

Friedehorst und die Neurologische Rehabilitation

Im März 1985 – vor nunmehr über 15 Jahren – wurde als erste Rehabilitationseinrichtung dieser Art im norddeutschen Raum das Neurologische Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Trägerschaft von FRIEDEHORST, Vereinigte Anstalten der Inneren Mission e.V., in Bremen-Lesum eröffnet. Das Neurologische Rehabilitationszentrum (NRZ) ist anerkannt als Einrichtung nach §111 in Verbindung mit §107 Abs. 2 SGB V.

Aufgabe dieser medizinisch-schulisch/beruflichen Rehabilitationseinrichtung der Phase II ist es, in einem nahtlosen Rehabilitationsprozess von der Frührehabilitation bis zur Reintegration in Familie und Gesellschaft, Schule, Ausbildung und Beruf für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die sekundär durch Unfälle oder Erkrankungen Hirnschädigungen erlitten haben, „unter einem Dach“ umfassende und miteinander verzahnte Leistungen zur medizinischen, schulischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitation zu erbringen (s. z.B. „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1998). Die Rehabilitation umfasst zeitgleich und ineinandergreifend medizinische (§ 10 Reha-Angleichungsgesetz) und berufsfördernde (§ 11 Reha-Angleichungsgesetz) Leistungen zur Rehabilitation sowie diesen immanent die psychosoziale Rehabilitation (s. u.a. *Rahmenempfehlungen nach § 111 a SGB V, 1999; Runderlass 42/96, Bundesanstalt für Arbeit 1996*).

1. Indikation zur Aufnahme in das Neurologische Rehabilitationszentrum

Im Interesse einer guten Rehabilitation und Reintegration in Familie und Gesellschaft, Schule, Ausbildung und Beruf ist die Frührehabilitation anzustreben, d.h. eine möglichst nahtlose Verlegung in der Postakutphase aus der behandelnden Klinik in das NRZ.

Die Aufnahme in das Rehaszentrum ist grundsätzlich möglich nach Stabilisierung von Atmung und Kreislauf. Trachealkanüle, liegender Venenkatheter, Magensonde oder Blasenkatheeter sind kein Hindernis, eine Frührehabilitation einzuleiten.

Eine Aufnahme ist auch zu einem späteren Zeitpunkt noch sinnvoll, wenn eine Besserung der Beeinträchtigungen durch umfassende medizinische, psychosoziale und neuropädagogische/berufliche Rehabilitation möglich erscheint:

- Z.B., wenn länger als 2 Monate nach Schädel-Hirnverletzung oder neurologischer Erkrankung noch folgende Symptome bestehen:
 - Hirnorganisches Psychosyndrom mit Störungen von z.B. Orientierung, Gedächtnis und Antrieb oder Konzentrationsmängeln und Merkschwäche
 - Lähmungen und Koordinationsstörungen
 - Sprachstörungen
 - vegetative und vasomotorische Dysregulation, verminderte körperliche Belastbarkeit

- psychoreaktive Störungen (Depression, Agitiertheit, Affektlabilität, Stimmungsschwankungen).

Eine erstmalige oder erneute neurologische Rehabilitationsmaßnahmen sind auch länger als 1 Jahr nach Schädel-Hirn-Trauma oder neurologischer Erkrankung indiziert bei:

- Verschlechterung von Lähmungen oder Koordinationsstörungen
- Auftreten oder Persistieren von posttraumatischen Krampfanfällen
- Versagenszuständen (Versagen in z.B. Schule, Ausbildung, Beruf)
- Verschlechterung oder erneutes Auftreten psychoreaktiver Störungen (s.o.)

In Einzelfällen können nach vorheriger verbindlicher Absprache auch zeitlich befristete Rehabilitationsüberprüfungen bei bereits länger andauerndem vegetativem Stadium/apallischem Syndrom durchgeführt werden.

Junge Menschen mit neurologischen Krankheitsbildern (s. 2.) können von den Arbeitsämtern auch direkt zu berufsvorbereitenden Maßnahmen zugewiesen werden.

2. Krankheitsbilder, bei denen die Aufnahme indiziert ist

Zustände nach

- Hirnverletzungen, insbesondere bei
 - Begleitenden motorischen, vegetativen, vasomotorischen oder neuropsychologischen Funktionsstörungen
 - Sprach- und Sprechstörungen (Aphasien, Dysarthrien)
 - einem Durchgangssyndrom
- Blutungen im Schädelinnenraum
- zerebralen Gefäßerkrankungen / Gefäßverschlüssen
- Entzündliche Erkrankungen im Bereich des zentralen Nervensystems (Meningitis, Enzephalitis, Hirnabszess, Multiple Sklerose)
- Tumorerkrankungen/-operationen im Bereich des zentralen Nervensystems
- Erkrankungen des peripheren Nervensystems (z.B. traumatische Plexusparesen, Polyneuritis, Polyradiculomyelitis)
- Neuromuskulären Erkrankungen
- hypoxischen Hirnschädigungen
- Epilepsien
- Konnatale Bewegungsstörungen
- Fehlbildungen des Zentralnervensystems

Bei folgenden Symptomen:

- motorische Funktionsstörungen (spastische und schlaffe Lähmungen, Ataxien, konnatale Bewegungsstörungen, Fehlbildungen des Zentralnervensystems und andere Bewegungsstörungen)
- Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (Dysphasie, Dysarthrie, Dysphonie)
- neuropsychologische Funktionsstörungen (z.B. Merkfähigkeits-, Konzentrations-, Antriebsstörungen, Störungen der visuomotorischen Koordination)

- begleitende psychoreaktive Störungen (s.o.)
- zerebrale Krampfanfälle (Epilepsien).

Nicht aufgenommen werden können Rehabilitanden mit

Zuständen nach

- Suizidversuch
 - Suchtproblemen
 - Psychosen und Neurosen,
- die einer gezielten psychiatrischen Behandlung bedürfen.

3. Medizinische Behandlungs- und Maßnahmeangebote

Frührehabilitation (Phase B)

für Patienten der Altersstufe 1 bis 35 Jahre

Nach Stabilisierung von Atmung und Kreislauf ist eine frühzeitige Übernahme aus den Akutkliniken am Ende der Postakutphase möglich. Trachealkanüle, liegender Venenkatheter, Magensonde, Blasenkateter oder ein intensiver neurologischer Überwachungsbedarf sind kein Hindernis für die Aufnahme. Diagnostik und Therapie werden auf die individuelle Belastung des Patienten zugeschnitten und haben in dieser frühen Phase ihre Schwerpunkte in neuropädiatrisch/neurologischer ärztlicher Behandlung und den miteinander verzahnten Therapien der Fachbereiche Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Musiktherapie und Neuropsychologie sowie ganzheitlicher rehabilitativer Pflege.

Frühmobilisation (Phase C)

für Patienten der Altersstufen 1 bis 35 Jahre

Patienten dieser Phase können bei entsprechender Belastbarkeit auf altersadäquate weiterführende Stationen umziehen oder dort direkt aufgenommen werden. Zu diesem Zeitpunkt wird zunehmend die Kommunikation in der Peer-Group für die weitere Motivation in der Rehabilitation wichtig und benötigt das jeweils altersadäquate therapeutische Milieu auf den einzelnen Stationen. Neben den zuvor genannten Therapien kommen die wichtigen therapeutischen Angebote der Neuropädagogik, Sozialtherapie und Arbeitstherapie hinzu.

Stabilisierungsphase (Phase D)

für Patienten der Altersstufen 1 bis 35 Jahre

In der medizinischen Rehabilitation der Phase D werden

- Diagnostik
 - Anschlussheilbehandlungen (AHB)
 - Belastungserprobungen mit schulischem oder beruflichem Schwerpunkt sowie
 - Arbeitstraining
- angeboten.

Der Therapieplan wird kontinuierlich dem Heilungsverlauf und der Belastbarkeit des Rehabilitanden angepasst. Neben den notwendigen individuellen funktionellen Einzeltherapien treten zur Belastungssteigerung und Motivationsstärkung Therapieangebote in kleinen Gruppen hinzu. Die Inhalte sozialtherapeutischen Trainings, der Neuropädagogik und beruflicher Fragestellungen treten je nach Alter der Rehabilitanden zunehmend in den Vordergrund.

Das teilstationäre Angebot

Für Rehabilitanden der Region in der Phase D

Vom 1. Lebensjahr bis zum Ende des erwerbsfähigen Alters

steht dieses Angebot alternativ oder zur besseren Abstufung der vorher stationären Rehabilitation zur Verfügung. Das familiäre und soziale Umfeld kann intensiv in die Rehabilitation eingebunden werden. Ebenso kann abschließend die berufliche Integration direkt in den Betrieben mit dem Rehabilitanden, dem Arbeitgeber und den Kostenträgern geklärt werden.

Berufsvorbereitende Maßnahmen

Rehabilitanden, die nicht direkt nach der Entlassung an ihren alten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zurückkehren können, haben die Möglichkeit bei einer notwendigen beruflichen Umorientierung an folgenden Maßnahmen teilzunehmen:

- Diagnostik, Belastungserprobung, Arbeitstraining
- Berufsfindung, Arbeitserprobung
- Überprüfung von Anlern Tätigkeiten
- Spezielles Einhändertraining
- Förderlehrgänge F1, F2, F4
- Eingangsverfahren und Arbeitstraining für die WfB bis zu 6 Monaten

Alle medizinisch-beruflichen Angebote sind grundsätzlich Einzelmaßnahmen in der Gruppe. Hierfür stehen modern ausgestattete Werkstätten mit einer großen Bandbreite technischer Möglichkeiten zur differenzierten Leistungsüberprüfung und Förderung in 6 Bereichen zur Verfügung.

Zur Sicherung des Maßnahmeerfolges gehört die allgemein- und fachärztliche Versorgung sowie die Teilnahme an individuellen notwendigen funktionellen Therapien, schulische Förderung, die kontinuierliche Erweiterung der Sozialkompetenz durch

entsprechend angeleitete sozialpädagogische Gruppen- sowie die Teilnahme an kreativen Freizeitangeboten.

4. Ziele der neurologischen Rehabilitation in der Phase II

Übergeordnetes Ziel ist,

- die aus erlittener Schädigung (IMPAIRMENT) folgende funktionelle Einschränkung (DIS-ABILITY) zu mindern,
- die daraus resultierende sozialrelevante Beeinträchtigung (HANDICAP) zu verhindern, bzw. so gering wie möglich zu halten,
- um ein hohes Maß der Wiedereingliederung (REINTEGRATION) in Familie und Gesellschaft, Schule, Ausbildung und Beruf zu erreichen.

Im Zentrum aller rehabilitativen Bemühungen im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts steht der Rehabilitand. Er ist nicht Objekt, sondern Subjekt seiner eigenen Rehabilitation, deren jeweilige Schritte mit ihm und/oder seinen Eltern/Angehörigen daher besprochen und abgestimmt werden müssen.

5. Fachliche Kompetenz

Neurologische Rehabilitation in der Phase II ist nur interdisziplinär in einem integrativen Ansatz zu leisten, der die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Einzelaspekte in einem sorgfältig differenzierten und ärztlich koordinierten Rehabilitationsplan zusammenführt.

Kollegiale Beratung und größtmögliche gemeinsame Basiskompetenz – d.h. Offenheit füreinander und ein allen Mitarbeitern gemeinsames Grundverständnis für die Aufgaben aller anderen Berufsgruppen – sind unabdingbare Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team.

Im Rahmen dieser interdisziplinären Arbeit entfallen auf jede Berufsgruppe Kernaufgaben, die nur von ihr oder unter ihrer Anleitung geleistet werden können.

An den vielfältigen Schnittstellen, die sich im Rahmen einer integrierten Rehabilitationsbehandlung durch Überlappung berufsgruppenspezifischer Aufgabengebiete zwangsläufig ergeben, bedarf es im Interesse des Rehabilitanden nicht nur einer engen Kooperation, sondern klarer verbindlicher Absprachen und deren disziplinierter Einhaltung.

Entsprechend seiner Aufgabenstellung und dem breiten Diagnose- und Altersspektrum der Patienten verfügt das Reha-Zentrum über differenzierte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten:

- **Fachärzte** für Pädiatrie, Neurologie und Psychiatrie mit Zusatzqualifikationen in Neuropädiatrie, Epileptologie, spezielle Schmerztherapie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, klinische Genetik und Psychotherapie sind in der Lage das weite Diagnosespektrum abzudecken.
- An **technischen Zusatzuntersuchungen** stehen alle neurophysiologischen Methoden zu Verfügung: EEG, einschließlich Langzeitableitung und EEG-Videometrie; AEHP, VEP, SEP; EMG, NLG. Daneben können EKT, Belastungs-EKG und Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden.
- **Konsiliarärzte** stehen für bildgebende Verfahren und alle anderen medizinischen Fragestellungen zur Verfügung. Darüber hinaus bestehen enge Kooperation mit den Intensivstationen der Bremer Kinderkliniken, bzw. der Neurologie.
- Routineuntersuchungen werden in einem Friedehorst-eigenen klinisch-chemischen Labor durchgeführt.
- In den Abteilungen Physiotherapie, Motopädie, Sport-/Schwimmtherapie; Logopädie und Ergotherapie steht ein breite Palette von Behandlungsmethoden zu Verfügung, unter anderem wird nach Perfetti, Bobath, Vojta, PNF, MacMillan, oder F.O.T.T. behandelt. Eine eigene Trainerin weist Eltern und Betreuer in die Prinzipien der Kinaesthetik ein. Interdisziplinäre Teams führen die Behandlung mit Orthesen, redressierenden Gips-, Kunststoff- und Nancy-Hilton Schienen sowie intramuskulären Injektionen von Botulinustoxin durch. Hippotherapie wird in Kooperation mit einem nahegelegenen Reiterhof angeboten. In einem Motorik-Labor stehen ein auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern adaptierter Gangtrainer, ein behinderten-gerechtes Laufband ebenso zu Verfügung wie Kraftmaschinen und Ergometer zum Muskel- und Konditionsaufbau.
- Einen Schwerpunkt unseres Behandlungskonzeptes bildet die neuropsychologische Diagnostik und das spezifische neuropsychologische Funktionstraining, da viele Patienten nach Verletzungen des Gehirns unter schweren neuropsychologischen Defiziten Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit, der Orientierung, aber auch der visuo-konstruktiven Wahrnehmung oder der Handlungsplanung leiden. In Anbetracht der häufigen Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung sind die psychologische Beratung, Gesprächspsychotherapie und Verhaltensmodifikation ebenfalls wichtige Aufgaben des psychologischen Dienstes.
- Sozialtherapeutische/-pädagogische Kleingruppenförderung und therapeutisch begleitete Freizeitaktivitäten ergänzen das Behandlungskonzept ebenso wie die psychosoziale und sozialrechtliche Beratung der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen.

- Entsprechend dem Auftrag einer Phase II – Einrichtung ist die schulische Förderung mit Einzel- und Gruppenunterricht in allen Schularten und –stufen in den Tagesablauf integriert.
- Auf insgesamt 52 Plätzen können im Bereich der berufstherapeutischen Abteilung Belastungserprobung, Arbeitstherapie und berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung, Förderungslehrgänge, Vorbereitung auf eine Werkstatt für Behinderte) in den Berufsfeldern Elektrotechnik/Elektronik, metallverarbeitende Berufe, Technische Kommunikation, kaufmännische/verwaltende Berufe, Hauswirtschaft, Montage/Anlern Tätigkeiten durchgeführt werden.

Für jeden Rehabilitanden wird basierend auf Vorbefunden sowie den in der diagnostischen Eingangsphase erhobenen Befunden und gewonnenen Beobachtungen ein individueller, seinem spezifischem Fähigkeitsprofil entsprechender Therapieplan erstellt. In interdisziplinären Teams erarbeiten Ärzte und Psychologen, Sozialpädagogen/-arbeiter, Schwestern/Pfleger und Erzieher, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten sowie Lehrer und Berufstherapeuten eng zusammen.

6. Besonderheiten der neurologischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Die neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich von der von Erwachsenen in 4 wesentlichen Bereichen: Dem Ziel, dem Inhalt, dem Raum-, dem Personal- und dem Zeitbedarf für die Rehabilitation:

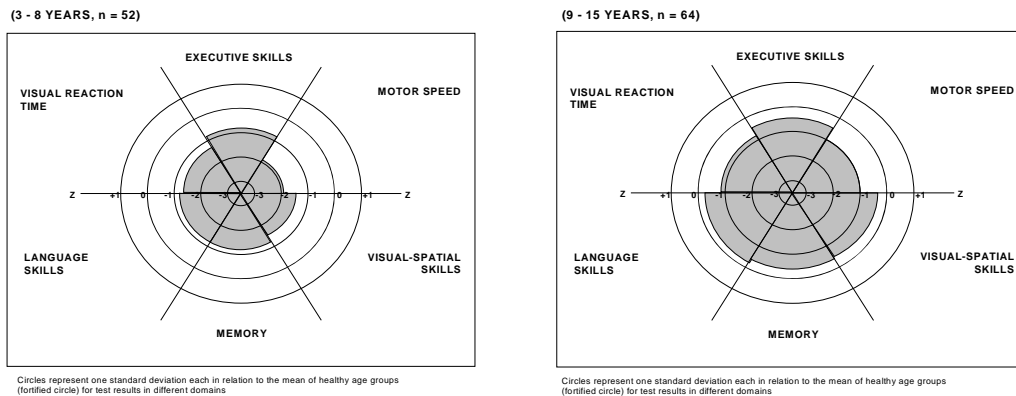
Rehabilitationsziel

Das übergeordnete Rehabilitationsziel ist die Restitution des prätraumatischen individuellen *Entwicklungspotentials*, nicht des prätraumatischen Leistungsniveaus. Insbesondere als „leicht“ eingeordnete Schädelhirntraumen dürfen im Kindesalter nicht „leicht genommen“ werden. Sie werden nicht immer folgenlos überstanden. Oft stellen sich dem Schädelhirntrauma eindeutig zuzuordnende Folgen erst im weiteren Verlauf aufgrund höherer Anforderungen in der Schule und im täglichen Leben heraus. Führen zunehmende Diskrepanzen zwischen beeinträchtigten Fähigkeiten und Anforderungen dann zu Verhaltensauffälligkeiten oder gar Verhaltensstörungen, handelt es sich nicht um neurotische Fehlentwicklungen u.a. der überbesorgten Eltern, sondern meist um unfallbedingte Hirnleistungsstörungen, die durch eingehende neuropsychologische Untersuchungen fassbar und belegbar sind. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse einer Untersuchung von verschiedenen neuropsychologischen Teilleistungen nach erlittenem Schädelhirntrauma. Dabei wurden Patienten, die in jüngeren Lebensjahren ein Schädelhirntrauma erlitten (im 3.-8. Lebensjahr), verglichen mit solchen, die zum Schädigungszeitpunkt schon älter waren (9-15 Jahre). Die Latenz zwischen Schädigungszeitpunkt und Untersuchung betrug mindestens 2 Jahre und war bei beiden Gruppen nicht verschieden. Die Kreise im Diagramm repräsentieren jeweils eine Standardabweichung. Die Darstellung als Kreisdiagramm zeigt, dass die verschiedenen Leistungsbereiche durchaus unterschiedlich gestört sein können. Es wird sehr deutlich, dass Patienten, die in einem frühen Lebensalter ein Schädelhirn-

trauma erlitten hatten, in der Nachuntersuchung deutlich schlechtere Leistungen zeigten als solche, die beim Schädigungszeitpunkt schon älter waren.

Langzeitverlauf nach SHT

- Lebensalter bei Schädigung -



Rehabilitationsinhalt

Das im Vergleich zur Rehabilitation Erwachsener anders definierte Therapieziel bedingt andere Rehabilitationsinhalte:

- Der Fokus auf die Entwicklungs- und Lernfähigkeit erfordert eine altersspezifische neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- Die hier gewonnenen Erkenntnisse und Therapieergebnisse müssen in eine pädagogisch orientierte Arbeit übertragen werden
- Die Therapie pädagogisch-psychologischer Probleme, insbesondere der Abbau von Entwicklungshemmungen betrifft vorschulische, schulische und berufliche Leistungen. Expertise und Infrastruktur muss daher in allen diesen Bereichen vorgehalten werden
- Entwicklungsbedingte, durch die Erkrankung verstärkte psycho-soziale Auffälligkeiten müssen mitbehandelt werden.
- Das für die Phaseneinteilung maßgebliche Kriterium der „Selbständigkeit“ muss altersentsprechend adaptiert werden
- Die für eine normale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen notwendige Gruppendynamik (peer group) muss berücksichtigt werden
- Die Familiendynamik (psychologische Belastung durch die Trennung von den Eltern, Eltern-Kind-Interaktionen, Familienorganisation) muss berücksichtigt werden
- Die Nachhaltigkeit der rehabilitativen Maßnahme kann nur durch eine poststationäre Begleitung in Schule, Ausbildung und Beruf erreicht werden.
- Regelmäßige Nachuntersuchungen sind notwendig, um Lernstörungen zu entdecken und einer Therapie zuzuführen, die erst Jahre nach dem Trauma bei erhöhten Leistungsanforderungen auftreten.

Raum- und Personalbedarf

Aufgrund der anderen Rehabilitationsinhalte ist der Raumbedarf für die neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen höher, und zwar

- quantitativ, da die Möglichkeit einer Begleitung durch Erziehungsberechtigte möglich sein muss (rooming in) und
- qualitativ, da die Räumlichkeiten der Rehabilitationseinrichtung an die entwicklungspezifischen Besonderheiten angepasst werden müssen: kindgerechte Zimmer, Aufenthaltsräume.

Auch der Personalbedarf ist höher, und zwar

- quantitativ durch die notwendige Aufsichtspflicht und vermehrt notwendige Betreuung und Jugendlichen
- qualitativ durch die besondere Bedeutung der pädagogischen therapeutischen Leistungen.

Kinder sind keine „kleinen Erwachsenen“. Dies trifft nicht nur für die Akutversorgung zu, sondern auch und insbesondere für die Rehabilitation. Junge Menschen brauchen ein therapeutischen Milieu in einem altersgerechten Setting, das auf die besonderen Bedürfnisse junger Menschen ausgerichtet ist.

Zeitbedarf

- Die Orientierung an eine neue Umgebung dauert bei Kindern länger
- Untersuchungen und Therapien dauern bei reduzierter Compliance und Belastbarkeit länger

Erfolgreiche Rehabilitation mit dem Ziel der Reintegration braucht Zeit, und zwar im allgemeinen viele Monate. Einige Wochen einer noch so intensiven Akkumulation von Anwendungen genügen nicht. Auch wenn es in solch kurzer Zeit gelingen sollte – was selten möglich ist -, einen gelähmten Arm wieder zum Greifen, ein gelähmtes Bein wieder zum Gehen zu befähigen, reicht dies allein nicht, um einen jungen Menschen, der durch Unfall oder Erkrankung aus seinem bisherigen Leben herausgerissen wurde, wieder zu befähigen, Neues zu begreifen, für sich einen neuen Lebensweg zu finden und diesen erfolgreich gehen zu können. Das zu erreichen ist aber Ziel aller Rehabilitation. Und unsere Aufgabe ist es, junge Menschen – und mit ihnen ihre Angehörigen – dabei zu unterstützen, ihren Weg - einen neuen Weg – zurück in die Familie und Gesellschaft, zurück in die Schule, die Ausbildung und den Beruf zu finden.

7. Ergebnisse

Basierend auf der Auswertung der Rehabilitationsverläufe von 2 547 der in den vergangenen 15 Jahre entlassenen Rehabilitanden werden nachfolgend die Ergebnisse unserer rehabilitativen Arbeit dargestellt.

Bei Graduierung nach dem individuellen Pflege-/Betreuungsbedarf – analog den international üblichen Pflegekategorien – waren bei der Aufnahme nur 2,4% dieser 2 547 Rehabilitanden lebenspraktisch weitgehend selbständig. Insgesamt 84% waren auf häufige oder vielfältige Hilfen angewiesen und 13,6% waren vollkommen hilflos.

Stellt man diesem Eingangsbefund die Graduierung des **medizinischen Ergebnisses** analog der von JENNET u. Mitarb. 1975 eingeführten, international angewandten Glasgow-Outcome-Scale (GOS) gegenüber (Abbildung 2), so hatten sich bis zur Entlassung 35% der Patienten völlig erholt (VE) oder zeigten nur minimale neurologische Restsymptome, d. h. Folgen, denen für sich allein genommen kein Behinderungsgrad zukommt (FkB). 45,3% waren mäßig behindert, aber unabhängig (MB). 18,7% waren schwerbehindert und in unterschiedlichem Ausmaß auf Fremdhilfe angewiesen (SB). 1% (n=26) verblieben im vegetativen Zustand/apallischen Syndrom (VZ), wovon zwei Patienten verstarben.

Abb. 2

Medizinisches Ergebnis 1985 - 1999 (n=2547)						
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	n	%
VE	3	46	4	1	54	35,0
FkB	32	643	125	36	836	
MB	26	769	270	89	1154	45,3
SB	1	116	165	195	477	18,7
VZ	-	-	1 +	25 1+	26	1,0
	62	1574	565	346	2547	
	2,4%	84,0%		13,6%		

Neurologisches Rehabilitationszentrum "Friedehorst"
Bremen, 06/00

Zusammenfassend konnten 70,7% der schulpflichtigen Rehabilitanden nach der Entlassung an ihre alte Schule zurückkehren.

Von 823 der während 15 Jahren entlassenen Rehabilitanden, für die altersbedingt eine berufliche Wiedereingliederung anstand, waren bei der Aufnahme nur 2,3% lebenspraktisch weitgehend selbständig. Nach Entlassung konnten 30,1% eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wahrnehmen und 25,8% eine weiterführende berufsvorbereitende Maßnahme andernorts wahrnehmen (Abb. 3). Ein gutes Viertel unserer Rehabilitanden konnte in eine Werkstatt für Behinderte integriert werden, während bei 18,1 % bei Entlassung keine Aussage möglich war. In dieser Gruppe fanden sich Patienten, die wegen einer interkurrenten Erkrankung in ein Akutkrankenhaus verlegt werden mussten, die die Rehabilitation aus verschiedenen Gründen abbrechen mussten, die in eine andere Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden,

wie auch Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt noch nicht einer regelmäßigen Tätigkeit zugeführt werden konnten.

Abb. 3

Berufliches Ergebnis 1985 - 1999		(n=823)				
-Ort der Tätigkeit/Ausbildung-						
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	n	%
allgem. Arbeitsmarkt	5	202	33	8	248	30,1
Berufsbildungswerk	5	172	26	9	212	25,8
Werkstatt für Behinderte	3	148	47	16	214	26,0
keine Aussage möglich	6	102	29	12	149	18,1
	19	624	135	45	823	
	2,3%	92,2%	5,5%			

Neurologisches Rehabilitationszentrum "Friedehorst"
Bremen, 06/00

Alle Ergebnisse zusammengefasst konnten bei der Entlassung 70,7% der weiterhin Schulpflichtigen an ihre alte Schule zurückkehren und 58,7% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine weiterführende Berufsvorbereitung, eine Ausbildung oder eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wahrnehmen, obwohl bei der Aufnahme nur 2,4% unserer Rehabilitanden auf Stationsebene einigermaßen lebenspraktisch selbständig waren

Gegenüber einerseits grenzenlosem Euphemismus und andererseits abgrundtiefem Nihilismus hinsichtlich der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und somit der Chancen einer Reintegration nach schweren Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns belegen diese Zahlen, dass eine umfassende, integrierte Rehabilitation – insbesondere wenn früh beginnend – nicht nur sinnvoll und wichtig, sondern erfolgversprechend ist.

8. Das NRZ im Gesamtkonzept von Friedehorst

Das NRZ ist eingebettet in das Gesamtkonzept von Friedehorst, das neben dem NRZ noch ein Berufsförderungswerk, einen Altenpflegebereich und einen Behindertenbereich umfasst. Damit bietet Friedehorst behinderten Menschen ein umfassendes Angebot. Im Anschluss an die neurologische Rehabilitation können die Patienten entsprechend des Rehabilitationserfolges entweder

- im Berufsförderungswerk umgeschult werden
- im Behindertenbereich oder
- auf der Wachkoma-Station „Via Vita“

weiter versorgt werden, ohne dass sie das im Verlauf der Rehabilitation gewohnte Umfeld verlassen müssen.

Berufsförderungswerk

Das Berufsförderungswerk Bremen-Lesum engagiert sich für Chancengleichheit und berufliche Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt. In enger Kooperation mit Arbeitsamt, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträgern, Kammern, Ämtern, Gewerkschaften und anderen Stellen werden zukunftsorientierte Qualifizierungsangebote entwickelt.

Kernbereich ist die berufliche Rehabilitation durch Umschulung. Sie dauert in der Regel zwei Jahre. Das breite Spektrum gewerblich-technischer, kaufmännisch-verwaltender und sozial-pflegerischer Berufe wird laufend aktualisiert. Enge Verzahnung von Theorie und Praxis, technologische Ausstattung auf hohem Niveau und moderne Unterrichtsformen sichern den Lernerfolg. Spezielle erwachsenenpädagogische Einstiegshilfen erleichtern die Umstellung auf die neue Lernsituation. Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge frischen Grundlagenkenntnisse auf und vermitteln Methoden der Wissensaneignung. Berufsfindungen führen zu fundierten Berufsentscheidungen. Arbeitserprobungen bieten Gelegenheit, heutige Anforderungen des Arbeitslebens praxisnah kennenzulernen und berufliche Kompetenzen auf den neuesten Stand zu bringen.

Förderprogramme, Projekte und Fortbildungen für spezielle Personengruppen und zur Anpassung an sich verändernde berufliche Anforderungen erweitern das Umschulungsangebot. Begleitet werden alle Angebote des BfW durch soziale, psychologische, medizinische und seelsorgerliche Betreuung.

Behindertenbereich

Körperlich, geistig und mehrfachbehinderte Menschen finden in Friedehorst viele Möglichkeiten, ihre Bedürfnisse zu entwickeln und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Unterschiedliche Wohnformen bieten Raum für die Entwicklung eines eigenen Lebensstils. Sozialpädagogische und therapeutische Angebote stärken die Fähigkeit zur Selbstgestaltung. Ergotherapie, Krankengymnastik und psychomotorisches Training, Bewegungsbäder, Massagen und Lymphdrainagen, heilpädagogische Maßnahmen und psychologische Begleitung sind Bausteine eines umfassenden Rehabilitationsprogramms. Regelmäßig betreuen Ärzte verschiedener Fachrichtungen die Bewohnerinnen und Bewohner.

Wachkomastation Via Vita

Menschen zu verstehen, die sich nicht in gewohnter Weise mitteilen können, ist die größte Herausforderung für das Team ViaVita – der Station für Elevation und Pflege in Friedehorst.

Elevation – ganzheitliche körperliche und seelische Aufrichtung von Menschen mit schweren neurologischen Leiden – und umfassende Berücksichtigung ihrer Lebensbedürfnisse ist Ziel von ViaVita. Pflege- und Therapiekonzept, räumliche Gestaltung und Personalausstattung sind auf die spezielle Betreuung und Förderung von 20 bis 60jährigen Menschen mit erworbenen neurologischen Leiden ausgerichtet. Hierzu gehören unter anderem

- Langzeitfolgen von schwerem Schädel-Hirntrauma
- Zustände nach Reanimation oder Hirnblutung
- Hirntumor
- Wirbelsäulenverletzungen mit Querschnittslähmung
- Apallisches Syndrom (Wachkoma)

Die Pflegekonzeption beruht auf dem Modell existenzieller Erfahrungen und Aktivitäten des täglichen Lebens nach Monika Krohwinkel. Der ganzheitlich orientierte Pflegeprozess wird ärztlich und therapeutisch begleitet. Er wird ständig überprüft und fortlaufend der individuellen Entwicklung angepasst, um persönliche Ressourcen zu erkennen, zu stärken und gezielt zu fördern.

Hohen Stellenwert hat die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Als wichtige Bezugspersonen der Betroffenen bringen sie wertvolle Hinweise in die Pflegeplanung ein und werden einbezogen in die Umsetzung von lebenspraktischen Handlungen und Alltagsaktivitäten. Sie unterstützen sich gegenseitig in einer Selbsthilfegruppe und tragen engagiert zur Weiterentwicklung der Betreuungskonzeption bei.

Das Stationsteam ist zusammengesetzt aus Pflegefachkräften (Kranken- und Altenpflege), Pflegehilfspersonal und Therapeuten (Ergotherapie, Krankengymnastik). Das Therapieangebot wird ergänzt durch externe Fachkräfte (Musiktherapie, Logopädie). Die fachärztliche Versorgung (internistisch/anästhesiologisch/schmerztherapeutisch und allgemeinmedizinisch) mit nächtlicher Rufbereitschaft wird durch den hauseigenen Ärztlichen Dienst gewährleistet.

Die psychosoziale Betreuung durch Pfl egeteam, ärztlichen, therapeutischen und seelsorgerlichen Dienst wird ergänzt durch eine Sozialpädagogin.

Die Aufnahme erfolgt auf Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).

9. Zusammenfassung

Mit den oben dargestellten verschiedenen Bereichen ist Friedehorst in der Lage, für Menschen mit einer Behinderung insbesondere durch Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems ein Gesamtkonzept anzubieten. Durch das breitgefächerte Leistungsspektrum ist die Integration in Beruf und das häusliche soziale Umfeld durch die Arbeit des neurologischen Rehabilitationszentrums und das Berufsförderungswerkes ebenso möglich wie die Betreuung und Förderung von Menschen mit Behinderungen in unserer Einrichtung.