

Schumacher, Svenja Marie; Semprecht, Lena; Hennig, Birgit
**Aufgaben der Rehabilitationspädagogik im Kontext neurologischer
Frührehabilitation – ein Praxisbericht**

Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 42-56



Quellenangabe/ Reference:

Schumacher, Svenja Marie; Semprecht, Lena; Hennig, Birgit: Aufgaben der Rehabilitationspädagogik im Kontext neurologischer Frührehabilitation – ein Praxisbericht - In: Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 42-56 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-338731 - DOI: 10.25656/01:33873; 10.35468/6186-03

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-338731>

<https://doi.org/10.25656/01:33873>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und das Werk bzw. diesen Inhalt nicht bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise verändern.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to alter or transform this work or its contents at all.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Svenja Marie Schumacher, Lena Semprecht und Birgit Hennig

Aufgaben der Rehabilitationspädagogik im Kontext neurologischer Frührehabilitation – ein Praxisbericht

Zusammenfassung

Patient:innen in der neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation sind oft schwer krank und von bleibender Behinderung bedroht. Ihre Angehörigen sind nicht nur mit Sorgen und Ängsten um die Gesundheit der betroffenen Personen belastet, sondern auch mit einschneidenden Veränderungen in der eigenen sozialen Rolle, Beziehungsgestaltung und Lebensplanung. Zudem müssen sie sich im komplexen Umfeld der Neurorehabilitation zurechtfinden. Neurorehabilitationspädagog:innen bieten psychosoziale Angehörigenberatung und begleiten die Angehörigen durch den Prozess der Rehabilitation mit dem Ziel Belastungserscheinungen vorzubeugen und die Partizipation zu fördern.

1 Grundlagen der Neurorehabilitationspädagogik

In diesem Buchbeitrag wird das Handlungsfeld der Neurorehabilitationspädagogik im stationären Kontext der Neurorehabilitation von Erwachsenen vorgestellt. Die Neurorehabilitationspädagogik ist ein junges Praxis- und Forschungsfeld, das seit 2014 als eigener Fachbereich in der Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg etabliert ist. Vorausgegangen war eine langjährige Lehr- und Projektkooperation mit dem Fachbereich für Sonder- und Rehabilitationspädagogik der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Primärer Arbeitsschwerpunkt der Tätigkeit im Handlungsfeld der stationären Frührehabilitation ist die psycho-soziale Begleitung und Beratung der Angehörigen von Menschen mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen in Folge eines Akutereignisses (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, ischämischer Schlaganfall, intrakranielle Blutungen) oder in Folge einer schwerwiegenden neurologischen Erkrankung mit chronischem, ggf. fortschreitendem Verlauf (z. B.

neuromuskuläre Erkrankungen, Multiple Sklerose, Critical-Illness-Polyneuropathie, Guillain-Barré-Syndrom). Mit Angehörigen sind sowohl verwandte und verheiratete Personen, als auch alle weiteren den Patient:innen zugehörigen bzw. nahestehenden Personen eingeschlossen.

Erfahrungsgemäß beeinflussen schwere Erkrankungen nicht nur das Leben der unmittelbar betroffenen Person maßgeblich. Sie haben auch starke Auswirkungen auf die Angehörigen, die neben der Sorge um die Gesundheit der Patient:innen mit bedeutsamen Veränderungen die eigene Lebensvorstellung und -planung betreffend konfrontiert sind.

Gleichzeitig wurden in den letzten Jahren Kenntnisse darüber gewonnen, wie das Umfeld, insbesondere die Angehörigen einer erkrankten Person, eine Resource im Krankheitsverlauf darstellen können. Das Einbeziehen des Umfeldes stellt bei Erkrankungen, die einen langen Verlauf erwarten lassen, eine notwendige Bedingung für einen positiven Verlauf dar, insbesondere bei Folgebeeinträchtigungen, die eine Rückkehr in das gewohnte alte Leben nach der akuten Krankheitsphase nicht erwarten lassen. Für schwerstbetroffene Patient:innen nach einem neurologischen Akutereignis oder mit dem fortschreitenden Verlauf einer neurologischen Erkrankung trifft dies im Besonderen zu (Riehl 2013). Diese Zielgruppe ist i. d. R. auf eine langfristige, ggf. lebenslang ausgelegte Förderung und Rehabilitation angewiesen (ebd.).

Die Neurorehabilitationspädagogik stellt eine Schnittstellendisziplin zwischen der Rehabilitationspädagogik und der Neuromedizin dar. Ziel ist es, Patient:innen und ihre Angehörigen im Rehabilitationsprozess zu begleiten und ihre bestmögliche intersektionale Versorgung, Nachsorge und Partizipation (Teilhabe) zu unterstützen.

Bei der Behandlung schwerstkranker neurologischer Patienten arbeitet ein multiprofessionelles Team an der Verbesserung der Lebensqualität – intensivmedizinisch auf die Erhaltung des Lebens gerichtet, rehabilitativ auf die Wiederherstellung von Teilhabe zielend und palliativ auf Linderung fokussiert. (Evangelisches Krankenhaus Oldenburg)

Neurorehabilitationspädagog:innen sind Teil eines interdisziplinären Teams, das sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammensetzt. In die interdisziplinäre Versorgung der Patient:innen sind der ärztliche Dienst, der Pflegedienst sowie die therapeutischen Fachgruppen, bestehend aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Atmungstherapie, Neuropsychologie und Musiktherapie, involviert. In Oldenburg gibt es als Besonderheit seit 2016 ergänzend eine Fachkraft für Unterstützte Kommunikation, die der Fachgruppe der Neurorehabilitationspädagogik zugeordnet ist (s. Beitrag Lakenberg u. a. in diesem Buch) sowie die Möglichkeit von tiergestützter Therapie. Zudem ist der Sozialdienst von der Patientenaufnahme bis zur Entlassung beteiligt und

es kann bei Bedarf eine seelsorgerische Begleitung für Patient:innen und/oder Angehörige hinzugezogen werden.

Die Vielzahl der Ursachen und das vielfältige Spektrum der Folgebeeinträchtigungen lassen vermuten, wie verschieden die einzelnen Rehabilitationsverläufe sind und welche Herausforderungen dies für das interdisziplinäre Team darstellen kann. Ebenso ermutigend wie herausfordernd im Sinne der Teilhabe sind Erkenntnisse darüber, dass sich die Lebenserwartung von Menschen mit schweren Schäden des zentralen Nervensystems dank des Fortschrittes der ambulanten medizinischen und (intensiv-)pflegerischen Versorgung von der durchschnittlich erwartbaren Lebensdauer heutzutage nur wenig unterscheidet (Riehl 2013).

2 Das Phasenmodell der neurologischen Frührehabilitation

Im Jahr 1996 trat ein Phasenmodell in Kraft, das sowohl eine Orientierung über den Verlauf als auch Empfehlungen für die inhaltliche Ausgestaltung der neurologischen Rehabilitation bietet und sozialrechtlich für die Einstufung und die Kostenübernahme durch die Leistungsträger relevant ist (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995).

Auf der Basis regelmäßig erhobener Punktwerte des Barthel-Index, mit welchem die Ausführung von Alltagsfunktionen beurteilt wird, und dem FIM (Functional Independence Measure), der die Selbstständigkeit in der Rehabilitation mittels des funktionalen Selbstständigkeitsindex erhebt, werden Patient:innen der entsprechenden Rehabilitationsphase (A-F) zugeordnet (Stier-Jarmer u. a. 2002).

Die Phase A beinhaltet die Akutbehandlung, die bei schwerst betroffenen Patient:innen i. d. R. auf einer Intensivstation einer spezialisierten Klinik oder eines regionalen Krankenhauses stattfindet. Ab der Einstufung in Phase B spricht man von der Frührehabilitation. In dieser Phase ist weiterhin eine engmaschige ärztliche, z. T. intensivmedizinische Überwachung erforderlich (Riehl 2013). Die Patient:innen sind i. d. R. jedoch belastbarer als in der Akutphase und werden nun mit Unterstützung der Therapien und aktivierender Pflege intensiv und hochfrequent gefördert. Das Kernziel der Phase B besteht darin, Fähigkeiten wiederherzustellen, um dem betroffenen Menschen so zu ermöglichen, biographisch an sein Leben vor dem Ereignis anzuknüpfen und/oder die Erkrankung und ggf. bleibende Beeinträchtigungen in sein Leben zu integrieren.

Phase C beginnt, wenn die Patient:innen so stabil sind, dass eine konstante (intensiv-) medizinische Aufsicht nicht mehr erforderlich ist, aber die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials bei bestehendem hohem pflegerischem Aufwand weiterhin eine hochfrequente therapeutische und kurativ-medizinische Behandlung erfordert (Bundesarbeitsgemeinschaft für

Rehabilitation 1995). Vorrangiges Ziel dieser Phase ist die Wiederherstellung der Selbstständigkeit für die Alltagsbewältigung und die Vorbereitung der Wiedereingliederung in das vorbestehende häusliche, familiäre und/oder berufliche Umfeld (ebd.).

Phase D bildet den Abschluss der Frühmobilisation mit medizinischem Schwerpunkt und beschreibt die Stufe der Anschlussheilbehandlung (ebd.). Nachfolgende ambulante rehabilitative Maßnahmen, wie ggf. eine berufliche Wiedereingliederung fallen in die Phase E der Rehabilitation (Riehl 2013; Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe 2021).

Phase F der neurologischen Rehabilitation ermöglicht eine Förderung von schwerstbetroffenen Personen im Anschluss an Phase B, die dauerhaft auf „unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen“ angewiesen sind (Riehl 2013, 3).

Es ist nicht erforderlich, dass Patient:innen jede Phase des Modells durchlaufen. Je nach Verlauf und dem Zugewinn an Selbstständigkeit können Phasen übersprungen werden (Stier-Jarmer u. a. 2002).

3 Herausforderungen für Angehörige

Vor dem Hintergrund einer erworbenen Hirnschädigung durchleben neben den Patient:innen auch die Angehörigen (Verarbeitungs-)Prozesse und sind gezwungen, sich mit der Krankheit und ihren Folgen auseinanderzusetzen. In der Literatur lassen sich Inhalte dazu finden, dass Angehörige meist einen höheren Bedarf an Informationen über die Patient:innen, die Behandlung und die nächsten Schritte haben, als vom behandelnden Team angenommen wird (Pössl & Kühne 2010). Die Aspekte, mit denen Angehörige sich auseinandersetzen müssen, sind interindividuell unterschiedlich sowie abhängig von der aktuellen Phase der Rehabilitation und dem Verlauf. In der Akutphase ist die vorherrschende, primäre Sorge von Angehörigen das Überleben und die rein körperliche Verfassung der Patient:innen. Psychische und emotionale Folgen sowie die Auswirkungen auf die kognitiven Leistungen durch die Erkrankung, werden zu diesem Zeitpunkt noch als sekundär bewertet (ebd.).

Kuhlmann untersuchte die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. Er identifizierte drei wichtige Bedürfniskategorien: die Bedürfnisse Zuversicht, Informationen und Nähe werden von den Angehörigen relevanter eingestuft als das Bedürfnis nach Trost und Unterstützung (Kuhlmann 2002). Derselbe Artikel beschreibt als Grundvoraussetzung und ebenfalls elementares Bedürfnis den Aspekt der Ehrlichkeit zwischen Behandlungsteam und Angehörigen; Ehrlichkeit wird als maßgeblich zur Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Akteur:innen erachtet (ebd.). Eine stabile Vertrauensbasis,

basierend auf dem gleichen Kenntnisstand der Akteur:innen, ist notwendig, um eine bestmögliche Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.

Schwerstbetroffene Patient:innen der Phase B verbleiben in der stationären Frührehabilitation i. d. R. mehrere Wochen, je nach Verlauf und Fortschritten jedoch bis zu mehreren Monaten. In diesem Zeitraum gibt es viele Veränderungen des Zustands, z. B. im Hinblick auf den Grad der Wachheit, motorische und sprachliche Funktionen. Kognitive Folgen oder eine spezifische neuropsychologische Symptomatik als Folge des Ereignisses oder einer Erkrankung werden im Verlauf deutlicher erkennbar und im Hinblick auf Diagnosen und Prognosen einschätzbar. Auch Wesensveränderungen können auftreten. Bei der Symptomatik von (psycho-)sozialen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Anpassungsstörung, Antriebsstörung) muss diagnostisch unterschieden werden, ob es sich um eine (angemessene) Belastungsreaktion im Rahmen der Krankheitsverarbeitung handelt und/oder ob die Symptomatik ursächlich mit der Hirnschädigung im Zusammenhang steht (z. B. Hirnorganisches Psychosyndrom bei Frontalhirnschädigung).

Sind Wesensveränderungen und neuropsychologische Defizite gegenüber möglichen motorischen Einschränkungen die dominierende Symptomatik, so ist es unabdingbar, den Angehörigen alle nötigen Informationen zum Verständnis zukommen zu lassen (Pössl & Kühne 2010). Sie benötigen des Weiteren Unterstützung dabei, wie sie mit der neuen Situation umgehen können. Tritt die psychosozial-neuropsychologische Symptomatik ohne gravierende körperliche Beeinträchtigungen auf, so ist es für Angehörige meist noch schwieriger mit den neuen, ungewohnten Verhaltensweisen umzugehen (ebd.). Das gezeigte Verhalten kann im Umfeld der Patient:innen im Rahmen von Scham oder Ärger auf beiden Seiten zu Konflikten im Familiensystem und der vertrauten Rollenverteilung führen. An diesem Punkt der Krankheitsentwicklung stehen Angehörige in einem Spannungsverhältnis zwischen der Überlastung und Überforderung auf der einen Seite, und dem Meistern der Herausforderungen mit zunehmender Kompetenzerweiterung auf der anderen Seite. Es gibt Erkenntnisse dazu, dass das Zusammenleben als Familie unter den Bedingungen einer erworbenen Hirnschädigung einer:ines Partner:in mit spezifischen Herausforderungen verbunden ist und die Zufriedenheit innerhalb der Partnerschaft abnimmt (ebd.). Pössl und Kühne (2010) begründen dieses Spannungsverhältnis mit der noch oder dauerhaft bestehenden passiven Rolle der:des Patient:in und ihrem:seinem Dilemma, die Veränderungen in der Rollenverteilung nicht als notwendig oder sinnvoll erkennen zu können. Behrisch (2013) beschreibt zudem, dass die intime Beziehung auf Augenhöhe oft zugunsten einer Pflegebeziehung aufgegeben wird und sich aus diesem Grund die Dynamik in einer Partnerschaft ändert.

Ergebnisse aus der Fachliteratur lassen den Schluss zu, dass die Folgen einer erworbenen Hirnschädigung sehr unterschiedliche Konsequenzen für das weitere Leben nach sich ziehen. Konkret ist das u. a. abhängig davon, in welchem Alter und in welcher Lebensphase das Ereignis eingetreten ist. Perspektiven und die Teilhabeziele müssen entsprechend auf die persönliche Lebenssituation zugeschnitten sein und im jeweiligen biographischen Kontext gesehen und verstanden werden.

Bei Kindern und Jugendlichen verändern sich durch eine erworbene Hirnschädigung u.U. in gravierendem Ausmaß noch nicht oder kürzlich begonnene Pläne für die Zukunft. Als Besonderheit des in Entwicklung befindlichen Gehirns muss des Weiteren beachtet werden, dass es aus Sicht der Rehabilitation nicht nur um ein Erreichen des Entwicklungsstandes vorher geht, sondern um die Wiederherstellung des Entwicklungspotentials. Unzureichend berücksichtigte oder körperlich nicht sichtbare Defizite in den Lernvoraussetzungen, z. B. durch eine dauerhafte Beeinträchtigung kognitiver Basisfunktionen, führen häufig zu schulischen Leistungsabfällen und psychosozialen Problemen, die auch Auswirkungen auf das Familiensystem haben können (Hennig & Gebhard 2015). In der Fachliteratur wird hier von *hidden handicap* und dem Phänomen des Hineinwachsens in Defizite (*growing in the deficit*) gesprochen (ebd.).

Die spezifischen Herausforderungen in der Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erfordern eigene spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen, die auf diese jungen Zielgruppe ausgerichtet sind. In der Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg werden in der Regel erwachsene Patient:innen behandelt und nur in Ausnahmefällen Jugendliche aufgenommen.

Durch eine neurologische Erkrankung oder ein Akutereignis kommt es oft zu einem *Bruch in der Biographie*. Können vorbestehende Fähigkeiten nicht wiedererlangt werden, so ist auch eine Fortführung der vertrauten sozialen Rollen häufig erschwert oder mit Herausforderungen verbunden. Es müssen neue Perspektiven für die gemeinsame Lebensplanung gefunden werden. Der Prozess dieser Auseinandersetzung beginnt nicht erst nach Abschluss der Rehabilitation, sondern ist begleitend in allen Phasen der Neurorehabilitation ein wichtiges Thema. Mögliche Konsequenzen für Angehörige einer Person mit erworbener Hirnschädigung sind beispielsweise Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit und/oder der Freizeitaktivitäten, finanzielle Einbußen und soziale Isolation durch den Aufwand der pflegerischen Versorgung und/oder psychosoziale Auffälligkeiten, die eine konstante Beaufsichtigung der betroffenen Person erfordern. Die Herausforderungen für Angehörige können zu Überlastungssymptomen im Sinne körperlicher Beschwerden und einer psychischen Symptomatik führen. Nach Pössl und Kühne (2010) zählen

neben einer grundsätzlichen Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen dazu u. a. Schlaflosigkeit, in Kombination mit ständiger Müdigkeit, Kopfschmerzen und Bluthochdruck.

Die Autoren De Heer und Kluge (2012) befassen sich in ihrer Arbeit u. a. mit der Betrachtung der psychischen Folgen für Patient:innen und Angehörigen nach einem Intensivaufenthalt. Der Untersuchung lässt sich entnehmen, dass sich bereits zwischen dem dritten und fünften Behandlungstag auf der Intensivstation bei knapp 60% der Angehörigen (n=101) Symptome einer Angsterkrankung und bei einem Viertel der Befragten Anzeichen von Depression zeigen. Es ist nicht davon auszugehen, dass nach Beendigung des Aufenthaltes auf der Intensivstation automatisch eine Normalisierung der Symptome eintritt. Vielmehr kann es in der Folge zu der Entwicklung eines Stresssyndroms kommen. Bei den Patient:innen (n=331) zeigten bis zu 43% über die Entlassung hinaus depressive Züge. 48% litten an Angststörungen, und bis zu 35% zeigten Anzeichen eines Posttraumatischen Stresssyndroms (kurz: PTSD). Auch Jahre nach dem Aufenthalt zeigten 24% der ehemaligen Patient:innen Anzeichen des PTSD (ebd.).

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Angehörigen von Patient:innen in der neurologischen Frührehabilitation angemessen zu begleiten und sie im Prozess der stationären Rehabilitation auf evtl. auftretende Herausforderungen nach der Entlassung vorzubereiten. Um Angehörige als Ressource in den Reha-Prozess einzubeziehen, ist es unabdingbar ihnen Raum und Zeit für ihre Sorgen, Nöte, Hoffnungen und Ideen zu geben. Zudem ist es bedeutsam ihnen fachliches Wissen zu vermitteln und sie mit einem Fokus auf die eigene Selbstfürsorge zu begleiten.

4 Umsetzung in der Praxis

Anders als die meisten anderen Berufsgruppen des interdisziplinären Teams in der Neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation sind Neurorehabilitationspädagog:innen explizite Ansprechpartner:innen für die Angehörigen der Patient:innen.

Die Themen, die im Rahmen der Angehörigenbegleitung eingebracht werden, orientieren sich in der Regel am Rehabilitationsverlauf der Patient:innen und an aktuellen Anliegen der Angehörigen. Wünsche der Auseinandersetzung mit psychosozialen Konsequenzen, das eigene Belastungserleben in der Alltagsbewältigung und das Erlangen von kompensatorischen Fertigkeiten sind an Bedeutung im Verlauf sukzessive zunehmend (Pössl & Kühne 2010). Um sich am Rehabilitationsverlauf der:des Patient:in orientieren zu können, ist es notwendig, schon frühzeitig auf mögliche Partizipationsbarrieren hinzuweisen (Alber u. a. 2015) und diese vor dem Hintergrund zukünftiger Veränderungen

im Familienleben ggf. schon zu beheben (Pössl & Kühne 2010). Im Verlauf rücken Aspekte wie die spätere Wohnsituation und das Ausmaß an notwendiger Unterstützung durch Hilfeangebote aus dem sozialen Umfeld in den Fokus der Angehörigenarbeit (ebd.). Gleichmaßen von Bedeutung ist es, Optionen der Weiterbehandlung und Nachsorge zu thematisieren und im behandelnden Team individuelle, teilhabeorientierte Ziele zu formulieren und diese adressatengerecht mit den Patient:innen und deren Angehörigen zu besprechen (Alber u. a. 2015). Eine besondere Herausforderung stellt die Beratung und Begleitung der Angehörigen dar, wenn es um Entscheidungen über Therapiebegrenzungen, Leben und Versterben geht. Die Art und Weise der Vermittlung von Informationen kann einerseits adaptiven oder andererseits traumatischen Einfluss auf bisher gemachten Erfahrungen haben (Niecke u. a. 2017).

Die Arbeitsbereiche der Neurorehabilitationspädagogik setzen an diesem Punkt an. Als Ziele von Angehörigenbegleitung lassen sich demnach „die Förderung von Sicherheit und Stabilität in einer krisenhaften Ausnahmesituation“ (Alber 2019, o.A.) und die Entlastung der Angehörigen zur Vermeidung der Chronifizierung von Belastung identifizieren.

Eine wichtige Voraussetzung der Begleitung von Angehörigen ist die Anerkennung der Rolle und der Kompetenz der Neurorehabpädagog:innen im interdisziplinären Team. Als besonders wichtig haben sich in der Praxis hierfür eine regelmäßige Präsenz auf den Stationen und die Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen zu allen Patient:innen erwiesen. Da in den Konferenzen die aktuellen Belange der Patient:innen besprochen werden, besteht in diesem Rahmen auch die Möglichkeit in Erfahrung zu bringen, welche Angehörigen ggf. Bedarf an neurorehabilitationspädagogischer Begleitung haben.

Für die Begleitung und Beratung der Angehörigen ist es bedeutsam, dass Neurorehabilitationspädagog:innen über eine ausreichende Neurokompetenz verfügen. Hierunter versteht man den bewussten Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen. Für Neurorehabilitationspädagog:innen sind in der Beratung insbesondere störungsbildspezifische Kenntnisse und Erfahrungen bzgl. erworbener Hirnschädigungen, neuropsychologischer Problemstellungen und deren Auswirkungen auf das alltägliche Leben von Betroffenen und Angehörigen von großer Relevanz (Bundesweites Netzwerk – Beratung für Menschen mit erworbener Hirnschädigung 2023).

Die Begleitung und Beratung der Angehörigen in der Praxis findet in unterschiedlichen „Vertiefungen“ statt und richtet sich sowohl nach dem Bedarf der Angehörigen als auch nach den Kenntnissen und Kompetenzen der Neurorehabilitationspädagog:innen. Hennig (2020) unterscheidet hier in einem internen, unveröffentlichten Manuskript für die praktische Arbeit

folgende Kategorien der Begleitung: a) die zugehende Kontaktaufnahme; b) das Erkennen und Erfüllen des Gesprächsbedarfs der Angehörigen; c) die (präventive) Intervention bei angenommenem oder signalisiertem Belastungs-erleben; d) die Intervention in Krisensituationen.

Die a) zugehende Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel auf Stationsebene in oder vor den Patientenzimmern, bei Abwesenheit der Angehörigen auch telefonisch. Ziel ist es einen ersten niedrigschwelligen Kontakt herzustellen und zudem Orientierung in der aktuellen Situation (bzgl. Stationsabläufen, Informationsbriefen, Ansprechpartner:innen und Angeboten) zu geben. Der:die Neurorehabilitationspädagog:in benötigt hierfür die Fähigkeiten zu einer aktiven und freundlichen Kontaktaufnahme (direkt oder telefonisch), Sensitivität für aktuelle Stimmungslage, Situation und Passung, Wissen über Abläufe und Absprachen auf der jeweiligen Station, wechselseitig wertschätzende Wahrnehmung von anderen Berufsgruppen (ebd.).

Ergänzt werden kann die niedrigschwellige, zugehende Kontaktaufnahme durch ein b) Erkennen und Erfüllen des Gesprächsbedarfs von Angehörigen. In diesen Gesprächen werden allgemeine Fragen die neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation, Stationsabläufe und den Rehabilitationsprozess betreffend, beantwortet. Es werden Verlegungs- und Entlassungssituationen unterstützt, z. B. das „Ankommen“ auf einer neuen Station nach Stationswechseln durch Kontakt- und Gesprächsbereitschaft und ergänzende Informationen und Beobachtungen der Angehörigen zu Patient:innen ans Team kommuniziert. Anliegen, Wünsche, Fragen und Feedback der Angehörigen können aufgenommen und ans Team oder den jeweiligen Adressaten weitergegeben werden. Voraussetzungen hierfür sind auch hier in besonderem Maße die Eingebundenheit der Professionalität der Neurorehabilitationspädagogik ins Team (z. B. Teilnahme an Konferenzen; Präsenz auf Station; stationsübergreifende Kontakte für „Übergaben“ nach Stationswechsel), eine bestehende Basis des Vertrauens und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Erfahrungen bezüglich der Art der Anliegen, Fragen und Bedürfnissen von Angehörigen (z. B. Kennen der Stationsabläufe; Grundlagen zu Phasen des Rehabilitationsprozesses; Kenntnisse zu Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen, z. B. durch Hospitationen). Außerdem sind neurorehabilitationspädagogische Grundlagen und Sichtweisen zu Partizipation und Teilhabe im Reha-Prozess sowie Transparenz der Kommunikation bei gleichzeitiger Zusicherung eines sensiblen Umgangs mit vertraulichen Informationen von Nöten. Auch die stark ausgeprägte Attitude, die Anliegen der Angehörigen im Team zu vertreten bzw. für Verständnis zu werben und Kritikfähigkeit bzw. gelebte Feedbackkultur unterstützen den Prozess (ebd.).

Diese Art der regelmäßigen Begleitung kann entsprechend der Fertigkeiten der Neurorehabilitationspädagog:in und der Bedarfe der Angehörigen vertieft

werden und zu einer c) (präventiven) Intervention bei angenommenem oder signalisiertem Belastungserleben von Angehörigen führen. Hierbei wird die Belastung von Angehörigen unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte eingeschätzt und der Raum gegeben, um Gedanken, Sorgen und Ängste offenzulegen. Zudem können emotionale Themen aufgegriffen und weiterverfolgt werden. Bedeutsam hierfür ist der Vertrauensaufbau und die Kontinuität des Kontakts (z. B. wöchentlich oder alle 2 Wochen). In regelmäßigen Gesprächen werden Angehörige dabei unterstützt, die Auswirkungen der Erkrankung der:des Patient:in auf das eigene Leben, Erleben, Empfinden zu reflektieren und die veränderten sozialen Rollen zu verstehen. Ziel der Angehörigenberatung ist u. a. die Erarbeitung und Stärkung von Ressourcen (Kraft, Salutogenese, Resilienz, Kohärenz). Zudem können bei Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten Sektor angebahnt werden (z. B. Seelsorge, Adressen für externe psychologische Beratung und Begleitung). Viele Angehörige nehmen außerdem die neurorehabilitationspädagogische Begleitung bei ärztlichen Aufnahme-, Diagnose-, Prognose- und Perspektivgesprächen oder Fallkonferenzen an. Die Neurorehabilitationspädagog:in bereitet die Gespräche vor und bestärkt Angehörige darin, ihre Anliegen und vorbereiteten Fragen ins Gespräch einzubringen und zu klären, sichert das Verständnis für die kommunizierten Inhalte durch Nachfragen und fängt emotionales Belastungserleben im und nach dem Gespräch auf. Die Voraussetzungen hierfür sind ein Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund in einer professionellen, ressourcen- und zielorientierten Gesprächsführung (z. B. Weiterbildung zur systemischen Beratung); das Grundlagenwissen zu Belastungserleben, Resilienz und Coping; umfangreiches Wissen zu neurologischen Krankheitsbildern und Erfahrungswissen zum Prozess und den unterschiedlichen Phasen der Neurorehabilitation je nach Krankheitsbild (Neuro-Kompetenz); (Erfahrungs-)Wissen zur Begleitung von Patient:innen und Angehörigen im Prozess der Krankheitsverarbeitung; umfangreiche und flexibel planbare zeitliche Ressourcen; eine gute Basis und aufgebautes Vertrauen der interkollegialen Zusammenarbeit (insbesondere mit dem ärztlichen Dienst); Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und regionale Vernetzung; Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung bzgl. des Ausbaus von Beratungskompetenzen (ebd.).

Die letzte Vertiefung der Beratung und Begleitung von Angehörigen in der neurologischen Frührehabphase B ist die d) Intervention in Krisensituationen. Aufgaben hierbei sind die Moderation und De-Eskalation von Konflikten zwischen Angehörigen und Team sowie die professionelle Begleitung von Angehörigen in emotionalen Ausnahmesituationen, die einen besonderen Raum für Emotionalität und Trauerarbeit erfordern - z. B. bei Aufnahme der:des Patient:in auf die Intensivstation, bei kritischem Zustand von Patient:innen, notwendiger Therapiezieländerung oder auch, wenn Patient:innen versterben.

Zudem können sichtbare familiäre Konflikte im Gespräch aufgegriffen und bearbeitet werden und Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, Depression, Suizidgefährdung oder einer anderen, mit der akuten Krisensituation im Zusammenhang stehenden, Symptomatik bei Angehörigen erkannt und eingeordnet sowie Impulse zur Vermittlung weiterer professioneller Hilfsangebote gemacht werden. Um diese Tätigkeit durchzuführen, benötigen Neurorehabilitationspädagog:innen ergänzend zu den oben genannten Fähigkeiten und Fertigkeiten ausreichend (Erfahrungs-)Wissen zur Begleitung von Patient:innen und Angehörigen im Prozess der Krankheitsverarbeitung und bei Konflikten eine „verstehende Fürsprache“, die Ansätze für Uminterpretation von Verhaltensweisen im Team ermöglichen. Leitend ist hierbei der Satz „Schwierige Angehörige sind Menschen in schwierigen Situationen!“. Zudem profitiert die Arbeit von regelmäßiger (Team-)Supervision und Lebenserfahrung der Neurorehabilitationspädagog:innen (ebd.).

Die Neurorehabilitationspädagog:innen nehmen im Team der neurologischen Frührehabilitation eine besondere Rolle ein, da ihr Handlungsfeld nicht im direkten Behandlerteam zu verorten ist. Durch ihre Position außerhalb der direkten Patientenversorgung haben sie die Möglichkeit eine andere Perspektive in die Versorgung und Rehabilitation von Patient:innen und den Umgang mit Angehörigen einzubringen und das interdisziplinäre Team zu ergänzen. Die neurorehabilitationspädagogische Sichtweise ist hierbei von einer ressourcenorientierten und ganzheitlichen Haltung geprägt, die die defizitorientierte und auf Funktionalität ausgerichtete Herangehensweise anderer Berufsgruppen erweitert. Grundlage hierfür ist u.a. das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information/DIMDI 2005). Dieses Modell stellt die komplexen wechselseitigen Abhängigkeiten des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dar. Anhand dieser Betrachtung wird deutlich, welche große Rolle die Angehörigen (Umweltfaktoren) im Prozess der Rehabilitation der Patient:innen haben und warum es bei gleicher Grunderkrankung zu vollkommen unterschiedlichen Out-Comes der Rehabilitation kommen kann.

Höchstes Ziel der Rehabilitation und damit auch der Angehörigenberatung durch Neurorehabilitationspädago:innen ist die Förderung der Partizipation (Teilhabe), also das Einbezogenensein in eine Lebenssituation (DIMDI 2005).

Wie in anderen Beratungskontexten handelt es sich bei der Beratung von Angehörigen um ein Angebot, das sich dadurch auszeichnet, „dass es sich um in Lebenskontexte eingebundene, offene, [...] und entwicklungsorientierte Unterstützungsangebote handelt, die von dem Klienten [den Angehörigen; d. Verf.] freiwillig in Anspruch genommen werden“ (Schnorr 2006, 7), gleichwohl

es sich bei den beschriebenen Lebensumständen um krisenhafte Grenzsituationen im Leben der Angehörigen handelt.

Die meisten Angehörigen von Patient:innen der Neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg nehmen im Laufe der Versorgung die psycho-soziale Angehörigenberatung in Anspruch. Zumeist finden Beratungen über Monate hinweg statt und sind notwendiger Anker für Angehörige in krisenhaften Verläufen schwerst-erkrankter Patient:innen.

Die psycho-soziale Beratung und die enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team stellt eine anspruchsvolle Arbeit dar, die sowohl eine fachlich fundierte Ausbildung, wie ausreichend Neurokompetenz und Fertigkeiten der Gesprächsführung und Beratung als auch Soft Skills wie Selbstbewusstsein und Einfühlungsvermögen sowie Krisenfestigkeit bedarf.

5 Rekreation in der neurologischen Frührehabilitation

Ein weiterer Bestandteil der Arbeit von Neurorehabilitationspädagogik, der diesen Aspekt sichtbar macht, ist die Rekreation. Der Exkurs zu diesem Angebot soll den Abschluss dieses Buchbeitrags darstellen und einen Einblick in eine Möglichkeit der Partizipation im stationären Rahmen der Frührehabilitation geben.

Die Rekreation ist ein partizipatives Gruppen- und Freizeitangebot, das sich an Patient:innen der neurologischen Frührehabilitation und ihre Angehörigen richtet. Es findet im Evangelischen Krankenhaus in einer Kooperation mit der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg statt. Studierende planen im Rahmen einer Lehrveranstaltung die inhaltliche Gestaltung des Angebots, während die Neurorehabilitationspädagog:innen die organisatorische Planung und Vorbereitung sowie die Supervision des Angebots übernehmen. In der Rekreation beschäftigen sich die Teilnehmenden u.a. mit dem Erschaffen von Dingen, wie dem kreativen Basteln, mit Entspannung und Erholung durch Angebote wie Achtsamkeitsübungen und Geschichtenerzählen, dem Musizieren oder Spielen von Gesellschaftsspielen.

Das Rekreationsangebot hat zum Ziel die Behandlungen und Therapien während der Frührehabilitation zu ergänzen und Partizipationsmöglichkeiten von Anfang an zu schaffen und erleben zu lassen. Grundlage hierfür ist eine non-direktive Haltung, die davon ausgeht, dass die Teilnehmenden im geschützten Rahmen eigene Lösungswege für die Teilhabe an den kreativen Angeboten entwickeln. Zudem wird durch die Teilnahme kein konkretes Therapieziel im Sinne eines funktionalen Fortschrittes verfolgt. Vielmehr bietet die Rekreation eine Gelegenheit sich auszuprobieren ohne bewertet zu werden und somit neue eigene Bewältigungsstrategien für erworbene Beeinträchtigungen zu

erproben. Im Fokus stehen die Gemeinschaft, der Austausch und das Teilhaben. Patient:innen und Angehörige erleben die Rekreation in ganz individuellen Schwerpunkten: sie kann eine Ablenkung von Krankheit und Beeinträchtigungen darstellen und die Selbstwirksamkeit steigern, es werden Emotionen berührt und die Teilnahme kann die Krankheitsbewältigung unterstützen. Das Erschaffen stellt ein nonverbales Medium dar, um sich auszudrücken. Die Rekreation ist sowohl eine Möglichkeit eigene Ressourcen (wieder) zu entdecken als auch das „Scheitern“ als Meilenstein auf dem Weg zur „Normalität“ zu erleben.

6 Fazit

Die Neurorehabilitationspädagogik ist ein vielfältiges und herausforderndes Arbeitsfeld, das neben fachlichen Kenntnissen auch von persönlichem Engagement lebt. Es ist eine bereichernde Erfahrung Menschen in herausfordernden Lebenssituationen begleiten und unterstützen zu dürfen und mitzerleben, wie eine Adaption an die neue Lebensrealität stattfindet und tiefe Beziehungen zwischen Angehörigen und Patient:innen neu gestaltet werden.

Literatur

- Alber, J. (2019): Arbeitsbereiche der Neurorehabilitationspädagogik. Erfahrungen aus der pädagogischen Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus. Präsentation Studium: Master Rehabilitationspädagogik Universität Oldenburg.
- Alber, J., Schulze, G. & Zieger, A. (2015): Kooperation von Pflege und Neurorehabilitationspädagogik in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (03), 233-234.
- Behrlich, B. (2013): Behinderung als partnerschaftliche Lebenslage. Zur Betroffenheit von Paaren bei einer Körperbehinderung. In: *Sozialrecht+Praxis* 23 (3), 174-182.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (1995). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Online unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf. (Abrufdatum: 10.08.2024).
- Bundesweites Netzwerk Beratung für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (Hrsg.). (2023): Neurokompetenz. Online unter: <https://bnb-meh.de/neurokompetenz/>. (Abrufdatum: 27.11.2023).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Online unter https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Evangelisches Krankenhaus Oldenburg. Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation: Fachübergreifende Neurologische Versorgung - Intensivmedizin und Frührehabilitation im EV Oldenburg. Online unter: <https://evangelischeskrankenhaus.de/kliniken-zentren/neurologische-intensivmedizin-und-fruehrehabilitation>. (Abrufdatum: 15.11.2023).
- Heer de, G. & Kluge, S. (2012): Kommunikation in der Intensivstation. In: *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, volume 107, 249-254.
- Hennig, B. (2020): Unterschiedliche Arten und Funktionen von Gesprächen mit Angehörigen und der Begleitung im Reha-Prozess durch die Fachdisziplin der Neuro-Rehabilitationspädagogik. Oldenburg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hennig, B. & Gebhard, B. (2015): Herausforderungen der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirn-Trauma: Eine Qualitative Befragung von Schülern, Eltern und Lehrern zur Gestaltung des Übergangs von der Rehaklinik ins Regelschulsystem. In: *Empirische Sonderpädagogik* 7 (2), 135-152.
- Kuhlmann, B. (2002): Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. Stuttgart: Thieme.
- Niecke, A., Schneider, G., Hartog, C. S. & Michels, G. (2017): Traumatisierte Angehörige von Intensivpatienten. In: *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112 (7), 612-617.
- Pössl, J. & Kühne, W. (2010): Angehörige in der Rehabilitation: Beratung-Unterstützung. In: P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.): *Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin und Heidelberg: Springer, 441-448.
- Riehl, F. (2013): *Fördern durch Pflege bei schweren Hirnschädigungen: connect care concept*. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Schnorr, H. (2006): Vorwort. In: H. Schnorr (Hrsg.): *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, 7-12.
- Stier-Jarmer, M., Koenig, E. & Stucki, G. (2002): Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 12 (5), 260-271.
- Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe (Hrsg.). (2021). Die Phasen der neurologischen Rehabilitation. Online unter: <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/fuer-betroffene/rehabilitation/phasenmodell>. (Abrufdatum: 12.02.2021).

Autor:innen

Schumacher, Svenja Marie (M.A. Rehabilitationspädagogin, Neurorehabilitationspädagogin, Systemische Beraterin i.A.)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Psychosoziale Angehörigenberatung, systemische Beratung, Rekreation
E-Mail: svenja.marie.schumacher@outlook.de

Semprecht, Lena (M.A. Rehabilitationspädagogin, Ergotherapeutin)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: psychosoziale Angehörigenberatung, Rekreation
E-Mail: Lesem85@web.de

Hennig, Birgit (Dipl.-Päd./ Uni, Neuro-Rehabilitationspädagogin, zertifizierter UK-Coach©)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation sowie Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Unterstützte Kommunikation, Angehörigenbegleitung in der neurologischen Frührehabilitation
E-Mail: birgit.hennig@evangelischeskrankenhaus.de