



Medizinisches Konzept der Abteilung für Neurologisch-
Neurochirurgische Rehabilitation im Neurologischen Zentrum

SEGEBERGER KLINIKEN GMBH
Verfasser: Prof. Dr. med. Björn Hauptmann

SEGBERGER KLINIKEN GMBH

Klosterkamp 1a
D-23795 Bad Segeberg

Telefon: 04551 802-0
Fax: 04551 802-4995

info@segebergerklinikengruppe.de

INHALTSVERZEICHNIS

1.0 Allgemeines	4
Klinikleitung	5
Bettenzahlen/Planbetten SEGEBERGER KLINIKEN GMBH.....	5
Prof. Dr. med. Jose Manuel Valdueza, Ärztlicher Direktor und Chefarzt	5
Unterbringung von Begleitpersonen und Kindern	6
Die Küche	6
Angebote für Patienten	6
Qualitätsmanagement	6
Anfahrt.....	7
Zimmerausstattung	8
Kostenträger	8
Hygiene	9-10
Strukturmerkmale Krankenhaushygiene.....	9
Hygieneplan und Desinfektionspläne	10
Angaben zum Datenschutz.....	10
2.0 Neurologisches Zentrum	11
2.1. ABTEILUNG für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation	14
2.2 Struktur der Abteilung für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation	16
2.2.1 Räumliches Angebot.....	16
2.2.2 Medizinisch-technische Ausstattung.....	17
2.2.3 Personelle Besetzung.....	17
2.2.4 Öffnungszeiten und Therapiezeiten	17
2.2.5 Organisation der Verpflegung.....	18
3.0 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	18
3.1 Indikationen / Kontraindikationen.....	19
3.2 Rehabilitationsauftrag und Rehabilitationsziele	20
3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung.....	24
3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation	24
4.0 Rehabilitationsablauf und -inhalte	26
4.1 Aufnahmeverfahren	27
4.2 Rehabilitationsdiagnostik	29
4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team	33
4.4 Ärztliche Aufgaben	34
4.5 Behandlungselemente	37
4.5.2 Personalbemessung, indikationsbezogen	50
4.6 Entlassungsmanagement	56
4.7 Notfallmanagement	58
5.0 Qualitätssicherung	58
6.0 Dokumentation	59

R 34 01/17 2020/21 2017/18 18/19 19/20 20/21 21/22 22/23 23/24 24/25 25/26 26/27 27/28 28/29 29/30 30/31 31/32 32/33 33/34 34/35 35/36 36/37 37/38 38/39 39/40 40/41 41/42 42/43 43/44 44/45 45/46 46/47 47/48 48/49 49/50 50/51 51/52 52/53 53/54 54/55 55/56 56/57 57/58 58/59 59/60

1.0 ALLGEMEINES

Seit mehr als 4 Jahrzehnten verfolgt die Segeberger Kliniken Gruppe als Familienunternehmen das Prinzip der fachübergreifenden, ganzheitlichen Patientenversorgung mit hoher medizinischer Qualität und ausgeprägter Serviceorientierung in einem anspruchsvollen Hotelambiente.

Wir kombinieren unsere langjährige operative Erfahrung mit modernster Technologie und etablieren ein integriertes Behandlungsangebot entlang aller Versorgungsstufen von Prävention über Akutbehandlung bis zur Rehabilitation.

Mit diesem Klinikkonzept haben wir renommierte Leistungszentren etabliert, die einen Bekanntheitsgrad weit über Norddeutschland hinaus aufgebaut haben.

Unsere **Akutbehandlungen** umfassen dabei die Grund- und Regelversorgung für die Bevölkerung in der Region Bad Segeberg sowie hochspezialisierte Angebote insb. im Herz- und Gefäßzentrum, im Neurologischen Zentrum sowie in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

In den **Rehabilitationskliniken** Kardiologie, Neurologie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie spiegelt sich die Philosophie des bio-psycho-sozialen Modells der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in struktureller wie inhaltlicher Ausrichtung wider.

Mit den Bereichen VITALIA Gesundheitszentrum und VITALIA Spa (Wellness & Beauty) setzen wir darüber hinaus mit unseren **Präventionsangeboten** auf ein hohes Gesundheitsbewusstsein und auf eine zunehmende Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit.



<http://www.segebergerkliniken.de/ueber-uns/natur-und-umwelt.html>

Die Umgebung ist entscheidend für das Wohlbefinden. Wir bieten daher unseren Patienten, Kunden und Gästen ein **Umfeld mit besonderer Atmosphäre**. Das Ambiente in allen unseren Einrichtungen ist speziell darauf ausgerichtet, den Heilungsprozess zu unterstützen. Hierzu trägt auch die besonders reizvolle landschaftliche Umgebung bei. Damit diese erhalten bleibt, sind wir uns unserer Verantwortung für Mensch und Umwelt bewusst. Unser Umweltengagement ist anerkannt und ausgezeichnet. Das bestärkt uns, in dieser Richtung weiterzuarbeiten.

Dem Unternehmen gehören ca. 2000 Mitarbeitende an und es stehen insgesamt ca. 1000 Betten in der Akut- und Rehavversorgung zur Verfügung, die sich auf folgende Bereiche verteilen:

- Herz- und Gefäßzentrum (Kardiologie/Angiologie, Herz- und Gefäßchirurgie, kardiologische und angiologische Rehabilitation)
- Neurologisches Zentrum (Voll- und teilstationäre Akutbehandlung, Rehabilitation)
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Voll- und teilstationäre Akutbehandlung, Rehabilitation)
- Allgemeine Klinik (Fachabteilungen: Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie, Anästhesie und [Neuro-]Radiologie)
- Praxisklinik Norderstedt (Herzzentrum Norderstedt, Kardiologisches Versorgungszentrum, Gesundheits- und Therapiezentrum)

Zusätzlich gehören folgende Institutionen der Geschäftsgruppe an:

- VITALIA Seehotel
- VITALIA Gesundheitszentrum
- Kinderhospizdienst „Die Muschel e.V.“
- Familienzentrum
- Ambulantes Versorgungszentrum „Arztpraxis am See“

ambulante Versorgung in den Facharzt disziplinen Allgemeinmedizin, Chirurgie und Orthopädie sowie Urologie des Harntraktes

Klinikleitung

Frau Marlies Borchert, geschäftsführende Gesellschafterin

Herr Oliver Wielgosch-Borchert, geschäftsführender Gesellschafter

Herr Marco Martin, Geschäftsführer

Bettenzahlen/Planbetten der Segeberger Kliniken Gruppe

Akut-stationäre Betten	509 Betten
Akut-teilstationäre Betten	39 Betten
Rehabilitationsbetten	560 Betten

Neurologisches Zentrum

Prof. Dr. med. Jose Manuel Valdueza, Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Facharzt für Neurologie und Neurochirurgie, Physikalische Therapie und Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin

Fachbereich: Parkinson und Bewegungsstörungen

Prof. Dr. Björn Hauptmann, Chefarzt

Facharzt für Neurologie, Klinische Geriatrie, Spezielle Neurologische Intensivmedizin, Sozialmedizin

Fachbereich: Frührehabilitation und Neurointensivmedizin

Dr. med. Jan Brocke, Chefarzt

Facharzt für Neurologie, Intensivmedizin

Die Kliniken der Segeberger Kliniken Gruppe sind Lehrkrankenhäuser des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

DIE UNTERBRINGUNG VON BEGLEITPERSONEN, AUCH KINDERN, IST BEI UNS MÖGLICH!



<http://www.segebergerkliniken.de/fuer-patienten/kliniken-zentren/klinik-fuer-psychosomatische-medin-undpsychotherapie/rehabilitation/kinderbetreuung.html>

Während der Therapien werden die Kinder durch Erzieherinnen und Erzieher in der hauseigenen Kinderbetreuung liebevoll betreut. Grundschüler erhalten eine Hausaufgabenbetreuung durch unsere Kinderbetreuung. Für Kinder der weiterführenden Schulen wird der Schulbesuch an den kooperierenden Schulen in Bad Segeberg organisiert.

DIE KÜCHE

Im gesamten Klinikverbund besteht Vollverpflegung. Bei der Auswahl der Mahlzeiten stehen Vollkost, leichte Kost, vegetarische Kost oder an Stoffwechselstörungen angepasste Diätformen, zusätzlich auch Mahlzeiten ohne Schweinefleisch zur Verfügung.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, in den hauseigenen Cafés Mahlzeiten sowie kleinere Snacks zu sich zu nehmen.

ANGEBOTE FÜR PATIENTEN

Zahlreiche Freizeitangebote können von den Patienten/ Rehabilitanden wahrgenommen werden. So finden z.B. regelmäßig Dia- und Fachvorträge zu verschiedenen Themen im eigenen Haus statt. Außerdem werden Tanzkurse, Konzerte, Lesungen, Kino, Spielabende und Andachten angeboten. Zusätzlich bieten wir Ausflüge in die Landeshauptstadt Kiel, die Hansestadt Lübeck und in die nahegelegenen Ostseebäder an. Die zentrumsnahe Lage ermöglicht unseren Gästen die Teilnahme an kulturellen Angeboten der Stadt.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Das klinische Qualitäts- und Risikomanagement der Segeberger Kliniken GMBH ist zentral organisiert. Die Rehabilitationskliniken erfüllen die Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und sind mit dem Gütesiegel

„Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), seit vielen Jahren zertifiziert. Einzelne Bereiche verfügen über Fachzertifikate.

ANFAHRT



<http://www.segebergerkliniken.de/fuer-besucher/anfahrt-parken.html>

Bahn

- Bahnhof Bad Segeberg – 2 km
- Bahnhof Bad Oldesloe (IR/IC) – 20 km
- Bahnhof Lübeck / Bahnhof Neumünster (IR/IC/ICE) – 30 km

Auto

- A 1 (Hamburg-Lübeck) / Abfahrt Bargteheide / A 21 Richtung Kiel/ Abfahrt Bad Segeberg Nord / Beschilderung Kliniken folgen
- A 7 (Hamburg-Flensburg) Abfahrt Bad Bramstedt / Beschilderung Kliniken folgen
- A 20 (Lübeck-Bad Segeberg) / Abfahrt Bad Segeberg Ost / Beschilderung Kliniken folgen
- A 21 (Kiel-Hamburg) Abfahrt Bad Segeberg, B 206 Richtung Bad Segeberg / Beschilderung Kliniken folgen

Flugzeug

- Flughafen Hamburg-Fuhlsbüttel ca. 50 km
- Flughafen Lübeck ca. 45 km

abteilungs- und phasenübergreifend. Die interdisziplinäre Betreuung der Patienten ergibt sich aus der Zusammenarbeit von Ärzten für Neurologie, Neurochirurgie sowie Innere Medizin mit sämtlichen rehabilitationsspezifischen therapeutischen Berufsgruppen. Mit den anderen Fachbereichen der Segeberger Kliniken (Innere Medizin/Kardiologie, Innere Medizin/Gastroenterologie, Intensivmedizin, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Psychosomatik, Gynäkologie, Urologie, Anästhesiologie, sowie Radiologie/Neuroradiologie) besteht eine enge Zusammenarbeit. Das Gleiche gilt für die niedergelassenen Ärzte der Region und insbesondere für die Universitätskliniken Kiel, Lübeck und Hamburg. Das Neurologische Zentrum ist Lehrkrankenhaus des UKSH, Campus Kiel und Campus Lübeck sowie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Im Neurologischen Zentrums entfallen auf die **Phase A** und **Phase B** zusammen **142**, auf die **Phase C** **116** und auf die **Phase D** **105 Betten**, hinzu kommen 24 **teilstationäre** sowie **ambulante** Behandlungsplätze.

Ärztlicher Direktor des Neurologischen Zentrums der Segeberger Kliniken GmbH ist **Prof. Dr. med. J. M. Valdueza**, **Stellvertretender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Björn Hauptmann**.

Kostenträger der Behandlungen im Neurologischen Zentrum sind alle gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie Sozialämter. Die Zulassungen zur Anschlussheilbehandlung AHB bzw. zur Anschlussrehabilitation AR und zur Berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) sind vorhanden.

Der **Abteilung für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation** des Neurologischen Zentrums gliedert sich baulich in den **Standort Hamdorfer Weg** und den **Standort Kurpark** mit den Stationen 4, 5 und 6. Am Standort Hamdorfer Weg befinden sich auf den 3 Stationen 1B, 2C und 2D jeweils bis zu 54 Betten für Phase C- und Phase D-Patienten. Am Standort Kurpark könnten in Einzelzimmern maximal 69 Phase D- Patienten in Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung betreut werden.

Die Stationen 3F und 3G der **Abteilung für Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation und Intensivmedizin** liegen räumlich getrennt im 3. Obergeschoss. Das Erdgeschoss enthält Funktions-, Therapie-, Verwaltungs- und Verkehrsräume.

Die **Abteilung für Akutneurologie** befindet sich ebenfalls räumlich getrennt in der Allgemeinen Klinik. Die **Fachklinik für Parkinson und Bewegungsstörungen** befindet sich mit der Station 2A in der Allgemeinen Klinik und auf der Station 1A und der Tagesklinik für Parkinson und Bewegungsstörungen am Hamdorfer Weg.

Operationalisierte Phasen- und Abteilungszuordnung im Neurologischen Zentrum

Die Phaseneinteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dient der Zuordnung der einzelnen Patienten zu geeigneten Behandlungsbereichen mit unterschiedlichen Aufgaben- und Aufwandsforderungen. Dadurch ergibt sich gleichzeitig eine kostenrelevante Unterscheidung für die Zuordnung zu abgestuften Behandlungskosten.

Diese Einteilung unterscheidet die Phasen nach den unterschiedlichen Schweregraden, Aufgaben, Behandlungsaufwendungen und Zielen und stellt sie in der Perspektive des Behandlungsverlaufs **nach einem Akutereignis** dar, auch als wiederholte Maßnahme nach Abschluss der Klinikbehandlung.

Die Zuordnungskriterien gelten ebenso für Rehabilitationsmaßnahmen, die **wegen eingetretener gesundheitlicher Störungen** ohne Vorschaltung von Akutereignis und Klinikaufenthalt **aus der ambulanten Behandlung** eingeleitet werden. Sie gelten ebenso bereits für **drohende gesundheitliche Störungen**, auch auf Antrag des Versicherten, die Maßnahmen erfolgen in Phase D. Folgende Phasen werden unterschieden:

Phase A Akutbehandlungsphase.

Phase B Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.

Phase C Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem therapeutischen und pflegerischen Aufwand betreut werden müssen.

Phase D Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (Medizinisch-berufliche Rehabilitation im klassischen Sinn).

Phase E Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation - nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation.

Phase F Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Da der Verlauf bzw. die Krankheitsentwicklung nicht gleichsinnig in allen relevanten Dimensionen sind, kann nicht in allen Fällen eine eindeutige „sekundengenaue“ Zuordnung getroffen werden, so dass eine gewisse Überschneidung akzeptiert werden muss. Denn es handelt sich um Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und mit unterschiedlichen Funktionsstörungen, die von Patient zu Patient in unterschiedlicher Weise kombiniert sind und die jeweils einen veränderlichen Schweregrad aufweisen. Die komplexen, zumeist kombiniert vorkommenden **Ausfallerscheinungen** sind:

Lähmungen und Bewegungsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Sprachstörungen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs-, Gedächtnisstörungen und psychopathologische Störungen, Störungen der autonomen Körperfunktionen.

Der funktionelle Zugewinn bzw. eine Stagnation sollte möglichst objektiv bzw. intersubjektiv beschrieben und dokumentiert werden, z. B. mit neurophysiologischen Parametern oder einer geeigneten Beurteilungsskala. Es gibt allerdings keine Skala, die die funktionellen Aspekte der Patienten in ihrem ganzen Spektrum erfasst.

Brauchbare **Skalen** stehen auch nach Erfahrung des Neurologischen Zentrums nur für einzelne Parameter wie z.B. die Erfassung der Veränderungen von Bewusstseinsstörungen (Koma-Remissionsskala, KRS) oder für kombinierte Parameter (Early Functional Abilities, EFA) zur Verfügung. Für die Erfassung der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und des Schweregrades der Pflegeabhängigkeit der Patienten werden im NZ der FIM-Index (Functional Independence Measurement) und der Barthel-Index BI bzw. seine mit Frührehabilitationsaspekten ergänzte Variante Frühreha-Barthelindex (FRB)

eingesetzt. Besonders vom FRB wird allgemein mit der Erwartung Gebrauch gemacht, dass er sich als Kriterium eignet, den kurativ-medizinischen und rehabilitativen Pflege- und Betreuungsaufwand und damit die kostenrelevanten Phasenabgrenzungen abzuschätzen. Die Erhebung und Einstufung erfolgt durch den Pflegedienst. Maßgeblich ist **die ständig zur Verfügung stehende Fähigkeit, nicht die nur punktuell erreichbare Spitzenleistung einer Fähigkeit am Tag der Erhebung**. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt für den gesamten Frühreha-Barthel-Index 100. Weitere Grundlage der konzeptionellen, organisatorischen und kostenrelevanten Abgrenzung der Phasen und der jeweiligen Zuordnung der Patienten ist neben den BAR-Kriterien und dem (Frühreha-)Barthel-Index die ärztliche Beurteilung des **klinisch-neurologischen Befundverlaufes** unter Berücksichtigung der therapeutisch-pflegerisch beobachteten **Funktionsstörungen und Therapie-Effekte**, mit freier Befundbeschreibung. Es ist daher unerlässlich, die funktionellen Veränderungen (Fortschritt, Stagnation, Verschlechterung) frei formuliert zu beschreiben.

Vereinfacht kann festgehalten werden, dass bei einem FRB-Wert von

- 70 – 100 der Patient der Reha-Phase D zugeordnet wird,
- 30 – 70 der Patient der Reha-Phase C zugeordnet wird,
- 0 – 30 und bei Minuswerten Pat. der Phase B zugeordnet wird.

Ändert sich die Zuordnung eines Patienten zu einer Rehabilitationsphase, wird umgestuft und der zuständige Kostenträger unverzüglich unterrichtet.

Diese Einteilung wird in der Praxis nicht apodiktisch, sondern unter Einbeziehung anderer relevanter Faktoren (siehe oben), insbesondere in der Abgrenzung der Phasen B und C dynamisch gelebt. So kann z.B. ein Patient mit einem FRB-Index von 10 Punkten bei fehlender intensiv-medizinischer Überwachungspflichtigkeit aber erfüllten BAR-Kriterien durchaus im Einzelfall der Phase C zugeordnet werden.

2.1. ABTEILUNG FÜR NEUROLOGISCH-NEUROCHIRURGISCHE REHABILITATION

Die **Gesamtkonzeption der Abteilung für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation** des Neurologischen Zentrums erfüllt die **Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung an stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen** (2010) und folgt im Rehabilitationsbereich dem **Phasenmodell des VDR** (Arbeitsgruppe "Neurologische Rehabilitation" des VDR 1994) und der **BAR** 1995 und 1999, sowie der **Protokollnotiz zum Phase-C-Vertrag** (2001 & 2013) für die Einordnung und inhaltliche Ausgestaltung der **stationären Rehabilitationsphasen B, C (und teilweise auch D)**, die in Schleswig-Holstein gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Schleswig-Holstein erarbeitet wurde.

Durch das umfassende medizinische Angebot der Segeberger Kliniken Gruppe ist intern eine enge **Kooperation** mit den wesentlichen Nachbardisziplinen der Neurologie gewährleistet. Dies gilt in erster Linie für die Akut- und Rehabilitationsbereiche der Kardiologie und Psychosomatik, aber auch für die akut-medizinischen Leistungen der Urologie, Inneren Medizin/Gastroenterologie und

Chirurgie. Eine wichtige und medizinisch notwendige externe Kooperation besteht mit der Klinik für Neurochirurgie des UKSH, Campus Lübeck.

Neben den vertraglich abgesicherten Kooperationen gibt es seitens des Neurologischen Zentrums eine Vielzahl von Partnerschaften, die sich über die Jahre entwickelt haben und somit ihren Wert für die Patienten in der Praxis bewiesen haben. Über diese werden die Patienten zumeist direkt mündlich oder schriftlich informiert.

Viele Kontakte haben sich über die Jahre auf einer persönlichen Ebene (z.B. Kontakte zu Spezialambulanzen, Sanitätshäuser) entwickelt. Die Überprüfung auf Funktionalität erfolgt zumeist in persönlichen Gesprächen, zumeist anlässlich fachspezifischer Kongresse.

Die folgenden Beziehungen zu anderen Leistungserbringern bestehen:

Netzwerke/Verbände

- Mitglied im Bundesverband Neurologische Rehabilitation (BNR)
- Mitglied im Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern (vffr)
- Mitglied in der Qualitätsgemeinschaft Rehabilitation Schleswig-Holstein (QG-SH)
- aktive Zusammenarbeit mit
 - Dt. Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
 - Dt. Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

Nachsorgeeinrichtungen

- Reha@SALO, Hamburg
- Date-up health care GmbH, Hamburg

Kliniken & Institute

- Klinik für Neurochirurgie, UKSH, Campus Lübeck
- MS-Ambulanz INIMS/UKE
- MS-Ambulanz St. Georg
- Klinik für Neurologie, UKSH, Campus Kiel, DBS Ambulanz
- Klinik für Orthopädie, UKSH, Campus Kiel, Praktikum ,Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Klinik für Neurologie, UKE, Ambulanz für Bewegungsstörungen & Tagesklinik
- Kliniken der Segeberger Kliniken Gruppe (insbes. Kardiologie, Psychosomatik, Gastroenterologie, Urologie)

Niedergelassene Ärzte

- Niedergelassene Neurologen des Einzugsgebietes
- MS-Schwerpunkt-Praxen des Einzugsgebietes
- Im Neurologischen Zentrum werden ambulante Leistungen in den Gebieten Dermatologie, Augenheilkunde und HNO-Heilkunde extern durch niedergelassene Ärzte erbracht. Die Qualität der medizinischen Leistung wird anhand des Behandlungserfolges überprüft, wobei von einer leitliniengerechten Behandlung ausgegangen wird.

Bildungseinrichtungen

- Kooperationsvertrag mit der Grone Schulen HH. Inhalt: Bereitstellung von Praktikumsplätzen zur Ausbildung von Physiotherapeuten. Mit der Grone Schule HL zusätzlich Ausbildung von Masseuren und med. Bademeistern.
- Kooperationsvertrag mit dem Institut für praxisorientierte Weiterbildung GmbH. Inhalt: Bereitstellung von Praktikumsplätzen zur Ausbildung von Physiotherapeuten.
- Jährliche "Hospitation" der Lubinus Schule Kiel.
- Bobath Grund- und Aufbaukurse in Zusammenarbeit mit dem Fortbildungsinstitut WMS (Weiterbildung Medizin-Soziologie)
- Bildungszentrum Schlump Zentrum für Gesundheitsberufe Hamburg (Fortbildungen für Pflegekräfte)
- Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe Lübeck, Bereitstellung von Praktikumsplätzen zur Ausbildung von Ergotherapeuten
- Ab 2012 Kooperationsvertrag mit der Medizinischen Akademie Hamburg. Bereitstellung von Praktikumsplätzen zur Ausbildung von Logopäden.
- Seit 2013 Professur für Neurowissenschaften an der MSH Medical School Hamburg durch Prof. Dr. med. Hauptmann (Fachbereich Therapiewissenschaften).

Zur Unternehmensgruppe gehörig ist das VITALIA Gesundheitszentrum für gesundheitsbewusste präventive Gesundheits- und Sporttherapie unter therapeutischer Anleitung bei Kraft- und Ausdauertraining. Es ist auch in das von der Deutschen Rentenversicherung Nord Lübeck initiierte Förderungsprogramm für nachstationäre Eigeninitiative bei Patienten nach orthopädischen Reha-Behandlungen aufgenommen worden. Es ist für Patienten des Neurologischen Zentrums als Beispiel für Angebote der Medizinischen Trainingstherapie zum poststationären ambulanten Eigentaining in der Nähe ihrer Wohnung nützlich.

Gesundheitsurlaub-Angebote im VITALIA-Seehotel der Unternehmensgruppe unterstreichen die Vielfalt der Aktivitäten zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Prävention.

2.2 STRUKTUR DER ABTEILUNG FÜR NEUROLOGISCH-NEUROCHIRURGISCHE REHABILITATION

2.2.1 Räumliches Angebot

Alle Klinikbereiche im Neurologischen Zentrum am Hamdorfer Weg sind **behinderten- und rollstuhlgerecht** sowie räumlich, personell, technisch und organisatorisch optimal dafür ausgestattet, Patienten mit neurologischen Beeinträchtigungen aller Schweregrade aufzunehmen. Auch Patienten mit Begleiterkrankungen können aufgenommen werden, so dass Multimorbidität kein Ausschlusskriterium für die Rehabilitation darstellt. Die Aufnahme von Rehabilitanden bis zu einer Gewichtsgrenze von 210 kg ist möglich.

Am Standort Kurpark werden bevorzugt funktionell nur gering beeinträchtigte Patienten (ohne Rollstühle, Rollatoren nur in Ausnahmefällen) der Phase D mit BI > 85 Punkten bzw. einer Gehstrecke von > 500 m aufgenommen.

Die Zimmer sind behindertengerecht, mit Nasszellen, TV und Telefon ausgestattet. Die Klinikgebäude, die geräumigen Einzel- und Doppelzimmer ebenso wie die Therapie-

und Diagnostikbereiche sind geschmackvoll und funktionell eingerichtet und auf das Störungsmuster neurologisch und neuropsychologisch erkrankter Patienten abgestimmt. Neben den therapeutisch genutzten Räumlichkeiten stehen den Patienten zahlreiche Aufenthaltsräume sowie eine Cafeteria Verfügung. Ferner kann das Schwimmbad im Bereich Kurpark der Segeberger Kliniken genutzt werden.

2.2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Die medizinisch-technische Ausstattung ergibt sich in erster Linie aus den durchgeführten Untersuchungsmethoden, siehe eben dort. Die einzelnen Therapiegeräte werden in den berufsspezifischen Konzepten beschrieben.

2.2.3 Personelle Besetzung

Im **Neurologischen Zentrum** ist die ärztliche Führungsebene durchgängig fachärztlich besetzt. Die Chefärzte sind Fachärzte für Neurologie, der Ärztliche Direktor ist auch Facharzt für Neurochirurgie.

Es besteht eine volle Weiterbildungsermächtigung für die Neurologie sowie für die Zusatzbezeichnungen Spezielle Neurologische Intensivmedizin, Sozialmedizin, Geriatrie, Physikalische Therapie und Balneologie. Neun Oberärzte sind Fachärzte für Neurologie. Eine Oberärztin ist Fachärztin für Innere Medizin. Darüber hinaus besteht eine Reihe von Zusatzqualifikationen. Dies sind Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin, Spezielle Neurologische Intensivmedizin, Klinische Geriatrie, Sozialmedizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Dieser hohe Standard lässt sich sowohl im therapeutischen Bereich als auch in der Pflege fortsetzen. Die Qualifikationen der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Masseur sind den jeweiligen Organigrammen zu entnehmen. Soweit nicht anderweitig vermerkt, sind nur Personen mit jeweils berufsspezifischer Qualifikation beschäftigt. Die Pflegedienstleitung des Neurologischen Zentrums ist Gesundheits- und Krankenpflegerin mit der staatlich anerkannten Weiterbildung zur Leitung des Pflegedienstes. Es ist durchgängig in allen Bereichen des Neurologischen Zentrums eine pflegerische und ärztliche Versorgung rund um die Uhr gewährleistet. Im ärztlichen Bereich existiert eine detaillierte Vorgabe über die Bereitschaftsdienst-, Urlaubs- und Visitenplanung, die zu allen Zeiten ein Höchstmaß an ärztlicher Konstanz in der Patientenversorgung gewährleisten soll.

Das Organigramm der Neurologischen Klinik ist in der Dokumentensoftware allen Mitarbeitenden zugänglich. Die aktuelle Version hängt in der Klinik an zentral wichtigen Stellen aus.

2.2.4 Öffnungszeiten und Therapiezeiten

Die SEGEBERGER KLINIKEN GMBH ist an 365 Tagen im Jahr geöffnet. Die Therapien finden montags bis freitags von 07.30-16.45 Uhr und samstags von 07.00-15.00 Uhr statt. Therapien für ganztägig ambulante Rehabilitanden finden von montags bis freitags statt.

Alle Stationen sind durchgehend durch Pflegepersonal besetzt. An den Wochenenden besteht die ärztliche Besetzung im Neurologischen Zentrum, Hamdorfer Weg aus 2 Ärzten. Feiertagsregelungen erfolgen jeweils gesondert über eine Betriebsvereinbarung. Die angestrebte Therapiedichte beträgt je Rehabilitand 13h /

Woche. Therapien für ganztägig ambulante Rehabilitanden finden montags bis freitags statt.

Das Therapieangebot soll möglichst zusammenhängend, die Pausen und Wartezeiten für den Patienten möglichst kurz sein. Das schließt nicht aus, dass für einige Patienten eingeschobene Ruhephasen nötig sein können, die sich mit der computerassistierten Therapieplanung mühelos vorsehen lassen. Die therapeutischen Maßnahmen beginnen am Tag nach der Aufnahme.

Angeboten werden jeweils **30-, 45- und 60-minütige Therapieeinheiten**, wobei die konkrete Dauer mit Hilfe der computergestützten Therapieplanung **flexibel** und den **individuellen** Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten angepasst wird. Indem Therapeuten von formellen Termin- und Raumvergabeprozessen entlastet werden, führt die computerassistierte Therapieplanung zu einer besseren Ausnutzung personeller Ressourcen und trägt zusammen mit dem Einsatz wissenschaftlich begründeter und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit belegter Behandlungsverfahren zur Optimierung der Rehabilitationsqualität bei.

2.2.5 Organisation der Verpflegung

Im gesamten Klinikverbund besteht Vollverpflegung zubereitet und bereitgestellt durch eine eigene Küche. Bei der Auswahl der Mahlzeiten stehen Vollkost, leichte Kost, vegetarische Kost oder an Stoffwechselstörungen angepasste Diätformen, zusätzlich auch Mahlzeiten ohne Schweinefleisch zur Verfügung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, in den hauseigenen Cafés Mahlzeiten sowie kleinere Snacks zu sich zu nehmen.

Die Ernährungsberatung wird einzeln und in Gruppen unter Einbeziehung der Angehörigen durchgeführt. Naturgemäß steht in der Neurologie der Gefäßrisikopatient im Zentrum, dem eine Beratung in Hinblick auf Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Hyperurikämie angeboten wird. Die Ernährungsberater beteiligen sich an der Gestaltung des übrigen Gesundheitstrainings. Im Neurologischen Zentrum werden alle Diätformen angeboten.

3.0 MEDIZINISCH-KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN

Krankheiten des Nervensystems können zu Ausfällen vieler Organ- und Funktionssysteme im körperlichen und psychischen sowie dem mental-kognitiven Bereich führen. Zumeist sind es Mehrfachbeeinträchtigungen, die sich gegenseitig potenzieren und die Behandlung erschweren, wenn z.B. kognitive Leistungsverluste die übende Mitarbeit bei einer halbseitigen Lähmung oder Sprachstörung aufhalten. Der Verlauf kann langwierig und wechselhaft sein.

Eine Besserung ist mit individuell angepassten Therapien, Anleitungen und Lernen aussichtsreich. Damit wird weniger ein Antrainieren gegen bleibende Defizite, sondern aufgrund der Neuroplastizität ein Wiederaufbau von Funktionen und Strukturen mit nachhaltiger Leistungsverbesserung des beschädigten Nervensystems erzielt. Auf die erreichte Ausweitung der Aktivität und Teilhabe baut die weitere ICF-orientierte Förderung auf.

Dazu verhilft den Rehabilitanden in mit ihnen abgestimmter Weise ein aus Ärzten und den geschulten Fachberufen der Neurorehabilitation bestehendes multiprofessionelles Team. Dieses nimmt in interdisziplinärer Zusammenarbeit gemeinsam aus Bewertungen eigener Befunde und Rehabilitationsdiagnostik die Eingangs- und

zwischenzeitlich erworbene andersartige Erkrankung reduzierten Zustand des Grundleidens wiederherzustellen. Auch die Beurteilung, ob eine Rehabilitation indiziert und durchführbar ist, stellt eine Aufnahmeindikation dar.

Kostenträger dieser Maßnahmen kann die Rentenversicherung und wird bei schweren Fällen in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung sein.

Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, schwerwiegenden psychosomatischen Störungen oder Suchterkrankungen kommen für eine rehabilitative Behandlung im Neurologischen Zentrum in der Regel nicht in Frage. Im Falle einer Abhängigkeitserkrankung, aber auch bei entaktualisierten psychischen und psychosomatischen Störungen, kann im Ausnahmefall die rehabilitative Behandlung einer umschriebenen neurologischen Beeinträchtigung, z.B. zur Vorbereitung einer berufsfördernden Maßnahme, sinnvoll sein.

3.2 Rehabilitationsauftrag und Rehabilitationsziele

Der Rehabilitationsauftrag der gesetzlichen **Rentenversicherung** zielt auf die Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (§ 9 SGB VI). Die Rehabilitation im Neurologischen Zentrum ist darauf ausgerichtet, die Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu mindern bzw. sie auszugleichen. Ziel ist dabei vor allem, das Ausscheiden des Versicherten aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder ihn möglichst dauerhaft wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Zur Verwirklichung dieses Zieles dienen die weiter unten beschriebenen Maßnahmen einer ganzheitlich verstandenen medizinisch-neurologischen und neuropsychologischen Therapie im Rahmen von AHB und Heilverfahren (Rehabilitationsphase D) einschließlich Maßnahmen der Belastungserprobung in berufsfeldnahen Einsatzbereichen. Dies gilt auch für Patienten der Phase C mit positiver Erwerbsprognose.

Die gesetzliche **Krankenversicherung** gewährt ihren Versicherten medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern (§ 11 Abs. 2 SGB V). Am Neurologischen Zentrum erfolgt dieser Teil der Rehabilitation im Rahmen der Rehabilitationsphasen B (Frührehabilitation), C (postprimäre Rehabilitation) und D (neurologisch-neuropsychologische Rehabilitation im Rahmen von AHB und Heilverfahren).

In der gesetzlichen **Unfallversicherung** soll die Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln den durch den Versicherungsfall verursachten Körperschaden beseitigen oder bessern, seine Verschlimmerung verhüten und seine Auswirkungen mildern (§ 26 SGB VII). Die Realisation des Rehabilitationsauftrages der gesetzlichen Unfallversicherung geschieht im Rahmen der Rehabilitationsphasen B, C und D.

Rehabilitationsziel ist über die medizinischen und medizinisch-beruflichen Aspekte hinaus die Hinführung zur weitestgehend möglichen bio-psycho-sozialen selbstbestimmten Integration und Partizipation (**SGB IX**).

Durchgeführt werden Maßnahmen der Phase D als Heilverfahren in Kostenträgerschaft gem. § 15 SGB VI bzw. nach §§ 26-31 SGB IX (zu Lasten der

- Anregung und Beratung hinsichtlich der behindertengerechten Umgestaltung der Wohnung
- Abwendung von drohenden Komplikationen (z.B. Kontrakturen, schwere Spastizität)
- Vermeidung der Chronifizierung einer funktionellen Behinderung und Vermittlung physiologischer Strategien im Umgang mit belastenden Symptomen oder Komplikationen (Spastizität, zerebrales Anfallsleiden etc.)
- Medizinische Belastungserprobung an berufsfeldnahen Arbeitsplätzen, in Zusammenarbeit mit ortsansässigen Unternehmen und an realen Arbeitsplätzen des Neurologischen Zentrum (Programm zur beruflichen Readaptation)
- Erfolgreiche berufliche Eingliederung durch psychologisch/medizinische Betreuung während der ersten Phase der wiederaufgenommenen Erwerbstätigkeit (Nachsorge) (Rehabilitationsphase D).
- Einleitung bzw. rehabilitative Vorbereitung von Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)
- Einleitung bzw. rehabilitative Vorbereitung von Maßnahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation
- Beratung und Unterstützung bei der behindertengerechten Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Hinführung zur maximal erreichbaren Partizipation (Teilhabe)

Grundlage der Rehabilitation ist ein ganzheitliches, alle therapeutischen Berufsgruppen einbeziehendes **bio-psycho-soziales** Konzept. Neben den rehabilitationsdiagnostisch festgestellten funktionellen Defiziten und Fähigkeitsstörungen werden Aspekte berücksichtigt, die im Zusammenhang mit Multimorbidität, Risikofaktorenexposition und gesundheitsbewusster Lebensführung, Krankheitsbewältigung sowie psychosozialer Belastung stehen. Der gemeinsam mit jedem Patienten erstellte **individuelle Rehabilitationsplan** und seine Zielstellung streben die Beseitigung bzw. Minderung der Krankheitsfolgen im beruflichen und privaten Alltag an und helfen zugleich bei der seelischen Bewältigung der Erkrankung. Die psychologischen und psychosomatischen Aspekte von Krankheit und Behinderung sind selbstverständlicher Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes. Die Durchführung und die Ergebnisse der Rehabilitation werden dokumentiert.

Die **Strategien** zum Erreichen der rehabilitativen Zielsetzung hängen davon ab, ob eine Wiederherstellung der betroffenen Strukturen und Funktionen vollständig gelingt (Restitutio ad integrum), nur größtmöglich ist (Restitutio ad optimum) oder ob sie nicht erreichbar ist. In diesem Fall werden ersatzweise verbliebene Funktionen bzw. Fähigkeiten eingesetzt (Kompensation) bzw. Anpassungen der Umwelt vorgenommen (Adaptation).

Die Therapieziele sind indikations- und symptom-spezifisch in den ICF-basierten Therapiekonzepten aufgeführt und somit für alle therapeutischen Berufsgruppen transparent. Die patientenspezifischen (= indikations- und zielgruppenspezifisch) Therapieziele werden auf dem Therapieanordnungsbogen dokumentiert und sind somit für alle Beteiligten transparent. Die Therapiezieldefinition ist SMART (**s**pecific, **m**asurable, **a**chievable & **r**ealistic, **r**esource sensitive, **t**imed).

Bei Aufnahme werden zunächst die Therapieziele der Patienten erfasst und dokumentiert. Anschließend werden die Therapieziele auf den Ebenen der **Körperstrukturen und Körperfunktionen** sowie der **Aktivitäten und Teilhabe**

ärztlich erfasst und auf dem (elektronischen) Therapieanordnungsbogen dokumentiert. Die Festlegung der Therapieziele erfolgt in enger **Absprache mit dem Patienten**.

Von einer Aushändigung der Therapieziele wird weiterhin abgesehen, da viele neurologische Patienten kognitiv alteriert sind, so dass dies u.U. zu Irritationen führen könnte

Die Therapiezielereichung wird regelhaft ca. 7-10 Tage vor dem angesetzten Entlassungstermin bzw. Verlängerungszeitpunkt mittels der **GAS (Goal Attainment Scale)** überprüft. Bei genehmigter Verlängerung werden für diesen Zeitraum ggf. neue Therapieziele definiert und deren Erreichen erneut ca. 7-10 Tage vor dem anstehenden Entlassungstermin überprüft. Die Ergebnisse der intern überprüften Therapiezielerreichungen werden durch die Präsentation der Analysen der QM-Abteilung transparent gemacht. In diesem Rahmen können dann im Falle des Ausbleibens befriedigender Erfolge auf einzelnen Therapiezielenebenen mögliche Ursachen reflektiert und abteilungsübergreifend konzeptuelle Weiterentwicklungen diskutiert werden.

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Schwerpunkte der neurorehabilitativen Behandlung sind die Indikationen Multiple Sklerose, idiopathisches Parkinsonsyndrom und Schlaganfall. Die indikationsspezifischen Therapiekonzepte befinden sich jeweils in der Dokumentensoftware roXtra (siehe Ordner indikationsspezifische Therapiekonzepte). Es besteht eine Anerkennung als eine durch die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) zertifizierte MS-Klinik sowie als eine durch die Deutsche Parkinsonvereinigung (dPV) zertifizierte Parkinsonfachklinik.

Weitere besondere Leistungsmerkmale sind die Rehabilitation auch bei bakterieller Problemkeimbesiedlung/-infektion, die Mitbehandlung von Schluckstörungen, die Mitbehandlung bei Absaugpflicht bei Trachealkanülenträgern und die Mitaufnahme und Betreuung von Kindern. Nicht schulpflichtige Kinder können im hauseigenen Familienzentrum betreut werden. Für Grundschul Kinder erfolgt im Familienzentrum eine Hausaufgabenbetreuung. Für Kinder der weiterführenden Schulen bestehen Kooperationen mit örtlichen Schulen in Bad Segeberg.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

Die Dauer der Rehabilitation richtet sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf in Anlehnung an die Konzepte der BAR. Sie wird durch befristete Kostenzusagen der Kostenträger geregelt. Verlängerungen sind mit schriftlichen Begründungen möglich. Zunehmend wird von Richtzeiten Gebrauch gemacht, deren Einhaltung im statistischen Mittel die Kostenträger von der Rehabilitationseinrichtung erwarten.

Die Dauer der Rehabilitation beträgt für die unterschiedlichen Maßnahmen der Rehabilitationsphase D in der Regel drei bis vier Wochen.

Die Rehabilitationsdauer in der Phase C ist naturgemäß länger und beträgt zumeist über 4 Wochen. Prinzipiell ist es aber erst nach 3 bis 6 Monaten regelmäßig möglich, die Rehabilitationsprognose einzuschätzen und über die weitere Versorgung des Patienten zu entscheiden.

Die Entscheidung, ob eine **Verlängerung** beantragt wird, orientiert sich an dem krankheitsspezifischen Schädigungsmuster, den bislang erreichten Therapiezielen, dem Rehabilitationspotential und den im Barthel Index dokumentierten Fortschritten.

Kriterien für Therapieverlängerung sind z.B. langsamere Therapiezielerreichung, vermindertes Ansprechen auf Therapien, protrahierter Verlauf, Symptomänderung, Therapiezieländerung, Schwächung nach interkurrenter Komplikation.

Kriterien für Therapieverkürzung und Abbruch sind z.B. medizinisch begründet bei schnellerer Therapiezielerreichung, Symptomänderung, Überforderung, Therapiezieländerung, Verträglichkeitsproblem, Nebenwirkungen, austherapierter Zustand, Verlegung usw. Abbruch aus dringlichem persönlichem (dokumentiertem) Grund. Abbruch disziplinarisch bedingt.

Kriterien für Therapieänderung (der Therapieform/-inhalte/-menge/-verteilung) sind z.B. Symptomänderung, Änderung der Geschwindigkeit der Therapiezielerreichung, Über-/Unterforderung, Therapiezieländerung, Verträglichkeitsproblem, Nebenwirkungen, austherapierter Zustand, Begleitkomplikation, Berücksichtigung des Rehabilitandenwunsches bei Bevorzugung oder Missfallen/Ablehnung einer Therapieform usw.

Bei **Nichterreichen der Therapieziele** erfolgt eine Ursachenanalyse, Therapieänderung (Reha-Intensivierung, Kursänderung), Verlängerung, Feststellung der Rehaunfähigkeit etc. Bei Nichterreichen der vereinbarten Therapieziele stehen abhängig vom Kostenträger, dem sozialen Umfeld und den noch vorhandenen Beeinträchtigungen unterschiedliche Maßnahmen zur Verfügung:

- a) Bei geringen Beeinträchtigungen und der Möglichkeit einer ambulanten Behandlung werden spezifische Empfehlung über Inhalt und Umfang der notwendigen Maßnahmen an die Nachbehandler abgegeben.
- b) Bei multiplen und schwereren Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen (z.B. Notwendigkeit von Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie mit medizinischer Betreuung) wird eine tagesklinische Rehabilitationsbehandlung eingeleitet.
- c) Bei Versicherten in Kostenträgerschaft der DRV werden IRENA Maßnahmen beantragt.
- d) Ggf. wird auch eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet.

Besonderer Reflexion und bewusster Regelung bedarf die Problematik möglicherweise differierender Zielsetzungen und Interessen im Rehabilitationsprozess. So mag es einem Rehabilitanden z.B. vor allem um Berentung gehen, den Ärzten vor allem um Besserung des neurologischen Defizits, dem Oberarzt um eine saubere sozialmedizinische Beurteilung und dem Leistungsträger um die Rückführung in den Erwerbsprozess. Gerade die therapeutische Rolle kann in diesem Gefüge durch widerstreitende Impulse belastet sein, z.B. bei Identifikation mit dem Patientenwunsch nach Entlastung durch Berentung und der fachlichen Beurteilung, dass die Störung dies nicht rechtfertigt.

Der professionelle Umgang mit dieser Problematik fußt vor allem auf drei Säulen:

- Erstens die den Mitarbeitern immer wieder im Rahmen von Supervision, Fortbildung, Chef- und Oberarztvisiten und Teambesprechungen abverlangte bewusste Reflexion dieses Spannungsfeldes.
- Zweitens Klarheit und Transparenz den Rehabilitanden gegenüber, mit denen diese Punkte offen thematisiert werden, ggf. unter Einbezug von Leitungsmitgliedern.
- Drittens einer Grundhaltung, nach der fundierter Fachlichkeit bei der Sozialmedizinischen Beurteilung der Vorzug zu geben ist gegenüber Überidentifikation mit dem Patienten oder dem Impuls, entgegen besseren

zugeordneten Fachtherapeuten und Pflegenden sind neben dem Arzt persönliche Ansprechpartner des Rehabilitanden.

Die konzertierte multiprofessionelle Beurteilung und Abgleichung im Team erfolgt mit gegenseitiger Information durch Verlaufsdocumentationen, durch regelmäßige Teambesprechungen und individuelle Besprechungen.

Der Informationsaustausch gewährleistet die laufende Abstimmung der Maßnahmen auf die Therapieziele und den Behandlungsfortschritt, die interdisziplinäre Überwachung der Therapiezielerreichung und die Entscheidungen, die im Behandlungsverlauf und über Entlassung und Nachsorgeplanung zur Erreichung der erarbeiteten Nachsorgeziele anfallen.

Die Lenkung des Rehabilitationsprozesses liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Während der Rehabilitation werden die Maßnahmen, die Rehabilitationsziele und die Behandlungsdauer entsprechend den Fortschritten und dem Verlauf verändert und angepasst, wobei die Bedürfnisse des Rehabilitanden Berücksichtigung finden.

Die Rehabilitationsmaßnahmen mit Therapien, Seminaren, Schulungen, Gesundheitstraining, Vorträgen und Beratungen erfolgen nach indikationsbezogenen Therapiekonzepten und in Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (Reha-Richtlinien), nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand und den Empfehlungen und Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften.

Die Abschlussbeurteilungen und -assessments der an der Behandlung Beteiligten und ein Abgleich des Therapiezielkatalogs gemeinsam mit dem Rehabilitanden dokumentieren in der Woche vor der Entlassung das Behandlungsergebnis. Daraus ergeben sich im Team die Nachsorgeplanung, Vorschläge und ggf. Aktivitäten des Sozialdienstes und Überleitungen zu weiter versorgenden Personen und Institutionen unter Einbeziehung der Angehörigen. Das Ergebnis wird nach der ärztlichen Abschlussuntersuchung im Gespräch mit dem Rehabilitanden erörtert. Ein eingehendes sozialmedizinisches Abschlussgespräch zu erwerbsbezogenen Aspekten, Vorschlägen und ggf. speziellen, evtl. in Abstimmung mit dem Rehabilitanden eingeleiteten Maßnahmen findet mit Versicherten der Rentenversicherung statt. Die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme wird durch einen anonymen Beurteilungsbogen bei Abschluss vom Rehabilitanden beurteilt. Jährlich werden in einem postalisch versandten Fragebogen die Zufriedenheit und Nachhaltigkeit erfragt. Die Ergebnisse finden Eingang in unseren kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

4.1 Aufnahmeverfahren

Voraussetzung für die Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Neurologischen Zentrum ist - abgesehen vom automatisierten direkten AHB-Verfahren - die Bewilligung der Maßnahme durch den zuständigen Kostenträger (gesetzliche Renten- und Krankenversicherungen, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung). Hierfür muss den Kostenträgern ein entsprechender Antrag des Versicherten sowie ausreichende medizinische Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit erlauben. Die Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen im Rahmen des AHB-Verfahrens wird - soweit dies von den jeweiligen Kosten- und Leistungsträgern so vorgesehen ist – auf Chef- oder Oberarzteebe durchgeföhrt.

Die Einbestellung der Patienten erfolgt über die Patientensteuerung am Kurpark und im Neurologischen Zentrum. Da der tatsächliche Entlassungszeitpunkt vom bewilligten Behandlungszeitraum abweichen kann, erstellt die Patientenaufnahme wöchentlich eine Entlassungsliste und stellt diese den Stationen zwecks Überprüfung zur Verfügung. Auf Basis der aktualisierten Entlassungspläne erfolgt die Belegungsplanung für die Folgeweche. Durch dieses Vorgehen ist eine flexible Bettenplanung mit optimaler Auslastung möglich, so dass auch kurzfristige Verlängerungen bzw. Aufnahmen im Ausnahmefall gewährleistet sind.

Der **Erstkontakt** zwischen Vorbehandler/Zuweiser und Patientenaufnahme erfolgt zumeist telefonisch. Den Zuweisern werden– soweit notwendig – die benötigten Aufnahmeunterlagen zugesendet.

Die schriftlich eingegangenen (medizinischen) Aufnahmeanmeldungen der Vorbehandler/Zuweiser, hier insbesondere der Rentenversicherer, werden zentral im Aufnahmebüro gesammelt in das KIS digitalisiert übertragen und zur Abklärung der Kostenübernahme gesichtet sowie an die/den verantwortliche(n) OA/OÄ (bei Abwesenheit CA) zur **Prüfung der medizinischen Indikation** und **Phaseneinteilung** digitalisiert weitergeleitet. Soweit die ärztliche Prüfung der Unterlagen dies erfordert, wird fernmündlich Kontakt mit den Vorbehandle(n) aufgenommen. Dies ist insbesondere bei Unklarheiten bezüglich Medikation, Phaseneinteilung und Vor- bzw. Begleiterkrankungen (z.B. Dialyse), die sich hinderlich für den Rehabilitationsprozess auswirken können, der Fall. Darüber hinaus dient die Prüfung der Unterlagen vor Aufnahme genauso wie auch im Rahmen der ärztlichen Aufnahme nach Anreise dem Ziel, sich am Stand der Vorbehandler zu orientieren. Dies gilt in besonderem Maße für deren Zielsetzungen, die mit der Antragstellung verbunden waren und für den bislang durch die vorausgehenden Maßnahmen erzielten Behandlungserfolg.

Zu diesem Zeitpunkt werden auch offensichtlich **erforderliche Therapien** (z.B. Neuropsychologie, Logopädie) **schriftlich auf den Anmeldeunterlagen angeordnet**. In spezifischen Fällen (MS, Parkinson, juveniler Schlaganfall, besondere medizinische Befunde) findet ebenfalls zu diesem Zeitpunkt eine Stationszuteilung durch die OÄ (im Vertretungsfall durch den CA) statt.

Durch die Patientenaufnahme erfolgt die **Stations- und Zimmerzuteilung**, gleichzeitig geht eine Meldung an die **Therapieplanung**, die einen ersten Therapieplan für die Aufnahmeuntersuchung / Ersttherapien durch die Therapeuten erstellt.

Am Aufnahmetag werden zunächst alle Patienten durch das Aufnahmebüro administrativ im KIS AGFA-ORBIS hinsichtlich ausstehender Informationen erfasst. Auf der Station erfolgen zunächst der Zimmerbezug und die pflegerische Aufnahme. Anschließend erfolgt die ärztliche Aufnahme durch den behandelnden Stationsarzt. Bei nicht-fachärztlichen Kollegen erfolgt am gleichen Tag die Besprechung des Patienten mit dem/der zuständigen OA/OÄ sowie eine erste spezifische Festlegung der notwendigen Therapien anhand der vereinbarten **Therapieziele** über die **elektronische Therapieverordnung (EVO)**. Diese geht der **zentralen Therapieplanung** zu und wird von dort an die jeweiligen Therapeuten elektronisch weitergeleitet.

Aufnahmen nach Dienstschluss erfolgen durch den diensthabenden Arzt, gleiches gilt für Aufnahmen am Wochenende. In diesem Fall werden die Therapien mit dem diensthabenden Oberarzt abgesprochen.

Mit der schriftlichen Einbestellung erhalten die Patienten **Informationsmaterialien** zur Klinik und zum Ablauf:

- Fragebogen
- für Eltern mit Kindern wird ein Informationsblatt über die Möglichkeit der Unterbringung und Versorgung zugesandt.

Bei Aufnahme erhalten alle Patienten folgende, weitere Unterlagen ausgehändigt:

- Behandlungsvertrag,
- Bewertungsbogen der Klinik,
- Hinweis zur Datenverarbeitung,
- Einwilligung zur Versendung des ärztlichen Entlassungsberichtes
- Information zur Zuzahlung (Eigenanteil),
- Fahrgelderstattungsbogen (nur DRV)
- Eltern mit Kindern erhalten einen Begrüßungsbogen für Ihre Kinder.

Alle neu aufgenommenen Patienten erhalten donnerstags einen einstündigen, interaktiv angelegten **Begrüßungsvortrag**. Vortragsbegleitend werden die zentralen Inhalte mittels PowerPoint-Präsentation herausgehoben und den Patienten wiederholt die Möglichkeit gegeben Fragen zu stellen.

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Zielsetzung klinischer und apparativer diagnostischer Verfahren im Bereich der neurologischen Rehabilitation unterscheidet sich von derjenigen in der Akutmedizin. Während dort die nosologische und ätiologische Eingrenzung einer Erkrankung, d.h. die Zuordnung zu einer bestimmten Erkrankungsursache oder einem bestimmten Erkrankungsmechanismus im Vordergrund steht, gilt in der Rehabilitationsneurologie eine behinderungsbezogene Betrachtungsweise. Demnach ist hier die Diagnostik durch das Bemühen gekennzeichnet, das **Störungsmuster und seine funktionellen und sozialen Konsequenzen** quantitativ zu beschreiben. Dies ist wichtig, um zu definieren, welches Rehabilitationspotential der Patient besitzt und welche Rehabilitationsmaßnahmen bzw. -techniken Erfolg versprechend eingesetzt werden können. Es handelt sich hier also um eine **funktionsorientierte Diagnostik zur Bestimmung von Rehabilitationspotential und -zielen**. Dies ist zum Teil mit herkömmlichen klinischen Methoden möglich, bedarf allerdings darüber hinaus messender Verfahren (Assessments).

In allen therapeutischen Berufsgruppen werden die Beeinträchtigungen jedes Patienten zum einen **in freier Form beschrieben**, zum anderen werden **apparativ-technische** und weitere **standardisierte Assessmentverfahren** eingesetzt. Dabei kommt für alle Patienten ein Basisset an Skalen im Bereich der Körperfunktionen und der Aktivitäten zur Anwendung. Darüber hinaus werden bei Bedarf noch krankheits- oder symptom-spezifische Skalen durch die unterschiedlichen Berufsgruppen eingesetzt. Auf diese Weise sind eine schlüssige und jederzeit reproduzierbare Statusbeschreibung und Verlaufsdokumentation gewährleistet.

4.2.1 Elementare apparativ-technische Verfahren

Elektroencephalographie (EEG), einschließlich frequenz-analytischer Verfahren, zur Diagnostik und Verlaufskontrolle von Anfallserkrankungen, zum Nachweis diffuser Hirnschädigungen sowie zur Vigilanzbeurteilung.

Elektromyographie und **Elektroneurographie** zum Nachweis und zur Verlaufskontrolle peripher-neurogener Läsionen oder von Muskelerkrankungen. Bei zentralen motorischen Störungen zur Charakterisierung des gestörten muskulären Aktivierungsmusters.

Messung **evozierter und ereignisbezogener Hirnpotentiale**: Durch diese Techniken können die Intaktheit der efferenten motorischen (MEP) und afferenten sensorischen (VEP, AEP, SEP) Leitungssysteme, vor allem auch des zentralen Nervensystems untersucht werden. Diese haben eine über die klinische Untersuchung hinausreichende prognostische Bedeutung. Ereigniskorrelierte Potentiale können darüber hinaus benutzt werden, um komplexe Größen, wie z.B. die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit im Zentralnervensystem zu erfassen (P300-Messungen).

Die **Perimetrie** ist zur exakten Beurteilung von zerebralen Sehstörungen vorhanden. Dies ist insbesondere für die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben wichtig, da zentrale Störungen dieser Sinnesmodalitäten bei entsprechenden Tätigkeiten erheblich leistungseinschränkend wirken können und zudem einer therapeutischen Intervention gut zugänglich sind.

Ultraschalldiagnostik mit modernsten Geräten, hier dient insbesondere die Doppler- und Duplexsonographie zur Erfassung von Durchströmung und von Veränderungen im Bereich der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Blutgefäße, sowie die Echokardiographie (transthorakal als auch transösophageal) der morphologischen und funktionellen Beurteilung des Herzens.

Elektrokardiographische Diagnostik einschließlich Langzeit-EKG, Belastungs-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung

Die **klinisch-chemische Labordiagnostik** erfolgt in einem externen Labor, mit dem eine Kooperationsvereinbarung geschlossen ist.

Konventionelle Röntgendiagnostik, insbesondere zur Herz-Lungen-Diagnostik und für Aufnahmen der knöchernen Wirbelsäule.

Schnittbilddiagnostik mittels **Magnetresonanztomographie (MRT)** und **Computertomographie (CT)** zur Diagnostik und Verlaufskontrolle von strukturellen zerebralen und spinalen Störungen.

4.2.2 Rehabilitationsspezifische technische Diagnostikverfahren (zur Unterstützung bei der Auswahl in Frage kommender Therapieverfahren, zur Dokumentation von Behandlungsverläufen und -ergebnissen)

Die **transkranielle Magnetstimulation** hat sich gerade in jüngster Zeit als besonders wertvoll hinsichtlich der anzuwendenden therapeutischen Strategien zur Behandlung

R 3 4 7 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1 1 2 1 3 1 4 1 5 1 6 1 7 1 8 1 9 2 0 2 1 2 2 2 3 2 4 2 5 2 6 2 7 2 8 2 9 3 0 3 1 3 2 3 3 3 4 3 5 3 6 3 7 3 8 3 9 4 0 4 1 4 2 4 3 4 4 4 5 4 6 4 7 4 8 4 9 5 0 5 1 5 2 5 3 5 4 5 5 5 6 5 7 5 8 5 9 6 0 6 1 6 2 6 3 6 4 6 5 6 6 6 7 6 8 6 9 7 0 7 1 7 2 7 3 7 4 7 5 7 6 7 7 7 8 7 9 8 0 8 1 8 2 8 3 8 4 8 5 8 6 8 7 8 8 8 9 9 0 9 1 9 2 9 3 9 4 9 5 9 6 9 7 9 8 9 9

zentraler Paresen erwiesen. Darüber hinaus ist sie auch diagnostisch für die Untersuchung der motorischen Efferenz motorischer Hirnrindenareale wichtig.

Die **Magnetresonanztomographie** ist potentiell auch zur funktionellen Bildgebung geeignet, der wahrscheinlich in der zukünftigen Planung von rehabilitativen Therapiestrategien eine zunehmend wichtige Rolle zukommen wird.

Die **Posturographie** dient zur computergestützten Erfassung von Störungen im Bereich der Gleichgewichts- und Standkontrolle. Hierbei werden die Schwankungen des Körperschwerpunktes über einer Messplattform untersucht. Dieses Verfahren wird in rückgekoppelter Weise auch als Biofeedbacktraining für die Verbesserung der Gleichgewichts- und Standkontrolle benutzt.

Video-Laryngoskopie und -Tracheoskopie zur diagnostischen Eingrenzung von Stimm- und Schluckstörungen

Perimetrie mit Goldmann-Perimeter.

4.2.3. Ärztliche Diagnostik und Dokumentation

Die apparative klinisch-neurologische und rehabilitationsspezifische Diagnostik wird von den jeweils zuständigen Assistenzärzten unter oberärztlicher Supervision durchgeführt. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei Verfahren zur Analyse und Quantifizierung von Störungen sensomotorischer und vegetativer Funktionen. Durch die Ärzte und Therapeuten werden zumeist krankheits- und oder symptompezifische Skalen verwendet. So kommt zum Beispiel die Ashworth-Skala zur Messung der Spastizität bei Patienten mit zentralen Lähmungen zum Einsatz, die Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) bei Parkinson Patienten oder die Expanded Disability Status Scale (EDSS) für an Multipler Sklerose erkrankte Patienten.

Verlaufsbeschreibungen, Fortschritte der Befunde, Besserungen der Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, Änderungen der Leistungsfähigkeit und weitere Therapiefortschritte werden in den formularisierten und frei ergänzten Zwischenassessments bzw. Verlängerungsanträgen dokumentiert.

Weiterhin stehen Befundbögen für die klinische Aufnahmeuntersuchung, die Verlaufsbeschreibung sowie die Abschlussuntersuchung zur Verfügung, die funktionelle, biographische und soziale Bedingungen besonders berücksichtigen.

4.2.4 Diagnostik und Dokumentation in der Neuropsychologie

Rehabilitationsspezifische Diagnostik und Assessment sind im berufsspezifischen Konzept der Neuropsychologie dargestellt (siehe auch *QM-Dokumentensoftware roXtra > Berufsspezifisches Konzept Neuropsychologie Dok.Nr.: 1763*).

4.2.5 Diagnostik und Dokumentation in der Logopädie

Rehabilitationsspezifische Diagnostik und Assessment sind im berufsspezifischen Konzept der Logopädie dargestellt (siehe auch *QM-Dokumentensoftware roXtra > Berufsspezifisches Konzept Logopädie Dok.Nr.: 1760*).

4.2.6 Diagnostik und Dokumentation in der Physiotherapie, Physikalischen Medizin und Ergotherapie

Rehabilitationsspezifische Diagnostik und Assessment sind in den berufsspezifischen Konzepten dargestellt (siehe auch *QM-Dokumentensoftware roXtra > Berufsspezifisches Konzept Physio- und Physikalische Therapie Dok.Nr.: 1863*).

4.2.7 Diagnostik und Dokumentation in der rehabilitativen Krankenpflege

Die Pflegeanamnese bietet als Grundlage des Informationsaustausches zwischen Patienten und den verantwortlichen Mitarbeitenden des Pflegedienstes die Basis der Zusammenarbeit. Dieser Erstkontakt soll neben der strukturierten Erfassung von pflegerelevanten Daten auch unter Beachtung atmosphärischer Bedingungen beim Kontaktaufbau stattfinden, um einer guten Beziehungsarbeit zu dienen. Hier geht es darum, dem Patienten die Möglichkeit zu bieten, Vertrauen und Sicherheit durch eindeutige und erklärende Informationen zu erfahren.

Die gemachten Beobachtungen und Informationsaufnahme dienen im Erstkontakt sowie während des Aufenthaltes als Basis für weitere Entscheidungen der Ärzte und Therapeuten. Dabei spielt die Berichterstattung des Pflegedienstes im Pflegebericht als Instrument der Informationsweitergabe, in den regelmäßige Zustands- und Veränderungsbeschreibungen einfließen, eine wesentliche Rolle.

Diese Möglichkeit bieten ebenfalls die wöchentlich auf jeder Station stattfindenden Fallbesprechungen zwischen den Ärztlichen Mitarbeitenden, den Mitarbeitenden des Pflegedienstes sowie allen beteiligten Therapeuten (Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologen, Physiotherapeuten). Hier können Informationen ausgetauscht, entsprechende Zielsetzungen diskutiert und wenn nötig, für den Patienten korrigiert werden.

Die gezielten Schulungen unserer Mitarbeitenden des Pflegedienstes vermitteln in Abstimmung mit dem Konzept rehabilitativer Krankenpflege im Neurologischen Zentrum spezielle Methodenkompetenzen. Bobath Schulungs- und Begleitungskonzept, Kinästhetik, Basale Stimulation. Krankenbeobachtung, spezielle Techniken, Kommunikation und Dokumentation werden ebenfalls durch einen differenzierten und nach Prioritäten strukturierten Fortbildungsplan vermittelt.

Als pflegerisches Assessmentinstrumentarium kommt für alle Patienten der Rehabilitationsphase C der (Frühreha-) Barthel-Index wöchentlich zum Einsatz.

4.2.8 Sozialmedizinische Diagnostik

Der Sozialmedizin, insbesondere der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und Begutachtung kommt eine essenzielle Rolle, v.a. innerhalb der Konzeption der Rehabilitationsphasen C und D, zu. Die sozialmedizinischen Aufgaben ergeben sich aus den Rehabilitationszielen der gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung. Sie werden mit besonderer Sorgfalt wahrgenommen, da sich aus der Leistungsbeurteilung z.B. für die soziale und berufliche Wiedereingliederung erhebliche Konsequenzen ergeben, die das weitere Schicksal des Patienten nachhaltig beeinflussen können.

Die ausführliche medizinische Anamneseerhebung wird in der Rehabilitation um Fragestellungen erweitert, die die berufliche und private soziale Situation, Belastungen und Unterstützung im persönlichen und beruflichen Umfeld, Aspekte der

Krankheitsverarbeitung, den Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation, die Motivation gegenüber einer Änderung der Lebensweise sowie allgemeine Fragen zur sozialen Sicherung einschließen.

Die Informationen aus der Sozialanamnese fließen zunächst in die Therapieplanung ein und werden insbesondere bei der Auswahl der Maßnahmen auf dem Sektor der Neuropsychologie, Ergotherapie und des Gesundheitstrainings besonders berücksichtigt. Darüber hinaus sind sie richtungweisend, was den Beratungsbedarf hinsichtlich sozialer und beruflicher Wiedereingliederung, bzw. die Anregung berufsfördernder Leistungen angeht und bilden die Grundlage der abschließenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Für Patienten mit **bleibenden Leistungseinschränkungen** wird rechtzeitig der regelmäßig einmal (erforderlichenfalls zweimal) im Monat anwesende **Rehabilitationsberater** der Rentenversicherung bzw. zu individuellen umgehenden Terminen der Berufshelfer des zuständigen Kostenträgers in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst des Neurologischen Zentrums einbezogen. Dadurch soll insbesondere die frühzeitige Einleitung berufsfördernder sowie weiterer den Rehabilitationserfolg sichernder Maßnahmen ermöglicht werden

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Grundprinzip der Rehabilitationsstrategie für alle im Neurologischen Zentrum behandelten Patienten ist ein **ganzheitlicher, interprofessioneller und bio-psycho-sozialer Ansatz** im Sinn der ICF 2001 (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Das Gesamtziel der Rehabilitation ist die bestmögliche physische und psychische Unabhängigkeit und die bestmögliche Wiederherstellung der Alltags- und Berufskompetenz.

Die Rehabilitation wird erst möglich durch das eng abgestimmte Zusammenwirken aller Berufsgruppen. Für jeden Patienten wird ein **individueller Rehabilitationsplan** erarbeitet, der die anzuwendenden therapeutischen Strategien und deren Reihenfolge definiert.

Alle beteiligten Berufsgruppen arbeiten im Rahmen einer stationsbezogenen Teamstruktur zusammen. Dabei wird die jeweilige Rehabilitationsstrategie entsprechend den sich einstellenden funktionellen Fortschritten auf den regelmäßigen patientenbezogenen **Teamkonferenzen** auf Stationsebene erörtert und angepasst (siehe auch *Besprechungsmatrix QM-Dokumentationssoftware roXtra Dok.Nr.: 2163*).

Der konzeptionelle und ausstattungsbezogene Standard ist auf modernstem rehabilitationsmedizinischem Niveau. Die gesamte Konzeption basiert auf dem aktuellen wissenschaftlich belegbaren rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisstand und nutzt dessen Weiterentwicklung. **Qualität** definiert sich demnach dadurch, dass die gewählten therapeutischen Interventionen und Strategien geeignet sind, die für den individuellen Patienten definierten Rehabilitationsziele tatsächlich zu erreichen. Kontinuierliche **Dokumentation** der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen sowie die Messung (**Assessment**) der erzielten Ergebnisse bilden die Grundlage zur Sicherung von Qualität und zur Optimierung rehabilitativer Methoden.

weiterhin die Krankenversicherung, bei positiver Prognose die zuständige Rentenversicherung), wird innerhalb von 10 Tagen ein Reha-Assessment mit besonderer Herausstellung der Erwerbsprognose erstellt. Ist sie bereits positiv zu beurteilen, so ist die Rentenversicherung bereits ab Behandlungsbeginn der Phase C zuständig. Sie wird mittels eines Rehabilitations-Befundberichtes, Formularen und Patientenantrag mit der Prüfung beauftragt. Gleichzeitig wird die KV informiert.

Im Verlauf des Aufenthaltes wird das Reha-Assessment in Verbindung mit Verlängerungsanträgen und bei Abschluss der Behandlung wiederholt. Wird eine bis dahin negative Erwerbsprognose dann positiv, tritt die Zuständigkeit der Rentenversicherung und das genannte Ummeldungs- und Antragsverfahren zu diesem Zeitpunkt sofort ein.

Arztvisiten werden in Phase D zweimal wöchentlich und in Phase C täglich durchgeführt, Oberarzt-Visiten einmal wöchentlich, Visiten des Chefarztes mindestens einmal während des Aufenthaltes der Patienten. Bei besonderen oder akuten Problemstellungen erfolgen zusätzliche Visiten.

Von den Ärzten werden die allgemeinen, technischen und rehabilitationsbezogenen diagnostischen Maßnahmen unter oberärztlicher Supervision Untersuchungen ausgeführt.

Die Assistenzärzte nehmen an den regelmäßigen wöchentlichen **Teamkonferenzen** auf Stationsebene teil, die von einem Oberarzt supervidiert werden. Es liegen dabei therapeutische Zwischenberichte (alle 2 Wochen bei allen Patienten der Phasen C und D) und ggf. Zwischen-Assessments in Verbindung mit Verlängerungsanträgen vor. In den Teamkonferenzen werden die Feststellungen, Fortschritte und Ziele für Behandlung (auch der Dauer), sozialmedizinische Aspekte und Nachsorge erarbeitet. Sie stellen wesentliche Elemente der Abstimmung und Steuerung des Rehabilitationsprozesses dar. Gemeinsam mit den nachgeordneten Ärzten koordiniert und überwacht der Chefarzt sämtliche Therapien. Erforderliche neurologische (Zusatz)-Diagnostik kann zum größten Teil vom ärztlichen Dienst im Neurologischen Zentrum durchgeführt werden.

Im Rahmen der täglichen **Morgenbesprechungen** (an Sonn- und Feiertagen sind dies die diensthabenden Ärzte und der zuständige Oberarzt) mit Nennung der besonderen Vorkommnisse im Bereitschaftsdienst, ausführlicher Besprechung der aufgenommenen Patienten und aktuellen Hinweisen werden auch Strategien und Fortbildungsinhalte vermittelt (siehe auch *QMH/roXtra*). Einmal wöchentlich erfolgt im Rahmen der neuroradiologischen Besprechung eine intensive funktionell-neuroanatomische, und klinische wie auch rehabilitations- und sozialmedizinische Fallvorstellung durch den Chefarzt.

Regelmäßig finden einmal wöchentlich **hausinterne Fortbildungen** (45 – 60 Minuten) statt. Diese umfassen im Wechsel das gesamte Gebiet neurologischer, neurowissenschaftlicher und rehabilitationsbezogener Fragestellungen. Nach Bedarf werden sozialmedizinischen Themen behandelt. Die internen Fortbildungen werden von den Ärzten des Neurologischen Zentrums und auch von externen Referenten, zumeist Kollegen aus den umliegenden Kliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg,

R 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

abgehalten. Die Teilnahme wird auch benachbarten niedergelassenen Ärzten angeboten.

Fortbildungsveranstaltungen mit externen Referenten für Ärzte der Region und überregional werden mehrmals jährlich, ca. alle 1-2 Monate durchgeführt.

Dem ärztlichen Dienst obliegt die Verantwortung für die Pharmakotherapie der vorliegenden neurologischen Erkrankungen sowie der nicht-neurologischen Nebenleiden und deren Verlaufskontrolle. Es gilt heute als unstrittig, dass auch nach dem Ende der akuten Behandlungsphase auf die weitere funktionelle Entwicklung pharmakologisch Einfluss genommen werden kann. Je nach verwendeter Substanzgruppe kann der Rehabilitationsfortschritt dabei begünstigt oder gestört werden. Eine für das Rehabilitationsergebnis entscheidend wichtige Aufgabe besteht demnach darin, Pharmaka, die den Rehabilitationsverlauf ungünstig beeinflussen können, wegzulassen (Goldstein et al. 1995; Hummelsheim 1996). Darüber hinaus bestehen in der neurologischen Rehabilitationsforschung Ansätze, das motorische und kognitive Lernen unterstützende Pharmakotherapien zu entwickeln, um diese mit symptomorientierter motorischer Übungstherapie ("**Symptom related experience**" nach Feeney et al. (1982)) zu kombinieren. Sobald ausreichende Evidenz gegeben ist, sollten diese in die klinikinternen indikationsspezifischen Konzepte integriert werden.

Darüber hinaus obliegt dem ärztlichen Dienst die interdisziplinär in einem Schwerpunktteam verantwortete Indikationsstellung erforderlicher Cast- oder (Quengel)-Schienenbehandlungen und die Durchführung von Botulinumtoxin-Injektionen, z.B. bei spastikbegleitenden Komplikationen.

Die Assistenzärzte führen, ggf. unter Einschaltung des Sozialdienstes und des Rehabilitationsberaters, die Planung und Einleitung der Nachsorge und die sozialmedizinischen Weichenstellungen durch in Abstimmung mit dem Rehabilitanden und seinen Bezugspersonen (Angehörigen). Bei Entlassung werden die Begleitpapiere (vorläufiger Entlassungsbrief, Medikamentenplan, Transportschein, Mitteilungen an Kostenträger usw.) ausgestellt.

Die Entlassungsberichte werden innerhalb von 2 Wochen den behandelnden Ärzten und - soweit vorgeschrieben - den Kostenträgern zugeleitet, wobei der Bearbeitungs- und Schreibgang zur Sicherstellung dieser Frist vom Schreibdienst dokumentiert wird (siehe auch „Entlassungsberichterstellung und -versand“ roXtra Dok. Nr.: 3141)

Die Assistenzärzte erstellen die Entlassungsberichte unter Berücksichtigung von allgemeinen medizinisch/neurologischen Aspekten, der funktionellen Relevanz der vorliegenden Symptome sowie unter dem Gesichtspunkt, dass der sozialmedizinischen Beurteilung/Begutachtung eine besondere Bedeutung zukommt. Zur Einschätzung der Prozess- und Ergebnisqualität ist im Entlassungsbericht besonders zu bewerten, inwieweit das eingangs definierte Rehabilitationsziel tatsächlich erreicht wurde, bzw. aus welchen Gründen es nicht erreicht wurde. Der Ärztliche Direktor und sein Stellvertreter, mit auch nachweislich besonderer sozialmedizinischer Kompetenz und Erfahrung, tragen dafür Sorge, dass die Bedeutung des Entlassungsberichtes und der **Nachsorge** (einschl. der Organisation und Einleitung von Maßnahmen der Berufsförderung, der gestuften Wiedereingliederung, der Versorgung mit Hilfsmitteln, der Weiterbetreuung in einer

Einrichtung der funktionserhaltenden Pflege, der pflegerischen Unterstützung zu Hause etc.) von den nachgeordneten Ärzten besonders beachtet wird.

Zur Sicherstellung der Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung findet ein regelmäßiges **sozialmedizinisches Kolloquium** statt, das der Diskussion sozialmedizinisch relevanter Daten einzelner Patienten dient. Die Ärzte des Neurologischen Zentrums beteiligen sich an Veranstaltungen und Maßnahmen des Qualitätsmanagements sowie an der Durchführung von Veranstaltungen, die der Motivation der Patienten zu gesundheitsorientierter Lebensführung dienen. Hinzu kommen beratende und motivierende Einzelgespräche („**Gesundheitstraining**“).

Die ärztlichen Mitarbeitenden des Neurologischen Zentrums streben eine enge Kooperation mit den nachbehandelnden Ärzten an, um diese in den nachstationären Rehabilitationsplan einzubinden. Falls möglich, soll der Patient mit Selbsthilfverbänden und Präventionsprogrammen bekannt gemacht werden.

Aufgaben wie Teilnahme an Kommissionen (Hygiene, Arzneimittel, Qualitätssicherung) und die Funktion als Transfusionsbeauftragter werden oberärztlich wahrgenommen.

Das Neurologische Zentrum verfügt über die Position einer oberärztlichen Fachärztin für Innere Medizin. Zu ihren Aufgaben zählen die diagnostische Einordnung und Behandlung rehabilitationsbedürftiger Nebenleiden bzw. internistischer Begleiterkrankungen. Außerdem ist sie für die Betreuung internistischer Notfälle, die Anlage und Entfernung künstlicher Ernährungssonden, die Durchführung der kardiopulmonalen Funktionsdiagnostik sowie die Organisation und Durchführung des Gesundheitstrainings zuständig, soweit es das internistische Fachgebiet betrifft.

4.5 Behandlungselemente

4.5.1 Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Reha-Team wurde bereits mehrfach betont. Für jedes einzelne Teammitglied kommt es neben fundiertem Fachwissen darauf an, dieses für den Patienten nutzbringend und ggf. verhaltensmodifizierend einzusetzen, durch die Bereitschaft zu laufender eigener Fortbildung zu erweitern und bei Programmen der Qualitätssicherung und -steigerung einzubringen. Für alle therapeutischen Disziplinen wird angestrebt, die Angehörigen des Patienten möglichst frühzeitig und möglichst intensiv einzubeziehen. Im Folgenden werden die verschiedenen im Neurologischen Zentrum tätigen Berufsgruppen und deren Aufgaben dargestellt.

Neuropsychologie

Bei der neuropsychologischen Therapie handelt es sich um psychologische Interventionen, die auf der Grundlage neurowissenschaftlicher und psychologischer Erkenntnisse gewonnen wurden und zur Behandlung von Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen eingesetzt werden.

Die neuropsychologische Therapie dient vornehmlich der Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen kognitiver Funktionen, des emotionalen

Erkenntnissen über die Organisation und Funktion des Gehirns sowie dessen Fähigkeiten zur Reorganisation.

Das Therapiekonzept der Neuropsychologischen Abteilung im Neurologischen Zentrum beinhaltet nach ausführlicher neuropsychologischer Diagnostik eine indikationsspezifische Anwendung der einzelnen Methoden als Bestandteil eines umfassenden interdisziplinären Behandlungskonzeptes, wobei Kompensations- und Restitutionsansätze im zeitlichen Verlauf der Erkrankung auch parallel durchgeführt werden können und nicht notwendigerweise sukzessiv angewandt werden müssen.

Insbesondere bei **visuellen Wahrnehmungsstörungen** (hier bei zerebralen Sehstörungen) und auch zum Teil bei **elementaren Aufmerksamkeitsstörungen** scheint eine unmittelbare Restitution durch direkte Stimulierung der defizitären Funktionsbereiche möglich zu sein (z. Bsp. Sturm et al., 1997). Vor dem Hintergrund dieser Befundlage werden in der Neuropsychologischen Abteilung computergestützte funktionelle Trainings gestörter Aufmerksamkeitsfunktionen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting für Patienten der Phasen B, C und D durchgeführt, die durch die Erarbeitung kompensatorischer Strategien eine sinnvolle Ergänzung erfahren.

Zur Therapie gestörter **Gedächtnisleistungen** kommen im Gruppensetting zwar auch funktionelle computerassistierte Therapien zum Einsatz, der Schwerpunkt liegt jedoch in der Erarbeitung von Strategien zur Kompensation des mnestischen Defizits (z. Bsp. Schuri, 2000). Zur Anwendung kommen bildhafte Vorstellungstechniken (imagery), spezifische, auf Alltagssituationen bezogene Lerntechniken sowie die Vermittlung metakognitiven Wissens über Gedächtnisstörung in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Techniken. Zusätzlich fordert und fördert das therapeutisch geleitete Gruppensetting die Selbsthilfe- und Selbstorganisationskompetenzen und ist weniger auf die Person des Neuropsychologen zentriert. Besondere Beachtung kommt der Übertragung des Gelernten auf den persönlichen Alltag des Patienten zu (Transfer).

Bei geplanter beruflicher Reintegration kann u.U. nach ausführlicher neuropsychologischer Diagnostik und therapeutischer Vorbereitung, paralleler Betreuung und Nachbereitung nach Entlassung eine Arbeitserprobung zur Überprüfung der längerfristigen kognitiven und psychophysischen Belastbarkeit durch hierfür kooperierende Unternehmen (z.B. Fa. SALO, date-up) durchgeführt werden.

Zusätzlich zu den Funktions- und Kompensationstherapien werden in der Neuropsychologischen Abteilung **verhaltenstherapeutische Interventionen** zur Verhinderung bzw. zur Behandlung psychischer Störungen als Folge eines akuten oder chronischen neurologischen Krankheitsgeschehens durchgeführt. Emotionale und Verhaltensprobleme stehen dabei genauso im Mittelpunkt wie beispielsweise die Krankheitsbewältigung, die Anpassung an die Krankheit und deren Folgen, bereits prämorbid bestehende Abhängigkeitserkrankungen, Schmerzbewältigung, der Umgang mit Stress, motivationale Probleme, Störungen der Krankheitseinsicht, Selbstwertproblematik als Folge erlebter physischer und kognitiver Beeinträchtigungen, die Lebenszufriedenheit, familiäre und berufliche Probleme, sowie Rollenveränderungen und -erwartungen.

Sowohl in der Einzeltherapie (z. T. unter Einbeziehung der Angehörigen) als auch in einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppentherapie zur Streß- und Krankheitsbewältigung werden mit Hilfe kognitiv-behavioraler Techniken dysfunktionale Kognitionen und deren Zusammenhänge mit Gefühlen und

Problemverhalten zunächst identifiziert und reflektiert um im anschließenden therapeutischen Prozess hilfreiche Kognitionen und Verhaltensweisen zu erarbeiten (Ellis, 1997).

Ein weiterer Indikationsbereich für verhaltenstherapeutische Methoden in der Neuropsychologischen Abteilung im Neurologischen Zentrum bezieht sich auf die direkten Verhaltensmodifikationen hirngeschädigter Verhaltensauffälligkeiten durch den Einsatz therapeutischer Techniken zur Verhaltensformung (z. Bsp. Selbstinstruktionstraining im Umgang mit nicht kontrollierten Affekten, Shaping). Diese Techniken verändern die Auftretenswahrscheinlichkeit beobachtbarer Handlungen und werden schwerpunktmäßig zum Abbau schädigender bzw. sozial nicht akzeptabler Verhaltensweisen eingesetzt. "Klassische" psychotherapeutischer Techniken müssen vor ihrer Anwendung bei hirngeschädigten Patienten verändert werden. So ist es beispielsweise notwendig, auf ein stark strukturiertes Vorgehen mit viel Redundanz und Wiederholungen zu achten. Ferner müssen schriftliche Hilfen sowie kurze Verhaltenssequenzen bei Rollenspielen und Verhaltensübungen verwendet werden (Gauggel et al., 1999).

Durch die enge Kooperation und durch kontinuierlichen wissenschaftlichen und therapeutischen Austausch mit niedergelassenen Neuropsychologen und Psychotherapeuten ist eine häufig noch notwendige ambulante Weiterbehandlung der in der stationären neurologischen Rehabilitation begonnenen neuropsychologischen Therapie sowie eine routinemäßige Katamnese gewährleistet.

Im Rahmen der **Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsschulung** werden in der Abteilung für Neuropsychologie des Neurologischen Zentrums zur Verbesserung der psychophysischen Regulationskompetenz die **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson** und das **Autogene Training** angeboten. Zusätzlich werden in regelmäßigen Abständen Vorträge zu den Themen ‚Alltagsdrogen‘, ‚Stress- und Stressbewältigung‘ sowie zu speziellen Problembereichen einzelner Krankheiten (z. Bsp. ‚neuropsychologische Aspekte und abnorme Ermüdbarkeit bei Multipler Sklerose‘) gehalten.

Die Neuropsychologische Diagnostik und Therapie bei Patienten mit **schwersten Orientierungs- und Gedächtnisstörungen** bedarf eines speziellen Ansatzes. Die Patienten mit schwersten Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, z. Bsp. infolge von schweren Schädel-Hirn-Traumata, cerebralen Hypoxien und Aneurysma-Blutungen, entwickeln häufig heftige emotionale Reaktionen (Ängste, Depressionen, Aggressionen, Impulsdurchbrüche). Erste Stufe der Behandlung ist daher die emotionale Stabilisierung der Patienten, um die Durchführung der neuropsychologischen Therapie und damit die Vermittlung von Lernerfolgen zu ermöglichen.

Die neuropsychologische Therapie umfasst nach umfassender neuropsychologischer Diagnostik zunächst eine schrittweise Konfrontation mit bestehenden Defiziten zur Erarbeitung eines realistischen Störungsbewusstseins und den damit verbundenen Aufbau einer notwendigen Therapiemotivation. In einem Orientierungstraining mit einem wenig konfrontativen Ansatz durch Nutzung impliziten Lernens und einer regelmäßigen Gedächtnistherapie mit dem Ziel der Erarbeitung und Nutzung internaler und externaler Gedächtnisstrategien soll eine sukzessive Reorientierung und Readaptation bis zur möglichst teilselbständigen Lebensführung erreicht werden.

Nach der detaillierten **Analyse der sprachsystematischen Störung** wird der Behandlungsplan in **Einzel-** und/oder **Gruppentherapie** sprachtherapeutisch umgesetzt, um die kommunikativen Fähigkeiten wiederherzustellen.

Die Gruppentherapien bieten dabei zusätzlich die Möglichkeit, die oft eingetretene soziale Isolation von Aphasikern zu durchbrechen, das Selbstvertrauen zu stärken und die Patienten zu weiteren Kontakten zu ermutigen. Diese Erfahrungen fördern die Voraussetzung dafür, dass die Patienten auch später im Anschluss an die stationäre Behandlung soziale Beziehungen eingehen und sich einer Selbsthilfegruppe anschließen können.

Die **Angehörigen** nehmen nach individueller Indikationsstellung an einzelnen Übungsstunden als Beobachter teil. Sie erhalten **Anleitung** zum angemessenen Kommunikationsverhalten im Umgang mit dem Patienten. Bei speziellen Kommunikationsproblemen, die sich mit Angehörigen z. B. aus vorbestehenden Konflikten ergeben oder die aus einer erschwerten Bewältigung der Krankheitsfolgen stammen, wird die Behandlung bedarfsweise durch eine begleitende Psychotherapie des Patienten (evtl. auch durch eine psychotherapeutische Beratung seiner Angehörigen) unterstützt.

Die Patienten und ihre Angehörigen werden individuell und gemeinsam über die vorliegende gesundheitliche Störung, z.B. Aphasie, und über die nach der Entlassung zur Verfügung stehenden therapeutischen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (z.B. Aphasiker-Zentren, Selbsthilfegruppen) informiert. Dabei erhalten sie Hinweise und Adressen und werden zur Kenntnisnahme von Informationsschriften der Fachverbände, Arbeitsgemeinschaften und Selbsthilfegruppen, z.B. des BRA, über die gesundheitliche Störung, über praktische Hilfen und über den Selbsthilfegedanken angeregt.

Angehörigenberatungen stellen ein wichtiges Instrument für die Vermittlung der Informationen dar, mit deren Hilfe die Angehörigen auf den Umgang mit der Erkrankung vorbereitet werden. Denn der Therapieerfolg lässt sich nur dann erhalten und weiter ausbauen, wenn das Üben des Erreichten und angepasste Kommunikationsformen (z.B. Umwegstrategien) Eingang in den Alltag des Patienten finden. Die Beratungen finden in Einzelterminen (mit Ärzten, Therapeuten) und gruppenweise mit gleichfalls Betroffenen statt.

Insgesamt stehen 11 Räume für die Einzeltherapien zur Verfügung, 4 Räume sind zusätzlich für die Gruppentherapien geeignet.

Qualifikation

Die Abteilung Logopädie besteht aus staatlich anerkannten Logopäden und Logopädinnen mit dem Abschluss Bachelor of Science.

Physio-, Sport- und Bewegungstherapie

Die aktive Behandlung von Bewegungsstörungen ist das Hauptarbeitsfeld der Physiotherapie. Lähmungen, Spastizität, Störungen der Bewegungskoordination, einschließende unwillkürliche und vom Patienten schwer zu kontrollierende Bewegungen und Sensibilitätsstörungen werden in einem systematischen physiotherapeutischen Therapieprogramm behandelt. Dafür ist eine hohe Motivation des Patienten und Bereitschaft zur Mitarbeit erforderlich. In enger Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten und der Pflege werden die vorliegenden motorischen Störungen systematisch abgebaut. Das Ziel ist die Wiederherstellung von Bewegungsabläufen,

die der natürlichen Motorik möglichst nahekommen bzw. ein hohes Maß an selbständiger Mobilität gewährleisten.

Die Abteilung besteht aus staatlich anerkannten Physiotherapeuten/-innen sowie Mitarbeitenden mit der Qualifikation Bachelor of Science oder Sport- und Bewegungstherapeuten. Für die Behandlungen steht ein 250m² großer Therapieraum mit 14 Therapiebänken sowie 6 Reservebänken für Einzeltherapien zur Verfügung. Zusätzlich finden Therapien in folgenden Räumen statt:

- 2 Gruppenräume, 1 Gruppenraum mit 60m², 1 Gruppenraum für Gerätegestützte Therapie mit 100m²
- 1 Trainingstherapieraum mit 90m²
- 1 Therapiehalle

In der wissenschaftlichen Rehabilitationsneurologie besteht heute Einvernehmen darüber, dass - wenigstens bei der (größten) Patientengruppe, nämlich den Patienten mit zentralen Paresen, - keine der gängigen krankengymnastischen Schulen einer anderen überlegen ist (Hummelsheim 1997). Erfreulicherweise hat sich in jüngster Zeit immer mehr herauskristallisiert, dass eine auf die **Symptomenkonstellation** des individuellen Patienten ausgerichtete Auswahl der krankengymnastischen Strategie mit einem **aufgabenorientierten**, zumeist **repetitiven** Training erforderlich ist (Hesse et al. 1995; Hauptmann und Hummelsheim 1996; Hauptmann et al. 1997).

An der Rehabilitation motorischer Störungen wirken im Neurologischen Zentrum Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Masseur, Ärzte und Neuropsychologen mit. Die durchgeführten Therapiemaßnahmen beruhen dabei auf aktuellen Erkenntnissen aus der Physiotherapie- und Plastizitätsforschung sowie auf den Ergebnissen von Studien zum motorischen Lernen bei Gesunden und bei Patienten mit motorischen Beeinträchtigungen. Die konsequente Umsetzung neuer, wissenschaftlich fundierter Therapieelemente in die praktische Rehabilitationsarbeit führt zu einer eindrucksvollen Optimierung des Rehabilitationsergebnisses und zu einer Beschleunigung der Dynamik der funktionellen Erholung (Hummelsheim et al. 1996). Dabei ist zu betonen, dass die neu eingeführten Elemente traditionelle Therapien keineswegs ersetzen, sondern vielmehr ergänzen und in ihrer Wirksamkeit positiv beeinflussen.

Demnach sind im Neurologischen Zentrum alle in der neurologischen Rehabilitation wichtigen krankengymnastischen Schulen vertreten. Von den traditionellen physiotherapeutischen Verfahren werden vor allem die Behandlungsmethoden nach Bobath (Bobath 1965), PNF (Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation, Kabat und Knott 1953), Brunckow (Bold und Grossmann 1978) und Vojta (1984) eingesetzt. Die jüngeren Methoden nach Affolter (Affolter und Stricker 1980) und Perfetti (Perfetti 1986) dienen sowohl in der Krankengymnastik als auch in der Ergotherapie zur Beeinflussung der gestörten Sensibilität und Wahrnehmung, deren Rolle in der Rehabilitation motorischer Störungen nicht unterschätzt werden darf. Die Therapiestrategien sind dabei jeweils so aufgebaut, dass wirksame Behandlungsansätze der einen traditionellen Schule durchaus mit Techniken einer anderen Schule und/oder mit neueren Therapiemethoden zu einem synergistischen Ansatz kombiniert werden. Dem Gedanken das repetitive Element in der Therapiekonzeption zu stärken, werden **gerätegestützte Therapien** ergänzend

eingesetzt und gefördert. Regelmäßig zum Einsatz kommt das **Laufbandtraining mit partieller Gewichtsentlastung**.

Dementsprechend ist die physiotherapeutische Abteilung des Neurologischen Zentrums in der Lage, Patienten mit allen Schädigungen und daraus resultierenden Funktionsstörungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie des Muskels zu behandeln. Für einige Patienten der Rehabilitationsphase C spielen darüber hinaus auch funktionserhaltende sowie komplikationsverhindernde Maßnahmen eine große Rolle. Minderung drohender Spastizität, Verhütung spastizitäts-bedingter Kontrakturen und Gelenkfehlstellungen, teilweise mit unterstützender **Botulinumtoxintherapie**, Gewöhnen des Patienten an die aufrechte Körperhaltung (Stehpult, Kipptisch), Anbahnen einer selbständigen Steh- und Gehfunktion, Förderung alltagsgerechter Extremitätenmotorik, Atemtherapie etc. sind hier zu nennen. Besonders wichtig ist die ständige Anleitung und Kontrolle durch einen rehabilitationsneurologisch besonders erfahrenen Arzt, um die Behandlungsstrategie auf die sich verändernde Patientensymptomatik anzupassen, aber auch um therapieinduzierte Komplikationen nicht entstehen zu lassen.

Die therapeutischen Angebote aus der Bewegungs- und Sporttherapie richten sich vorwiegend an die Patienten der Rehabilitationsphase D sowie an diejenigen Patienten der Rehabilitationsphase C, die weniger körperliche als kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Zunächst erfolgt eine Basisdiagnostik hinsichtlich **Kraft, Ausdauer und motorischer Koordination**. Dies ist für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden in einem das körperliche Leistungsvermögen in Anspruch nehmenden Beruf, aber auch hinsichtlich der zu empfehlenden Maßnahmen der Sekundärprävention wichtig.

Angeboten wird eine Reihe von Gruppentherapieprogrammen, die z.T. spielerisch, z.T. als sequentielle Therapieformen an speziellen Therapiegeräten (z.B. **Medizinische Trainingstherapie**) durchgeführt werden. In Abhängigkeit von seinen individuellen physischen Voraussetzungen nimmt der Rehabilitand regelmäßig am freien Schwimmen, am Ergometertraining sowie an weiteren, die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit, einschließlich des Koordinationsvermögens, verbessernden, Trainingsmaßnahmen teil (z.B. Fitness-Gruppen, Wassergymnastik). Auch Rollstuhltraining und Rollstuhlsport werden angeboten.

Gemeinsam mit Ergotherapeuten, Ärzten und dem Sozialdienst wird die ggf. erforderliche Hilfsmittelversorgung veranlasst und der Patient im Rahmen einer speziellen Trainingstherapie mit der Benutzung des Hilfsmittels vertraut gemacht. Gemeinsam mit den Ergotherapeuten erarbeiten Krankengymnasten ein auf den individuellen Patienten zugeschnittenes Trainingsprogramm zur nachstationären Sicherung und Festigung des Rehabilitationserfolges (**Nachsorge**).

Ergotherapie

Ergotherapeuten werden für die Patienten aller Rehabilitationsphasen tätig. Hauptzielsetzung ist die **Förderung von Aktivitäten alltäglicher Lebensführung** (sog. AdL-Training, einschl. Körperhygiene- und Anziehtrainings) sowie des **berufsrelevanten motorischen Leistungsvermögens**. Dies geschieht einmal durch eine funktionelle Übungsbehandlung, die z.B. die **Verbesserung der feinmotorischen Fertigkeiten der Hand**, das **Training von Sensibilität und**

Wahrnehmung, aber auch die **positive Beeinflussung von Störungen der Handlungs- oder Bewegungssequenzierung** zum Gegenstand hat. Hier wird besonderes Augenmerk auf die Anwendung repetitiver symptom- und aufgabenorientierter Trainingstrategien gelegt. So kommen modernste, auf neurowissenschaftlichen Grundlagen und – vor allen Dingen - wissenschaftlich evaluierte Therapien zum Einsatz. So werden in der Ergotherapie die **Spiegeltherapie** und **Videotherapie** als Einzeltraining, das schädigungs- und aufgabenorientierte Training nach Platz (Impairment-Orientated Therapy, **IOT**) sowie eine ‚forced-use‘ Trainingsgruppe (Constraint-Induced Therapy, **CIT**) zur Anwendung. Unterstützt werden diese neuen Therapieverfahren durch gerätespezifische Therapien, wie den **Bi-manu-Track**, den **ARMEO**, den **AMADEO** sowie den **YouGrabber**.

Zum anderen wird der Umgang mit Gegenständen des Alltags (Schreibmaschine, PC, Kochherd, Kaffeemaschine etc.) geübt. Dies ist häufig eng verbunden mit der Auswahl adäquater **Hilfsmittel**, um den Alltagseinsatz des Rehabilitanden soweit wie möglich in Richtung auf Unabhängigkeit und Selbständigkeit zu erweitern. Aufgabe der Ergotherapie ist es weiter, bei der **Verbesserung kognitiver Funktionen** mitzuwirken, dies in enger Kooperation mit den Neuropsychologen.

Im Neurologischen Zentrum stehen im Bereich der Ergotherapie **Holz- und Metallarbeitsplätze** und die Möglichkeit des PC-Trainings zur Verfügung. Dies ermöglicht im Einzelfall ein Training ebenso wie eine Erprobung der physischen und kognitiven Leistungsfähigkeit in einer der realen Arbeitswelt ähnlichen Atmosphäre (Belastungserprobung). Dabei wird die individuelle Ausbildungs- und Berufsbiographie des Patienten bei der Auswahl der Trainingsinhalte ebenso wie bei der sich ergebenden Leistungsbeurteilung zugrunde gelegt. Die zur Verfügung stehende **Übungsküche** wird sowohl seitens der Ergotherapie als auch seitens der Ernährungsberatung genutzt.

Personal:

Die Abteilung Ergotherapie im Neurologischen Zentrum besteht aus staatlich anerkannten Ergotherapeuten/-innen.

Räumliche Gegebenheiten

Standort Hamdorfer Weg:

- 150 m² großer Therapieraum für Einzel- und Gruppentherapien
- 34 m² im Therapieraum für gerätegestützte Therapie
- Therapieküche mit ca. 27 m²

Musiktherapie

Die **Neurologische Musiktherapie** umfasst standardisierte Techniken für funktionale Ziele im Bereich der Sensomotorik, der Sprache und des Sprechens sowie der Kognition. Häufig verwendete Techniken sind unter anderem die Rhythmisch-akustische Stimulation (RAS), das Therapeutische Instrumentalspiel (TIMP), das Musikalische Sequenztraining (PSE), das Rhythmische Sprechtraining (RSC), die Vokale Intonationstherapie (VIT), das Therapeutisches Singen (TS) sowie Elemente aus der tänzerischen Bewegungstherapie.

Rhythmus hat einen signifikanten Einfluss auf menschliche Bewegungsabläufe. Die **Rhythmisch-akustischen Stimulation** (RAS) wird eingesetzt, um verschiedene Aspekte des Ganges zu verbessern. Im **Therapeutischen Instrumentalspiel** (Therapeutic instrumental music performance, TIMP) werden Instrumente im Raum so angeordnet, dass bestimmte Bewegungsabläufe repetitiv trainiert werden können.

schmerzhaften neurologischen Erkrankungen (z.B. Polyneuropathien mit erheblichen Dys- und Parästhesien) leiden. Kälte- und Wärmeanwendungen sowie Strombehandlungen stehen hier zur Verfügung. Insbesondere bei Patienten mit zentralen Paresen der oberen Extremität wird zur Prophylaxe bzw. Behandlung einer Algodystrophie der Hand eine **Lymphdrainage-Behandlung** häufig erforderlich sein. Sie bildet mit ihrer die aktivierenden Therapieformen unterstützenden Funktion einen Kernbestandteil der komplex strukturierten Arm- und Handrehabilitation. Darüber hinaus ist der Wert bestimmter physikalisch-medizinischer Maßnahmen bei internistischen Erkrankungen (z.B. Inhalationen) und auch für das psychische Wohlbefinden nicht zu unterschätzen.

Des Weiteren erfolgt die Anwendung der konventionellen Elektrostimulation und insbesondere der **EMG-getriggerten Elektrostimulation** durch die Physikalische Abteilung. Für die EMG-getriggerte Elektrostimulation werden geeignete Patienten dahingehend geschult, dass sie diese nach der Entlassung zu Hause als **Eigentaining** fortführen können. Die Abteilung der Physikalischen Therapie besteht aus staatlich anerkannten Masseuren / med. Bademeistern mit der Zusatzqualifikation Ödem-Therapie. Für die Behandlungen steht ein ca. 60m² großer Therapieraum mit 7 Therapiebänken für die Einzeltherapien zur Verfügung.

Sozialdienst

Beratung in allen Sozialbelangen, Kontaktherstellung (Institutionen, Dienste, Arbeitgeber, Beratungsstellen, Beschaffung von Heimplätzen), Unterstützung bei Wechsel der Rehabilitationsphasen und Kostenträger, Hilfe bei Planung und Einleitung der Nachsorge nach Entlassung und arbeits- und berufsbezogenen Weichenstellungen.

Das Aufgabenfeld des Sozialdienstes gestaltet sich in besonders enger Kooperation mit dem ärztlichen Dienst. Bereits innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme lernen Phase C Patienten eine unserer Sozialarbeiterinnen kennen, die mit ihm (und/oder ggf. mit den Angehörigen) ein Gespräch über die **individuelle Lebenssituation** führt. Dabei werden Informationen über soziale Bezüge (Familie, Freunde etc.), Wohnung, Ausbildung, Beruf und berufliche Perspektiven, finanzielle Situation, Hobbys und Freizeitverhalten gewonnen. Während des gesamten Aufenthaltes im Neurologischen Zentrum soll der Sozialdienst dem Patienten und seinen Angehörigen ein wichtiger **Ansprechpartner** sein.

Die Rolle des Sozialdienstes im Rahmen der Teamstruktur besteht darin, im Kontakt mit den Ärzten und Therapeuten immer wieder die Lebens- und Berufsperspektive des Patienten unter Berücksichtigung der erzielten Fortschritte zu bewerten. Frühzeitig werden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bzw. der Berufsförderung, ggf. unter Hinzuziehung des Reha-Beraters/Berufshelfers eines Sozialleistungsträgers, erwogen. Hilfen bei der Umgestaltung des Arbeitsplatzes bzw. der Wohnung, beim Finden einer neuen Wohnung, zur Integration in eine therapeutische Wohngemeinschaft, die Kontaktvermittlung zu Selbsthilfeverbänden, die Einleitung einer adäquaten Hilfsmittelversorgung, die Organisation des Wechsels in eine Institution der Dauerpflege, die Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Sozialleistungsträgern, z.B. auch bei der Beantragung weiterer Leistungen, stellen nur einen Ausschnitt aus dem umfangreichen Aufgabenkatalog des Sozialdienstes dar.

70-80 Punkte) relativ hoch, so dass medizinisch-berufliche Angebote keinen Schwerpunkt darstellen.

Nichtsdestotrotz werden der Arbeitsplatzberatung und der sozialmedizinischen Beurteilung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Dies betrifft die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Neuropsychologen und dem Sozialdienst. Soweit infrastrukturell möglich werden Musterarbeitsplätze durch die Ergotherapie simuliert. In der berufsfördernden Nachsorge wird mit den Firmen SALO und date-up kooperiert. Das entsprechende MBOR-Konzept ist in der Dokumentensoftware (*siehe QM-Dokumentensoftware roXtra*) hinterlegt.

4.5.4 Gesundheitstraining und Patientenschulung

Als **Basisprogramm** zur Gesundheitserziehung finden regelmäßig Vorträge der Oberärzte (Information über Neurorehabilitation), der Physiotherapie (Gesunde Bewegung), der Psychologie (separat Umgang mit Stress und Alltagsdrogen) und der Diätberatung statt (Gesunde Ernährung).

Unter **Gesundheitstraining** sind diejenigen Aktivitäten zu verstehen, die der Information, Motivierung und Schulung des Patienten dienen. Er soll über seine Erkrankung und die Wechselwirkung zwischen Risikofaktoren, seinem Verhalten, seinen Gewohnheiten und der Erkrankung aufgeklärt werden. Dabei soll seine Eigeninitiative zu gesundheitsbewusstem Verhalten gefördert werden. **Gesundheitstrainings** sind ein implementierter Bestandteil der individuellen Rehabilitationspläne für die Rehabilitanden der Phase D.

Spezielle indikationsbezogene **Schulungsprogramme** haben zum Ziel, dass der Patient bestehende Gesundheitsrisiken und Behinderungen erkennt und angemessenes Verhalten im Alltag einübt (z.B. Verhaltenstraining für Patienten mit Epilepsie oder Gefäßerkrankungen).

Die hier im Haus eingesetzten Formen des Gesundheitstrainings entsprechen vollständig oder zumindest weitestgehend den **KTL-Anforderungen**. Alle oben genannten Angebote werden entsprechend den Vorgaben der KTL-Richtlinien von gut ausgebildeten und qualifizierten Referenten durchgeführt.

Die **Einarbeitung** neuer Referenten erfolgt in der Regel durch co-therapeutische Teilnahme an dem jeweiligen Angebot. Bei den Gesundheitsvorträgen der Abteilung ‚Psychologie‘ werden die Vorträge nach Möglichkeit zunächst vor Kollegen gehalten und Änderungsvorschläge werden berücksichtigt.

Es ist selbstverständlich ein großes Anliegen von uns, in allen Angeboten des Hauses den ganzen Menschen und seinen Lebensstil in den Blick zu nehmen und jeden Patienten dazu zu motivieren, dem Ziel näherzukommen, einen für ihn gesundheitsförderlichen Lebensstil aufzubauen.

Die besondere Herausforderung der neurologischen Rehabilitation liegt darin, Menschen mit sehr heterogener körperlicher, kognitiver und emotionaler Leistungsfähigkeit mit den passenden Therapieangeboten zu versorgen. Beispielsweise muss in der Krankengymnastik der Rollstuhlfahrer teilweise andere Vorschläge zu dem Aufbau eines aktiven Lebensstils erhalten als der körperlich unbeeinträchtigte Patient; Patienten mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen brauchen im Gegensatz zu kognitiv unbeeinträchtigten Patienten Angebote, die diesen Einschränkungen Rechnung tragen; und bei emotional stark beeinträchtigten

Patienten stellt sich im Gegensatz zu Patienten mit normaler Stimmungslage die Frage, wann der richtige Zeitpunkt ist, sie mit bestimmten Themen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung zu konfrontieren.

Dieser **Heterogenität** unserer Patienten werden wir am ehesten in therapeutischen Einzelkontakten gerecht. Wo sinnvoll, wurde jedoch ein umfangreiches und teilweise von den Anforderungen her abgestuftes Gruppenangebot entwickelt, in dem Themen zur Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt werden. Nach Möglichkeit werden hierbei die von den Rentenversicherungsträgern vorgeschlagenen Inhalte dargeboten und Vorschläge zur idealen Vermittlung dieser Inhalte werden berücksichtigt. Teilweise ist dabei aber aufgrund der eben aufgeführten Besonderheiten unserer Patienten eine Modifikation notwendig. Dies soll anhand eines Beispiels aus den psychologischen Therapieangeboten verdeutlicht werden. Ein klassisches Thema des Gesundheitstrainings ist die Stressbewältigung. Ein sehr häufiges Problem neurologischer Patienten sind Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Man kann sich leicht vorstellen, dass Menschen, die krankheitsbedingt nur vergleichsweise langsam reagieren können, die ablenkbar sind und die bei geistiger Anstrengung schnell ermüden im Berufsalltag mehr Stress haben als Menschen ohne solche Probleme. Selbstverständlich sollen diese Menschen Selbsthilfestrategien im Umgang mit Stress erlernen; die von den Rentenversicherungsträgern vorgeschlagenen Standard-Programme sind aber in diesem Falle allein nicht ausreichend, da sie den Patienten keine Erklärungen dafür geben, warum sie seit der neurologischen Erkrankung viel stärker anfällig sind für Stress als vorher. Daher werden in dem Vortrag „Stress und Stressbewältigung“ zusätzlich zu allgemeinen Informationen zu dem Thema auch Aspekte berücksichtigt, die speziell für viele neurologische Patienten gelten. Zudem werden in einer sogenannten „Aufmerksamkeitsgruppe“ einerseits Aufmerksamkeitsstörungen näher erläutert und andererseits Selbsthilfestrategien für aus den Störungen resultierende typische Stresssituationen interaktiv erarbeitet. Gleichmaßen wurden in der Krankengymnastik und Ernährungsberatung Gruppenangebote entwickelt, die sich einerseits an die Vorschläge der Rentenversicherungsträger möglichst eng anlehnen, die andererseits aber in geeigneter Weise auf unsere Patienten zugeschnitten sind.

Im Folgenden sollen die Angebote kurz dargestellt werden. In dem Vortrag ‚**Neurologische Erkrankungen**‘ wird durch Oberärzte eine Einführung in die neurologische Rehabilitation gegeben (Frequenz: alle 2 Wochen). Häufige neurologische Erkrankungen werden erklärt und therapeutische Maßnahmen werden vorgestellt. Im durch eine Internistin geleiteten ‚**Curriculum Bluthochdruck**‘ werden auf der Basis der "Curricula für das Gesundheitstraining in der medizinischen Reha des DRV-Bund, Version 2010 nach I.W. Franz" 2 Unterrichtseinheiten von 45 Minuten angeboten. Zusätzlich wird das "Curriculum Hypertonie Modul Blutdruckmessung mit praktischen Übungen" des DRV Bund in einer Einheit von 45 Minuten durch eine hierfür geschulte Krankenschwester vorgestellt.

Im Bereich der Ernährungsschulung und –beratung wird in hoher Frequenz (1 x wöchentlich) für alle Phase D-Patienten und wo sinnvoll, auch Phase C-Patienten, ein **Vortrag zur gesunden Ernährung** angeboten. Weiterhin gibt es **indikationsspezifische Ernährungsgruppen** für die Themenbereiche ‚**Fettstoffwechsel**‘, ‚**Diabetes**‘ und ‚**Reduktion**‘. Individuellen Ernährungsproblemen wird durch Einzelberatungen Rechnung getragen; wo sinnvoll, wird mehr als ein Beratungsgespräch bei einer Diätassistentin und Ernährungsberaterin ermöglicht.

Die Teilnehmer der Gesundheitstrainings können wie folgt **Rückmeldung** zu den Veranstaltungen geben:

Allen Patienten wird bereits zu Beginn des Reha-Aufenthalts ein Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Reha-Aufenthalt ausgehändigt, auf dem sie u.a. die Gesundheitsvorträge beurteilen können. Es wird darum gebeten, diese Vorträge auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) zu bewerten. In der Regel werden die Vorträge mit 1-2 bewertet. Teilweise finden mündliche Befragungen am Ende der Veranstaltung statt, um den Lernerfolg der Teilnehmer einschätzen zu können. Bei Gelegenheit werden Patienten im Rahmen der therapeutischen Einzelkontakte sowie in Stationsarzt- und Chefarztvisite nach ihrer Einschätzung befragt. Bei konstruktiven Vorschlägen und Anregungen werden die Veranstaltungen ggf. angepasst.

4.5.5 Einbeziehung der Angehörigen

Angehörige werden wie folgt eingebunden:

- Sofern medizinisch oder sozialmedizinisch notwendig erfolgt schon am Aufnahmetag eine persönliche oder telefonische Kontaktaufnahme durch den behandelnden Arzt/Ärztin zu den Angehörigen/Betreuer.
- Kümmern sich mehrere Angehörige um einen Patienten, wird unsererseits gebeten, möglichst nur einen Ansprechpartner seitens der Familie zu nennen.
- Es gibt keine formalen ärztlichen Sprechzeiten für Angehörige, Termine werden nach Absprache vereinbart. Der Kontakt erfolgt direkt telefonisch oder über die Stationsschwester. Das gleiche gilt für Gesprächstermine mit dem behandelnden OA oder mit dem CA, hier erfolgt die Terminvereinbarung über das Sekretariat.
- Gesprächstermine mit den behandelnden Therapeuten, hier in erster Linie mit den Psychologen, erfolgen ebenfalls nach telefonischer Absprache. In den meisten Fällen wird die Stationsschwester den Kontakt vermitteln.
- Gesprächstermine mit dem Sozialdienst werden den Angehörigen angeboten und sind erwünscht, zum Teil dringend notwendig, um eine Weiterversorgung nach dem Rehabilitationsaufenthalt sicherzustellen.
- Im Neurologischen Zentrum gibt es empfohlene aber keine festen Besuchszeiten, so dass Angehörigenbesuche grundsätzlich immer möglich sind. Es wird jedoch gebeten zu bestimmten Zeiten (Morgentoilette/-pflege, Mittagsruhe und Nachtruhe) von Besuchen im Interesse der Patienten abzusehen.
- Grundsätzlich ist die Teilnahme von Angehörigen in einzelnen Therapiesitzungen erwünscht/möglich/notwendig. Stellt sich in der Therapeutenbesprechung heraus, dass die Teilnahme eines Angehörigen für den Therapieablauf kontraproduktiv ist, wird dies den Angehörigen durch die behandelnden Ärzte erläutert.
- Angehörige können a) bei entsprechender Kostenübernahme im Zimmer, b) in kliniknahen Appartements oder c) im VITALIA Hotel nächtigen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit begleitende Kinder im Familienzentrum und in kooperierende Schulen zu betreuen.
- Das Neurologische Zentrum kooperiert mit ‚Die Angehörigenschule‘. Regelmäßig werden themenspezifische Fortbildungen in den Räumen des NZ angeboten. Die Flyer mit allen in Hamburg und Schleswig-Holstein

stattfindenden Terminen werden halbjährlich aktualisiert und Angehörigen zur Verfügung gestellt.

4.6 Entlassungsmanagement

Die Entlassungsplanung wird frühzeitig unter Einbeziehung von Patienten und Angehörigen und den jeweiligen Berufsgruppen (Arzt, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialdienst) geregelt. Die Planung der Entlassung orientiert sich hierbei an den **individuellen Bedürfnissen** des Patienten. Diese unterschiedlichen Bedürfnisse werden im Rahmen eines / in aller Regel mehreren Beratungsgesprächen im Sozialdienst herauskristallisiert. Der Sozialdienst wird hierbei von Mitarbeitern des Entlassmanagements unterstützt, welches sich in enger Absprache mit den Patienten und / oder Angehörigen um die Bereitstellung der Hilfsmittel kümmert.

Da bereits im Vorfeld der Entlassung weiterführende Rehabilitations-Maßnahmen geplant und beantragt werden, wird eine zeitnahe Anbindung nach der Entlassung sichergestellt. Somit ist sichergestellt, dass durch eine engmaschige Betreuung durch den Sozialdienst jederzeit bedarfsgerecht den Anliegen der Patienten entsprochen werden kann.

Jeweils ca. 10 Tage vor Ablauf der initialen Kostenzusage wird im Rahmen der Oberarztvisite über eine notwendige **Verlängerung** entschieden, wobei hierzu die Informationen (Teamsitzung, Zwischenberichte, Absprachen) aus dem gesamten Reha-Team einfließen. Wird der vorgesehene Entlassungstermin bestätigt oder in Absprache mit den Patienten/Angehörigen ein vorzeitiger Termin gewählt, erfolgt durch die Stationsschwester eine Meldung an a) die Therapieplanung (zur Einplanung der Abschlussuntersuchungen), b) an das Aufnahmebüro (zur Planung der freien Betten), c) die einzelnen Abteilungen und d) bei Bedarf an den Sozialdienst, wobei bei Phase C Patienten schon frühzeitig bei Aufnahme ein erster Kontakt durch den Sozialdienst bzw. durch die ‚Case Managerin‘ erfolgt.

So erhält der Sozialdienst von der zentralen Patientenaufnahme im Vorwege die Einbestellungs- bzw. Anreiselisten. Ferner werden die Patienten im wöchentlich stattfindenden Begrüßungsgespräch auf die Präsenz des Sozialdienstes hingewiesen.

Die Anmeldungen für die Beratungen des **Sozialdienstes** erfolgen durch bzw. über den ärztlichen Dienst der Klinik. Durch die vorliegende Einbestellungs- bzw. Anreiseliste ist zudem gewährleistet, jeden Patienten von Seiten des Sozialdienstes selbst bedarfsgerecht anzusprechen und zu betreuen. Ein enger Informationsaustausch mit den Stationen, mit den Therapeuten und den Ärzten über die gesundheitliche Entwicklung der Patienten ist Basis für Inhalt und Umfang der Beratungs- und Unterstützungsangebote, gerade weil bei den neurologisch erkrankten Patienten häufig Veränderungen der sozialen Situation auftreten.

Der Sozialdienst ist nach ärztlicher Anordnung auch für die Organisation der **Nachsorge** (z.B. IRENA, §74 SGB V, berufsfördernde Maßnahmen, Fa. SALO, date-up) zuständig. Zur Sicherstellung einer stabilen Reintegration in das Berufsleben wird bei gegebener Indikation eine stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“, §74 SGB V) veranlasst und mit dem Arbeitgeber abgestimmt. Das Stufenschema erarbeiten Patient und Arzt gemeinsam, die weitere Durchführung erfolgt durch den Sozialdienst. Ggf. erfolgt durch den behandelnden Arzt eine telefonische Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt.

Soweit noch nicht während des stationären Aufenthaltes im Zuge einer Rehabilitationsberatung erfolgt, kann durch den Sozialdienst auch eine Prüfung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) heimatnah vermittelt werden, mit dem Ziel, die Möglichkeiten einer Reintegration ins Erwerbsleben zu verbessern.

In schweren Fällen kann eine Weiterbehandlung in einer Tagesklinik oder Heim erforderlich sein –auch hier ist der Sozialdienst vermittelnd tätig.

Falls im Anschluss an den Aufenthalt eine weitere ambulante neurologische Behandlung erforderlich ist, erfolgen hierzu vor Entlassung die ersten Weichenstellungen. Das gleiche gilt für die u.U. notwendige Hilfsmittelversorgung. Bei empfohlener ambulanter Ergotherapie/Physiotherapie/Logopädie oder Neuropsychologie erhält der Patient Orientierung im Hinblick auf die Suche nach einem passenden Behandlungsplatz und Unterstützung dabei, ggf. werden bereits vor Entlassung erste Kontakte geknüpft. Dies erfolgt direkt über die jeweiligen Therapeuten und dem Sozialdienst.

Alle Patienten erhalten bei Entlassung einen **Medikamentenplan**, Medikamente für bis zu 3 Tage und einen an den Nachbehandler gerichteten Kurzbrief mit den wesentlichen Informationen zum Reha-Ablauf. Anschlusstermine, z.B. empfohlene Kontrolluntersuchungen, werden im Brief vermerkt. Patienten, die in eine institutionelle Pflegeeinrichtung entlassen werden, erhalten einen Pflegeüberleitungsbogen. Der Kurzbrief und ggf. auch der Pflegeüberleitungsbogen liegen am Abend vor Entlassungstag vor. Ein u.U. notwendiger Transport wird durch die Stationschwester organisiert.

Generell wird während der Oberarztvisiten diskutiert, ob und welche ärztlichen Nachbehandler (Hausarzt, Betriebsarzt, Facharzt) bereits vor Erhalt des Entlassungsbriefes eine fernmündliche Rückmeldung zum weiteren Vorgehen erhalten sollen.

Die Erstellung des **Entlassungsberichtes** (siehe auch „Entlassungsberichterstellung und –versand“ roXtra Dok. Nr. 3141) findet im Neurologischen Zentrum besonderes Augenmerk, weil er nicht nur die Grundlage für eine sinnvolle **medizinische** Behandlungskontinuität, sondern auch für **leistungsrechtliche** Entscheidungen der Sozialversicherungsträger darstellen kann. Darüber hinaus ist er zur Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität wichtig. Ein Vergleich des angestrebten Rehabilitationszieles mit dem Rehabilitationsergebnis muss jederzeit möglich sein.

Der inhaltliche Aufbau der Entlassungsberichte entspricht den **Vorgaben der DRV**. Entlassungsbriefe von Patienten in Kostenträgerschaft der **Krankenversicherungen** orientieren sich inhaltlich ebenfalls an diesen Vorgaben, sind aber hinsichtlich des formalen Aufbaus den spezifischen Erfordernissen der Versicherten angepasst. „Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht - Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015“ ist im roXtra abrufbar. Die inhaltliche Umsetzung der Vorgaben wird durch die Kontrolle („Vidierung“) der Oberärzte und des Chefarztes sowie durch regelmäßige interne Schulungen („Sozialmedizinisches Kolloquium“) gewährleistet. Die Verantwortung für die **Qualität** und die zügige Fertigstellung des Entlassungsberichtes und insbesondere der sozialmedizinischen Beurteilung liegt beim Leitenden Arzt.

Die Entlassungsberichterstellung erfolgt über den gesamten Prozess EDV gestützt. Die Abschlussberichte der Therapeuten (Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie,

Physiotherapie, Physikalische Therapie) sollen bei geplanten Entlassungen bis zum Entlassungstag den Ärzten vorliegen. Bei unvorhersehbaren vorzeitigen Entlassungen erfolgt eine Meldung durch die Ärzte (oder durch die beauftragte Stationschwester) an die jeweiligen Abteilungsleiter mit der Bitte um unmittelbare Fertigstellung. Die Therapieplanung leitet eine schriftliche Information direkt an die Therapeuten weiter. Notfälle werden mit einem Kurzbrief und den wesentlichen zur Verfügung stehenden Informationen verlegt – im Anschluss erfolgt ein regulärer Abschlussbericht entsprechend der hier genannten Vorgaben.

4.7 Notfallmanagement

In den Bereichen Neurologisches Zentrum am Hamdorfer Weg und am Kurpark gibt es jeweils eigenständige Notfallkonzepte. Am Standort Hamdorfer Weg erfolgt ein zweistufiges Vorgehen, das in einer gesonderten Verfahrensanweisung (*siehe QM-Dokumentationssoftware roXtra*) beschrieben ist und gesondert als Ablaufschema an neuralgischen Punkten aushängt.

Für den Standort Am Kurpark gilt das Notfallkonzept der Kardiologie (*siehe QM-Dokumentationssoftware roXtra*). Alle Mitarbeitenden werden diesbezüglich im Rahmen der Einarbeitung und bei Neuerungen regelmäßig geschult.

5.0 QUALITÄTSSICHERUNG

5.1 Beschwerdemanagement

In der Klinik ist eine Beschwerdemanagerin benannt, welche regelmäßige Sprechstunden anbietet und sich mit schriftlich eingereichten Beschwerden oder Verbesserungsvorschlägen der Rehabilitanden befasst. Zudem ist eine telefonische Beschwerdeline zu büroüblichen Zeiten besetzt. Bei der Anreise werden die Rehabilitanden ausdrücklich auf die Möglichkeit sich zu beschweren hingewiesen. Die Beschwerdeäußerung wird z.B. durch Aushänge stimuliert. Die Rehabilitanden erhalten schnellstmöglich eine Rückmeldung.

Die Beschwerden und Vorschläge werden regelmäßig ausgewertet und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses schnittstellenübergreifend bearbeitet. Das Qualitätsmanagement leitet Maßnahmen ab.

Beschwerden, die über die DRV eingereicht werden, werden im Rahmen eines gelenkten Prozesses bearbeitet.

5.2 Rehabilitandenbefragung

Am Anreisetag, spätestens jedoch 3 Tage vor Entlassung, erhält jeder Patient von der zuständigen Pflegekraft einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Dieser kann anonym in die dafür vorgesehenen Briefkästen eingeworfen werden. Das Qualitätsmanagement erfasst, analysiert und bewertet die Fragebögen nach Schulnoten. Hinweise von Patienten auf Unregelmäßigkeiten bzw. technische Mängel werden umgehend an die zuständigen Verantwortlichen weitergeleitet. Die statistischen Auswertungen der Rehabilitandenbefragungen werden in den Abteilungsleiterkonferenzen vorgestellt und den Verantwortungsbereichen zur Verfügung gestellt. Die Bewertung von Freizeitangeboten findet direkt im Anschluss an eine Veranstaltung statt.

Die **Terminplanung** für den Patienten erfolgt nach medizinischen, therapeutischen und organisatorischen Vorgaben durch ein computergestütztes System (Magrathea) seit 2001. Für die Patienten wird dadurch der Tagesablauf transparenter, Terminverschiebungen sind unkomplizierter zu realisieren, es ergeben sich aufwandsneutral mehr Termine pro Patient und Therapeutenwechsel lassen sich verringern.