herauszubekommen, das Schreiben des Initials, was jedoch zu Beginn der Therapie nicht immer erfolgreich war. Zum Abschluss kam sie über die Schrift immer zum Ziel, benötigte diese aber auch seltener. Auch Zahlen verdeutlichte sie zuverlässig über Handzeichen oder schriftlich. Wichtig war Frau Sch. vor allem, den Kontakt zu Freunden in der Ferne wieder aufzunehmen, den sie seit Beginn der Erkrankung nicht pflegen konnte. Hierzu erarbeitete sie zusammen mit einer Therapeutin einfache Satzstrukturen in Form von Lückensätzen, die sie individuell für das Verfassen von Grußkarten nutzte. Als Freizeitaktivität wählte Frau Sch. das Malen, da sie hier nicht auf ihre sprachlichen Fähigkeiten angewiesen war. Dies erhöhte ihre Entspannung und ihr Wohlbefinden. Inzwischen kommt Frau Sch. in der Alltagskommunikation mit geringer Unterstützung des Gesprächspartners zurecht. Auf Hilfe ist sie beim Lesen und Verfassen von Texten angewiesen, zeigt aber eine deutliche Dynamik und den Ergeiz, es selbst versuchen zu wollen.

#### *Kasuistik Herr A.*

(C. Petersen, Kunsttherapeutin, C. Pott, Physiotherapeutin)  
Projektgruppe: Mobilität

Herr A. wurde im September 2002 bei einem Gaststättenbesuch niedergeschlagen und erlitt dabei ein schweres SHT mit Hirnstammschädigung und V. a. traumatische Subarachnoidalblutung im Bereich des Kleinhirnwurms. Nach der Akutversorgung schlossen sich zwei stationäre Rehabilitationsmaßnahmen an. Als er sich nahezu zwei Jahre nach dem Ereignis bei uns vorstellte, standen im Vordergrund der Gesundheitsstörungen noch immer die Folgen einer Hirnstammsymptomatik mit zentraler Dysarthrophonie, einer komplexen motorischen Störung mit residualer sensomotorischer Hemisymptomatik links (spastische Hemiparese) mit ataktischer Komponente und peripheren Nervenläsionen a. e. im Sinne einer Critical-Illness-Polyneuropathie. Das Gehen mit zwei Stützen war sehr unsicher, so dass sich Herr A. ausschließlich im Haus aufhielt. Zusätzlich zeigten sich in der neuropsychologischen Untersuchung kognitive Defizite in den Aufmerksamkeitsleistungen, dem kognitiven Tempo und den Gedächtnisleistungen. Aufgrund dieser multiplen Funktionsstörungen ist Herr A. in seiner Selbstversorgung, vorrangig aber in seiner Mobilität beeinträchtigt und dadurch in seiner Teilhabe am sozialen Leben, vor allem auch am beruflichen Leben, behindert.

Als vorrangiges Behandlungsziel gab Herr A. an, wieder gehen zu können sowie selbständig in einer eigenen Wohnung leben und sich selbst versorgen zu können, unabhän-

gig von dauerhafter Pflege und Therapie. Er wurde deshalb in die Projektgruppe »Mobilität« aufgenommen.

In der Projektarbeit erhielt Herr A. die Möglichkeit, sowohl funktionell zu trainieren, z. B. auf dem Laufband mit Geschwindigkeitskontrolle oder mit Übungen zum Gleichgewichtstraining, als auch – und dies schwerpunktmäßig – seine Mobilität in konkreten Alltagssituationen zu üben. Individuelle Projekte für Herrn A. waren

- die Fortbewegung auf der Rolltreppe
- S-Bahn-Fahrten in die Innenstadt
- eine Stadtrallye
- Gehen mit Transport von Rucksack oder Tragetasche und gleichzeitigem Treppensteigen
- eine Mahlzeit zubereiten/Kochen

Im Verlauf der Projektarbeit konnte Herr A. erreichen, innerhalb des Hauses ohne Stock zu laufen. Außerhalb des Hauses war es ihm möglich, mit einem Stock auch bei ungünstigen Bedingungen wie Eis und Schnee auf der Straße zu gehen. Er fühlte sich beim Gehen sicher, transportierte beim Treppensteigen auch einen Rucksack oder eine Einkaufstasche.

Zu seinen Unternehmungen außerhalb des Hauses gehörten das S-Bahnfahren, Rolltreppfahren und die Überwindung weiterer Distanzen im Gelände. Ein besonderes Projektergebnis war die gelungene Zubereitung eines Essens für 10 Personen. Die dafür nötige Auswahl, Planung und Zubereitung erledigte er eigenständig. Dieses Gelingen war ein Anstoß für eine mögliche Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit im Restaurant seines Bruders. In den Reflektionsrunden der Projekttage berichtete er jeweils über seine persönlichen Erfahrungen und Erfolgsergebnisse und unterstützte und ermutigte auch die Mitpatienten.

#### **Diskussion**

Die hier vorgestellte therapeutische Konzeption von Projektarbeit als einer auf Teilhabe ausgerichteten Therapie steht erst am Anfang. Noch liegen keine Ergebnisse vor, um Vergleiche mit anderen Formen von Intervention anstellen zu können. Zunächst braucht es eine Systematisierung mit validen und wissenschaftlich überprüften Messinstrumenten zur Erfassung von Teilhabestörungen. Diese liegen erst zum Teil vor, vor allem noch nicht im deutschen Sprachraum (siehe [10]). Die ICF versteht sich selbst als ein Dokumentationssystem und nicht als ein wissenschaftliches Messinstrument. Darüber hinaus sind Dokumentations- und Messinstrumente zur Erfassung von fördernden und hemmenden Kontextfaktoren nötig. Wie lassen sich Art und Umfang von physikalischen Barrieren, die Überfürsorglichkeit von Angehörigen oder interne Kontextfaktoren wie Beschämung, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Störungswahrnehmung oder Depressivität quantifizieren? Die Diskussion, wieviel funktionelles Training oder wieviel Teilhabe-Übung erforderlich sind, um nach einer erworbenen Hirschädigung eine selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen, wird gerade erst eröffnet. Definitive Antworten können hier noch nicht gegeben

werden. Untersuchungen zu einer Ergebnismessung für die Projektarbeit sind in Arbeit.

Weiterhin hat es sich in unserer praktischen Arbeit als notwendig erwiesen zu überprüfen, wieviel Teilhabe im häuslichen Umfeld tatsächlich geübt wird. Denn auch Projektarbeit ist noch kein Garant für Teilhabe. So konnten wir erleben, dass bei einer 67-jährigen Patientin nach einem Schlaganfall durch einen ischämischen Hirninfarkt im Versorgungsgebiet der mittleren Hirnarterie rechts, die unter erheblichen motorischen Einschränkungen in der Mobilität und im Handgebrauch, einem ausgeprägten Neglectsyndrom und Störungen in den Aufmerksamkeitsleistungen und in der Planungsfähigkeit litt, in der Projektarbeit wieder weitgehend häusliche Selbständigkeit, selbständige Haushaltsführung und Mobilität im häuslichen Umfeld und auch außerhalb des Hauses erreicht werden konnten. Bei einem Hausbesuch in der Endphase der ambulanten Rehabilitation zeigte sich jedoch, dass die wiedererlernten Aktivitäten zu Hause nicht angewandt wurden. Der Haupthinderungsgrund für eine tatsächliche Teilhabe am sozialen Leben, in der Haushaltsführung und in der Mobilität lag in der ausgeprägten Fürsorge und Ängstlichkeit des Ehemanns. Dieser hatte sich die Pflege und Betreuung seiner Ehefrau zur Lebensaufgabe gemacht und übernahm dementsprechend alle Aufgaben. Zum anderen ließ er sie aktiv nicht selbständig Aufgaben verrichten oder sich selbständig und ohne Begleitung auf der Straße bewegen, obwohl sie dazu sicher in der Lage war. Auch die Planung und Organisation des Haushalts nahm er ihr vollständig ab. Aufgrund solcher Erfahrungen haben wir regelmäßige Hausbesuche zu einem festen Bestandteil unseres Therapiekonzeptes gemacht. Hierzu gehört auch die Aufklärung, Beratung und Anleitung der Angehörigen vor Ort, d. h. zu Hause. In der Regel schließen wir in diesem Rahmen auch einen schriftlichen »Behandlungsvertrag« für den Behandlungszeitraum der nächsten drei Wochen mit den Patienten und deren Angehörigen ab, in dem die Behandlungsziele, häusliche und außerhäusliche Aufgaben sowie der Umfang von Unterstützung schriftlich festgelegt werden.

Die hier präsentierten Kasuistiken illustrieren einige Gesichtspunkte, die für eine teilhabebezogene Rehabilitation von Bedeutung sind:

1. Aktivitäten müssen im alltäglichen Zusammenhang und in dem für den Patienten belangvollen Umfeld geübt werden. Nur wenn sich auch dort Verbesserungen erarbeiten lassen, sind die Voraussetzungen für eine Verbesserung in der Teilhabe gegeben. Die Zielsetzungen in der Projektarbeit können meist gut an den Anforderungen des alltäglichen oder beruflichen Lebens der Patienten modelliert werden. Dies erlaubt, die Anforderungen oder den Schwierigkeitsgrad im Sinne eines »Shapings« jeweils an die funktionellen Möglichkeiten der Patienten anzupassen und sukzessive zu steigern. Mit dem Gelingen verbessern sich nicht nur die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teilhabe; von besonderer Wichtigkeit ist, dass dadurch auch das Vertrauen der Patienten in ihre eigenen (von Erkrankung beschädigten) Fähigkeiten steigt und sie Si-

cherheit in ihrem Alltag gewinnen. Teilhabeverbesserungen korrelieren dabei oft nur schwach mit funktionellen Verbesserungen. Die Überprüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit in der Abschlussdiagnostik zeigt oft wenig Funktionsverbesserung auf der Impairment-Ebene. Dennoch ließ sich ein deutlich höheres Ausmaß an Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreichen.

2. Die in der Projektarbeit geübten Aktivitäten müssen sich auf die selbstbestimmte Teilhabe der Patienten in *ihrem* jeweiligen, konkreten und realen sozialen Leben beziehen. Es geht also weniger um die Behandlung objektiver Fähigkeitsstörungen und deren Beüben in möglichst standardisierten Übungssituationen. Hierin und in der Betonung der Selbstinitiierung und Selbstverantwortung sowie in der besonderen Miteinbeziehung der externen und internen Kontextfaktoren, d. h. des Umfeldes, der Angehörigen und der Persönlichkeitsstruktur des Patienten, sehen wir eine gewisse Abgrenzung zur »Alltagsorientierten Therapie« [12, 13].
3. In der Projektarbeit erweist sich, dass die Beeinträchtigung der Teilhabe sich oft, häufig unerwartet, über mehrere Teilhabe-Domänen erstreckt und nicht immer direkt mit der neurologischen Funktionsstörung korreliert. In der Kasuistik von Frau Sch. zeigte sich eine für ihre Teilhabe relevante Einschränkung der Mobilität durch ihre aphasische Störung, da sie Schilder an U-Bahnen, S-Bahnen und Bussen nicht sicher und schnell genug lesen konnte. Zudem hatte sie Schwierigkeiten mit Zahlen. Dies wirkte sich auf das Lesen der Fahrpläne und der Nummern von Bussen oder Bahnen aus. Die Kasuistik von Herrn G. illustriert deutlich, dass in diesem Fall die Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich von internen Kontextfaktoren bestimmt war, weniger jedoch von neurologischen Symptomen oder Funktionsstörungen durch den Schlaganfall. Der Schlaganfall verstärkte jedoch die bereits prämorbid bestehende Ambivalenz der Arbeitssituation gegenüber durch eine stark erhöhte Selbstunsicherheit und Depressivität, so dass eine berufliche Wiedereingliederung, anders als von den Therapeuten zunächst angenommen, kein Rehabilitationsziel wurde.
4. Projektarbeit ist daher immer interdisziplinäre Teamarbeit. Interdisziplinarität oder in Teilen auch Transdisziplinarität bedeutet nicht die Aufgabe der fachspezifischen Kompetenz [7]. Sie ist jedoch erforderlich, um die verschiedenen Aspekte der Behinderung in den verschiedenen Teilhabedomänen sachgerecht beurteilen zu können und aus der spezifischen Fachkenntnis heraus im Dialog mit den Patienten Vorschläge zum Übungsprogramm im Projekt, aber auch in der Einzeltherapie machen zu können. Derzeit erfordert Projektarbeit noch ein hohes Maß an Kreativität auf Seiten der Therapeuten, um gemeinsam mit den Patienten passende und zielführende Projektaufgaben zu entwickeln. Das bedingt einen hohen Personal- und Zeitaufwand. Die Ergebnisse in tatsächlich erreichter Teilhabe am sozialen Leben – verbunden mit einer hohen Patienten- und Therapeutenzufriedenheit – rechtfertigen jedoch den Einsatz für dieses Ziel.

## Literatur

1. Bühr D, Fuchs H, Krauskopf D, Lewering E: SGB IX, Kommentar zu § 1 und § 2, C.H. Beck, München 2003
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR: Rahmempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Frankfurt am Main 2004
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR: Die Zukunft der Rehabilitation und Teilhabe – Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ab 2004. Rehabilitation 2005; 44: 50-57
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR: www.bar-frankfurt.de/Gemeinsame\_Empfehlungen.BAR, 2005
5. Cicerone KD: Participation as an outcome of traumatic brain injury rehabilitation. J Head Trauma Rehabil 2004; 19: 494-501
6. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575, Berlin 2004
7. Drechsler R: Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt P, Grötzbach H (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Blackwell Berlin/Wien 1999, 54-64
8. Fries W: Neuropsychologische Rehabilitation nach erworbener Hirnschädigung in der Welt von ICF und SGB IX: Wie weit reicht der Therapieauftrag? – Ein Pamphlet – In: Wendel C, Heel S, Lucius-Hoene G, Fries W (Hrsg.): Zukunftswerkstatt Klinische Neuropsychologie. Therapeutische Verortungen und Visionen 2005, im Druck
9. Fries W, Wendel C: Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben nach Hirnschädigung: Neue Beiträge zu Prognose und Therapie. In: Dettmers Ch, Weiller C (Hrsg.): Update Neurologische Rehabilitation. Hippocampus Verlag Bad Honnef 2005, 1001-112
10. Frommelt P, Grötzbach H: Einführung der ICF in die Neurorehabilitation, Neurologie und Rehabilitation 2005; 11 (4): 171-178
11. Geyh S, Wendel C, Heel S, Fries W: Kognitive Funktionen und Selbsteinschätzung der Alltagskompetenz in der ambulanten neurologisch-neuropsychologischen Rehabilitation. Zeitschrift für Neuropsychologie 2002; 13: 281-289
12. Götz R, Höfer B: AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Thieme, Stuttgart/New York 1999
13. Götz R, Pössl J, Ziegler W: Überprüfung der Wirksamkeit der Alltagsorientierten Therapie (AOT) bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Neurol Rehabil 2005; 11: 13-20
14. Greener J, Enderby P, Whurr R: Speech and language therapy for aphasia following stroke (Cochrane Review). In: Cochrane Library, Issue 3, Update Software, Oxford 2002
15. Langhammer B, Stanghelle JK: Bobath or motor relearning programme? A follow up one and four years post stroke. Clin Rehabil 2003; 17: 731-734
16. Lincoln NB, Majid MJ, Weyman N: Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2000
17. Lishman WA: Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorders. Blackwell Scientific, Oxford 1978
18. Prigatano GP: Neuropsychologische Rehabilitation, Springer/Berlin/Heidelberg/New York 2004, 142-144
19. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V, in der Fassung vom 16.03.2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004, in Kraft getreten am 1. April 2004
20. Saeki S: Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation. Disabil Rehabil 2000; 22: 578-582
21. Sherer M, Bergloff P, Levin E, High WM Jr, Oden KE, Nick TG: Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. J Headtrauma Rehabil 1998; 13: 52-61
22. Skilbeck CE, Wade DT, Lanton H, Wood VA: Recovery after stroke. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1983; 46: 5-8
23. Steinke B, Heinke W: SGB IX – Magna Charta einer funktionalen Teilhabephilosophie. Rehabilitation 2002; 41: 343-347
24. Sterr A, Freivogel S: Motor-improvement following intensive training in low-functioning chronic hemiparesis. Neurology 2003; 61: 842-844
25. Sterr A, Freivogel S, Schmalohr D: Neurobehavioral aspects of recovery: assessment of the learned non-use phenomenon in hemiparetic adolescents. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83: 1726-1731
26. Wendel C: Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung. Inaugural-Dissertation, Universität Bremen 2003
27. World Health Organization: ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva 2001
28. www.sgb-IX-umsetzen.de: Homepage des Bundesbehindertenbeauftragten der Bundesregierung

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Wolfgang Fries  
 Neurologe  
 Pasinger Bahnhofplatz 4  
 D-81241 München  
 e-mail: info@neuroreha-fries.de