

Forum E

Recht der Dienste und Einrichtungen, Leistungserbringungsrecht und -strukturen
– Diskussionsbeitrag Nr. 2/2015 –

11.05.2015

Eine Einrichtung zur Phase E – Teilhabeorientierte Rehabilitation und Nachsorge

von Dr. Dipl.Psych. Sigrid Seiler, Neuro Reha Team Pasing

Thesen

- 1. Durch eine Teilhabeorientierung in der Konzeption und ein interdisziplinäres Team, das an einer gemeinsamen Zielsetzung mit dem Patienten arbeitet, können die Ziele der Phase E sehr effektiv realisiert werden.**
- 2. Durch Vernetzung und Verzahnung mit dem Ziel eines trägerübergreifenden Zusammenwirkens können Hilfen teilhabeorientiert gewährt werden. Die Rahmenempfehlungen zur Phase E stellen eine Aufforderung dar, hier die bereits bestehenden Ressourcen besser zu nutzen.**

I. Einleitung

Die „Phase E der neurologischen Rehabilitation“ ist definiert als die Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation.¹ Das konzeptionelle Gerüst und die praktische therapeuti-

sche Arbeit des Neuro Reha Teams Pasing sind ein konkretes Beispiel einer bereits existierenden Phase E-Einrichtung. Das Neuro Reha Team verfügt über eine lange Expertise in der häuslichen, sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Von Beginn an standen die Bewältigung des Alltags und die soziale und berufliche Teilhabe als Ziele im Fokus der interdisziplinären therapeutischen Arbeit.

In den Empfehlungen zur „Phase E der neurologischen Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) werden als Ziele dieser Rehabilitationsphase

- die Sicherung des medizinisch-therapeutischen Erfolges,
- die Teilhabe am Arbeitsleben,
- für Kinder und Jugendliche die Teilhabe an Erziehung und Bildung
- sowie die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

beschrieben. Anhand eines konkreten Beispiels wird die Bedeutung der therapeutischen Arbeit mit den Patienten in der nach-

¹ Abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/Startseite/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf>.

stationären Phase für ein selbstbestimmtes Leben herausgearbeitet.²

II. 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 sind die Wohnortnähe und damit die Möglichkeit eines Transfers der erreichten Rehabilitationserfolge in das persönliche soziale Umfeld des Patienten. Mit der Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und der umfassenden Teilhabeorientierung zielen alle therapeutischen Interventionen auf eine Weiterentwicklung und Sicherung eines selbständigen häuslichen und/oder beruflichen Lebens ab. Grundlage dafür ist ein mit den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossener Vertrag nach § 43 SGB V „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“.

In dem Vertrag ist dokumentiert, dass durch das Neuro Reha Team Patienten mit Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Hirntumor-Operation, abgeschlossener Enzephalitis und zerebraler Hypoxie sowie multimodalen Fähigkeitsstörungen behandelt werden können. Weitere medizinische Voraussetzungen sind ein medizinisch stabiler Zustand, keine Infektion mit resistenten Keimen sowie eine eigenständige basale Selbstversorgung. Im therapeutischen Kon-

text muss sprachlich und sozial eine Gruppenfähigkeit bestehen und eine ausreichende Motivation für die Teilnahme erkenntlich sein.

Während der meist 10-wöchigen Komplexbehandlung wird für jeden Patienten ein individueller Stundenplan erstellt, der sowohl Funktionstraining, Teilhabetraining und Therapien zur Krankheitsbewältigung enthält. Jeder Patient wird durch einen Primärtherapeuten betreut, bei dem die Informationen des Patienten und Entscheidungen des Teams zusammenlaufen, die dann bei den Besprechungen diskutiert, dokumentiert und in den Therapieplan integriert werden. Der Primärtherapeut stellt auch die Kontakte mit den Angehörigen her und ist für die Gespräche mit dem Arbeitgeber und die Planung der beruflichen Wiedereingliederung gemeinsam mit der Sozialtherapeutin verantwortlich. Im Falle einer beruflichen Wiedereingliederung an einem bestehenden Arbeitsplatz nehmen die Patienten alle zwei Wochen an einer Gruppe zur beruflichen Integration teil. Ist dagegen eine Rückkehr nicht möglich, kann ein Modul zur Unterstützung der sozialen Wiedereingliederung angeboten werden, auch oft bis eine ambulante Weiterbehandlung gesichert ist.

Getragen wird dieses Konzept von einem interdisziplinären Team. Zentrale Voraussetzungen für ein konzertiertes therapeutisches Arbeiten sind eine hohe Eigenverantwortlichkeit einerseits und eine hohe Bereitschaft, sich mit allen Kollegen hinsichtlich Information, Zielsetzung und Therapieplanung auseinanderzusetzen.

² Der Beitrag basiert auf einem Vortrag der Autorin im Rahmen der „Fachtagung zur Umsetzung der Phase E-Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ am 21.11.2014 in München, siehe auch: Schimank, Tagungsbericht „Fachtagung zur Umsetzung der Phase E-Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ am 21.11.2014 in München, Diskussionsbeitrag D4-2015, abrufbar unter: www.reha-recht.de.

III. Kasuistik – Frau Weber³

Das Beispiel soll einen individuellen ambulanten Verlauf während der Phase E im Neuro Reha Team beschreiben. Die Rückkehr ins häusliche, soziale und berufliche Umfeld stellen zentrale Ziele in der Phase E dar. Die Patientin Frau Weber (Name geändert) begann die Behandlung im Neuro Reha Team etwa fünf Wochen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitationsklinik.

Sie wurde nach der Ruptur eines intrazerebralen Aneurysmas und eines intraoperativen Mediateilinfarktes während des Clippings über einen Zeitraum von neun Monaten therapeutisch durch die Einrichtung begleitet.

Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns war Frau Weber 48 Jahre alt. Frau Weber war ledig und seit 15 Jahren alleinerziehende Mutter eines zum Zeitpunkt der Aufnahme 17-jährigen Sohnes. Sie war seit acht Jahren als Personalsachbearbeiterin bei einer Versicherungsgesellschaft in Vollzeit tätig. Die Anamnese ergab eine komplexe **Beeinträchtigung in der Teilhabe**.

Das Lernen ist eingeschränkt, sie kann Informationen z. B. in einem Gespräch nur über einen begrenzten Zeitraum aufnehmen und verarbeiten. Ihre Schwester beschreibt, dass es ihr schwer fällt, Termine zu managen und jede Entscheidung muss kontrolliert werden. Es gelingt ihr nicht, den Haushalt zu organisieren. Soziale Schwierigkeiten treten auf, da sie für die Familie und besonders ihren Sohn wie auch für die Freunde nicht verlässlich ist. Sie berichtet: „Immer gibt es Konflikte und Missverständnisse mit meiner Schwester und meinem Sohn. Sie behaupten, wir hätten etwas vereinbart, aber ich hab es ganz anders verstanden oder hab es gar nicht mitbekommen...“ Sie reagiert schnell mit emotionalen Äußerungen wie lautem Lachen oder schnellem Weinen.

Die unsichere berufliche Perspektive belastet sie, sie beschreibt Existenzängste.

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 ein Nähe-Distanz-Problem, eine reduzierte Impulskontrolle und eine emotionale Labilität mit euphorischen, aber auch deutlich depressiven Ausprägungen.

Therapieziele: Unter Berücksichtigung der momentanen kognitiven und emotionalen Möglichkeiten wurden in den ersten Therapiestunden gemeinsam mit Frau Weber die Ziele erarbeitet. Als große übergeordnete **Ziele** konnten im Konsens mit der Patientin folgende definiert werden:

- Selbständige Lebensführung
- Berufliche Wiedereingliederung
- Krankheitsbewältigung

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

Nach insgesamt 15 Wochen neurologischer Komplexbehandlung und sechs Monaten 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.

Nur unter hoher emotionaler Belastung zeigten sich noch Tendenzen zu mangelnder Impulskontrolle und vorschnellem Handeln. In neuen komplexen Situationen benötigte Frau Weber noch externe Unterstützung, um

³ Der Name ist fiktiv gewählt.

Arbeitsabläufe zu strukturieren. Ohne Unterstützung gelang es ihr nicht, komplexe Probleme selbständig 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. Der Arbeitgeber ermöglichte es ihr, in einem kleineren Team mit überwiegend Routinetätigkeiten zu arbeiten. Ein Jahr nach Abschluss der beruflichen Wiedereingliederung bestand das Arbeitsverhältnis weiterhin.

Frau Weber zog nach Abschluss der Komplexbehandlung gemeinsam mit dem Sohn in eine eigene kleinere Mietwohnung. Hier bewältigte sie die Haushaltsaufgaben gut, wie früher wird sie dabei bei bestimmten Tätigkeiten durch ihre Mutter entlastet. Bei administrativen Anforderungen hatte sie sich ein gutes Helfernetz innerhalb ihres Freundeskreises aufgebaut.

Ein Jahr nach Ende der therapeutischen Begleitung hatte sie einen neuen Lebenspartner gefunden. Die Beziehung zu ihrem Sohn war lang nicht mehr so eng wie früher, aber es gelang beiden, Probleme anzusprechen und Regeln für das Zusammenleben zu finden. Die schulischen Leistungen des Sohnes hatten sich stabilisiert. Frau Weber war in ihrem Umfeld wieder aktiv, sie unternahm einiges. Nach einem generalisierten Anfall achtete sie jetzt sehr viel mehr auf Zeichen der Überforderung und ein ausreichendes Belastungsmanagement.

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.

IV. Schlussfolgerung und Fazit

Das konkrete Beispiel zeigt, dass durch eine Teilhabeorientierung in der Konzeption und ein interdisziplinäres Team, das an einer gemeinsamen Zielsetzung mit dem Patienten arbeitet, sehr effektiv die Zielsetzungen der Phase E realisiert werden. Wie es in den BAR Rahmenempfehlungen „Phase E der neurologischen Rehabilitation“ ausgeführt wird, ist ein methodisch vielgestaltiger und flexibler Behandlungsansatz mit Einbeziehung der sozialen, familiären und beruflichen Lebensrealitäten ein entscheidender Faktor in der ambulanten Nachsorge.

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 konzentriertes 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 und der Koordination im Sinne eines Casemanagements durch Einrichtungen wie das Neuro Reha Team langfristig wünschenswert, da es den Erfolg sichert und eine stabile Teilhabesituation

fördert.⁴

Die Phase E als Überleitung in die ambulante Nachsorge impliziert, dass Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen dauerhaft mit Einschränkungen leben müssen. Dabei sind die Ausprägungen, die Einschränkungen sowie die persönliche Auseinandersetzung mit den Folgen individuell bei jedem Betroffenen anders. Aus diesem Grund ist ein programmatisches therapeutisches Wirken in einem vorgegebenen Zeitfenster nicht zielführend.

Eine Vernetzung und Verzahnung mit dem Ziel eines trägerübergreifenden Zusammenwirkens wäre wünschenswert.⁵ Die Vernetzung kostet Zeit und Ressourcen, oft steht dafür kein Kostenträger zu Verfügung. Es hängt allein am Engagement der Einzelnen. Die Rahmenempfehlungen zur Phase E stellen eine Aufforderung dar, hier die bereits

bestehenden Ressourcen besser zu nutzen. Die Kostenträger sind gefordert, die kosten-trägerübergreifende Kooperation zu unterstützen, die Leistungserbringer müssen Interesse an Zusammenarbeit zeigen und fordern.

Die damit erreichte Teilhabe, Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit bei den Betroffenen und Angehörigen bedeutet dann auch langfristig eine Kostenersparnis über alle Kostenträger hinweg und ein besseres Ressourcenmanagement bei allen an der Rehabilitation beteiligten Institutionen.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁴ Siehe auch: Teetz: Ambulante neurologische Rehabilitation im Lebensumfeld für Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen, Diskussionsbeitrag C2-2015, abrufbar unter: www.reha-recht.de.

⁵ Siehe auch: Nebe/Schimank, Sektorengrenzen überwinden – Rechtliche Möglichkeiten für Patientendatenaustausch, Diskussionsbeitrag E1-2015, abrufbar unter: www.reha-recht.de.