

Zusammenfassung

Einrichtungs- und Rehabilitationskonzept

Medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation für anfallsranke Menschen



Rehabilitationsklinik des Epilepsie-Zentrums Bethel
Krankenhaus Mara gGmbH, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel

Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Tel.: 0521/772-78846 und -78951

Fax: 0521/772-78952

E-Mail: reha@mara.de

Web: www.mara.de / www.epilepsie-rehabilitation.de

Vorsitzender Geschäftsführer Krankenhaus Mara
gGmbH

Dr. Matthias Ernst

Inhalt
1.

Kaufmännischer Fachbereichsleiter

Dr. Holger Petersmann

Klinikdirektor der Universitätsklinik für Epileptologie

Univ.-Prof. Dr. med. Christian G. Bien

Leitende Ärztin der Rehabilitationsklinik

Dr. med. Birgitt Müffelman

Allgemeine Angaben.....	3
1.1 Warum Rehabilitation bei Epilepsien	4
1.2 Rehabilitation im Epilepsie-Zentrum Bethel	5

Hinweis: Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

1.3 Zur Einrichtung	5
1.4 Zur Fachabteilung.....	6
2. Struktur der Fachabteilung	6
2.1 Räumliches Angebot	6
2.2 Medizinisch-technische Ausstattung	6
2.3 Öffnungszeiten und personelle Besetzung	6
2.4 Organisation der Verpflegung	7
3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen.....	7
3.1 Indikationen / Kontraindikationen	7
3.2 Rehabilitationsziele	8
3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung.....	9
3.3.1 Besonderheiten nach epilepsiechirurgischem Eingriff.....	9
3.3.2 Besonderheiten bei erstem Anfall oder Neudiagnose einer Epilepsie.....	9
3.3.3 Besonderheiten bei Autoimmun-Enzephalitiden.....	9
3.3.4 Einbeziehen von Angehörigen	10
3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation.....	10
4. Rehabilitationsablauf und -inhalte	10
4.1 Aufnahmeverfahren	11
4.2 Interdisziplinäre Rehabilitationsdiagnostik und -Behandlung.....	11
4.2.1 Ärztlicher Dienst.....	11
4.2.2 Pflege	12
4.2.3 Psychotherapie	12
4.2.4 Neuropsychologie	12
4.2.5 Ergotherapie.....	12
4.2.6 Sozialarbeit	13
4.2.7 Sporttherapie, Physiotherapie und physikalische Therapie.....	13
4.2.8 Ernährungsberatung	13
4.2.9. Logopädie	13
4.3 Medizinisch-berufliche Angebote: Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und MBR Phase II	14
4.3.1 MBOR-Basisangebote (Stufe A)	14
4.3.2 MBOR-Kernangebote (Stufe B)	14
4.3.3 Spezifische MBOR-Angebote (Stufe C).....	14
4.3.4 MBR-Phase II	15
4.3.5 Gründe und Ziele einer Belastungserprobung (BE).....	15
4.3.6 Organisation und Orte einer BE.....	16
4.4. Gesundheitstraining und Patientenschulung - Vortrag/Schulung/Seminar	16
4.4.1 Vorträge	16
4.4.2 Epilepsiebezogene Schulungen und Gruppen	17
4.4.3 Psychotherapeutisch orientierte Gruppen	17
4.4.4 Sozialarbeit in Kleingruppe und Gruppe	17
4.4.5 Gruppen zur Gestaltung und Interaktion.....	17
4.4.6 Gruppen zur Ernährungsschulung.....	17
4.5. Entlassungsmanagement.....	17
4.6. Notfallmanagement	18

Hinweis: Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

4.8 Angaben zur Hygiene	18
5. Dokumentation	19
6. Angaben zum Datenschutz	19
7. Qualitätssicherung	19
8. Forschungsaktivitäten	19

1. Allgemeine Angaben

1.1 Warum Rehabilitation bei Epilepsien

Mit einer Prävalenz von etwa 0,7 % gehören Epilepsien zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die Neuerkrankungsrate liegt bei 40 pro 100 000 Personen, bei mehr als der Hälfte beginnt die Epilepsie im Kindes- und Jugendalter.

Epilepsien beruhen auf einer cerebralen Funktionsstörung. Ursache können strukturelle Veränderungen des Gehirns sein wie Fehlbildungen, Tumore oder – etwa posttraumatische – Narben. Eine genetische Anfallsbereitschaft kann ebenfalls eine Rolle spielen. Epilepsien sind sehr unterschiedlich in Bezug auf Schwere, Wiederholungsmuster und Häufigkeit der punktuell, aber unberechenbar und oft ohne Vorwarnung auftretenden Anfälle.

Durch neue diagnostische Verfahren, den effektiven Einsatz bewährter und neu entwickelter Anfalls-suppressiva (ASM) und wirksame chirurgische Verfahren können heute bei fachgerechter Behandlung mehr als 60 % der Menschen mit einer Epilepsie dauerhaft anfallsfrei werden. Da es keine technische Möglichkeit gibt, den Therapieerfolg zu messen, sind lange Beobachtungsphasen nötig, bevor die Wirksamkeit der Therapie beurteilt werden kann. Die Prognose unterscheidet sich je nach Epilepsie-Syndrom und Ursache erheblich.

Neben gesundheitlichen Risiken (z. B. Verletzungen, Ertrinken; selten plötzlicher Tod im Anfall: „SU-DEP“) haben Epilepsien häufig psychische (z. B. Ängste) und soziale Konsequenzen (z. B. Fahreignung, Berufstätigkeit, Familie). Die psychischen und sozialen Probleme können auch dann weiter vorhanden sein, wenn Anfallsfreiheit erreicht ist oder nur selten Anfälle auftreten.

Psycho-soziale Folgen können z. B. entstehen durch:

- unmittelbare Anfallsfolgen
- unerwünschte Medikamentenwirkungen
- Störungen oder Erkrankungen durch die Epilepsie (z. B. vermindertes Selbstwertgefühl, Angsterkrankungen, Depressionen, inadäquate Krankheitsverarbeitung)
- gesellschaftliche Vorurteile
- rechtliche Einschränkungen
- zusätzliche körperliche und neuropsychologische Beeinträchtigungen
- mangelndes Wissen der Betroffenen und deren Angehörigen über die Erkrankung und Schwierigkeiten, eine angepasste Lebensführung einzuhalten
- Desinformation in der sozialen Umgebung und bei Professionellen, z. B. bezüglich einer sozialmedizinischen Beurteilung.

Menschen mit einer Epilepsie sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und werden im Vergleich zu Menschen mit anderen Erkrankungen früher erwerbsgemindert berentet. Risikofaktoren sind nicht unbedingt – oder nicht alleine - epilepsiebezogene Faktoren wie An-

fallsform und –häufigkeit, sondern auch psychiatrische Komorbidität und kognitive Einschränkungen oder lange Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkte Mobilität durch fehlende Fahreignung, negative Überzeugungen und Angst vor Unfällen.

Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit einer Epilepsie muss deshalb die subjektive Seite der Erkrankung berücksichtigen. Die Herausforderung ist es, eine Balance zwischen dem Minimieren der individuellen anfallsbedingten Gefährdung und einer größtmöglichen Unabhängigkeit und Teilhabe zu erarbeiten. Schwerpunkte sind die Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Auseinandersetzung mit der Erkrankung, die Entwicklung von beruflichen, sozialen und persönlichen Perspektiven, die Förderung von Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung, die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe mit einem Schwerpunkt auf Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Abbau von nicht gerechtfertigten Restriktionen und Diskriminierung. Wenn notwendig, soll die Behandlung in Bezug auf Anfallskontrolle und Verträglichkeit der Medikation verbessert und stabilisiert werden.

Spezielle medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen gehen auf die genannten Probleme ein. Das erfordert wiederum fachliche Kompetenz und Erfahrung in der medikamentösen und operativen Epilepsiebehandlung, der Behandlung und Beratung bei Epilepsie-assoziierten Problembereichen und dem Einsatz beruflicher und sozialer Hilfen.

1.2 Rehabilitation im Epilepsie-Zentrum Bethel

Das Epilepsie-Zentrum Bethel innerhalb der von Bodelschwingschen Stiftungen kann auf eine jahrzehntelange Erfahrung mit breitgefächerten Hilfen für Menschen mit einer Anfallserkrankung unterschiedlichen Alters und Lebenssituationen zurückblicken. Das Epilepsie-Zentrum ist die größte Einrichtung zur Behandlung von Menschen mit Epilepsien in Deutschland. Die Krankenhaus Mara gGmbH im Epilepsie-Zentrum ist seit 2020 Teil des Universitätsklinikums OWL der Universität Bielefeld, bestehend aus der Universitätsklinik für Epileptologie und der Universitätsklinik für Inklusive Medizin.

1997 eröffnete das Krankenhaus Mara mit damals neun Plätzen die bundesweit erste Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Anfallskranken, die sich im Laufe der Jahre erheblich weiterentwickelt hat. Mit dem 2016 eingeweihten Neubau hat sich die Kapazität auf aktuell 35 Plätze in der neurologischen Rehabilitation Phase D erhöht.

1.3 Zur Einrichtung

Die Rehabilitationsklinik befindet sich im Stadtteil Gadderbaum in Bielefeld, Nordrhein-Westfalen. Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr ist gewährleistet: die Buslinie 122 durch die Ortschaft Bethel hält beispielsweise in unmittelbarer Nähe zur Rehabilitationsklinik. Zudem stehen ausreichend kostenpflichtige Parkmöglichkeiten auf dem Klinikgelände zur Verfügung. Die genaue Anfahrtsbeschreibung ist auf der Webseite der Rehabilitationsklinik zu finden. Einen Fahrdienst bietet die Rehabilitationsklinik aufgrund der Nähe zu Innenstadt nicht an.

1.4 Zur Fachabteilung

Die Rehabilitationsklinik wird von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sowie von gesetzlichen und privaten Krankenkassen und den Berufsgenossenschaften in der Rehabilitationsphase D belegt. Federführend für die Rehabilitationsklinik ist die DRV Westfalen. Mit den gesetzlichen Krankenkassen liegt ein Versorgungsvertrag § 111 SGB V einschließlich Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Abs. 5 SGB V vor. Weiterhin ist die Aufnahme nach Kostenzusage des zuständigen Sozialhilfe- oder Jugendhilfeträgers möglich. Die Zulassung für eine Anschlussrehabilitation (AHB) ist für die Indikationsgruppe 10: Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven gegeben.

Bethel-intern ist die Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Inklusive Medizin mit internistischer und chirurgischer Kompetenz sowie dem Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB), einem Klinikum der Maximalversorgung, und weiteren Einrichtungen wie das Berufsbildungswerk Bethel, proWerk mit Werkstätten, inklusiven Firmen und den Betheler Betrieben gegeben.

Externer epileptologischer Austausch besteht mit Schwerpunktpraxen, Epilepsiezentren, -ambulanzen und Epilepsie-Beratungsstellen sowie über Fachgesellschaften

2. Struktur der Fachabteilung

2.1 Räumliches Angebot

Die 35 Einzelzimmer sind mit einem TV-Gerät, einer Nasszelle mit Dusche und WC, einem Tisch und zwei Ruhesesseln ausgestattet. In allen Räumlichkeiten, auch den Büros, Therapie- und Gemeinschaftsräume ist eine Notrufanlage installiert. Zur Detektion schlafgebundener Anfälle besteht die Möglichkeit, einen Bettalarm (Epi-Care 3000) in den Zimmern der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen anzuschließen. Alle Zimmer sind barrierefrei ausgestattet, teils rollstuhlgerecht, teils mit Betten in Überlänge oder für bestimmte Gewichtsklassen.

Ein WLAN-Zugang kann kostenlos genutzt werden, ebenso Waschmaschine und Trockner.

Neben dem Speiseraum steht ein Aufenthalts- und ein Fernsehraum sowie ein Gymnastikraum (außerhalb der Therapiezeiten) zur Verfügung.

2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Für die epileptologisch-rehabilitative Diagnostik stehen die apparativen Möglichkeiten der Universitätsklinik für Epileptologie im Krankenhaus Mara bzw. der Gesellschaft für Epilepsieforschung zur Verfügung und für eventuelle Komorbiditäten konsiliarärztliche Möglichkeiten sowie die klinischen Angebote des EvKB.

2.3 Öffnungszeiten und personelle Besetzung

Die Rehabilitationsklinik ist ganzjährig geöffnet.

Die leitende Ärztin, Frau Dr. med. Birgitt Müffelman, ist Fachärztin für Neurologie mit dem Zertifikat Epileptologie und der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und Psychotherapie (fachgeb.). Sie besitzt die Weiterbildungsbefugnis für ein Jahr im Bereich Rehabilitationswesen (Ärztekammer Westfalen-Lippe). Die weiteren ärztlichen Stellen sind fachärztlich besetzt (Neurologie mit Zertifikat Epileptologie).

Mitarbeitende der Psychologie (psychologische Psychotherapie, Neuropsychologie), Sozialarbeit, Ergotherapie, Sporttherapie, Pflege, Ernährungsberatung, Physiotherapie und Logopädie sind durchgehend mit berufsspezifischer Qualifikation (Diplom, M.A., B.A., staatliche Anerkennung, examiniert etc.) beschäftigt, vielfach mit Zusatzqualifikationen.

Eine pflegerische und ärztliche Versorgung ist rund um die Uhr gewährleistet, nachts als pflegerischer in-house-Bereitschaftsdienst und ärztlicher Bereitschaftsdienst aus der epileptologischen Akutklinik.

2.4 Organisation der Verpflegung

Von der Zentralküche des Evangelischen Klinikums Bethel werden als Basisangebot Vollkost, vegetarische Kost und fett- bzw. cholesterinreduzierte Vollkost angeboten. Weitere diätetische Wünsche können umgesetzt werden, u. a. kalorienreduzierte, gluten-, fructose- oder laktose- und schweinefleischfreie Kost. Es stehen kostenlose Getränke (Wasser, Kaffee, Tee etc.) zur Verfügung. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden bei der Speisewahl – wenn gewünscht – von erfahrenen Pflegekräften und durch eine Diätassistentin beraten.

3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

3.1 Indikationen / Kontraindikationen

Aufgenommen werden Menschen in der Rehabilitationsphase D ab dem Alter von 16 Jahren mit

- mit chronischen und neu diagnostizierten Epilepsien,
- mit psychogenen nicht-epileptischen (dissoziativen) Anfällen,
- erstmalig aufgetretenem – provozierten oder unprovozierten – epileptischen Anfall,
- Epilepsie und zusätzlichen psychischen oder kognitiven Einschränkungen (z. B. Anpassungsstörung, rezidivierende depressive Störung, leichte kognitive Störung),
- vorhergegangenen epilepsiechirurgischem Eingriff.

Die Personen sollten weitgehend selbstständig sein bzw. nur eine geringe pflegerische Unterstützung benötigen.

Menschen mit einer Sinnesbehinderung (Seh-, Hörbehinderung) oder Körperbehinderung können je nach Umfang des Hilfebedarfs nach Absprache aufgenommen werden.

Die Mitaufnahme von Begleitpersonen ist nach Rücksprache in einigen Zimmern möglich. Für höhergradig pflegebedürftige Begleitpersonen ist die Rehabilitationsklinik nicht ausgestattet. Individuell muss auch die Mitaufnahme von Begleitkindern ab dem Alter von drei Jahren geplant werden.

Für Menschen, die nicht an Schulungen und Behandlungsangeboten teilnehmen können, ist die Rehabilitationsklinik nicht geeignet, z.B. für Menschen mit

- schwerer Intelligenzminderung,
- Verhalten, das für den Rahmen der Gruppen- und Einzelangebote ungeeignet ist,
- Erkrankungen, die vorrangig behandlungsbedürftig sind, z. B.
 - schwere Depression, akute Psychose, Abhängigkeitserkrankung insbesondere bei akutem Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit instabiler Anfalls- oder Behandlungssituation (z. B. akute Gefahr eines Status epilepticus, schwere ASM-Intoxikation) wird nach Rücksprache mit der leitenden Ärztin entschieden, ob eine Aufnahme möglich ist oder zunächst eine ambulante oder klinische Überprüfung bzw. Verbesserung der Behandlung erfolgen soll.

3.2 Rehabilitationsziele

Das Besondere bei Epilepsien ist das vorübergehende , aber unvorhersehbare Symptom „Anfall“. Auch bei niedriger Anfallsfrequenz ist damit eine dauernde Störung der Aktivitäten und der Teilhabe verbunden, z. B. durch die fehlende Kraftfahreignung und die Einschränkung von Mobilität und Aktionsradius und damit verbunden beispielsweise eine geringere Auswahl von beruflichen und Freizeitmöglichkeiten. Diese Störungen können langfristig oder auch dauerhaft sein. Somit haben in der Rehabilitation die Kontextfaktoren eine ganz besondere Bedeutung, um Teilhabechancen zu erhalten und zu generieren.

In der Regel stehen folgende Fragen und Themen im Vordergrund:

- Psychische und physische Belastbarkeit, z. B. Einschränkungen bei Anfallsrezidiven, bei medikamentösen Nebenwirkungen, unter Belastung, nach medikamentöser und nach epilepsiechirurgischer Behandlung.
- Epilepsie-angepasste Lebensführung und Krankheits-Selbstmanagement, z. B. Umgang mit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme oder dem Schlaf-Wach-Rhythmus.
- Krankheitsbewältigung oder krankheitswertige psychische Störungen, z. B. in Bezug auf Selbstwertproblematik, Stigmatisierungserleben, Angsterkrankung, Depression.
- Informationen zu Epilepsien, z. B. bezüglich Diagnostik, Therapie, Prognose, Verletzungsrisiken, Umgang mit der Erkrankung im Alltag und in der sozialen Umgebung.
- Epilepsie-bezogene Fragen zu beruflicher Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, z. B. nach Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder Berentung wegen Erwerbsminderung.
- Epilepsie-assoziierte neuropsychologische und psychomotorische Einschränkungen, z. B. materialspezifische Gedächtnisstörungen, verlangsamtes psychomotorisches Tempo, Gesichtsfelddefekte nach epilepsiechirurgischer Behandlung.
- Sozial- und arbeitsmedizinisches Profil, z. B. bei Fragen des beruflichen Gefährdungspotentials bei neu aufgetretener Epilepsie oder Änderung der beruflichen Tätigkeit, der Eignung für angestrebte

Ausbildungs- oder Umschulungsberufe, zum Umfang der qualitativen und quantitativen Belastbarkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die individuellen Rehabilitationsziele ergeben sich aus der gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Lebenssituation. Sie werden mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden übergeordnet und beruflingruppenspezifisch erarbeitet, reflektiert und ggf. modifiziert und evaluiert.

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Die abteilungsspezifische Therapieausrichtung ergibt sich aus Punkt 1. Innerhalb dieser Spezialisierung können weitere Schwerpunkte genannt werden:

3.3.1 Besonderheiten nach epilepsiechirurgischem Eingriff

Nach einem epilepsiechirurgischen Eingriff werden spezielle rehabilitative Hilfen benötigt, um die in der Regel guten Chancen auf Anfallsfreiheit zu unterstützen, die berufliche Eingliederung vorzubereiten und sich auf die Lebenssituation als Mensch ohne Anfälle vorzubereiten. Leistungen im Rahmen einer AHB sind insbesondere:

- Anpassung der ASM, wenn notwendig.
- Neuropsychologisches Assessment und Training (z. B. bei Gedächtnis- oder Gesichtsfeldstörungen).
- Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung (z. B. zur Unterstützung zur Verarbeitung der Operation und Anpassung an neue Rollenerwartungen).
- Ggf. Logotherapie.
- Psychoedukatives Programm zum Management der postoperativen Situation und Unterstützung bei der Anpassung an die veränderte Lebenssituation.
- Vorbereitung der Arbeitsaufnahme bzw. der beruflichen Wiedereingliederung.

3.3.2 Besonderheiten bei erstem Anfall oder Neudiagnose einer Epilepsie

Gerade Menschen mit ersten Anfällen oder einer neu diagnostizierten Epilepsie profitieren von einer epilepsiebezogenen medizinischen Rehabilitation, wie mehrere Studien aus unserer Klinik gezeigt haben. Die Personengruppe hat starke Sorgen und Ängsten wegen der Diagnose einer Epilepsie und befürchtete negative Folgen, z. B. in beruflicher Hinsicht, und ist häufig nicht gut über ihre Epilepsie informiert. Neben Informationen und Wissensvermittlung sowie der emotionalen Verarbeitung der Diagnose stehen berufliche Fragestellungen, berufliche Perspektiven bzw. der Erhalt des Arbeitsplatzes im Vordergrund. Diese oft sehr individuellen Fragestellungen und Themen werden in der Regel in Einzelgesprächen bearbeitet.

3.3.3 Besonderheiten bei Autoimmun-Enzephalitiden

Ein besonderer Schwerpunkt stellt die rehabilitative Behandlung von Menschen mit Autoimmun-Enzephalitiden dar. Leitsymptome sind meist:

- Epileptische Anfälle.
- Psychiatrische Symptome (z. B. Ängste, Depressivität, Antriebslosigkeit).
- Subakut entstandene kognitive Defizite (z. B. Gedächtnisstörungen).

In der akuten Phase ist meist eine stationäre Behandlung in einer neurologischen oder epileptologischen Klinik mit ausführlicher Diagnostik und häufig immunsuppressiven Therapie erforderlich. Einige Monate später erfolgt eine klinische Verlaufskontrolle und die Behandlung wird beendet oder weitergeführt. Aber auch nach dem Ende der immunsuppressiven Behandlung können die funktionellen Beeinträchtigungen weiterbestehen. Dabei kann es sich um epileptische Anfälle, um kognitive und/oder psychische Einschränkungen (beispielsweise größere Erschöpfbarkeit, Stimmungstief oder Konzentrationsstörungen) handeln. Bei komplexen Fragestellungen und/oder Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Teilhabe wird unser Rehabilitationsangebot an diese Personengruppe angepasst.

3.3.4 Einbeziehen von Angehörigen

Gespräche mit Angehörigen sind ein wichtiger Teil der epileptologischen Anamnese. Besonders Anfälle mit Bewusstseinsstörung machen eine Fremdanamnese erforderlich, denn die Betroffenen können häufig die Anfälle nicht erinnern und dazu nichts berichten.

Auch im Verlauf der Rehabilitation sind Kontakte mit Angehörigen und Bezugspersonen erwünscht, beispielsweise für weitere Fragen zur Anamnese, zur Anfallsbeobachtung und zum Behandlungsverlauf, zur Vermittlung von Informationen, zur Schulung im Umgang mit Anfällen und um die Unterstützung nach der Rehabilitation zu planen. Termine mit Angehörigen werden von der jeweiligen Berufsgruppe nach Absprache vereinbart.

Besuche sind im Tagesverlauf möglich, wenn dadurch nicht das Rehabilitationsprogramm beeinträchtigt wird. Bei entsprechender Kostenübernahme ist die Übernachtung im Zimmer des/der Rehabilitanden/Rehabilitandin möglich, oder auf eigene Kosten in kliniknahen Appartements und Gästezimmern oder in Hotels in Bielefeld.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

Die Rehabilitationsdauer beträgt in der Regel zwischen 3 und 6 Wochen, je nach individuellem Bedarf wie besondere berufliche Fragestellungen, eine komplexe sozialmedizinische Beurteilung mit Belastungserprobung oder emotionale Probleme.

Die Rehabilitation kann verkürzt oder abgebrochen werden, wenn beispielsweise andere/neuen Behandlungsschwerpunkte auftreten, bei einer akuten (familiären) Krisensituation oder aus disziplinarischen Gründen.

4. Rehabilitationsablauf und -inhalte

4.1 Aufnahmeverfahren

Die Anmeldung erfolgt durch die entsprechenden Leistungsträger und dessen Kostenzusage. Für den weiteren Ablauf ist die Behandlungscoordination der Rehabilitationsklinik zuständig. Es werden Berichte über den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf benötigt sowie – falls vorhanden – medizinisch-psychologische Gutachten oder sozialmedizinische Beurteilungen. Mit schriftlichem Einverständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden deshalb die behandelnden Ärztinnen und Ärzte um Befunde und Behandlungsunterlage gebeten – sofern nicht bereits übermittelt.

Am Aufnahmetag findet die fachärztlich-epileptologische Anamneseerhebung und die Aufnahmeuntersuchung statt, gefolgt von den Erstgesprächen der weiteren Berufsgruppen in den nachfolgenden Tagen. In diesem Rahmen werden auch die weitere Behandlung und Therapien und die Ziele besprochen.

4.2 Interdisziplinäre Rehabilitationsdiagnostik und -Behandlung

Die allgemeine und indikationsbezogene Diagnostik sowie die spezielle Funktionsdiagnostik z. B. zu beruflichen Problemlagen, wird berufsgruppenspezifisch durchgeführt. Das interdisziplinäre Rehabilitations-Team besteht aus den Berufsgruppen:

- Ärztlicher Dienst
- Pflege
- Psychologische Psychotherapie
- Neuropsychologie
- Ergotherapie
- Sozialdienst
- Sporttherapie
- Ernährungsberatung
- Behandlungskoordination und Sekretariat
- Physiotherapie, physikalische Therapie und Logotherapie

4.2.1 Ärztlicher Dienst

Der ärztliche Dienst überprüft mit Anamnese, neurologischer Untersuchung und Sichtung der Vorbefunde den epileptologischen Behandlungsstand sowie die Rehabilitationsfähigkeit und -prognose. Im Einzelfall können zusätzliche Untersuchungen erforderlich sein. Er ist verantwortlich für den Rehabilitationsprozess und die abschließende sozialmedizinische Beurteilung, übernimmt die Teamleitung, die fachärztliche Visite und die medizinische Beratung, das Notfallmanagement und Krisengespräche. Zu den Aufgaben gehört zudem der Austausch mit möglicherweise einbezogenen konsiliarärztlichen Diensten. Den Ärztinnen und Ärzten der Weiterbehandlung und ggf. den betriebsärztlichen Diensten, außerdem die Indikationsstellung zur Nachsorge und Einleitung weiterführender Maßnahmen.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wird unter Einbezug des Rehabilitation-Teams in der sozialmedizinischen Epikrise des Entlassungsbriefes verschriftlicht und vor Entlassung mit den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen kommuniziert.

4.2.2 Pflege

Die Pflegekräfte arbeiten im Primary Nursing-System (PN). Ziel ist es, die Selbstständigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu fördern und sie auf eine möglichst eigenständige Lebensführung vorzubereiten. Dies beinhaltet erkrankungsspezifische Informationen und die Unterstützung beim Krankheits-Selbstmanagement z. B. durch ein gestuftes Einnahmetraining, der persönlichen Anfallsdokumentation und Wissen über Notrufsysteme, Hilfsmittel zur Sturzabsicherung und Perspektiven für Alltag und die Freizeit.

Die weitere pflegerische Tätigkeit richtet sich nach den inhaltlichen Schwerpunkten z. B. bei der postoperativen Versorgung, bei pflegerelevanten Einschränkungen durch Komorbiditäten oder bei körperlichen oder kognitiven Einschränkungen und erhöhtem Unterstützungsbedarf.

4.2.3 Psychotherapie

In der psychologischen Psychotherapie werden in Einzel- und Gruppentherapie Symptomschwerpunkte verhaltenstherapeutisch bearbeitet, z. B. geht es darum, dysfunktionale Selbststigmatisierung zu durchbrechen, Antriebshemmung und Depressivität abzubauen oder epilepsiespezifische Ängste zu bewältigen.

Im Erstgespräch werden eventuelle Einzelgespräche festgelegt, außerdem werden offene Sprechstunde angeboten. Die Gruppenangebote dienen dazu, gruppenbezogene Spannungen und Konflikte zu klären und epilepsiebezogene zu bearbeiten.

4.2.4 Neuropsychologie

In der Eingangs- und Verlaufsdagnostik werden kognitive Funktionen und Funktionsstörungen erfasst. Die Ergebnisse tragen z. B. zur Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten bei und sind Grundlage und erster Baustein einer möglichen neuropsychologischen Therapie, einzeln oder in Kleingruppen.

Weiterhin werden bei Bedarf die Angehörigen beraten, beispielsweise hinsichtlich der Einschätzung kognitiver Einschränkungen und der Konsequenzen im Alltag oder weitergehender neuropsychologischer Behandlung in der Zeit nach der Rehabilitation.

4.2.5 Ergotherapie

Die Ergotherapie wird als Gruppenangebot in handwerklichen und gestalterischen Arbeitsbereichen und dem Bürotrainingsbereich angeboten. Die Methoden sind kompetenzzentriert, ausdrucks- und wahrnehmungszentriert, bei Bedarf auch berufsspezifisch. Einzeltherapien sind mit entsprechender Indikation möglich.

Die Beobachtung von Anfällen und mögliche Folgen von unerwünschten Wirkungen der Medikation sind eine besondere ergotherapeutische Aufgabe, ebenso die Gefährdung durch Anfälle im Alltag und am Arbeitsplatz. Weitere Schwerpunkte sind verbunden mit allgemeinen Grundarbeitsfähigkeiten, Aufgabenverständnis, Problemlösen und Planen, Arbeitstempo, Ausdauer, Umstellungsfähigkeit, Feinmotorik,

Selbständigkeit, oder der manuelle oder konzentrierte Fertigkeiten, sozialen Kompetenzen, Lern- und Behaltensstrategien, Alltagsstruktur und Orientierung.

4.2.6 Sozialarbeit

Die Sozialarbeit erhebt die Sozial- und Berufsanamnese, die subjektiven und objektiven Einschränkungen und die persönlichen, beruflichen und strukturellen Ressourcen. Es finden Einzelberatungen statt und themenbezogene Kleingruppen- und Gruppenarbeit.

Themen der Beratungsgespräche sind häufig die Auswirkungen der Epilepsie und eventuelle neuropsychologische, psychische oder körperliche Einschränkungen auf die Leistungsfähigkeit und Gefährdungsaspekte in Alltag, Haushalt, Straßenverkehr und Beruf. Daran schließen sich Gespräche und Beratung zum notwendigen Hilfebedarf und zu in Frage kommenden Leistungen und Hilfen. Kontakte zu bestimmten Personen, Diensten, Einrichtungen, Behörden und Angehörigen gehören dazu, Jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand nimmt zudem innerhalb der ersten zwei Wochen an den drei thematisch ausgerichteten Informationsgruppen teil.

4.2.7 Sporttherapie, Physiotherapie und physikalische Therapie

Die sporttherapeutischen Gruppenangebote haben gesundheitliche Ressourcen im Blick und sollen einen aktiven Lebensstil fördern. Die Angebote folgen einem festen Gruppenplan und sind unterschiedlich in Dauer, Intensität, Zielgruppe, Gruppengröße und Methoden. Der Schweregrad kann innerhalb der Gruppe differenziert werden, sodass Angebote für jede gesundheitliche Ausgangssituation und jedes Leistungsvermögen vorhanden sind.

Physiotherapie und physikalische Therapie findet zum einen nach ärztlicher Verordnung als Einzeltherapie statt und zum anderen als wöchentliches Gruppenangebot mit dem Schwerpunkt Rückenkräftigung, Koordination und rückenentlastenden Haltungen.

4.2.8 Ernährungsberatung

Ernährungsberatung findet als Gruppenangebot und als Einzelberatung statt. In Gruppenangeboten werden die Grundsätze einer nährstoffreichen und ausgewogenen Ernährung vorgestellt und diskutiert. In Einzelterminen geht es um eine auf die jeweilige Person bezogene Ernährungsberatung und Ernährungstherapie, insbesondere um bei Ernährungsproblemen eine Lösung zu finden oder bei Gewichtsabnahme oder –zunahme zu unterstützen.

4.2.9. Logopädie

Logopädische Behandlung wird ärztlich verordnet, wenn Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken als Folge einer neurologischen Erkrankung oder als Folge von Operationen vorhanden sind, z. B. nach einem epilepsiechirurgischen Eingriff. Die Intensität und Häufigkeit der Behandlung ist abhängig vom Schweregrad der Sprach- und Sprechstörungen.

Seelsorgerinnen und Seelsorger, die mit den psychosozialen Schwierigkeiten von Menschen mit Epilepsie vertraut sind, können auf Wunsch einbezogen werden.

4.3 Medizinisch-berufliche Angebote: Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und MBR Phase II

Der überwiegende Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist im erwerbsfähigen Alter und berufliche Probleme sind häufig einer der Gründe für den Antrag auf medizinische Rehabilitation. In den Erstgesprächen der Berufsgruppen wird deshalb besondere Aufmerksamkeit auf dieses Thema gelegt. Die Vorgaben der DRV und deren Stufen-Konzept der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) wird durchgehend angewendet und soll im Folgenden kurz erläutert werden.

4.3.1 MBOR-Basisangebote (Stufe A)

Basisangebote sind grundlegende Themen in Ausbildung, Arbeit und Berufstätigkeit und betrifft die meisten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Wichtig sind dazu:

- Informationen aus der Vorbehandlung (Sozialdienste, Epilepsie-Zentren, -Ambulanzen, -Beratungsstellen, Schwerpunktpraxen), aus Arbeits- oder Ausbildungsplatz.
- Teilnahme an den ergotherapeutischen Angeboten, z. B. mit der Frage zu Grundarbeitsfähigkeiten.
- Berufsbezogene Beurteilung auf der Grundlage der DGUV-Information 250-001: Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall.
- Schulungen, z. B. zu Stressbewältigung, Entspannungstraining und Angebote mit Themen wie berufliche Teilhabe, Kündigungsschutz, stufenweiser Wiedereingliederung, wirtschaftliche Sicherung, Unterstützung am Wohnort.

4.3.2 MBOR-Kernangebote (Stufe B)

MBOR-Kernangebote sind mit einer vertieften berufsbezogenen Fragestellung verbunden. Beispielsweise soll die für einen ganz konkreten Arbeitsplatz notwendige körperliche und psychische Leistungsfähigkeit geklärt und Stressbewältigungskompetenz geübt werden. Ggf. liegen Konflikte am Arbeitsplatz oder arbeitsplatzbezogene Ängste vor, oder die epilepsiebezogene sozial- und arbeitsmedizinischen Eignung entsprechend der DGUV 250-001 muss einzelfallbezogen beurteilt werden. Dazu sind beispielsweise Kontakte zum beruflichen Umfeld erforderlich,

4.3.3 Spezifische MBOR-Angebote (Stufe C)

Spezifische MBOR-Angebote sind interne oder externe Belastungserprobungen, bei denen die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit unter möglichst realitätsnahen Arbeitsbedingungen geprüft werden sollen. Beispielsweise um individuell geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu überlegen. Häufig geht es auch um eine realistische Selbsteinschätzung, um arbeitsplatzbezogene Anpassungen (Arbeitszeit, Pausenregelung, Hilfsmittel, technische Hilfen) und konkrete berufliche Perspektiven beim

Arbeitgeber. Bei einem Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente ist häufig eine Belastungserprobung dieser Form erforderlich.

4.3.4 MBR-Phase II

Die Phase II ist eine Sonderform, im - arbeitstherapeutischen - Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Häufig geht es um Menschen, die nicht nur eine Epilepsie haben, sondern verschiedene Erkrankungen, aber grundsätzlich erwerbstätig sein können und wollen. Eine über 2-4 Wochen andauernde MBR Phase II wird mit sehr speziellen Fragen und Zielen in der Regel in einem Betheler (Inklusions-)Betrieb oder dem beruflichen Bildungsbereich des Stiftungsbereiches Arbeit und berufliche Rehabilitation proWerk Bethel durchgeführt. Dort kann die arbeitstherapeutische Begleitung vor Ort gewährleistet werden.

4.3.5 Gründe und Ziele einer Belastungserprobung (BE)

Eine interne oder externe Belastungserprobung ist dann sinnvoll, wenn spezielle Fragen zu beruflicher Teilhabe differenzierter beantwortet werden müssen. Das können ganz verschiedene Inhalte sein, die geklärt und geübt werden sollen z. B.:

- Grundarbeitsfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Motivation, Auffassung der Arbeitsinhalte, Selbstständigkeit, Arbeitstempo, Konzentration, Ablenkbarkeit, Sorgfalt, Frustrationstoleranz.
- Arbeitsausführung wie Auffassung, Neulernen, Merken, Problemlösen, Umstellungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Dauerbelastbarkeit, Mehrfachanforderungen.
- Berufsbezogene Kenntnisse wie Arbeitsplanung und –ausführung, Arbeitsergebnisse, handwerklich-technisches Verständnis.
- Anfallsituation unter Belastung, welche Auswirkung haben Stressfaktoren und welche Strategien gibt es zur Verbesserung.
- Soziale Kompetenzen wie Kontakt- und Konfliktfähigkeit, Kritik geben und annehmen können, Hilfe annehmen und einfordern können.
- Fähigkeitsprofil für einen aktuellen oder zukünftigen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz mit arbeits- und sozialmedizinischer Beurteilung und Ideen zur Arbeitsplatzadaption.
- Realistische Selbsteinschätzung, Überforderung und Grenzen rechtzeitig erkennen, aber auch Unterforderung bemerken.
- Ausbildungs-, Umschulungsfähigkeit und den Bedarf an besonderen Hilfen benennen und geeignete Teilhabemaßnahmen entwickeln.

Weitere Themen wie Stressbewältigung im Erwerbsleben, soziale Konflikte am Arbeitsplatz mit Kolleginnen und Kollegen/Vorgesetzten, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzwechsel, berufliche Ängste, Veränderungen am Arbeitsplatz können ebenfalls eine Rolle spielen.

4.3.6 Organisation und Orte einer BE

Die Entscheidung für eine BE deren Form und die individuellen Ziele sowie Einsatzorte werden im interdisziplinären Team und mit den betroffenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diskutiert. An einer BE sind verschiedene Berufsgruppen beteiligt:

- Ergotherapie für den Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil, berufs- oder tätigkeitsbezogene Diagnostik, Überprüfen von physischer und psychischer Belastungsfähigkeit, Nebenwirkungsprofil und der Auswirkung von Anfällen.
- Soziale Arbeit zum Klären der berufsorientierten Probleme, Berufsanamnese und Arbeitsplatzanalyse, Kontakte zum Arbeitsplatz, tätigkeits-, berufsspezifische Beratung, Stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betragen, Kontakt zu Reha-Fachberatungsdiensten z. B. der DRV und der Agentur für Arbeit.
- Neuropsychologie mit erweiterter Diagnostik und kognitivem Training.
- Psychologische Psychotherapie mit erweiterter arbeitsspezifischer Beratung wie Krankheitsbewältigung und Arbeitsbezug.
- Ärztlicher Dienst mit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.
- Sport- und Physiotherapie zur Evaluation der physischen Belastungskapazität und zum Erlernen von ausgleichenden, entspannenden Methoden.
- Das BE-Team bei externen Belastungserprobungen: Suche von Arbeitsplätzen, Kontakt zum Arbeitsumfeld, Wegetraining, Gespräche am Arbeitsplatz usw.

Eine BE findet je nach Schwerpunkt in Therapieräumen statt (z.B. kognitives Training), in der Ergotherapie und dem Bürotrainingsbereich (z. B. Office-Programme, Cog-Pack, PC-gestütztes Hirnleistungstraining).

Für externe Belastungserprobungen bestehen Kontakte zu Betrieben und Dienstleistern in Bielefeld und in Betheler Betrieben, Werkstätten und Dienstleistern mit besonderer Kompetenz für die berufliche Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Barrieren.

4.4. Gesundheitstraining und Patientenschulung - Vortrag/Schulung/Seminar

4.4.1 Vorträge

Vorträge finden durch Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen statt mit den Themen:

- Bewegung und körperliches Training mit Folgen von Bewegungsmangel und Informationen zu Koordination, Beweglichkeit, Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer.
- Stress und Stressbewältigung mit Ursachen und Folgen von Stress und systematisches Problemlösen.
- Gesunde Ernährung und Bedeutung von Ernährung und Makro- und Mikronährstoffe

4.4.2 Epilepsiebezogene Schulungen und Gruppen

Epilepsiebezogene Schulungen und Gruppenangebote beziehen sich auf erkrankungsspezifisches Wissen wie:

- Epilepsie-Schulung angelehnt an das „Modulare Schulungsprogramm Epilepsie“ (MOSES), Schwerpunkte Epidemiologie, Basiswissen, Diagnostik, Therapie, Selbsthandeln.
- Umgang mit verschiedenen Anfallsformen und sinnvollen Erste-Hilfe-Maßnahmen.
- Post-OP-Gruppe für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach epilepsiechirurgischem Eingriff mit Themen wie Wundversorgung, Medikation, postoperative Erwartungen, soziale und sozialrechtliche Besonderheiten in den Lebensbereichen Sport, Freizeit, Arbeit, Fahreignung, Arbeit und beruflicher Eignung.

4.4.3 Psychotherapeutisch orientierte Gruppen

Psychotherapeutisch orientierte Gruppen finden in zwei Formen statt:

- Offener Gesprächskreis zum Klären und Bearbeiten gruppenbezogener Spannungen und Konflikte und zu epilepsie-bezogenen Inhalten.
- Psychotherapiegruppe als Angebot um die Diagnose zu verarbeiten, mit Emotionen umzugehen, die Selbstwirksamkeit zu stärken und für den gezielten Austausch mit den anderen Teilnehmenden.

4.4.4 Sozialarbeit in Kleingruppe und Gruppe

In den Kleingruppen und Gruppen der Sozialarbeit stehen häufig relevante Themen im Vordergrund:

- Arbeit, berufliche Teilhabe und Grundlagen einer epilepsiespezifischen Gefährdungsbeurteilung (DGUV 250-001).
- Mobilität und Fahreignung nach den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt).
- Schwerbehindertenrecht: und Anerkennung als (schwer-)behinderter Mensch aufgrund einer Epilepsie nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“.

4.4.5 Gruppen zur Gestaltung und Interaktion

Gruppen zur Gestaltung und Interaktion haben verschiedene Themen zum Inhalt wie kreative Fotografie, Smartphone-Fotografie, Waldbaden und Fotografie, Ausdrucks-Malen, Yoga, Nordic Walking.

4.4.6 Gruppen zur Ernährungsschulung

Gruppen zur Ernährungsschulung beziehen sich einmal auf eine gesunde Ernährung an sich und im zweiten Teil auf Ernährung bei Herz-Kreislaufkrankungen, deren Prävention und Therapie.

4.5. Entlassungsmanagement

Die medizinische Rehabilitation endet mit Ablauf der Kostenzusage, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind - oder im Behandlungszeitraum nicht erreicht werden können.

Im letzten Drittel der Rehabilitationsbehandlung wird die berufliche (Wieder-)Eingliederung abgestimmt und ggf. bereits eingeleitet (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und bei Bedarf Dienste, Einrichtungen oder Personen am Heimatort (z. B. betriebsärztliche Dienste, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Schwerbehinderten-Vertretung, Beratungsstellen, Inklusionsämter und Integrationsfachdienste, zuständige Fachberaterinnen und -berater der DRV oder der Arbeitsagenturen) in die Planung mit einbezogen.

Die sozialmedizinische Beurteilung zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wird erstellt und beim ärztlichen Entlassungsgespräch ein vorläufiger Entlassungsbrief mit den wichtigsten medizinischen Informationen für die Nachbehandlung erörtert und ausgehändigt.

Die Koordination der Nachsorge und weiterführenden Behandlung erfolgt durch die jeweilige Berufsgruppe, ggf. in Absprache im interdisziplinären Team. Auch Informationsmaterial (z. B. epilepsiebezogene, sozialrechtliche Informationen) wird themenbezogen durch die entsprechende Berufsgruppe ausgehändigt.

Im Entlassungsbericht wird explizit Stellung genommen zu den bei anfallskranken Menschen oft schwierigen Fragen der Kraftfahrereignung und der berufs- bzw. tätigkeitsbezogenen Gefährdung (gesundheitliche Eignung) auf der Basis der berufsgenossenschaftlichen „Beruflichen Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall“ (DGUV-Information 250-001).

4.6. Notfallmanagement

Eine ständige pflegerische Versorgung ist gewährleistet. In allen Räumlichkeiten der Rehabilitationsklinik ist eine Notrufanlage vorhanden und in den Zimmern der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei schlafgebundenen tonisch-klonischen Anfällen ein sensorgebundener Bettalarm.

Für medizinische Notfälle wird ein ärztlicher Bereitschaftsdienst vorgehalten. Epilepsiebezogene Notfälle werden in der Notfalleinheit der Epilepsie-Akutklinik behandelt, für allgemeinmedizinische und psychiatrische Notfälle stehen die entsprechenden Fachkliniken im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld zur Verfügung. Fortbildungen in kardio-pulmonaler Reanimation und Notfallversorgung sind für alle Mitarbeitenden Pflicht.

4.8 Angaben zur Hygiene

Das Hygienemanagement im EvKB und im Krankenhaus Mara entspricht den gesetzlichen Vorgaben. In der Rehabilitationsklinik sind ein hygienebeauftragte Arzt und ein hygienebeauftragte der Pflege benannt, die die Einhaltung der Regelungen zu Hygiene und Infektionsprävention in Zusammenarbeit mit den Hygienefachkräften sicherstellen.

Die Hygienepläne werden einmal jährlich auf Aktualität überprüft und sind für alle Mitarbeitenden verbindlich. Hygienebegehungen finden nach den Vorgaben des übergeordneten Hygienemanagements statt.

5. Dokumentation

Die spezifische Aufgaben der Berufsgruppen, das Vorgehen im Rehabilitationsablauf, Verfahrensanweisungen und Checklisten sind in der QM-Software Orgavision und der elektronischen Akte hinterlegt und im QM-Handbuch der Rehabilitationsklinik zusammengefasst.

Es erfolgt eine tagesgenaue Dokumentation, der interdisziplinäre Austausch ist über die Teams und gesonderten Besprechungen realisiert. Die Leistungen werden mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Rentenversicherung – soweit die DRV Kostenträger ist – festgehalten, ebenso in welchem Maß die vereinbarten Rehabilitationsziele erreicht wurden.

6. Angaben zum Datenschutz

Das Datenschutzkonzept der v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel (vBS Bethel) ist verbindlich für alle Mitarbeitenden aller Stiftungs- und Unternehmensbereiche der vBS Bethel. Grundsätzlich gilt, dass alle Mitarbeitenden in ihrem jeweiligen Arbeits- bzw. Verantwortungsbereich die Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht sicherzustellen haben, regelmäßige Fortbildungen sind Pflicht.

In der Rehabilitationsklinik sind alle Räume, in denen sich Daten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden befinden, nicht für Unbefugte zugänglich, Schränke sind abschließbar, elektronische Arbeitsmittel grundsätzlich passwortgeschützt. Namen an den Zimmertüren der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nur nach deren Genehmigung angebracht.

7. Qualitätssicherung

Die Rehabilitationsklinik ist seit Februar 2010 gemäß den Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und der DRV zertifiziert. Zunächst nach DIN EN ISO 9001 und QM-Kultur-Reha, seit 2023 nach QMS Reha®. Damit einhergehend wurden Qualitätsmanagementbeauftragte und Abteilungs-Qualitätsbeauftragte benannt. Ein internes Audit findet mindestens einmal pro Jahr statt, ein externes Überwachungsaudit respektive ein Re-Zertifizierungsaudit einmal jährlich. Zur internen Qualitätskontrolle erhalten alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vor Entlassung einen Fragebogen, um deren Zufriedenheit zu erfassen, zudem wird ein niedrigschwelliges Beschwerdemanagement mit einer wöchentlichen Sprechstunde durch die Abteilungs-Qualitätsbeauftragte (A-QB) angeboten. Ein übergeordnetes strukturiertes Beschwerdemanagement ist vorhanden.

8. Forschungsaktivitäten

Die konkret auf Epilepsien bezogene medizinische Rehabilitation hat sich in den über 25 Jahren des Bestehens der Rehabilitationsklinik im Epilepsie-Zentrum Bethel als bedarfsgerecht, sinnvoll und wirksam herausgestellt. Dies konnte auch in wissenschaftlichen Studien, die z. T. hochrangig publiziert wurden, belegt werden:

- Die Auswirkungen einer AHB nach epilepsiechirurgischem Eingriff auf die Beschäftigungssituation zwei Jahre postoperativ wurden in einer Evaluationsstudie untersucht. Hier zeigte sich in einer multivariaten Regressionsanalyse eine signifikante Verbesserung der Beschäftigungssituation bei den epilepsiechirurgisch operierten Menschen, die eine AHB in unserer Rehabilitationsklinik durchlaufen hatten - unabhängig von anderen relevanten Faktoren wie dem Erreichen von Anfallsfreiheit, präoperativer Beschäftigungssituation oder dem Alter (Thorbecke et al., 2014).
- Bei einer Follow-up-Befragung war ein Drittel von 246 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Mittel 2,5 Jahre nach dem hiesigen Aufenthalt voll erwerbsgemindert berentet. Unabhängige (multivariat bestimmte) Risikofaktoren für eine Berentung waren psychiatrische Komorbidität, lange Arbeitsunfähigkeit, Rentenantrag vor Antritt der Rehabilitation und hohes Alter. Hingegen spielten epilepsiebezogene Faktoren (z. B. Dauer der Epilepsie, Anfallsfreiheit oder anfallsbedingte Verletzungen) keine Rolle. Diese Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass Epilepsiefaktoren durch die Rehabilitation günstig beeinflusst werden, sodass sie für die Erwerbsfähigkeit keinen signifikanten Einfluss (mehr) haben. Darüber hinaus legen die Ergebnisse nahe, Risikokonstellationen frühzeitig zu erkennen und rasch rehabilitativ zu intervenieren, auch bereits nach dem ersten Anfall bzw. der Frühdiagnose einer Epilepsie (Specht et al., 2015).
- Ergebnisse einer prospektiven kontrollierten Studie zum Rehabilitationsergebnis von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit neu diagnostizierter Epilepsie zeigen, dass sich bei dieser Gruppe in den untersuchten Parametern (Beeinträchtigung durch die Epilepsie, Ängstlichkeit, Depressivität, Lebensqualität, Informiertheit über Epilepsie) bei Aufnahme vergleichbar hohe Belastungen bzw. Beeinträchtigungen zeigten wie bei der Vergleichsgruppe mit chronischer Epilepsie. Bei Entlassung hatten sich in beiden Gruppen in allen Parametern signifikante Verbesserungen eingestellt (Hagemann et al., 2023).
- Eine Untersuchung zum Langzeitverlauf (ein Jahr nach erfolgter Rehabilitation) bestätigte dies: Menschen, bei denen erstmals die Diagnose einer Epilepsie oder eines epileptischen Erstanfalles gestellt wurde, sind eine Personengruppe mit besonderem Rehabilitationsbedarf: Ängste vor persistierenden Anfällen und vor Stigmatisierung im beruflichen Umfeld sowie Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Diagnose zählen zu den häufigsten Belastungen. Auch ist die Erwerbstätigkeit bedroht. Der Vergleich der Follow-up-Bewertung der Rehabilitationsgruppe und der Prärehabilitationsbewertung der Kontrollgruppe zeigte signifikant bessere Werte für die Rehabilitationsgruppe in Bezug auf die emotionale Anpassung an Epilepsie, die Gesamt-Lebensqualität und die allgemeine Gesundheit, die wahrgenommenen Einschränkungen aufgrund von Epilepsie und den subjektiven Informationsstand über Epilepsie. Auch waren die Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Rehabilitationsgruppe kürzer (Specht et al. 2024).

Literaturverzeichnis (auf unsere Webseite unter Publikationen)

Ausschuss Arbeitsmedizin der Gesetzlichen Unfallversicherung (AAMED-GUV) (2019) Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall (DGUV-Information 250-001). Berlin, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/345>; Zugriff 04.07.2025).

Baier H, Coban I, Dennig D, Geiger-Riess M, Haferkamp G, Kerling F, Lippold M et al (2020) MOSES – Modulares Schulungsprogramm Epilepsie. Er-Arbeitungsbuch, 4. neu bearbeitete. Aufl. Bethel-Verlag, Bielefeld.

Bien CG (2021) Allgemeine Epileptologie. Das Bethel-Praxisbuch. W. Kohlhammer, Stuttgart.

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung vom 27. Januar 2014 (Verkehrsblatt S. 110) Fassung vom 17.02.2021 (Verkehrsblatt S. 198), in Kraft getreten am 01.06.2022 mit der Fünftehnten Verordnung zur Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung und anderer straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften (Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 11 vom 25. März 2022) (<https://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/U1-BLL/BLL-Download.html;jsessionid=93F312596DFE0542E0EE15D99F5A231D.live21321?nn=1838134>, Zugriff am 20.07.2025).

Coban I (Hrsg) (2024) Soziale Arbeit in der Klinischen Epileptologie. Ein Bethel-Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

Coban I, Specht U (2021) Fahreignung, berufliche Eignung, Rehabilitation. In: Bien C (Hrsg.) Allgemeine Epileptologie. Das Bethel-Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag, 1. Auflage, S. 93-116.

Coban I, Thorbecke R (2012) Mobilitätshilfen bei Epilepsie Bonn: Stiftung Michael. (<https://www.stiftung-michael.de/schriften/mobilitaetshilfen/index.php?l=1>; Zugriff am 22.07.2025).

Frauenheim MT (2018) Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES): Gibt es verlässliche Kriterien und Therapie-möglichkeiten? Neurol Rehabil 24:215–224.

Grewe P, Nikstat A, Koch O, Koch-Stoecker S, Bien CG (2016) Subjective memory complaints in patients with epilepsy: the role of depression, psychological distress, and attentional functions. Epilepsy Res 127:78–86.

Grewe P, Schulz R, Woermann FG, Brandt C, Doll A, Hoppe M, Tomka-Hoffmeister M et al (2019) Very long-term outcome in resected and non-resected patients with temporal lobe epilepsy with medial temporal lobe sclerosis.: a multiple case-study. Seizure 67:30–37.

Hagemann A, Lahr D, May TW, Speicher P, Hausfeld H, Coban I et al (2023) Efficacy of a specialized inpatient rehabilitation program in patients with early versus chronic epilepsy. Epilepsy Behav. 2023;142:108999.

Holtkamp M*, May TW* (*geteilte Erstautorenschaft), Berkenfeld R, Bien CG, Coban I, Knake S, Michaelis R, Rémi J, Seeck M, Surges R, Weber Y, et al., Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter, S2k-Leitlinie, 2023; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. (www.dgn.org/leitlinien, Zugriff 04.07.2025).

Lahr D, Specht U (2010) Relevanz der Neuropsychologie für die Rehabilitation von Epilepsiepatienten. Akt Neurol 37:25–34.

May TW, Pfafflin M (2002) The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (MOSES): results of a control led, randomized study. Modular Service Package Epilepsy. Epilepsia 43:539–549.

May TW, Pfafflin M, Cramer JA (2001) Psychometric properties of the German translation of the QOLIE-31. Epilepsy Behav 2:106–114.

May TW, Pfafflin M, Thorbecke R, Specht U, van Kampen N, Coban I (2004) PESOS-Fragebogen für Menschen mit Epilepsie – Psychometrische Eigenschaften der Skalen zur Beeinträchtigung durch die Epilepsie und zu emotionalen Aspekten der Lebensqualität. Z Epi leptom 17:287–300.

May TW, Berkenfeld R, Dennig D, Scheid B, Hausfeld H, Walther S, Specht U (2018) Patients' perspectives on management and barriers of regular antiepileptic drug intake. Epilepsy Behav 79:162– 168.

Müffelmann B, Coban I, Bien CG. Medizinisch-berufliche Rehabilitation bei Menschen mit Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall: Für wen? Warum? Wie? 11/2023 neuro aktuell.

Specht U, Thorbecke R (1999) Epilepsien. In: Frommelt P, Grötzbach H (eds) NeuroRehabilitation. Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin, Wien, p 452-465.

Specht U, Thorbecke R, May TW (2007) Medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation bei Epilepsie. In: Schönte PW (Hrsg) Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation: Grundlagen, Praxis, Perspektiven. Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S 251–259.

Specht U (2008) Medikamenten-Compliance bei Epilepsie. Nervenarzt 79:662–668.

Specht U, Coban I, Bien CG, May TW (2015) Risk factors for early disability pension in patients with epilepsy and vocational difficulties - Data from a specialized rehabilitation unit. Epilepsy Behav. 2015;51:243-248.

Specht U, Coban I (2016) Begutachtung bei Epilepsie – berufliche Ersteingliederung und Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Der medizinische Sachverständige 112: 248-254.

Specht U, Bien CG. Erster epileptischer Anfall im erwerbsfähigen Alter: Prognose-adaptiertes Management. Aktuelle Neurologie 2018; 45(10): 737-748. DOI: 10.1055/a-0591-2214.

Specht U, Coban I (2018) Rehabilitation nach Epilepsiechirurgie. Neurol Rehabil 24:237–240.

Specht U, Bien CG (2021) Postoperatives Management. In: Bien CG (Hrsg) Prächirurgische Diagnostik und chirurgische Epilepsiotherapie. W. Kohlhammer, Stuttgart, S 103–112.

Specht U, Lahr D, May TW, Speicher P, Hausfeld H, Coban I, Müffelmann B, Bien CG, Hagemann A (2024) Rehabilitation in patients with newly diagnosed epilepsy: A controlled, 1-year follow-up study on a specialized inpatient rehabilitation program. Epilepsia. 2024 Jul;65(7):1975-1988.

Specht U, Coban I, Müffelmann B (2024) Medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation bei Epilepsien. In: Frommelt P, Thöne-Otto A, Grötzbach H (Hrsg) NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Heidelberg: Springer Verlag, 4.vollst. überarb. Auflage, S. 557-574.

Thorbecke R, Pfäfflin M (2012) Social aspects of epilepsy and rehabilitation. In: Stefan H, Theodore WH (Hrsg) Handbook of clinical neurology. Epilepsy, part II. Elsevier B.V, Amsterdam, S 983–999.

Thorbecke R, May T, Koch-Stoecker S, Ebner A, Bien CG, Specht U (2014) Effects of an Inpatient Rehabilitation Program after Temporal Lobe Epilepsy Surgery and other Factors on Employment two Years after Epilepsy Surgery. Epilepsia 55:725-733

Thorbecke R, Coban I (2014) Beförderungskostenzuschuss bei beginnender Epilepsie. Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 13.06.2013. Z Epileptol 27(4): 283-287.

Thorbecke R, Coban I, Schierbaum D, Specht U (2017) Gefährdungsbeurteilung bei Epilepsie. DGUV Information 250-00: Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 52, 814-816.

Thorbecke R, Dröge C, Brandt C (2021) Sport bei Epilepsie. Stiftung Michael, Hamburg Thorbecke R, Pfäfflin M, Bien CG, Hamer HM, Holtkamp M, Rating D, et al. Have attitudes toward epilepsy improved in Germany over the last 50 years? Epilepsy Behav 2023;138:108982.