

Neuro Rehabil 2010; 16 (1): 28–34

Langzeitrehabilitation im Niemandsland

Ein Konzept für Patienten nach erworbenen Hirnschädigungen an der Nahtstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich

S. Öhlinger¹, H. Mairhofer²

¹Akademie für Ergotherapie, Landesnervenklinik Wagner Jauregg, Linz;

²assista Soziale Dienste GmbH, Altenhof

Zusammenfassung

Für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bricht die notwendige rehabilitative Versorgung häufig nach der stationären Rehabilitation ab. Ein weiteres langfristiges und nachhaltiges Angebot ist nicht gesichert.

Im Zusammenhang mit einem Projekt in Oberösterreich wurde ein Konzept entwickelt, um diese Lücke zu schließen. Das Konzept zielt darauf hin, dass die Betroffenen möglichst eigenverantwortlich und selbstständig ihr Leben gestalten und dabei ihre persönlichen Ziele verwirklichen können.

Das Projekt ist an der Nahtstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich angesiedelt. Das betrifft nicht nur die Finanzierung, sondern auch die theoretischen Grundlagen, die sowohl auf sozial- als auch auf naturwissenschaftlich fundierten Disziplinen basieren. Innerhalb der Organisation wurde eine systematische Sammlung des bestehenden Know-how durchgeführt, verbunden mit einer Reflexion über das Menschenbild und die Grundwerte.

Das Ergebnis ist ein Konzept, das die Krankheitsbewältigung durch die Klienten ins Zentrum stellt. Dabei wird auf die Alltagsbewältigung, die Erhaltung der Sozialität und Auseinandersetzung mit der eigenen Identität besonderes Augenmerk gelegt. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wird als Grundlage für die Dokumentation und Selbsteinschätzung der Klienten sowie für die Planung und Evaluation der inter- und transdisziplinären rehabilitativen Maßnahmen verwendet.

Das beschriebene Konzept wird seit 2009 in der Einrichtung »synapse gallsbach« realisiert.

Schlüsselwörter: Langzeitrehabilitation, erworbene Hirnschädigungen, ICF, konstruktive Krankheitsbewältigung

Longterm rehabilitation in no man's land

S. Öhlinger, H. Mairhofer

Abstract

Inpatient rehabilitation for clients with brain injuries is often noncontinuous. A follow-up programme to achieve sustained access is not assured.

In the context of a project in upper Austria a program has been developed to close this gap. The intention of this concept is to empower these clients to organize their living self dependently and to help them realize their personal ambitions.

The project is placed at the interface between health care and social facility concerning financing as well as the theoretical foundation, which is based on social sciences and applied sciences. Within the organization there was undertaken a systematic analysis of the existing knowledge combined with the reflexion of the idea of man and fundamental values.

The result is a concept which focuses on the clients' coping with disease. Special attention is paid to the accomplishment of every day needs, the sustainment of the clients' sociality and the discussion of personal identity. The clients' documentation and self-evaluation as well as planning and evaluation of the inter- and transdisciplinary interventions/measures are based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Since 2009 the specified concept is realized in the institution »synapse gallsbach«.

Key words: longterm rehabilitation, brain injuries, ICF, coping with disease

© Hippocampus Verlag 2010

Einleitung

Die Fortschritte in der Medizin ermöglichen immer mehr Menschen selbst bei schwersten Hirnschädigungen ein Überleben. Laut einer Studie des ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) aus dem Jahr 2006 erleiden in Österreich etwa 29.000 Personen pro Jahr ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), wobei das SHT die häufigste Ursache für eine lebenslange Beeinträchtigung bei den unter 60-Jährigen darstellt. Mindestens 700 Betroffene pro Jahr benötigen auf Grund der Schwere der Schädigung eine intensive, langfristige Behandlung, Rehabilitation und Betreuung. Nach abgeschlossener Akut- und Frührehabilitation mangelt es aber oft an geeigneter Folgebetreuung. Rehabilitationskonzepte, die in den ersten Phasen der Neurorehabilitation verwendet werden, reichen für die Anforderungen, die sich aus der Situation dieser Zielgruppe ergeben, nicht aus [23]. Die Umsetzung des Gelernten in den Alltag, aber auch die persönliche Bewältigung der neuen Situation stehen im Vordergrund. Entsprechende Rehabilitationsprojekte bewegen sich häufig im Niemandsland zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich. Die assista Soziale Dienste GmbH bietet Menschen nach SHT seit mehr als 30 Jahren die Möglichkeit für Wohnen und Tagesstruktur. Seit 2003 wird zusätzlich eine Sozialpädagogische Langzeitrehabilitation angeboten. Damit soll die oben angesprochene Lücke für Menschen, die an den langfristigen Folgen nach einem Schädel-Hirn-Trauma sowie Schlaganfall und Hirntumor leiden, geschlossen werden. Das Projekt zielt auf eine ganzheitliche soziale Rehabilitation.

In den Jahren 2007/08 wurde eine konzeptive Studie erstellt, die die Basis für die künftige Sozialpädagogische Rehabilitation im Rahmen der »synapse gallsbach« bildet und die im Folgenden vorgestellt werden soll.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der vorliegenden konzeptiven Studie wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

- Systematische Sammlung des vorliegenden Know Hows des multiprofessionellen Teams
- Definition des Menschenbildes, der zugrundeliegenden Prinzipien und Werte sowie der Konzepte, die zu berücksichtigen sind (Diskussionen in der Projektgruppe). Weitere Differenzierung und Ergänzung durch Mitglieder einer erweiterten Projektgruppe und das Gesamtteam
- Parallel dazu erfolgte eine systematische Ist-Analyse des schon seit 2003 laufenden Pilotprojektes durch dessen Leitung.

Folgende zentrale Elemente wurden identifiziert:

- Neurorehabilitative Konzepte ab Phase C [11, 23, 27, 28]
- Humanistische Psychologie [24, 30]
- Systemische Sichtweise [22, 39]
- Theoretische Modelle hinsichtlich der umfassenden Darstellung des gesamten Reha-Prozesses, der von einem multiprofessionellem Team angeboten wird [8, 11].

Diese Elemente bildeten die Grundlage für eine umfassende Literaturrecherche und Auseinandersetzung mit weiterführender Literatur.

Bereits ausgearbeitete und bisher in praktischer Anwendung befindliche theoretische Grundlagen wie das pädagogische Grundmodell [2] und die Leitlinien von *Grossmann* [13, 14] wurden in die Konzeption mit einbezogen.

Aus den Ergebnissen wurden folgende Grundannahmen formuliert und eine zugrundeliegende übergreifende Metatheorie formuliert [25].

Grundannahmen als Basis für ein theoretisches Konzept

Die klinische Erfahrung in der rehabilitativen Nachsorge von hirnverletzten Menschen hat gezeigt, dass sich in einer großen Zahl von Fällen die Verletzungsfolgen nach Schädelhirnverletzungen erst dann bemerkbar machen, wenn der Verletzte¹ wieder in seine Familie und/oder sein gewohntes Umfeld zurückkehrt. Im Verlauf kann es in einer von *Trexler und Fordyce* [35] sogenannten Spirale der Verschlechterung (»spiral of deterioration«) zu einer vermehrten Wahrnehmung der verletzungsbedingten Einschränkungen und Störungen durch die Betroffenen selbst kommen. Die dadurch verursachten Schwierigkeiten bei Angehörigen und Freunden können darauffolgend zu einer Verstärkung der affektiven Störungen führen. Oftmals kommt es zu einer Entwicklung von Depressionen und Angststörungen, die im interpersonalen Zusammenleben erneut zu Rückzug und Isolation führen und die objektive Leistungsfähigkeit durch die emotionale Belastung nochmals einschränken [10].

Es wird daher davon ausgegangen, dass eine konstruktive Krankheitsbewältigung für den Erfolg der Rehabilitation von zentraler Bedeutung ist. Sie setzt ihrerseits ein entsprechendes Störungsbewusstsein (Awareness) voraus, was nicht selten mit beträchtlichen Herausforderungen verbunden ist [9]. Diese Annahme wird von verschiedenen Autoren bestätigt [6, 21, 28].

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen nur die maskuline Form verwendet, selbstverständlich ist gleichzeitig immer auch die feminine Form gemeint.

Prigatano [28] misst hier dem subjektiven Erleben der Patienten während des Rehabilitationsprogramms große Bedeutung zu; er betont die Notwendigkeit, die engen Zusammenhänge zwischen kognitiven und Persönlichkeitsproblemen hirngeschädigter Patienten zu erkennen. Dies findet in seinen 13 Prinzipien Niederschlag, die er als Grundlage für die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der Neurorehabilitation entwickelt hat [28]. In diesem Sinn ist es von wesentlicher Bedeutung, dass ein entsprechendes Umfeld geschaffen wird – ein therapeutisches Milieu, in dem die Klienten als Person wahrgenommen und ernstgenommen werden und ein Gefühl von Gemeinschaft und Eigenverantwortung unterstützt wird [28], in das aber auch die Angehörigen eingebunden sind.

Neben dem theoretischen Bezugsrahmen der Krankheitsbewältigung bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [8] eine weitere wesentliche Grundlage für das theoretische Konzept – und gleichzeitig für die Planung und Dokumentation der Rehabilitation. Wesentliche Vorteile dieser Klassifikation liegen unter anderem im bio-psycho-sozialen Ansatz, in der Betonung der Teilhabe sowie in der Berücksichtigung der materiellen und sozialen Umwelt.

Grundlegende methodische Implikationen

Die Person des Klienten im Mittelpunkt

Im Zentrum unserer Bemühungen und unserer Aufmerksamkeit steht der einzelne Klient. Wir sehen ihn als Person im Sinn einer bio-psycho-sozialen Einheit. Damit betonen wir die enge Verschränkung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren, die in ihrem Zusammenspiel beachtet werden müssen.

Zugleich handelt die Person immer in einem bestimmten Kontext, der bei der Rehabilitation zu berücksichtigen ist. Die Zielsetzungen des Klienten geben letztlich die Richtung für die rehabilitative Arbeit vor. An ihnen sind alle Maßnahmen auszurichten. Das impliziert aber auch, dass die Mitarbeiter die Klienten intensiv bei der Suche nach den geeigneten Zielen begleiten.

»Patientenzentriertheit bedeutet, der Sichtweise der PatientIn ein möglichst großes Gewicht im komplexen Prozess der Entscheidungsfindung bei ihrer Behandlung und Versorgung zu geben und der PatientIn zumindest einen Teil ihrer Selbstbestimmung zurückzugeben. Dies erfordert, dass sich das Rehabilitationsteam in die PatientIn hineinversetzt und die Welt aus ihrer Perspektive betrachtet.« [5].

Die Mitarbeiter sollten dazu ein Verständnis für die Motivation des Patienten entwickeln, Vorstellungen, Erwartungen aber auch ihre früheren Ziele und Werte kennen und respektieren. Sie sollen einfühlsam die Probleme verstehen, die sich aus der veränderten Situation für die Patienten ergeben und die häufig aus Unsicherheit und Scham verschwiegen werden.

Grundhaltungen

Die Arbeitsansätze von *assista* beziehen sich zunächst allgemein auf die Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigung. Es hat sich gezeigt, dass sie auch für die Langzeitrehabilitation von Bedeutung sind. Dazu zählen insbesondere:

Empowerment und Unterstützung

Empowerment als zentraler Ansatz bei *assista* [34] zielt darauf hin

- die Selbstbestimmung und Autonomie im Leben eines Menschen zu erhöhen.
- sie zu befähigen, dass sie ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt gestalten.

Das zentrale Thema lautet dabei: Wie kann ein Klient auf ausreichende eigene Ressourcen zurückgreifen? In diesem Sinn gilt es, die persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen herauszufinden und zu nutzen.

Balancierung von Wohlfühl und Herausforderung als Grundlage für persönliche Entwicklung

Um erfolgreich lernen und sich damit rehabilitieren zu können, sollte ein Mensch einen möglichst breiten Zugang zu seinen Ressourcen finden. Hilfreich sind dazu unter anderem [14]

- körperliches Wohlbefinden,
- affektives Wohlbefinden,
- Sicherheit,
- Geborgenheit,
- gewisse Stressfreiheit.

Wenn diese Grundlage gesichert ist, kann sich ein Mensch leichter auf die Herausforderungen einlassen, die notwendig für seinen Lernerfolg sind. Dazu gehören vor allem die Auseinandersetzung mit seiner Situation bzw. Behinderung. Eine zentrale Bedeutung kommt der Gestaltung von tragfähigen, empathischen und zugleich klaren Beziehungen durch alle Mitarbeiter zu (s. u. »Aufrechterhaltung der Sozialität«).

Damit die Mitarbeiter ihren Beitrag für das Wohlbefinden der Klienten leisten können, müssen sie selbst darauf achten, dass sie sich immer wieder in einen Zustand von Gelassenheit und Sicherheit bringen können. Wesentliche Faktoren dazu: Ausreichende Fachkenntnisse, Selbstreflexion für sich und im Team sowie Work-Life-Balance.

Selbstreflexion der Mitarbeiter

In der Gestaltung der Arbeit, insbesondere in der Beziehungsgestaltung, fließen immer persönliche Anteile ein. Sie wirken sich hinderlich und förderlich aus und sind nur zum Teil bewusst [17].

Um die Arbeit gezielt und bewusst zu gestalten, ist es notwendig, dass die Mitarbeiter regelmäßig ihr Handeln reflektieren. Den wesentlichsten Anteil dabei hat das offene Feedback durch die Kollegen und die gemeinsame Reflexi-

on. Supervision und Fachbesprechungen bieten dazu eine ergänzende Vertiefung.

Leiter und Team sind gefordert, eine Teamkultur zu entwickeln und zu bewahren, die Offenheit, Klarheit und Vertrauen im Verhältnis untereinander gewährleistet und damit auch die Basis legt für die Beziehungsgestaltung gegenüber den Klienten.

Transdisziplinäre Zusammenarbeit

Das behandelnde Team ist multiprofessionell. (s. u. »Umsetzung und Weiterentwicklung«). Zur Erreichung eines bestmöglichen Behandlungserfolges ist eine optimale inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Das bedeutet etwa, dass der Physiotherapeut in der Morgenpflege mithilft, um sich ein Bild von der Alltagssituation zu machen, die Klienten »vor Ort« zu therapieren bzw. in der Folge die Mitarbeiter der Pflege anzuleiten.

Die ICF- basierte Arbeitsplanung und Dokumentation bietet dafür eine passende strukturelle Basis.

Das Leistungsspektrum und die damit verbundenen Maßnahmen sind definiert. Gruppenangebote werden großteils multiprofessionell angeboten und konzentrieren sich auf Maßnahmen im Bereich der Aktivitäten/Partizipation. Darüber hinaus werden Behandlungsstrategien für die einzelnen Klienten kurzfristig auf die aktuellen Situationen angepasst.

Um die hohe Komplexität von Zielen, Arbeitsansätzen und Maßnahmen zu bewältigen, ist eine klare Beschreibung der Prozesse und Zuständigkeiten notwendig. Auf dieser Basis soll auch die Qualität der Beschreibung, Abwicklung und Entscheidungsfindung (Klinisches Reasoning) allmählich auf den aktuellen Stand der Forschung gehoben werden [18, 32].

Entwicklung konkreter Lebensperspektiven und Überleitung zur künftigen Lebensform

Viele Klienten können nach der Rehabilitation nicht mehr in die frühere Wohnung oder Arbeit zurückkehren. Gemeinsam mit ihnen bzw. ihren Angehörigen ist eine neue Wohnform zu suchen und sind Schritte in eine neue Arbeit bzw. Tagesstruktur anzubahnen. Wenn die künftige Wohnung bekannt ist, werden Trainingsmaßnahmen vor Ort durchgeführt, um den Transfer des Gelernten in den künftigen Alltag zu sichern [29].

Krankheitsbewältigung als zentraler Ansatzpunkt

Im Anschluss an *Prigatano* [28] wird die konstruktive Krankheitsbewältigung in den Mittelpunkt des Konzepts gestellt. Krankheitsbewältigung wird dabei in einem umfassenden Sinn verstanden und nach Lucius-Hoene in folgende Aspekte gegliedert ([19, 20] zit.aus: [4]):

- Alltagspraktische Bewältigung von funktionellen Einschränkungen: Sie bezieht sich auf die Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag.
- Aufrechterhaltung von Sozialität und Intersubjektivität: Sie betrifft bedeutsame zwischenmenschlichen Beziehungen und soziale Netze.

- Identitätsarbeit: Sie bezieht sich auf die biographische Integration, die Sinnhaftigkeit des Lebens und das Selbstwertgefühl.

Alltagsbewältigung

Die Alltagsbewältigung steht zunächst für viele Klienten im Vordergrund. Es geht dabei für viele um die eigene Selbstversorgung, die Gestaltung des häuslichen Lebens, Umgang mit Geld und Freizeitgestaltung.

Ausgehend von den Zukunftsplänen und Zielen der Klienten werden Schwerpunkte für die alltagsbezogene Rehabilitation ausgesucht, Detailziele und Leistungen definiert. An sogenannten »Knotenpunkten« im Therapieverlauf muss geklärt werden, was wie viel und wie lange funktionell geübt werden soll, wann welche Kompensationsstrategien und Hilfsmittel eingesetzt werden und wann und wie viel Anpassung im Alltag nötig ist [11]. Dafür werden die Ergebnisse des Assessments und die alltäglichen Beobachtungen regelmäßig reflektiert und daraus eine weitere systematische, kohärente und fundierte Vorgehensweise ausgewählt.

Abhängig von den verschiedensten Aspekten, die im Rehabilitationsverlauf eine Rolle spielen, wie Zeitraum, Ziele und Interessen der Klienten, Prognose, kognitive Beeinträchtigungen, physisches und soziales Umfeld etc., ist es erforderlich zu prüfen und zu entscheiden, ob an bestimmten Funktionen oder Fähigkeiten weiter gearbeitet wird oder ob Kompensationsstrategien und Hilfsmittel eingesetzt werden und wenn beides, in welcher Kombination und Abstimmung im Rehabilitationsverlauf.

Der Alltag muss im Spannungsfeld von ausreichender Klarheit, Sicherheit und Stabilität einerseits und von Entwicklung und Herausforderung andererseits strukturiert werden. Er soll im Verlauf der Maßnahme immer deutlicher auf das Leben nach der Rehabilitation abgestimmt sein.

Aufrechterhaltung der Sozialität

Mehrfach wird betont, dass der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen der Mitarbeitern und den Klienten von zentraler Bedeutung für den Rehabilitationserfolg ist und die Basis für die weitere Arbeit darstellt [5, 33, 36].

Die Rehabilitation sozialer Fähigkeiten betrifft den ganzen Bereich von Interaktion und Beziehungen, das Gemeinschaftsleben, die Fähigkeit zur Konversation und Diskussion und ist natürlich besonders beeinflusst von der Eigenart der Persönlichkeit.

Die Rehabilitation sozialer Fähigkeiten umfasst zwei Ebenen:

- Die eigentliche Rehabilitation im Kreislauf von Erkennen der eigenen Fähigkeiten und Defizite, Zielsetzung, Training und Evaluation.
- Das alltägliche Üben im Zusammenleben. Vor allem hier kommt den Mitarbeitern eine zentrale Bedeutung zu. Sie sind Vorbild und Lernpartner. Daran, wie sie die sozialen Beziehungen im Alltag gestalten, können die Klienten reifen; sie können aber ebenso verwirrt werden. Der Alltag ist gerade hier ein wesentlicher Faktor für die Effizienz der eigentlichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Um eine optimale Begleitung in diesem Bereich zu gewährleisten, wird besonderes Augenmerk auf folgende Aspekte gelegt [13]:

- Klare Rollen und Aufgaben innerhalb des Teams
- Klare, offene und wertschätzende Kommunikation im Team und der Mitarbeiter mit den Klienten.
- Entsprechende Regeln und Schulungen für die Mitarbeitern
- Unterstützung der Gruppe der Klienten bei der Gestaltung des Zusammenlebens
- Gruppentraining und individuelles Training der kommunikativen Kompetenz.
- Einbindung des sozialen Umfelds und Abstimmung mit diesem durch Information der Angehörigen zur Maßnahme, Anregung zu aktiver Mitarbeit und bei Bedarf Unterstützung durch zusätzliche Angebote wie Schulung, Begleitung oder Vermittlung zu einem Psychotherapeuten.

Identität

Nach einer komplexen Hirnschädigung fühlen sich die Klienten häufig grundlegend in Frage gestellt. Sie haben wichtige Bezugspunkte ihres Lebens verloren – ihre Arbeit, ihre Partner, viele Freunde. Sie wissen nicht, was die Zukunft bringen wird. Sie verfügen in zentralen Bereichen nicht mehr über Fähigkeiten, die ihnen früher selbstverständlich waren. Häufig kommt es zu Veränderungen der Persönlichkeit. Und nicht zuletzt können sie all das nicht für sich klar verstehen und einordnen.

Alle diese Themen lassen sich in eine Aufgabe zusammenfassen: Die Klienten müssen ihre Identität neu definieren. Das beinhaltet häufig eine grundlegende Veränderung ihrer Werthaltungen, auf denen sie dann die Puzzlesteine ihres Lebens neu aufsetzen.

Identität kann als innerpsychischer Prozess der Selbstorganisation verstanden werden, der laufend aktiviert wird. Sie selbst ist nicht als Handlung zu verstehen, weil sie nicht unmittelbar äußerlich wahrnehmbar ist [7].

Identität kann zugleich als Ergebnis dieses Prozesses, im Sinn einer »Persönlichkeit« verstanden werden. *Wendel* [37] spricht dabei von einem affektiv-kognitiven Prozess, der sowohl reflexiv zugängliche als auch unbewusste Komponenten umfasst, der einerseits konstituiert ist durch die bisherige Lebenserfahrung der Person, andererseits modifiziert ist im Kontext einer bedeutungsvollen Interaktion.

Dabei sind folgende Aspekte relevant:

- Situative Erfahrungen, die einem Menschen subjektiv wichtig sind und bedeutsam erscheinen, die ihn subjektiv betroffen machen und beschäftigen
- Die Einflüsse und Rückmeldungen, die ein Mensch durch den »sozialen Spiegel«, also die Widerspiegelung des eigenen Handelns und So-Seins in den Re-Aktionen der anderen erfährt, sowie die eigene Auseinandersetzung mit diesen Reaktionen [7]. »Die Wahrung von Identität ist stark verknüpft mit Autonomie, die im Rahmen von sozialen Beziehungen gelebt oder auch wieder erlebt werden muss, um Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl zu erfahren« [21].

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität ist ein langdauernder Prozess. Es ist verständlich, dass zum einen eine kontinuierliche Begleitung äußerst hilfreich ist, dass eine solche Begleitung aber großes Vertrauen und Sicherheit voraussetzt. Dem Team kommt hier eine große Bedeutung zu. Denn die Auseinandersetzung mit der Identität geschieht parallel zum Alltag im Zusammenspiel der verschiedenen Beziehungen.

Für die Begleitung der Klienten ist es hilfreich, sich in ihre subjektive Welt hineinzusetzen, ihre Strategien des Selbstschutzes und ihres Autonomiebedarfs zu erkennen und zu unterstützen [13, 14]. Auf dieser Basis wird es immer wieder zum Ringen um ein realistisches Selbstbild und um neue Werthaltungen kommen. Die Mitarbeiter werden dabei immer wieder eine Balance zwischen Anerkennung und Geborgenheit einerseits und Konfrontation und Herausforderung andererseits finden müssen – ein komplexer Prozess, der eine regelmäßige Reflexion erfordert und häufig im Zusammenspiel mit einem Psychotherapeuten erfolgt, der den Klienten bei seinem innerpsychischen Prozess unterstützt [28, 37].

Die Konfrontation der Therapeuten/Mitarbeiter betrifft die Leidenssituation der Klienten und auch ihre eigene Verletzlichkeit und Verstörbarkeit. Sie geht einher mit der tiefgreifenden Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen, die die Sinnhaftigkeit eingeschränkten Lebens und den Wert einer geschädigten Person betreffen [15].

Umsetzung und Weiterentwicklung

Angesichts des enormen Bedarfes und der Nachfrage in der Betreuung von Menschen mit komplexen erworbenen Hirnschädigungen wird das bestehende Angebot bei assista, das seit 2003 sukzessive aufgebaut wurde, erweitert.

Im Auftrag und durch Finanzierung der Sozialabteilung des Landes Oberösterreich wurde in Gallspach ein neues Wohnprojekt für diese Zielgruppe errichtet und mit März 2009 die »synapse Gallspach« [3] eröffnet.

Die offene stationäre Rehabilitationsgruppe besteht aus sechs bis sieben Teilnehmern in der Wohngruppe und bis zu drei Teilnehmern in den Trainingswohnungen. Der Aufenthalt ist mit maximal 24 Monaten begrenzt.

Ab 2010 werden zusätzlich sieben Dauerwohnplätze und zwei Kurzzeitpflegeplätze für Menschen mit schwererem Schädel-Hirn-Trauma und hohem Pflegebedarf zur Verfügung stehen.

Die nachfolgend angeführten Professionen arbeiten mittels inter- und transdisziplinärer Arbeitsweise gleichwertig und fachübergreifend an der Zielerreichung der Klienten:

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Klinische Psychologie/Neuropsychologie
- Behindertenpädagogik/Sozialpädagogik
- Sozialarbeit/Case-Management Auszug
- Pflegerische/Medizinische Leistung
- Heimhilfe/Raumpflege

Ein konsiliärer Facharzt für Neurologie wird regelmäßig in den Rehabilitationsprozess einbezogen.

Ein externer Psychotherapeut begleitet einzelne Klienten. Das effektive und effiziente Ineinandergreifen dieser Disziplinen sorgt für ein umfassendes Angebot mit folgenden Schwerpunkten:

- alltagsorientiertes Training,
- konstruktive Krankheitsbewältigung durch klientenzentrierte Maßnahmen in Therapie und Alltag,
- Beschäftigungsangebot in Werkstätten,
- Angehörigenarbeit,
- Begleitung in diesem langdauernden Prozess auch nach der Sozialpädagogischen Langzeitrehabilitation.

Die ICF-Klassifikation ist in ein EDV-Programm [16] eingebaut, mit dessen Hilfe die Planung, Organisation und Dokumentation der rehabilitativen Maßnahmen durchgeführt wird.

Jeder Klient hat während ihres Aufenthalts in der Maßnahme eine Bezugsperson, den sogenannten Prozessbegleiter. Er ist der definierte Ansprechpartner für den Klienten und seine Angehörigen, koordiniert die Anliegen, die in seinen Aufgabenbereich fallen und gewährleistet dadurch Kontinuität im Gesamttablauf. Er leistet kontinuierliche Beziehungsarbeit mit dem Klienten. Der Prozessbegleiter reflektiert seine Arbeit regelmäßig in Form von »Praxisbegleitung«.

Auf der geschaffenen Basis des »Konzepts Metatheorie« [25] wurde die Organisationsstruktur basierend auf der Entwicklung eines Leitbildes festgelegt. Eine entsprechende Besprechungsstruktur, die erforderlichen Abläufe und relevante Naht- und Schnittstellen wurden definiert [1].

Weitere Entwicklungen:

Die im Dokument »Die sozialpädagogische Rehabilitationsmaßnahme. Konzept« [1] beschriebenen Ergebnisse bildet die Grundlage für die weitere Entwicklung.

- Weitere Differenzierung von Assessments, Dokumentationsinstrumenten und Vorgaben z. B. hinsichtlich Kriterien für die Zielformulierung auf Basis der ICF
- Entwicklung eines umfassenden Schulungskonzeptes für Mitarbeiterinnen
- Formalisierung der Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten
- Weiterentwicklung der Kooperation mit Institutionen wie z. B. die SHT-Lobby [31, 38]
- Mittel- und langfristige Evaluation von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität sowie der Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Klientinnen nach definierten Kriterien
- Mittelfristig ist eine Übertragung und Umsetzung des erarbeiteten Konzeptes auf die Abteilung Arbeit, Beschäftigung und Freizeit (ABF) in Altenhof am Hausruck und andere Wohn- und Betreuungsangebote von assista am Standort Linz vorgesehen.

Literatur

1. assista. Die sozialpädagogische Rehabilitationsmaßnahme. Konzept. Unveröffentlichtes Manuskript. Altenhof am Hausruck: assista; 2008.
2. assista. Pädagogisches Grundmodell. Unveröffentlichtes Manuskript. Altenhof am Hausruck: assista; 2008.
3. assista. Kompetenz für Menschen mit Behinderung. Langzeitrehabilitation synapse Gallspach. <http://www.assista.org/source/assista.php?c=2&umid=5> [18.07.2009]
4. Bauer C, Fischer S, Seiler S, Fries W: Erkrankungsfolgen wahrnehmen und akzeptieren. Wege zur Krankheitsbewältigung. In: Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg): Teilhaben! Neue Konzepte der Neuro-Rehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Thieme, Stuttgart 2007, 29-44.
5. Bühler S, Grötzbach H, Frommelt P: ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurol Rehabil* 2005; 11 (4): 204-211.
6. Christensen AL, Humle F. The holistic Approach. In: Dettmers C, Weiller C. Update Neurologische Rehabilitation. Hippocampus, Bad Honnef 2005, 3-15.
7. Cloerkes G. Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Winter, Heidelberg 2007.
8. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005, World Health Organization, Genf. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/> [18.07.2009]
9. Fischer S, Gauggel S, Trexler LE: Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries. *Brain Injury* 2004; 18(6): 547-562.
10. 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. Zukunftswerkstatt Klinische Neuropsychologie. Therapeutische Verortungen und Visionen. Roderer, Regensburg 2005, 73-87.
11. Fries W, Ludwig L : Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung, Möglichkeit und Wirklichkeit. Hippocampus, Bad Honnef 2007.
12. Fries W, Pott C, Lojewski N: Üben oder Anpassen? Therapeutische Entscheidungen (Clinical Reasoning) in der Teilhabe-orientierten Rehabilitation. In: Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg): Teilhaben! Neue Konzepte der Neuro-Rehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Thieme, Stuttgart 2007, 17-28.
13. Grossmann, KP: Möglichkeiten der Hilfe und Selbsthilfe für Menschen mit organischem Psychosyndrom. Unveröffentlichtes Manuskript, Altenhof am Hausruck 1993.
14. Grossmann KP: Ein alltagsbezogenes Konzept. Leitlinien eines Betreuungskonzeptes für Menschen mit organischem Psychosyndrom bei Schädel-Hirn-Trauma. In: Mairhofer H (Hrsg): Unterstützung von Menschen nach Schädel-Hirn-Trauma. Bedürfnisse Probleme Modelle. edition pro mente, Linz 1999, 91-110.
15. Heel S: Mein krankes Organ kann man nicht entfernen. Selbstkonstruktionen und Krankheitskonstruktionen in biografischen Erzählungen nach erworbenen Hirnschädigungen. Dissertationsschrift 2004. http://www.neuropsychologie-ambulant.de/res/downloads/Dissertation_SabineHeel.pdf [18.07.2009]
16. ICOSys by Management Partners. <http://www.management-partners.at/mp/de/index.php> [19.09.2009]
17. Johns C: Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Hans Huber, Bern 2004.
18. Klemme B, Siegmann G: Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse lernen. Thieme, Stuttgart 2006.
19. Lucius-Hoene G. Konstruktion und Rekonstruktion narrativer Identität [19 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal] 2000; 1 (2). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1087/2378> [29.9.2008]
20. Lucius-Hoene G. Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen Kriegshirnverletzter und ihrer Ehefrauen. Huber, Bern 1997.
21. Lucius-Hoene G: Neuropsychologische Therapie als Psychotherapie. In: Wendel C, Heel S, Lucius-Hoene G, Fries W: Zukunftswerkstatt Klinische Neuropsychologie. Therapeutische Verortungen und Visionen. Roderer, Regensburg 2005, 36-50.
22. Luhmann N. Einführung in die Systemtheorie. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2009.

23. Mairhofer H, Hierzer R: Studie. Rehabilitation und Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung ab Phase C. Bedarf in Oberösterreich. assista, Altenhof am Hausruck, 2002
24. Maslow AH: Psychologie des Seins. Ein Entwurf. (Geist und Psyche). Fischer, Frankfurt 2000.
25. Öhlinger S, Mairhofer H: Konzept Metatheorie. Theoretische Grundlagen für das Projekt Gallspach. Unveröffentlichte Version. assista, Altenhof am Hausruck 2007.
26. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG): Neuropsychologische und psychosoziale Versorgung von Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma. ÖBIG, Wien 2006.
27. Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation: Phaseneinteilung neurologischer Krankheitsprozesse. <http://www.neuroreha.at/Phasenmodell.html> [18.7.2009].
28. Prigatano GP: Neuropsychologische Rehabilitation, Grundlagen und Praxis. Springer, Berlin 2004.
29. Rentsch HP, Bucher PO: ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner, Idstein 2005.
30. Rogers RS, Rosenberg RL: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit: Konzept der Humanwissenschaften. Klett-Cotta, Stuttgart 2005.
31. Schädel-Hirn-Trauma-Lobby: Verein zur Interessensvertretung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren Angehörige. <http://www.sht-lobby.at/> [19.7.2009]
32. Scherfer E: Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis. Pflaum, München 2006.
33. Sumsion T: Übersicht über klientenzentrierte Praxis. In: Sumsion T (Hrsg): Klientenzentrierte Ergotherapie, Umsetzung in die Praxis. Deutsche Übersetzung von Barbara und Jürgen Dehnhardt. Thieme, Stuttgart 2002, 3-15.
34. Theunissen G: Empowerment behinderter Menschen. Inklusion, Bildung, Heilpädagogik, soziale Arbeit. Lambertus, Freiburg 2007.
35. Trexler LE, Fordyce DJ: Spiral of Deterioration. [29.8.2008] http://www.ozc.nhs.uk/documents/conference%20pages/12_Biopsychosocial%20-%20Trexler.pdf?preventCache=06%2F02%2F2007+17%3A35 [26.8.2008]
36. Wade DT, Halligan P: New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clinical Rehabilitation*. 2003; 17: 349-354.
37. Wendel C: Ambulante Neuropsychologische Therapie. In: Fries W, Ludwig L (Hrsg): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung, Möglichkeit und Wirklichkeit. Hippocampus, Bad Honnef 2007: 109-114.
38. Wendt WR: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus, Freiburg 2001.
39. Willi J: Wendepunkte im Lebenslauf, Persönliche Entwicklung unter veränderten Umständen – die ökologische Sicht der Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 2007.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadressen:

Mag. Sylvia Öhlinger
 Akademie für Ergotherapie, Landesnervenklinik Wagner Jauregg, Linz
 Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG
 Niederharterstr. 20
 4020 Linz
 E-Mail: sylvia.oehlinger@gespag.at

Dr. Heinz Mairhofer
 assista Soziale Dienste GmbH
 Hueb 10
 4674 Altenhof
 E-Mail: h.mairhofer@assista.org

NEUE BÜCHER

S. Schädler et al.

Assessments in der Rehabilitation**Band 1: Neurologie**

Huber, 2., vollst. überarb. u. erw. Auflage 2009

468 Seiten, gebunden mit CD-ROM

ISBN 978-3-456-84630-9, € 29,95

Dieses Buch beschreibt in systematischer Weise 70 Messverfahren in der neurologischen Rehabilitation.

Der Einsatz von Messverfahren hat sich in den vergangenen Jahren in der Rehabilitation zunehmend durchgesetzt. Der Vorteil des Einsatzes solcher Messmethoden liegt einerseits darin, dass man sich in der Erfassung der Behandlungsergebnisse von der subjektiven Einschätzung unabhängig macht, und andererseits darin, dass man gegenüber den Kostenträgern die Funktionsverbesserungen der rehabilitierten Patienten objektiv dokumentieren und quantifizieren kann. Zudem sind in der klinischen Forschung standardisierte Messverfahren unerlässlich.

Das Buch ist außerordentlich übersichtlich gegliedert. Für jedes Verfahren wird die Durchführung beschrieben, Daten zu den Gütekriterien der Reliabilität, Validität und Responsivität werden angegeben, und am Schluss wird ein zusammenfassender Kommentar mit Anwendungsvorschlägen geboten. Die Messverfahren werden jeweils im Rahmen der ICF-Klassifikation eingeordnet.

Die Autoren sind Physiotherapeuten, und dementsprechend liegt der Schwerpunkt der Auswahl auf Erfassungsmethoden von Bewegungen, wie dem Rivermead Mobility Index, dem Trunk Control Test, Action Research Arm Test, Berg Balance Scale und Walking Index for Spinal Cord Injury II. Darüber hinaus werden Verfahren zur Messung von sensorischen Funktionen, Selbstständigkeit im Alltag (Barthel-Index und FIM/FAM) und krankheitsspezifische Messungen wie die Stroke Impact Scale und die Kurtzke-Skala dargestellt. Auf Assessmentverfahren zur Messung kognitiver Leistungen wird nur kurz eingegangen. Dies ist sinnvoll, da es andere Literatur für neuropsychologische Testverfahren gibt.

Durch die klare und übersichtliche Anordnung des Buches hat es einen hohen praktischen Nutzen. Es wird dem Leser leicht gemacht, eine rasche und zuversichtliche Auswahl derjenigen Messverfahren zu treffen, die im eigenen Arbeitsalltag relevant sind. Das Buch ist nicht nur für Physiotherapeuten, sondern auch für Rehabilitationsfachleute in anderen Disziplinen wie Ergotherapeuten, Krankenschwestern und Ärzte nützlich. Es kann wärmstens empfohlen werden und sollte in jeder deutschsprachigen Rehabilitationseinrichtung verfügbar sein.

Prof. Dr. Thierry Ettl, Rheinfelden