

Erfahrungen und Ergebnisse aus einer Einrichtung zur Phase E-Rehabilitation

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 246–253
© Hippocampus Verlag 2015

S. Seiler

Zusammenfassung

Die Phase E der neurologischen Rehabilitation ist definiert als die Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; sie hat zum Ziel, den Erfolg der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation zu sichern und die Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft zu unterstützen. Hierfür hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. im Dezember 2013 »Empfehlungen« veröffentlicht [2]. Der nachfolgende Beitrag beschreibt das konzeptionelle Gerüst und die Struktur einer ambulanten Versorgungseinrichtung in München, in der diese Empfehlungen bereits weitgehend umgesetzt werden. Hier stehen als Ziel für ein selbstbestimmtes Leben die Bewältigung des Alltags und die soziale und berufliche Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Fokus der interdisziplinären therapeutischen Arbeit. Dies wird an zwei konkreten Beispielen illustriert. Die Versorgungsmöglichkeiten dieser Einrichtung werden mit der Darstellung der Zahlen und Ergebnisse im ersten Halbjahr 2014 umrissen.

Neuro Reha Team Pasing, München

Schlüsselwörter: Teilhabe, wohnortnahe Rehabilitation, interdisziplinäres Team, Phase E

Rahmenbedingungen und Konzept der Einrichtung

Das Neuro Reha Team als Einrichtung der Phase E bietet ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge in München für Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Die konzeptionellen Eckpfeiler der interdisziplinären Arbeit bestehen in der Orientierung an der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) [1] und damit in einer umfassenden Teilhabeorientierung aller therapeutischen Interventionen zur Weiterentwicklung und Sicherung eines selbständigen häuslichen und/oder beruflichen Lebens. Wesentlich hierfür sind die Wohnortnähe und Arbeitsplatznähe der Einrichtung und damit die Möglichkeit, therapeutische Leistungen im persönlichen sozialen Umfeld des Patienten zu erbringen. Grundlage dafür ist der im Rahmen einer Ermächtigung von Dr. Johannes Pichler mit den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossene Vertrag nach §43, SGB V »Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation«.

In dem Vertrag ist vereinbart, dass durch das Neuro Reha Team Patienten mit multimodalen Fähigkeitsstörungen bei folgenden Indikationen behandelt werden können:

- Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma
- Schlaganfall
- Hirntumor-Operation
- abgeschlossener Enzephalitis und zerebraler Hypoxie

Weitere **medizinische Voraussetzungen** sind ein medizinisch stabiler Zustand, keine Infektion mit resistenten Keimen sowie eine eigenständige basale Selbstversorgung. Im therapeutischen Kontext muss sprachlich und sozial eine Gruppenfähigkeit bestehen und eine ausreichende Motivation für die Teilnahme erkenntlich sein.

Für die **Behandlungsdauer** der in der Regel 10-wöchigen Komplexbehandlung wird für jeden Patienten entsprechend den vereinbarten Zielen ein individueller Stundenplan erstellt, der sowohl Funktionstraining, Teilhabetraining und immer Therapien zur Krankheitsbewältigung enthält. Jeder Patient wird durch eine **Primärtherapeutin** betreut, bei der die Informationen des Patienten und Entscheidungen des Teams zusammenlaufen und die in der Folge bei den Besprechungen diskutiert, dokumentiert sowie in den Therapieplan integriert werden. Die konkrete **individuelle Zielfindung** gemeinsam mit den Therapeutinnen bezieht sich dabei auf die ICF-basierten Ziele in der Phase E, wie sie in der Empfehlung [2] formuliert werden. Übergeordnete Ziele sind daher immer, eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern, eine Teilhabe am Arbeitsleben, soweit die Einschränkungen es zulassen, zu fördern oder Einschränkungen

Tab.1: Rahmenbedingungen des Neuro Reha Teams

Neuro Reha Team Pasing
■ Interdisziplinäre Komplexbehandlung und Nachsorge
■ Ambulante, wohnort- und arbeitsplatznahe Versorgung
■ Therapeutische Leistung zur Re-integration in das selbständige-häusliche, soziale und berufliche Leben
■ Orientierung an ICF in der Befunderhebung, Therapieplanung und Dokumentation
■ Teilhabeorientierung in allen Therapiekonzepten
■ Eigene Verträge nach § 43, SGB V, Abs. 1, Nr. 1 »Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation«

in der beruflichen wie sozialen Teilhabe zu verhindern und den bisherigen Rehabilitationserfolg nachhaltig zu sichern. Um dies zu gewährleisten, werden die **Angehörigen** von der Primärtherapeutin kontaktiert und zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen. Neben Gesprächen mit den Angehörigen finden regelmäßig im Abstand von sechs Wochen sogenannte Infotage für Angehörige statt, wozu diese eingeladen werden, um das Therapiejumfeld und die Therapeuten einerseits kennenzulernen, aber auch um durch Vorträge und Diskussionen informiert zu werden und andere Betroffenen und deren Angehörige kennenzulernen. Besteht die Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung an einen bestehenden **Arbeitsplatz**, kontaktieren die Primär- und Sozialtherapeutin den Arbeitgeber, um gemeinsam mit dem Patienten die stufenweise Rückkehr ins berufliche Umfeld unter den individuellen Voraussetzungen zu planen.

Im Falle einer stufenweisen **beruflichen Wiedereingliederung** nehmen die Patienten alle zwei Wochen an einer Gruppe zur beruflichen Integration teil. Ist dagegen eine Rückkehr in das Erwerbsleben nicht möglich, kann ein Modul zur Unterstützung der **sozialen Wiedereingliederung** angeboten werden, auch oft bis eine ambulante Weiterbehandlung gesichert ist.

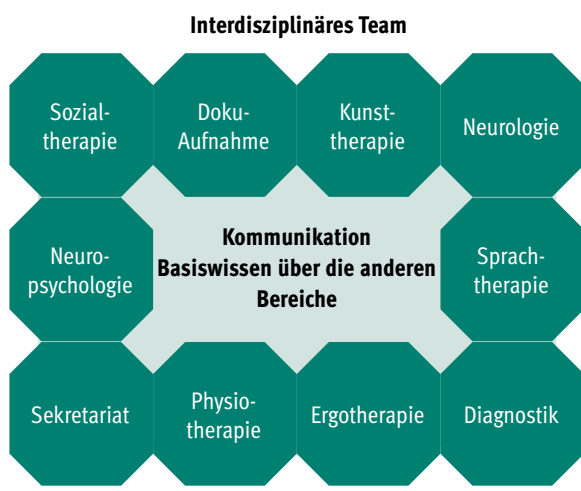


Abb. 1: Interdisziplinäres Team

Getragen wird dieses Konzept von einem **interdisziplinären Team (Abb. 1)**. Für ein konzertiertes therapeutisches Arbeiten stellen eine hohe Eigenverantwortlichkeit einerseits und eine hohe Bereitschaft, sich mit allen Kollegen hinsichtlich Information, Zielsetzung und Therapieplanung auseinanderzusetzen, zentrale Voraussetzungen dar. Jedes Teammitglied hat ein Basiswissen aller anderen Fachbereiche, dies trifft für das Sekretariat und die Aufnahmeabteilung ebenso zu wie für die Therapeuten und den Arzt zu.

Um die Erstellung eines integrierten Behandlungsplans mit individueller Zielformulierung, Prüfung und Veränderung im Behandlungsverlauf als Team leisten

zu können, findet täglich eine einstündige Frühbesprechung statt. ICF-basiert werden dabei die Ergebnisse und Planungen in einer Ziel-, einer Verlaufs- sowie einer Entlassungsbesprechung für jeden Patienten von allen am Rehaprozess eines Patienten Beteiligten besprochen und in einer speziell konzipierten ICF-Verlaufsdokumentation festgehalten. Neben den ICF-Domänen spielen dabei auch die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren für die Therapieplanung eine wichtige Rolle. Sie werden im positiven Fall als Ressourcen genutzt oder bei hemmendem Einfluss auf den Therapieverlauf wird versucht, therapeutisch Veränderungen zu initiieren oder externe Unterstützung zu organisieren.

Neben den patientenbezogenen Besprechungen finden noch **Organisationsnachmittage** alle sechs Wochen und zur Weiterentwicklung des Konzeptes ein oder zwei **Klausurtage** im Jahr statt. Insgesamt stehen den Teammitgliedern ungefähr 25% der Regelarbeitszeit für Teambesprechungen, zur Vor- und Nachbereitung sowie zur Erstellung der Abschlussberichte zur Verfügung. Die innere Stabilität des Teams wird gefördert durch eine einmal im Monat stattfindende zweistündige **Teamsupervision** mit einem externen Supervisor.

Ein wichtiges Ziel in der letzten Behandlungsphase im Neuro Reha Team ist ein **Entlassungsmanagement**, das den Patienten befähigt sich therapeutische Hilfe nach seinen Erfordernissen zu suchen. Die Patienten und die Angehörigen werden gezielt unterstützt, dabei ist von zentraler Bedeutung, gemeinsam eine sinnvolle Nachsorge zu besprechen. Nach Kontaktaufnahme durch die Patienten finden mit deren Erlaubnis auch Übergabegespräche mit ambulanten Therapeuten statt. Hohe Priorität hat hier die Unterstützung der selbstständigen Entscheidung des Patienten. Mit Ende der Komplexbehandlung wird vom Team ein ausführlicher Bericht über den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung erstellt. Der Abschlussbericht enthält neben den Diagnosen und der Medikation eine Verlaufsdokumentation sowie die in der Entlassungsbesprechung diskutierten Ziel- und Ergebnissbewertungen für die relevanten Teilhabedomänen (ICF).

Illustration von Phase-E-Rehabilitation anhand zweier Fallgeschichten

Kasuistik – Frau Weber

Der individuelle Rehabilitationsverlauf von Frau Weber (Name geändert) im Neuro Reha Team Pasing zeigt die Notwendigkeit einer ambulanten ganzheitlichen und interdisziplinären Maßnahme für die häusliche und berufliche Inklusion. Nur eine enge Zusammenarbeit und kontinuierliche sowie problemfokussierte Abstimmung der Ziele und Therapien ermöglichte eine Rückkehr in das Berufsleben vor dem Hintergrund einer abgestimmten therapeutischen Förderung der individuellen



2a: »Traurig«



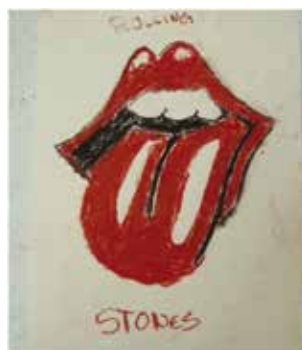
2b: »Zuhause«



2c: »Freiheit«



2d: »Reizbildcollage«



2e: »Vorfreude aufs Konzert«



2f: »Therapieverlauf«

Abb.2: Bilder von Frau Weber

Teilhabe, funktionellen Verbesserung und der Krankheitsbewältigung von Patientin und Angehörigen. Eine vom realen Umfeld losgelöste Maßnahme ohne Bezug zu den konkreten Erfahrungen als Person mit einer erworbenen Hirnschädigung im Zusammensein mit Familie, Freunden und Kollegen kann eine kontinuierliche individuelle Veränderung und Anpassung nicht leisten.

Frau Weber, 48 Jahre, erlitt nach der Ruptur eines intrazerebralen MCA-Aneurysmas eine Subarachnoidalblutung rechtstemporal und eine intrazerebrale Blutung rechts fronto-parietal. Das rupturierte Aneurysma und ein weiteres, nicht rupturiertes Aneurysma der MCA rechts wurden geclippt, dabei kam es intraoperativ zu einem Mediateilinfarkt rechts. Im Anschluss an eine stationäre Reha-Maßnahme wurde Frau Weber über einen Zeitraum von neun Monaten therapeutisch durch das Neuro Reha Team begleitet. Bilder, die Frau Weber während der Kunsttherapie gestaltete, illustrieren ihre Befindlichkeiten im Verlauf der Therapie (Abb. 2a–f).

Einschränkungen

Bei Beginn der neurologischen Komplexbehandlung war Frau Weber in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft noch deutlich beeinträchtigt. Betroffen waren vor allem die Domänen Lernen und Wissensanwendung, Häusliches Leben sowie Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen. Eine Teilnahme am beruflichen Leben war zum Zeitpunkt der Aufnahme ausgeschlossen. Der Überblick über ihre veränderte finanzielle Situation fehlte ihr. Sie berichtet über ihre Angst, nicht mehr arbeiten zu können, und

über massive Existenzängste. Konkret berichtete Frau Weber, dass sie Dinge nicht zu Ende bringen könne. Mit ihrem Sohn und ihrer Schwester kam es sehr häufig zu Missverständnissen und im Kontakt mit anderen Patienten und den Therapeuten fiel ein Mangel an Distanz auf. Durch zugrundeliegende Einschränkungen in der Planungsfähigkeit und der fokussierten sowie geteilten Aufmerksamkeit gelang es ihr nicht, die häusliche Organisation in ausreichendem Maße zu leisten und ihre Rolle als Mutter eines 17-Jährigen zu übernehmen. Subjektiv klagte Frau Weber: »Ich würde gerne wieder kochen, aber ich krieg es zeitlich nicht hin, ich koche entweder zu viel oder zu wenig. Es fällt mir auch schwer mich aufzuraffen.« Administrative Aufgaben und die Organisation von Terminen mussten von ihrer Schwester übernommen werden.

Testdiagnostisch wurden für die mentalen Funktionen deutliche Beeinträchtigungen in allen Aufmerksamkeitsleistungen sowie den exekutiven Funktionen wie Planen, Problemlösen und dem schlussfolgernden Denken objektiviert. Die Anamnesegespräche ergaben, dass Frau Weber unter einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus litt. Die zugrundeliegenden Einschränkungen in den sozialen Kontakten sind Folge eines Nähe-Distanz-Problems, einer reduzierten Impulskontrolle und einer emotionalen Labilität mit euphorischer, aber auch deutlich depressiver Ausprägung. Für die bewegungsbezogenen Funktionen ergab sich zu Beginn noch eine brachio-fazial betonte Hemiparese links, die auch mit Scham besetzt war. Eine allgemeine motorische Verlangsamung führte kombiniert mit der reduzierten Impulsko-

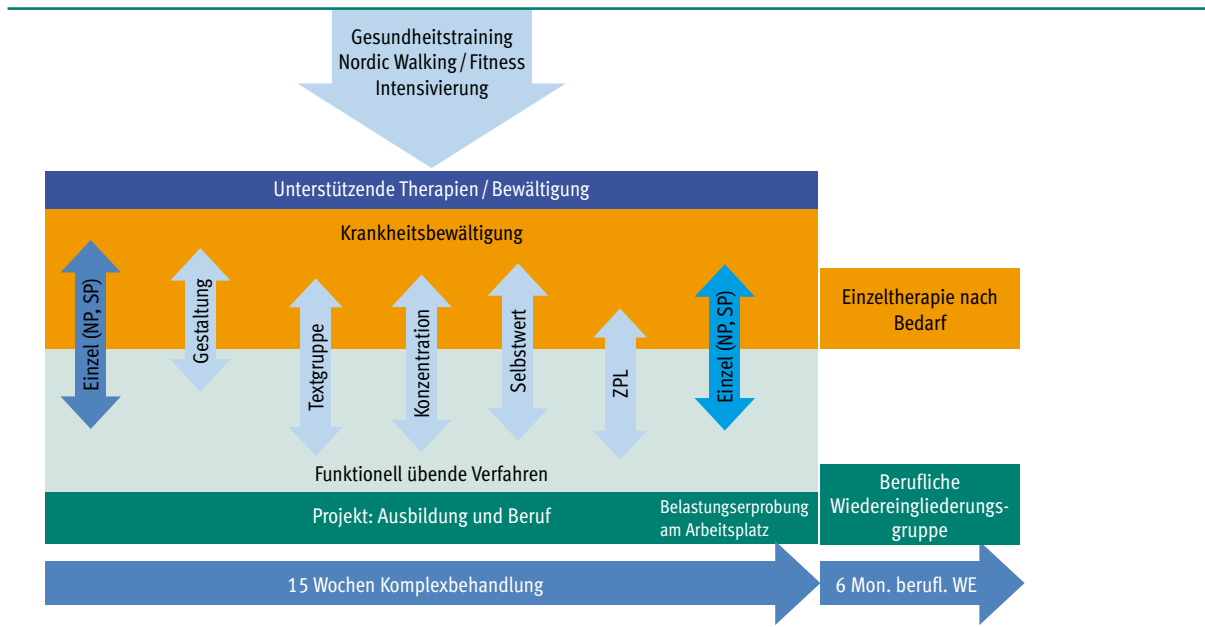


Abb. 3: Frau Weber: Interventionen und Therapieverlauf

trolle zu gefährlichen motorischen Handlungen. Insgesamt bestand zu Beginn der Behandlung eine deutliche Reduzierung der körperlichen Ausdauer.

Kontextfaktoren

Frau Weber war ledig und alleinerziehende Mutter eines 17-jährigen Sohnes. Sie war seit acht Jahren als Personalsachbearbeiterin bei einer Versicherungsgesellschaft in Vollzeit tätig. Als schwieriger externer Kontextfaktor gestaltete sich die Beziehung ihres Sohnes zu ihr. Er distanzierte sich und zeigte deutliche Rückzugstendenzen. Ursächlich waren seine massiven Schuldgefühle, da sich die SAB seiner Mutter kurz nach einem heftigen Streit zwischen den beiden ereignete. Unterstützend waren ein stabiler Freundeskreis und eine gute Eingebundenheit in die gemeinschaftlichen Aktivitäten.

Therapieziele

Gemeinsam mit den Therapeutinnen formulierte Frau Weber folgende Ziele:

- Selbstständige Lebensführung
- Berufliche Wiedereingliederung
- Krankheitsbewältigung

Die Konkretisierung der Ziele bedeutete für Frau Weber immer wieder, sich schmerzhaft mit den Folgen im Alltag auseinanderzusetzen. Die Erarbeitung der mittelfristigen Ziele und die Möglichkeiten der Veränderung war damit auch immer Teil der Krankheitsverarbeitung, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Akzeptanz als Grundlage für eine stabile und langfristige Veränderung der Teilhabe. Die mittelfristigen Ziele waren Verbesserung der Verhaltensregulation und der Problemlösefähigkeit speziell im häuslichen Umfeld, eine verbesserten

Strukturierung der Hausarbeit sowie eine Steigerung der kognitiven und körperlichen Belastbarkeit, wobei die Tagesstrukturierung im Vordergrund stand.

Therapeutische Interventionen und Verlauf

Aus der **Abbildung 3** wird ersichtlich, dass ein komplexes Zusammenwirken sehr unterschiedlicher Therapien in Einzelsitzungen und Gruppensettings mit einer gemeinsamen Zielperspektive zusammenwirken.

Die Schwierigkeiten in der Eigenorganisation und der eingeschränkten Impulskontrolle erforderten anfänglich eine hohe Verlässlichkeit des Therapeutenteams und eine Absprache der externen Strukturhilfen für Frau Weber. Zentraler Kommunikationspartner war für Frau Weber dabei die Primärtherapeutin, nur so konnte eine für die Patientin klare Kommunikationsstruktur gestaltet werden. Im Verlauf verbesserte sich die Selbst- und Fremdwahrnehmung wie die Impulskontrolle im therapeutischen Umfeld. Die externen Strukturierungshilfen wurden kontinuierlich reduziert. Die für sie wahrnehmbaren Erfolge und die Reduzierung der Misserfolge in der Interaktion förderten das Vertrauen und stabilisierten ihr verändertes Verhalten. Durch die Einbeziehung der Angehörigen gelang es Frau Weber das Haushaltsmanagement zu verbessern und wieder selbstständig soziale Aktivitäten zu initiieren. Sie gewann eine Tagesstrukturierung mit einer Verantwortlichkeit für bestimmte Tätigkeiten zurück. Die dadurch gewonnene Sicherheit unterstützte die Planung der beruflichen Wiedereingliederung. Auch für alle anderen Zielaspekte wurden die Vorgehensweise schrittweise angepasst und wenn notwendig die Angehörigen miteinbezogen.

Zielevaluation

Nach insgesamt 15 Wochen neurologischer Komplexbehandlung und sechs Monaten niederfrequenter therapeutischer Begleitung während der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung hat Frau Weber viele Ziele erreicht, wenn auch nicht in dem Ausmaß, wie sie es sich sicherlich zu Beginn gewünscht hatte. So benötigte sie in neuen komplexen Situationen noch externe Unterstützung, um Arbeitsabläufe zu strukturieren. Ohne Unterstützung gelang es ihr nicht, komplexe Probleme selbstständig zu lösen. Insgesamt hatte sich ihre Selbstwahrnehmung sehr verbessert und sie hatte gelernt, sich in schwierigen Situationen Hilfe zu suchen.

Während der beruflichen Wiedereingliederungsphase realisierte Frau Weber selbst, dass eine Tätigkeit in Vollzeit mittel- und wahrscheinlich langfristig nicht möglich sein wird. Sie nahm die Tätigkeit bei der Versicherungsgesellschaft wieder auf, arbeitet jedoch nur 28 Stunden pro Woche und stellte einen Antrag auf Teilerwerbsminderungsrente, der befristet genehmigt wurde. Der Verlauf zeigte, dass sie die komplexen Arbeitsinhalte überforderten. Nach Gesprächen der Patientin und der Therapeuten mit dem Arbeitgeber ermöglichte ihr dieser, in einem kleineren Team mit überwiegend Routinetätigkeiten zu arbeiten. Ein Jahr nach Abschluss der beruflichen Wiedereingliederung bestand das Arbeitsverhältnis weiterhin. Sie lebte jetzt mit Ihrem Sohn in einer kleineren Mietwohnung und bewältigte die Haushaltsaufgaben gut, wie früher wurde sie dabei bei bestimmten Tätigkeiten durch ihre Mutter entlastet. Bei administrativen Anforderungen hatte sie sich ein gutes Helfernetz innerhalb ihres Freundeskreises aufgebaut.

Frau Weber nimmt nach ihrer Hirnblutung wieder am Leben teil, trotzdem hat sich ihr Leben verändert. Im Verlauf wird sie immer wieder mit Situationen konfrontiert sein, die aufgrund der weiterhin bestehenden Einschränkungen nicht ohne therapeutische Hilfe lösbar sein werden. Die ambulante interdisziplinäre Therapie im sozialen und beruflichen Umfeld von Frau Weber ermöglichten eine individuelle Therapie und eine Anpassung der sozialen wie beruflichen Rahmenbedingungen.

Katamnese-Interview – Herr Martin

Das Hauptaugenmerk im nachfolgenden Kapitel liegt auf der subjektiven Krankheitsverarbeitung des Patienten und deren Auswirkungen auf die aktive Teilhabe. Herr Martin beurteilte retrospektiv sein subjektiv emotionales Erleben im Verlauf seiner mehrjährigen Rehabilitation ein Jahr nach Abschluss der ambulanten Therapie- maßnahme im Neuro Reha Team. Dabei wird deutlich, dass erst durch die Teilhabeorientierung im alltäglichen Umfeld und der Erarbeitung einer gemeinsamen Zielsetzung mit dem Patienten unter Berücksichtigung seiner momentanen emotionalen Bewältigung, eine Realisierung der selbstbestimmten Teilhabe möglich machte.

Herr Martin erlitt im Alter von 21 Jahren bei einem Verkehrsunfall ohne Fremdverschulden ein schweres Schädelhirntrauma. Zum Zeitpunkt des Unfalls besuchte er das Berufskolleg, um das Abitur auf dem zweiten Bildungsweg zu erreichen. Er lebte mit seinem Bruder noch im Haus der Mutter. Sein Traum war es Gymnasiallehrer für Griechisch und Latein zu werden.

Rehabilitationsverlauf bis Aufnahme

Zwei Jahre nach dem Unfall stellte er sich beim Neuro Reha Team vor. Vorausgegangen waren sechs Wochen auf der neurochirurgischen Intensivstation, sieben Wochen auf der neurologischen Normalstation mit Früh- REHA. Direkt daran schloss sich eine stationäre neurologische Rehabilitation von fünf Monaten an. Von dort aus wurde eine weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet mit dem Ziel der selbständigen Lebensführung und der Entwicklung beruflicher Perspektiven. Die Dauer betrug 12 Monate. Insgesamt hatte Herr Martin seit dem Unfall nur einige Tage und am Ende einige Wochenenden zu Hause verbracht.

Herr Martin: »In dieser ganzen Zeit wollte ich mich nur mit Physiotherapie beschäftigen, ich wollte mich wieder bewegen können. Daran habe ich in beiden Rehas hart gearbeitet. Noch heute habe ich zu den Physiotherapeuten einen guten Kontakt. Mit der Person der beruflichen Erprobung hatte ich ziemlich Stress.«

Da eine berufliche Perspektive während der einjährigen stationären Maßnahme mit Herrn Martin nicht erarbeitet werden konnte, wurde die Berentung eingeleitet und die Möglichkeit, in einer beschützenden Werkstätte in der Nähe seines Wohnortes zu arbeiten, organisiert. Dort arbeitete Herr Martin bis zur Aufnahme im Neuro Reha Team.

Herr Martin: »Ich hatte das Gefühl, man hatte mich aufgegeben, ich wurde abgestellt, dabei bin ich jung und habe mein Leben noch vor mir. Über mich wurde geurteilt. Meine Träume über die Zukunft wollten nur wenige hören.«

Herr Martin stellte sich im Neuro Reha Team mit einer massiven Teilhabebeeinschränkung, komplexen kognitiven, motorischen und sensiblen Einschränkungen sowie einem deutlich reduzierten Antrieb vor (**Tab. 2**).

Zielfindung

Als einziges Ziel formulierte er, wieder in die Schule zu gehen.

Herr Martin: »Ich möchte nur eine echte Chance bekommen.«

Die Therapeuten gingen davon aus, dass es das Ziel im Neuro Reha Team ist, eine verbesserte Awareness und Akzeptanz seiner Teilhabesituation zu erreichen. Als gemeinsames Ziel wurde mit Herrn Martin vereinbart, über einen Zeitraum von drei Wochen an schulrelevanten Kompetenzen zu arbeiten und ihm im Anschluss Rückmeldung über die Chancen zu geben. In der Teambesprechung nach drei Wochen zeigte sich, dass er trotz der großen Einschränkungen auch kognitive Ressourcen und Verbesserungspotential hat, die zu Zweifeln führten, ob er es nicht doch vielleicht mit Unterstützung in der Schule schaffen könnte.

Herr Martin: »Ich konnte sie doch alle überraschen!«

Therapie und Verlauf

Herr Martin nahm 13 Wochen lang an fünf Tagen in der Woche am Komplexprogramm teil. Der Kostenträger stimmte einer Verlängerung zu, danach wurde die Therapie niederfrequent an zwei Tagen in der Woche weitergeführt und an weiteren zwei Tagen ermöglichte ihm seine alte Schule probeweise am Unterricht teilzunehmen. Das anschließende Inklusionsgespräch mit der Schule offenbarte die Schwierigkeit der Integration. Es bedeutete für jeden Lehrer ein Mehraufwand, es bestanden eine große Unsicherheit im Umgang mit Herrn Martin und eine große Angst, wie Herr Martin mit einem Scheitern umgehen würde. Hier konnte Herr Martin für sich sprechen.

Herr Martin: »Wenn ich die Schule nicht schaffe, weil ich nicht gut genug bin, gebe ich das Ziel auf – und es ist in Ordnung. Ich möchte wegen meiner Behinderung nicht anders in der Schule beurteilt werden.«

Herr Martin konnte ein Probejahr an der Schule machen mit folgender Einschränkung: Wenn die schulischen Leistungen bis November in drei Fächern mit der Note fünf oder schlechter benotet sind, wird die Probezeit als nicht bestanden betrachtet und Herr Martin muss die Schule verlassen. Eine Begleitung durch Therapeuten in der schulischen Eingliederung lehnte der verantwortliche Kostenträger ab.

Weiterer Werdegang von Herrn Martin

Herr Martin bestand die Probezeit und konnte das Schuljahr zu Ende bringen. Jedoch bestand er das Jahr wegen Mathematik nicht.

Herr Martin im November: »Probezeit bestanden. Ich bin so glücklich, dass ich es nicht beschreiben kann!«

Im Juli: »Ich habe versagt!«

Obwohl er hinsichtlich seines großen Ziels, das Abitur zu erlangen, gescheitert ist, hat Herr Martin seine sozi-

Tabelle 2:

Teilhabeeinschränkungen ICF	
Lernen und Wissensanwendung (d1):	Schwierigkeiten beim Fokussieren der Aufmerksamkeit, beim Entwickeln von Ideen, beim Problemlösen ...
Allgemeine Aufgabe und Anforderungen (d2):	Aufgaben zu Hause, wie z.B. den Rucksack für die Therapie am nächsten Tag zu packen, gelang nicht ... Täglich Routine gelingt nicht eigenverantwortlich ...
Kommunikation (d3):	E-mails sind oft unverständlich formuliert. In der Kommunikation ermüdet er schnell, verliert den Faden. Lesen ist erschwert.
Mobilität (d4):	Geht nicht alleine außer Haus, die Familie oder Freunde müssen ihn fahren. In die Therapie kommt er mit dem Taxi (Verschlechterung im Verlauf); Handhabung von Gegenständen ist deutlich erschwert; Gehstrecke beträgt außer Haus weniger als 1 km.
Häusliches Leben (d6):	Mutter kümmert sich um alles (Verschlechterung).
Interpersonelle Interaktion (d7):	Außer der Familie sieht er sehr unregelmäßig (höchstens monatlich) einen Freund.
Bedeutende Lebensbereiche (d8):	Beschützende Werkstätte wurde durch die letzte stationäre Reha eingeleitet
Funktionseinschränkungen	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fazialisparese ■ Dysarthrie ■ Armbetonte spastische Hemiparese und Hemihypästhesie links ■ Ausgeprägter linksseitiger Neglect ■ Visuell-räumliche/räumlich-konstruktive Defizite ■ Affektlabilität ■ Antrieb: Handlungsinitiierung deutlich beeinträchtigt ■ Aufmerksamkeitsleistungen sind schwer beeinträchtigt ■ Deutliche Gedächtniseinschränkungen ■ Exekutive Leistungen (Antrieb und Initiative, schlussfolgerndes und vorausschauendes Denken, Planen) unterdurchschnittlich 	
Medizinische Diagnosen (ICD 10)	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Z.n. SHT (So6.9) mit <ul style="list-style-type: none"> – traumatischer Subarachnoidalblutung (I 60.o) – bds. Subduralhämatomen, – kleinen Kontusionen cerebro-basal – mehrere Impressionsfrakturen der Kalotte rechts mit Querspaltung – querverlaufende Schädelbasisfraktur – Orbitafraktur re, Orbitaboden- und Orbitadachfraktur li, – Felsenbeinfrakturen bds., – mehrfache Jochbogenfraktur, – Kieferhöhlenfrakturen ■ Z.n. osteoklasischer Trepanation und Reimplantation ■ V. a. Hypoxie 	

ale wie berufliche Teilhabe trotz weiterhin bestehender funktioneller Einschränkungen deutlich verbessern können. Er hat wieder Kontakt zu anderen seines Alters, und nimmt soziale Aktivitäten aus eigenem Antrieb wahr, dazu benützt er jetzt eigenständig öffentliche Verkehrsmittel. Noch am vorletzten Schultag an seiner alten Schule hat er sich in einer privaten Schule für eine kaufmännische Ausbildung beworben. Er fährt dort eigenständig mit dem Zug hin. Die ersten Schulaufgaben dort hat er mit gutem Ergebnis gemeistert.

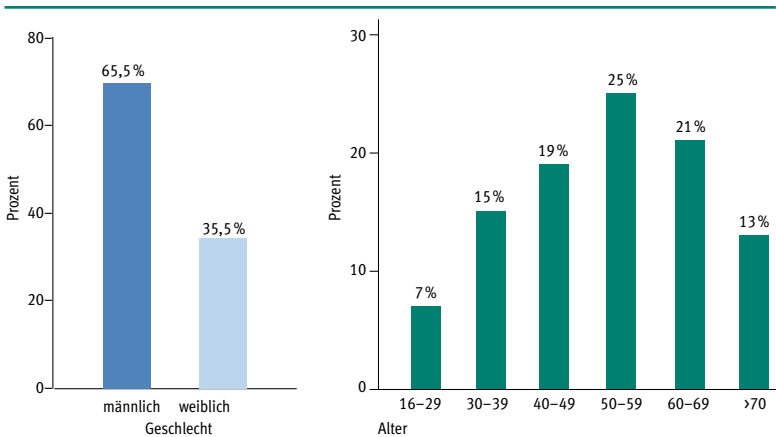


Abb. 4 (links): Geschlechtsverteilung der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

Abb. 5 (rechts): Altersverteilung der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

Entscheidend für die Fortschritte nach zwei Jahren war das Erleben von Selbstwirksamkeit, als entscheidenden Faktor für langfristige Erfolge in der Rehabilitation. Eine zeitliche Limitierung der Nachsorgeleistungen und das plötzliche Ende der Rehabilitation führten bei Herrn Martin zu einer plötzlichen Zerstörung der Hoffnungen, ohne dass für ihn die Möglichkeit bestand, Einfluss zu nehmen. Die Folge war eine erlernte Hilflosigkeit, die die Erfolge der vorausgehenden intensivmedizinischen und rehabilitativen Versorgung gefährdeten. Das Erleben von selbstbestimmter Teilhabe, wie sie in der Phase E als Ziel formuliert ist, stellte das eigentliche Ziel in diesem Therapieverlauf dar, auch mit dem Risiko des therapeutisch begleiteten Scheiterns.

**Leistungsspektrum einer Phase-E-Einrichtung:
Versorgung durch das Neuro Reha Team: Zahlen und Ergebnisse**

Zur Darstellung der Versorgungsmöglichkeiten im Neuro Reha Team Pasing mögen die Zahlen des 1. Halbjahres 2014 dienen. Insgesamt konnten in dieser Zeit 87 Pati-

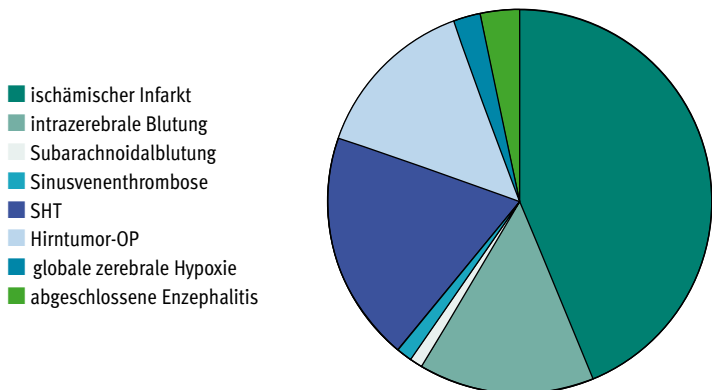


Abb. 6: Primärdiagnosen der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

enten für eine ambulante interdisziplinäre Komplexbehandlung aufgenommen werden. Wie aus **Abbildung 4** hervorgeht, waren ca. zwei Drittel der aufgenommenen Patienten Männer (63,5%) und ein Drittel Frauen (36,5%), dies entspricht den Erfahrungswerten aus den vergangenen Jahren. Die Altersverteilung (siehe **Abb. 5**) zeigt, dass ein Viertel der Patienten zwischen 50 und 60 Jahren waren. Insgesamt sind 80% der Patienten zwischen 30 und 70 Jahren und damit meist noch im arbeitsfähigen Alter (**Abb. 5**).

Die häufigste Indikation, in deren Folge die Patienten die ambulante Nachsorge aufsuchen, ist der Schlaganfall (ischämischer Infarkt, intrazerebrale Blutung, Subarachnoidalblutung, Sinusvenenthrombose) mit zusammengefasst 60%. 20% der Patienten im ersten Halbjahr 2014 hatten ein Schädelhirntrauma erlitten, 14% suchten uns nach einem neurochirurgischen Eingriff aufgrund eines Hirntumors auf. Patienten nach einer globalen zerebralen Hypoxie oder einer abgeschlossenen Enzephalitis machten nur insgesamt 6% der Klientel aus (siehe **Abb. 6**).

Aufgrund der Vertragslage sind in der Regel die gesetzlichen Krankenkassen Kostenträger der Komplexbehandlung. Die Ersatz-, Primär- und Betriebskrankenkassen waren in mehr als 75% der Fälle die verantwortlichen Kostenträger. 11% der Patienten im Neuro Reha Team waren in den ersten beiden Quartalen 2014 privat krankenversichert oder Beamte mit einer Kombination von privater Krankenversicherung und Beihilferechtigung. Ein kleiner Anteil (6%) der Patienten kam über die Berufsgenossenschaften (siehe **Abb. 7**).

2014 betrug die durchschnittlich Dauer der Komplexbehandlung im ersten Halbjahr 43 Tage (19 Tage bis 60 Tage). Diese Kosten sind in Relation zu den Ausgaben, die bis zu diesem Zeitpunkt für die Patienten für die intensivmedizinische Versorgung und stationäre Versorgung geleistet wurde, sehr gering.

Von den 87 aufgenommenen konnten im ersten Halbjahr 63 Patienten die Komplexbehandlung abschließen, von diesen waren vor dem Ereignis 40 Personen berufstätig. Drei Patienten gingen in die berufliche Wiedereingliederung ohne therapeutische Unterstützung, weitere drei mussten sich aufgrund der Einschränkungen beruflich neuorientieren. In diesen Fällen ist eine Begleitung durch das Neuro Reha Team nicht möglich, da ein Kostenträgerwechsel stattfinden muss. Sechs, meist jüngere Patienten nahmen eine Ausbildung (wieder) auf. Mit 12 Patienten konnte entweder aufgrund der Schwere der Einschränkungen oder keinen Möglichkeiten am Arbeitsplatz keine berufliche Wiedereingliederung initiiert werden. 24 Patienten wurden durch die Einrichtung therapeutisch bei der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung an einen bestehenden Arbeitsplatz begleitet werden (siehe **Tab. 3**).

11 Patienten von den 24 konnten hinsichtlich der Stundenzahl ihre volle Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Ereignis erreichen. Allerdings wurde bei zwei Patienten ein Antrag auf Minderleistungsausgleich

gestellt, da die Quantität der Arbeitsleistung reduziert war. Drei Patienten vereinbarten abschließend mit ihren Arbeitgebern, dass ein Teil der meist hohen Zahl der Urlaubstage geplant für ein Belastungsmanagement mit dem Ziel, Überlastung zu vermeiden, eingesetzt werden kann. Fünf Patienten konnten an den alten Arbeitsplatz zurückkehren, aber nicht mehr mit der vertraglichen Stundenzahl vor dem Ereignis, es wurde eine (Teil-)Erwerbsminderungsrente beantragt. In drei Fällen ergab die berufliche Wiedereingliederung, dass die Beeinträchtigungen nicht kompensierbar waren oder der Arbeitgeber der Wiedereingliederung ablehnend gegenüberstand. Die therapeutische Begleitung in der beruflichen Wiedereingliederungsgruppe im Neuro Reha Team, die durch die Sozialtherapeutin geleitet wird, können zahlreiche Schwierigkeiten und Probleme zeitnah erfasst werden und Unsicherheiten auf Seiten des Arbeitnehmers wie Arbeitgebers durch Information verändert werden.

Fazit

Herr Martin: »... zur guten Nachsorge fällt mir ein, dass man die Angehörigen besser über verschiedene Möglichkeiten informieren sollte.«

»Kontakt zu Therapeuten oder Institutionen, die wichtig für einen wurden, sollte auch noch Jahre nach dem Ereignis möglich sein, ... nicht täglich, nicht monatlich, sondern wenn Unterstützung notwendig ist.«

Zwei konkrete Beispiele zeigen, dass durch eine Teilhabeorientierung in der Konzeption und durch ein interdisziplinäres Team, das an einer gemeinsamen Zielsetzung mit dem Patienten arbeitet, sehr effektiv die Zielsetzungen der Phase E realisiert wird. Wie es in den BAR Rahmenempfehlungen »Phase E der neurologischen Rehabilitation« [2] ausgeführt wird, ist ein methodisch vielgestaltiger und flexibler Behandlungsansatz mit Einbeziehung der sozialen, familiären und beruflichen Lebensrealitäten ein entscheidender Faktor in der ambulanten Nachsorge im Übergang und Anschluss an die stationäre medizinische Rehabilitation.

Das therapeutische Wirken im familiären, sozialen und beruflichen Kontext der Patienten ermöglicht, konkrete Veränderungen zu initiieren, zu etablieren und zu überprüfen. In dieser ersten Nachsorgephase wird dem Patienten erstmals die Bedeutung der Erkrankung für sein Leben bewusst. Aus diesem Grund ist ein konzeptionell konzertiertes therapeutisches Wirken an einem Ort entscheidend, da auf Seiten der Therapeuten und Ärzte ein Informationsaustausch und damit ein Informationsgewinn stattfindet und somit ein Gesamtbild des Menschen mit den persönlichen und externen Kontextfaktoren entsteht, das für eine erfolgreiche Inklusion Voraussetzung ist.

Aus diesem Grund wäre die Möglichkeit einer niederfrequenten ambulanten Weiterbehandlung oder Betreu-

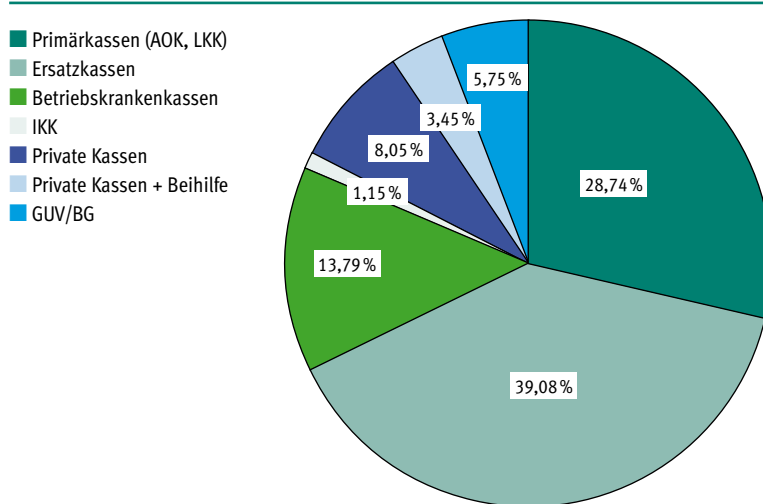


Abb. 7: Kostenträger der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

Tab. 3: Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung

Berufliche WE n=24	Anzahl	Kommentar
100% arbeitsfähig	11	2 x Minderleistungsausgleich, 3 x Vereinbarung
Teil-EMR	4	50%, 65%
Volle EMR	1	450 € beim alten Arbeitgeber
Abbruch	3	Beeinträchtigungen nicht kompensierbar, Arbeitgeber nicht kooperativ
Noch nicht beendet	5	

ung oder Koordination im Sinne eines Casemanagements durch Einrichtungen wie das Neuro Reha Team in Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Leistungserbringern langfristig wünschenswert, da es den Erfolg sichert und eine stabile Teilhabesituation fördert.

Literatur

1. World Health Organisation. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005.
2. BAR: Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation. Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. Frankfurt/Main. 2013

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl. Psych. Sigrid Seiler
Neuro Reha Team Pasing
Gottfried-Keller-Str. 37
81245 München
s.seiler@nrt-pasing.de