

# Einrichtungskonzept

## der Abteilung für Neurologische Frührehabilitation

### des Klinikums Osnabrück



## Inhaltsverzeichnis

<b>2</b>	<b>Der Patient in der Neurologischen Frührehabilitation</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Organisationsstruktur</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Ausstattung</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Medizin-technische Ausstattung</b> .....	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Ausstattung der Therapiebereiche</b> .....	<b>7</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Physiotherapie</b> .....	<b>7</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Ergotherapie</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Logopädie</b> .....	<b>9</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Neuropsychologie</b> .....	<b>9</b>
<b>5.1</b>	<b>Aufnahme</b> .....	<b>10</b>
<b>5.2</b>	<b>Behandlungskonzepte</b> .....	<b>11</b>
<b>5.3</b>	<b>Ärztliche Diagnostik und Therapie, interdisziplinäre Behandlungsplanung</b>	<b>11</b>
<b>5.4</b>	<b>Pflege</b> .....	<b>13</b>
<b>5.5</b>	<b>Therapiebereiche</b> .....	<b>14</b>
<b>5.5.1</b>	<b>Physiotherapie</b> .....	<b>14</b>
<b>5.5.2</b>	<b>Ergotherapie</b> .....	<b>15</b>
<b>5.5.3</b>	<b>Logopädie</b> .....	<b>18</b>
<b>5.5.4</b>	<b>Neuropsychologie</b> .....	<b>18</b>
<b>5.5.5</b>	<b>Sozialdienst</b> .....	<b>19</b>
<b>5.6</b>	<b>Entlassungsmanagement</b> .....	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Ergänzende Angebote</b> .....	<b>21</b>
<b>6.1</b>	<b>Seelsorge</b> .....	<b>21</b>
<b>6.2</b>	<b>Hilfsmittelversorgung</b> .....	<b>21</b>
<b>6.3</b>	<b>Bezugstherapeut</b> .....	<b>21</b>
<b>6.4</b>	<b>ICF Beauftragter</b> .....	<b>22</b>
<b>6.5</b>	<b>Dokumentation</b> .....	<b>22</b>

## 1 Einleitung

Neurologische Frührehabilitation (NFR) bedeutet die zum frühesten Zeitpunkt begonnene und individuell abgestimmte rehabilitative Behandlung auch sehr schwer beeinträchtigter Patienten mit im Vordergrund stehender neurologischer Erkrankung. Sie hat sich in den letzten 25 Jahren etabliert als effektive und effiziente Therapieform, auch für Menschen, die völlig auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Als Beginn der NFR kann der Anfang des 20. Jahrhunderts benannt werden. Viele junge Verletzte des 1. Weltkrieges überlebten und wurden trotz eines Handicaps in das Erwerbsleben zurückgeführt. Im 2. Weltkrieg wurden nach einem Konzept von Wilhelm Tönnis Hirnverletzte in einer Sondereinrichtung akut-medizinisch und rehabilitativ behandelt, ebenfalls mit dem Schwerpunkt der beruflichen Wiedereingliederung. In den 1950-er Jahren förderten insbesondere die Rentenversicherer Rehabilitationsangebote, um die Gesundheit chronisch Erkrankter mittels Heilverfahren oder Patienten nach einer akuten Erkrankung mittels Anschlussheilbehandlungen zu unterstützen. Voraussetzung für die Behandlung war eine weitreichende Selbständigkeit der Patienten in den alltäglichen Verrichtungen. Mit Verbesserung gerade der neurochirurgischen Therapiemöglichkeiten seit den 1970-er Jahren überlebten viele Schädel-Hirn-Verletzte mit schweren neurologischen Defiziten.

Hier entstand das Konzept der NFR: Auf krankenhausähnlichen Stationen wurde mit Hilfe eines hohen Personalschlüssels im Pflege- und Therapiebereich die intensive Förderung der oft vollständig auf Unterstützung angewiesenen Patienten durchgeführt. Aufgrund guter funktioneller Ergebnisse wurde wenige Jahre später auch Patienten nach einem Schlaganfall diese Behandlungsform ermöglicht.

1969 erfolgte auf Initiative der Sozialpartner die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Sicherstellung und Gestaltung der Rehabilitation im Gesamtsystem der sozialen Sicherung. Sie ist ein Gremium, welches sich aus Spitzenverbänden der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen, Vertretern der Bundesländer, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, dem deutschen Gewerkschaftsbund, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammensetzt. Primäres Ziel und Anliegen der BAR ist darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden. Die BAR gewährleistet bei enger Kooperation und Koordination der beteiligten Leistungsträger mit einem interdisziplinären Ansatz im Zusammenspiel mit Fachdisziplinen, Berufsgruppen und Betroffenen eine lückenlose und zielgenaue Rehabilitation.

In den 1970er Jahren wurden auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) medizinisch-berufliche Rehabilitationseinrichtungen, sog. „Phase II“ Einrichtungen geschaffen. Im Modellprojekt des Jahres 1986 von Gobiet, Hessisch-Oldendorf, zusammen mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften bestätigte sich, dass auch schwerst betroffene, intensivbehandlungs- und auch beatmungspflichtige Patienten von einer NFR profitieren. Förderer der NFR waren in den folgenden Jahren insbesondere die Hannelore Kohl Stiftung (Kuratorium ZNS) und der Verband der Rentenversicherungsträger.

Die Hannelore Kohl Stiftung war es auch, welche unsere Klinik in der Umsetzung der stationären neurologischen Frührehabilitation maßgeblich unterstützte.

1994 wurde vom Verband der Rentenversicherungsträger das so genannte Phasenmodell in der Neurologischen Rehabilitation (A-F) eingeführt:

Phase A: Akutbehandlung, auch intensivmedizinisch

Phase B: Frührehabilitation, schwerst geschädigte Patienten

Phase C: Frührehabilitation, schwer geschädigte Patienten

Phase D: Weiterführende Rehabilitation, klassische Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation (so genannte AHB)

Phase E: Berufliche Rehabilitation

Phase F: Zustandserhaltene und / oder dauerhaft unterstützende Rehabilitation, stationäre Langzeitpflege

Unsere Abteilung wurde von Herrn PD Dr. Haller (Neurologie) aufgebaut. Herr Dr. Haller hatte bereits in den 1980-er Jahren gemeinsam mit Prof. Dr. Mommsen (Unfallchirurgie) auf der so genannten neurologisch-chirurgischen Station des ehemaligen Städtischen Krankenhauses erste Patienten nach Schädel- Hirn- Trauma stationär rehabilitativ behandelt. Daraus entwickelte sich mit Unterstützung des Kuratoriums ZNS die Keimzelle der heutigen Abteilung für neurologische Frührehabilitation. Im Januar 1994 zog diese an den Standort „Klinik am Natruper Holz“ in Osnabrück um. Im November 2014 erfolgte der Umzug zum jetzigen Standort am „Klinikum Osnabrück“ im „Zentrum für Neurologie und Geriatrie“ (ZNG).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitete 1995 „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten krankheitsbedingten Einschränkungen in den Phasen B und C“. Diese beschreiben für beide Phasen Patientencharakteristika mit Eingangskriterien, Behandlungs- bzw. Rehabilitationszielen, Therapieschwerpunkte und -dichte, Behandlungszeitraum und gaben Hinweise für eine sich anschließende Behandlung sowie zur leistungsrechtlichen Zuordnung. Zum letzten Punkt: „Für die Betten der Phase B tragen die Länder, die Kranken- und Unfallversicherungen, für die Betten der Phase C die Renten-, die Kranken- und die Unfallversicherungen die Strukturverantwortung.“

Wichtig sind insbesondere die Empfehlungen zur Behandlungsdauer. Für die Phase B lauten die Hinweise für die Behandlungszeit „in der Regel bis zu sechs Monaten, bei besonderer medizinischer Indikation und Prognose auch länger. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden. Bei Patienten mit unterbrochenen Behandlungszeiträumen wird in der Regel von einer achtwöchigen Beobachtungsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials ausgegangen.“

Für die Phase C lauten die Hinweise zur Behandlungszeit „in der Regel achtwöchige Beobachtungsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials. Bis zu sechs Monaten, bei besonderer medizinischer Indikation und günstiger Prognose auch länger. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden.“

Mit Inkrafttreten des SGB IX zum 1.7.2001 in einer Ergänzung des §39 SGB V wurde der Anspruch auf Neurologische Frührehabilitation gesetzlich verankert.

Als Instrument zur Verlaufsbeurteilung und zur Zuordnung der betroffenen Patienten in eine der Rehabilitationsphasen B bis D hat sich insbesondere der so genannte Frührehabilitations-Barthel-Index bewährt. Der Score ist multidimensional aufgebaut und beschreibt die Selbständigkeit des Patienten in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten, bzw. des Ausmaßes seiner Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit.

Er gibt ein gewichtetes Gesamtbild der Schwere der rehabilitationsbezogenen Beeinträchtigungen des Patienten. Er reicht von -325 bis +100 Punkte. Der Frührehabilitations-Barthel-Index hat Eingang in die Deutschen Kodierrichtlinien gefunden. Die Prozedur der neurochirurgisch-neurologischen Frührehabilitation (OPS 8552) der Phase B erfordert einen Index von  $\leq 30$  Punkten. Die Grenze zwischen den Phasen C und D ist nicht eindeutig festgelegt und beträgt in unserer Klinik, in enger Abstimmung mit unseren Partnern der Rehabilitationskliniken (meistens AHB Kliniken) und den Kostenträgern 75/ 80 Punkte.

Die Hauptdomäne der Neurologischen Frührehabilitation liegt in der Behandlung von Patienten mit Schlaganfall. Weltweit zählt der Schlaganfall zu den Erkrankungen mit den weitreichendsten sozialmedizinischen Folgen. In Deutschland ist er bei den Frauen die vierthäufigste und bei den Männern die fünfthäufigste Todesursache. Der Schlaganfall bildet eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit bei erwachsenen Menschen. Pro Jahr ereignen sich in Deutschland 200.000 erstmalige und 60.000 wiederholte Schlaganfälle. Jeder fünfte Bundesbürger erleidet im Verlaufe seines Lebens einen Schlaganfall. 80% der Schlaganfälle sind ischämisch, 20% hämorrhagisch. 25% der Betroffenen sind unter 65 Jahre alt.

50% der Patienten werden derzeit auf hochspezialisierten Stroke Units akut behandelt. Hauptsächlich aufgrund der Latenz zwischen Ereignis und Behandlungsbeginn erhalten nur 10% eine Lysetherapie. Über 50% aller behandelten Patienten mit Hirninfarkt können direkt nach Hause entlassen werden. Bis 5% versterben, ebenso bis 5% erhalten eine palliative Behandlung aufgrund des Ausmaßes des Schlaganfalls und/ oder schwerer Begleiterkrankungen wie Herz- und Niereninsuffizienz oder Demenz. Mehr als 25% sind funktionell stark beeinträchtigt und profitieren von einer Frührehabilitation oder einer stationären Rehabilitation.

Für den Großraum Osnabrück mit insgesamt etwa 515000 Einwohnern bedeutet dieses eine jährliche Inzidenz der Schlaganfälle von 1.700. Hiervon sind ca. 400 Patienten (meistens stationär) rehabilitationsbedürftig.

Unsere Klinik für Neurologische Frührehabilitation ist Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation Niedersachsen/ Bremen (AGNFR). Der Arbeitsgemeinschaft gehören die Kliniken an, die im Bettenbedarfsplan des Landes für den Bereich Neurologische Frührehabilitation ausgewiesen und entsprechend für das Fachgebiet qualifiziert sind. Die ärztliche, pflegerische und auch Verwaltungsleitung unserer Klinik nimmt an regelmäßigen Treffen dieses Expertenkreises zum engen fachlichen Austausch teil. Die Sektion der Pflege (AGNFP) hat es sich beispielsweise zur Aufgabe gemacht, die Pflegetherapien auf Landesebene mit Inhalt zu füllen und zu standardisieren

## **2 Der Patient in der Neurologischen Frührehabilitation**

Die Klinik für Neurologische Frührehabilitation behandelt Patienten mit erworbenen Schädigungen, welche aus Erkrankungen oder äußeren Gewalteinwirkungen des Nervensystems resultieren. Behandlungsschwerpunkte sind die folgenden Krankheiten:

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfälle)
- Schädelhirnverletzungen mit und ohne begleitende Polytraumatisierung
- Entzündliche, degenerative, metabolische und toxisch erworbene Erkrankungen des Gehirns
- Tumoroperationen oder –bestrahlungen des Gehirns oder Rückenmarks
- Entzündliche, traumatische und sonstige erworbene Schädigungen von Nervenwurzeln und peripheren Nerven
- Nichtentzündliche, z.B. metabolische oder toxische Polyneuropathie-Syndrome
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Extrapiramidale Bewegungsstörungen
- Hirnorganische Anfallserkrankungen
- Hirnorganische psychische Defizite
- Psychosomatische Störungen als Begleiterscheinung von neurologischen Erkrankungen und Verletzungen

Bei allen Patienten, bei denen die Rehabilitationsziele wesentlich durch die neurologischen Ausfallserscheinungen in Planung und Durchführung bestimmt werden, gibt es keine obere Altersgrenze für eine neurologische Rehabilitation. Ein hohes Alter als Ausschlusskriterium liegt nur vor, wenn nicht neurologische Behandlungsziele im Vordergrund der medizinischen Betreuung stehen.

Für nicht neurologische Begleiterkrankungen, häufig internistischer Natur wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, auch chirurgische, urologische, gynäkologische sowie Halsnasenohrenerkrankungen stellt das Klinikum Osnabrück strukturelle und personelle Voraussetzungen bereit, die den entsprechenden fachärztlichen Qualitätsstandard sicherstellen.

Ziel der hiesigen Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit des behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen zur möglichst weitgehenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und/ oder im Erwerbsleben. Jeder Rehabilitand mit seinen ganz persönlichen Voraussetzungen soll schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und dauerhaft dieses Ziel erreichen. Hierbei ist seine Teilhabe sowohl an gewohnten, alltäglichen Aktivitäten und auch im Erwerbsleben wichtig. In unserem Rehabilitationsprozess wird der selbstbestimmte Patient gemäß seiner ihm eigenen Ressourcen gefördert und ebenso gefordert. Im Verlauf der Behandlung werden unter regelmäßigem interdisziplinären Austausch Herangehensweisen entwickelt, um diesem Ziel möglichst nahe zu kommen. So ist unser Erstansatz in einer vollständigen bzw. weitgehenden Wiedergenesung ohne behindernde Handicaps zu sehen. Falls notwendig werden im Weiteren gemeinsam mit unseren Fachtherapeuten und immer auch mit den Betroffenen selber sogenannte „Ersatzstrategien“ erarbeitet, das heißt, vorhandene Funktionen und Aktivitäten werden in ein erweitertes Tätigkeitsfeld einbezogen (Kompensation). Auch, und gerade hier ist die enge Rücksprache mit unserem Rehabilitanden und ihren Angehörigen wichtig. Es ist beispielsweise die Frage zu klären: „Sind Veränderungen im Umfeld des Patienten möglich, welche die Behinderungen im Alltag gut ausgleichen könnten?“ (so genannte Adaptation). Neben der detaillierten Kenntnis der Handicaps und Ressourcen des Patienten und seines persönlichen und beruflichen Umfeldes sind hier u.a. Informationen wichtig, welche finanzielle Unterstützung unseren Betroffenen von Seiten der Kostenträger (KK, RV, UV...) zur Umsetzung ggf. technischer Veränderungen zusteht.

### **3 Organisationsstruktur**

Die Abteilung für neurologische Frührehabilitation gehört zur Klinik für Neurologie der Klinikum Osnabrück GmbH. Der Akutbereich mit insgesamt 55 Betten verfügt über eine Stroke Unit. Von rund 3000 Patienten jährlich kommen etwa 900 nach einem Schlaganfall zu uns.

Die Abteilung für Neurologische Frührehabilitation hält 42 Behandlungsplätze vor. Hier von sind 13 der Phase C und 29 der Phase B zugeordnet. Auf unserer Intensivpflegestation werden bis zu 10 Patienten mit zentralem Monitoring für Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz sowie Sauerstoffsättigung behandelt. Auf der „weiterführenden“ Station werden bis zu 32 Patienten behandelt, welche nicht (mehr) monitor- bzw. kreislaufüberwachungspflichtig sind. Wir versorgen jährlich ca. 300 Patienten (s. Organigramme OMH 1.1)

### **4 Ausstattung**

(s. QMH 2.2)

#### **4.1 Medizin-technische Ausstattung**

Unseren Patienten werden alle diagnostischen Möglichkeiten eines Krankenhauses der Maximalversorgung vorgehalten, wie beispielsweise:

:

- Ruhe-EKG, 24-Stunden-EKG, 24-Stunden-RR-Messung
- EEG
- Zentrales Monitoring für Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz sowie Sauerstoffsättigung
- Messen des Zentralvenösen Druckes
- Röntgen
- Doppler- und Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße
- Labor
- Videoendoskopie zur Diagnostik des Schluckaktes
- Sonographische Restharnbestimmung
- Dopplersonographie der arteriellen und venösen peripheren Gefäße
- Internistische Sonographie
- MRT
- Endoskopie
- Elektrophysiologie
- TTE und TEE

#### **4.2 Ausstattung der Therapiebereiche**

##### **4.2.1 Physiotherapie**

Den Mittelpunkt unserer physiotherapeutischen Abteilung bildet eine große Gymnastikhalle mit bis zu zehn parallelen Einzelbehandlungsmöglichkeiten und reichlich Platz für

Fußbodentraining, Gangschule, Gleichgewichtstraining, Gruppenbehandlungen, sowie einem angrenzenden Dachgarten mit Gangschulparcours für das Außentraining.

Für Lokomotionstherapie mit Teilgewichtsentlastung steht uns in der Gymnastikhalle ein therapeutisches Laufband mit stationärer Aufhängevorrichtung zur Verfügung. Ein kleines, transportables Laufband in Kombination mit einer mobilen Lite Gait Aufhängevorrichtung nutzen wir vermehrt um diese Therapieform zu Patienten auf das Zimmer zu bringen, wenn z. B. Monitorüberwachung oder eine Trachealkanülenabsaugung für den Patienten notwendig sind.

Für zielgerichtetes Gleichgewichtstraining stehen uns, neben diversen Kleingeräten wie Sportkreisel oder verschiedenen Schaukelbrettern, ein Posturomed und ein Balotrainer (dynamischer Stehtisch mit elektronischem Feedback für den Patienten) zur Verfügung. In dem mit der Klinik für Geriatrie gemeinsam genutzten MTT-Raum auf Ebene zwei üben unsere Patienten an einem I-Balance Gerät (ebenfalls Gleichgewichtstrainer mit elektronischem Feedback).

In diesem MTT-Raum nutzen wir darüber hinaus alle weiteren Geräte zum Krafttraining für unsere Patienten im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapien. Alle Geräte sind luftdruckgesteuert und auf diese Weise stufenlos auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten einstellbar. Alle Geräte sind barrierefrei für Rollstuhlfahrer.

Ebenfalls zur Ausstattung der Physiotherapie gehören unter anderem drei elektrische Stehtische, mit denen Patienten passiv in den Stand mobilisiert werden können und drei Kipptische, mit deren Hilfe die Patienten liegend in die Vertikale aufgerichtet werden. Von den acht zur Verfügung stehenden Motomed sind zwei mit spezieller Parkinson-Software und eines mit einem zusätzlichen Armtrainer ausgestattet. Für schwer betroffene Patienten nutzen wir 3 Motomed Bettfahrräder sowie drei Beinmotorbewegungsschienen.

Weitere Möglichkeiten für spezielle Therapieinhalte bieten drei Sprossenwände, zwei höhenverstellbare Therapietische, ein Gehbarren, ein Mattenwagen und zwei große Therapiespiegel.

Zur Unterstützung der physikalischen Therapie dienen uns Eispackungen, ein Cryo-Cuff, ein Heizstrahler und ein Ultraschallgerät sowie Wärmeträger, Fango, medizinische Teilbäder und Materialien zur Kompression bei komplexer physikalischer Entstauungstherapie.

Neben einer breiten Palette an Lagerungsmaterial greifen wir zurück auf unterschiedliche Gehhilfsmittel wie z.B. Bandagen, Schienen, Handstöcke, Unterarmgehstützen, Vierpunktstützen, mehrere Gehwagen und 25 Rollatoren. Um unseren Patienten einen abwechslungsreichen Therapiealltag bieten zu können, arbeiten wir mit einer großen Auswahl an Sport-, Spiel- und Therapiegeräten und vielerlei Alltagsgegenständen sowie einem großen Angebot an therapeutischem Material.

Die physiotherapeutische Abteilung verfügt gemeinsam mit der Ergotherapie über zwei Büroräume mit insgesamt 4 PC-Arbeitsplätzen und einem Drucker sowie einem Faxgerät.

Für die Einzeltherapie stehen uns ebenfalls gemeinsam mit der Ergotherapie 7 Behandlungsräume auf drei Etagen sowie ein Snoezelen Raum auf der Station 19.1 zur Verfügung. In einem Aufbereitungsraum für physikalische Therapie befinden sich ein Fango-Rührwerk, ein Warmhalteofen, eine Crusheismaschine, ein Gefrierschrank, und unser Wäschelager.

#### **4.2.2 Ergotherapie**

Die ergotherapeutische Abteilung verfügt gemeinsam mit der physiotherapeutischen Abteilung über 7 Einzelbehandlungsräume verteilt auf drei Etagen, die jeweils mit einer Bobath-Bank, Lagerungsmaterial und einem höhenverstellbaren Therapietisch ausgestattet sind. Drei der Einzelbehandlungsräume sind zusätzlich mit einer Sprossenwand ausgestattet. Jeder der Räume ist mit einem PC Arbeitsplatz bestückt. Vibraxgeräte, Splinte



sowie diverse andere Materialien für die Therapien stehen in mehreren Lagerräumen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Alle Behandlungsräume haben ein Waschbecken, fahrbare Ganzkörperspiegel sowie Schränke und Regale, in denen Therapiematerial bereit steht. Für thermische Anwendungen stehen zwei mobile Kiesboxen zur Verfügung.

Auf Ebene 1 stehen ein Snoezelenraum und ein zusätzlicher voll ausgestatteter mobiler Snoezelenwagen zur Verfügung. Des Weiteren steht auf Ebene 3 ein großer therapeutischer Dachgarten zur Verfügung. An einem voll unterfahrbaren ca. 8 Meter langem Pflanztisch und großzügig angelegten Beeten bieten wir unseren Patienten Gartentherapie an.

Es gibt auf jeder Ebene ein Hilfsmittellager sowie einen großen Kellerraum als zusätzliche Lagerfläche für sperrige Therapiemittel. In einem Lager befinden sich zudem diverse verschiedene Alltagshilfen, Rollstuhlzubehör und Hilfsmittel, wie zum Beispiel Greifzangen oder Trinkhilfen. Zur Förderung der Mobilität stehen neben zahlreichen Adaptiv- und Multifunktionsrollstühlen auch ein Aufrichtrollstuhl und Elektrorollstühle zur Verfügung. Patienten mit einem Gewicht von bis zu 180 kg können in einen Rollstuhl mobilisiert werden. Ein Gipswagen zur Schienenherstellung und zum Anfertigen von Cast-Verbänden steht ebenfalls zur Verfügung.

In der großzügig ausgestatteten Therapie Übungsküche mit höhenverstellbarer Kochfläche gibt es einen großen Tisch mit sechs Sitzplätzen und ausreichend Platz zum Rangieren für mehrere Rollstuhlfahrer gleichzeitig. Zwei Büroräume beherbergen fünf PC-Arbeitsplätze mit Drucker, Scanner/Fax-Gerät. In den Büros sind außerdem Fachbücher und Hilfsmittelkataloge zur Hilfsmittelberatung vorhanden.

### **4.2.3 Logopädie**

Die logopädische Abteilung verfügt über drei Behandlungsräume und einen Untersuchungsraum für die ambulante fieberendoskopische Schluckuntersuchung (FEES) Alle Therapieräume sind mit Waschbecken, Telefon und PC-Arbeitsplatz ausgestattet. Ein höhenverstellbarer Arbeitstisch und zwei Therapiespiegel sind flexibel in allen Therapieräumen einsetzbar.

In allen Behandlungsräumen ist Basistherapiematerial vorhanden.

Weiteres umfangreiches Therapie- und Diagnostikmaterial sowie ein Gefrierschrank für Material zur fazio-oralen Therapie stehen ebenfalls zur Verfügung.

### **4.2.4 Neuropsychologie**

In der Abteilung für Neuropsychologie nutzen wir zwei Einzelbehandlungsräume, einen Gruppenbehandlungsraum (auch für Einzeltherapie nutzbar) und einen zusätzlichen Büroraum.

Je nach Fragestellung (Ersteinschätzung, Verlaufsbeurteilung, kausal, final, Fahreignung, Geschäftsfähigkeit etc.) und Kommunikationsfähigkeit (Wachheit, Tracheostoma, Dysphasie, Migrationshintergrund u.a.) der Patienten kommt zur Diagnostik ein breites Spektrum standardisierter und qualitativer neuropsychologischer Untersuchungsmethoden zum Einsatz. Nachfolgend sind einige der am häufigsten eingesetzten standardisierten Testverfahren aufgelistet:

WIE, TL-D, BADS, HOTAP, RWT, AAT, CFT, TKS, ZRT

TAP, WDG, BIT, EyeMove

RBMT, VLMT, WMS-R, VLT, NVLT, CFM

TFDD, BBS

AST 4.0

SCL-90-R, FSMC, FPI-R, BDI, IES, PDS-d2, SVF  
Toolbox Neuropsychologie incl. WTS

Zur spezifischen Behandlung kognitiver Funktionsstörungen stehen unterschiedliche Verfahren und Materialien zur Verfügung:

RehaCom, CogniPlus, Toolbox Neuropsychologie

Elex, Aixtent, Rigling, Cogpack

EKN-Materialien

Finauer, SIMA, Schweizer,

NEUROvitalis, Think, Vertibloc

Darüber hinaus werden unter Berücksichtigung des biografischen Hintergrunds der Patienten eine Vielzahl von Brett-, Würfel- und Kartenspielen (z. B.: Set!, Halli Galli, Skat, Doppelkopf) adaptiert eingesetzt, um unterschiedliche Fähigkeiten zu fordern und zu fördern.

Neben einzeltherapeutischen Interventionen werden in der Kleingruppe soziale Kompetenzen trainiert und speziell exekutive Funktionen wie die Planung, Handlungskontrolle und Problemlösefähigkeit behandelt. Gerade die Gruppensituation wird außerdem für die Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung genutzt.

## 5 Kernprozesse

Die Abteilung für Neurologische Frührehabilitation des Klinikums Osnabrück bietet für unsere Rehabilitanden komplexe Leistungen auf medizinischen, therapeutischen und sozialen Sektoren. Wichtig ist stets der interdisziplinäre Rehabilitationsansatz. Ärzte, Pflegefachkräfte, Physio- und Ergotherapeuten, (Neuro-)Psychologen, Logopäden, Sozialarbeiter und Diätassistentin arbeiten eng miteinander verzahnt.

Grundlage der hiesigen Rehabilitation bildet das bio-psycho-soziale Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Kernmerkmal ist die so genannte funktionale Gesundheit, welche sich auf die individuelle Körperstruktur (Organe und mentaler Bereich), Körperfunktionen, Aktivitäten (Fähigkeit zur Durchführung einer Aufgabe oder Handlung) und der Teilhabe (Zugang zu Lebensbereichen) bezieht. Sie steht unter dem Einfluss von Kontextfaktoren. Diese sind personenbezogen (z.B. Alter, Geschlecht, Motivation) oder Umweltfaktoren (Hilfsmittel, behindertengerechter Arbeitsplatz). Als funktional gesund wird eine Person klassifiziert, bei welcher Körper, Geist, Aktivität und Teilhabemöglichkeit einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme vergleichbar ist.

Die in den Sozialgesetzbüchern (vor allem SGB IX) formulierten Anforderungen an die Teilhabe werden umgesetzt.

### 5.1 Aufnahme

Die überwiegende Zahl unserer Patienten wird uns aus Akutkrankenhäusern zugewiesen. Im Vorfeld der hiesigen Aufnahme nehmen Ärzte und Sozialarbeiter der Akutklinik Kontakt zu uns auf. So wird uns der Patient ausführlich mit seinen Erkrankungen, Handicaps und Ressourcen vorgestellt.

Die Oberärzte unserer Klinik klären zunächst, ob und welche **medizinische Indikation** bei dem Patienten vorliegt. Dieses ist Voraussetzung sowohl zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation als auch für die Kostenübernahme der Leistungsträger (hauptsächlich Krankenkassen und Rentenversicherer). Liegt diese vor, wird die **Rehabilitationsbedürftigkeit** des Patienten geklärt. Aus Sicht der Krankenkassen muss eine bereits beeinträchtigte oder gefährdete Teilhabe des Patienten in Alltag, Familie und/ oder Beruf vorliegen. Aus Sicht der Rententräger bezieht sich die Rehabilitationsbedürftigkeit auf die Erwerbsfähigkeit. Ebenso wird analysiert, ob der Patient körperlich und geistig **fähig** ist,

die Behandlung durchzuführen. Da die Mehrzahl unserer Patienten durch die akute und meistens schwere Erkrankung körperlich und auch geistig deutlich eingeschränkt sind, sind Ausschlusskriterien eher in Hinblick auf eine noch nicht ausreichend stabilisierte Grund- oder Folgeerkrankung zu sehen.

Klassische Ausschlusskriterien für unsere Behandlung sind:

- primäre Akutversorgung nicht abgeschlossen
- aktuell operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfallchirurgisch, orthopädisch) erforderlich
- Sepsis, floride Osteomyelitis
- intrakranielle Druckverhältnisse instabil
- Herzkreislauf- und / oder Atmungsfunktionen im Liegen instabil
- (kontrolliert) beatmungspflichtig
- nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit
- erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- schwerste Verwirrheitszustände oder andere schwere psychische Störungen

Je nach Schweregrad der Schädigung wird von in der Rehabilitationsmedizin erfahrenen Ärzten innerhalb einer Zeitspanne von 10 Tagen bis mehreren Wochen eine Rehabilitationsprognose erstellt. Diese beinhaltet medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussagen über den Erfolg unserer Leistungen. Sie wird den Kostenträgern und meistens auch dem Rehabilitanden (und Angehörigen) mitgeteilt (s. QMH 3.3)

## **5.2 Behandlungskonzepte**

Zur Einschätzung und Beschreibung der gesundheitlichen Situation eines Rehabilitanden in der Neurologischen Frührehabilitation ist es erforderlich, über die ICD 10-Diagnose hinaus die funktionellen und psychosozialen Folgen der Erkrankung zu beschreiben und ihre Auswirkungen auf die Alltagskompetenz zu beurteilen.

Die Erfassung der o.g. Auswirkungen wird durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) unterstützt, die gleichermaßen strukturelle Veränderungen der körperlichen Integrität, Auswirkungen auf die Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL) sowie auf die Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben berücksichtigt und somit die Folgen der Erkrankung auf die Lebenswirklichkeit und –qualität in das Gesichtsfeld rückt. Einschränkungen aber auch Ressourcen können in ihrem Umfang ausgelotet werden und bilden die Grundlage für die mit dem Rehabilitanden individuell abgestimmte Ziel- und Therapieplanung.

Unsere Behandlungskonzepte legen im Überblick dar, welche Ziele bei der Therapie eines Symptoms Berücksichtigung finden, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Anwendung kommen und auf welchen Verfahren die Evaluation basiert.

Die Erarbeitung der Konzepte erfolgte interdisziplinär und konsensual. Ihre Implementation und Verwendung in Teamsitzungen unterstützt die Durchdringung (s. QMH 3.2)

Die Verantwortung für ihre jährliche Überprüfung trägt die Orga-Runde.

## **5.3 Ärztliche Diagnostik und Therapie, interdisziplinäre Behandlungsplanung**

Im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird eine zunächst eine umfangreiche Anamnese erhoben. Diese beinhaltet den Verlauf der aktuellen Erkrankung, Vorerkrankungen, die vegetative Anamnese, Risikofaktoren, den sozialen und beruflichen Hintergrund des Rehabilitanden. Die körperliche Untersuchung liefert hiernach Informationen über die allgemein klinische, neurologische und psychische Verfassung des Patienten. In

Abhängigkeit von den festgestellten körperlichen und psychischen Voraussetzungen, Handicaps und Ressourcen des Patienten wird mit Rücksicht auf die nun entwickelten Ziele des Aufenthaltes in unserer Klinik ein individueller Plan der Rehabilitation entwickelt. Er sieht je nach Bedürftigkeit regelmäßige krankengymnastische, physikalische, ergotherapeutische, sprach- und schlucktherapeutische sowie (neuro-)psychologische Therapien vor. Die Basis der hiesigen neurologischen Rehabilitation stellt unsere therapeutische Pflege.

Innerhalb von 24 Stunden wird der Patient einem Facharzt für Neurologie mit langjähriger Erfahrung in der neurologischen Rehabilitation vorgestellt. Hier wird der medikamentöse und therapeutische Behandlungsplan reflektiert und eine mögliche weiterführende Diagnostik der zur Aufnahme führenden Erkrankung veranlasst. Routinemäßig erfolgen spätestens am Folgetag eine laborchemische Untersuchung der Standardparameter sowie die Erstellung eines EKGs. Weiterhin stehen unseren Patienten alle konsilärztlichen und diagnostischen Möglichkeiten unserer Mutterklinik der Maximalversorgung zur Verfügung.

In täglichen stationsärztlichen mit wöchentlichen oberärztlichen und zweiwöchigen chefärztlichen Visiten wird der Verlauf der Rehabilitation mit Patient und Angehörigen besprochen, Wünsche werden geäußert und Ziele nach Stand der Behandlung angepasst. Wöchentlich findet die oberärztlich geleitete multidisziplinäre Teambesprechung statt. Multidisziplinär meint die Anwesenheit und somit Expertise aller am Prozess der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen wie therapeutische Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialarbeiter, Ärzte, Diätassistent, außerdem der Bezugstherapeut und ICF- Beauftragte (s.a. 6.4 u.6.5.). Hier wird der aktuelle Stand der Rehabilitation mit realistisch erreichbaren Zielen, immer im Kontext der Ressourcen und der selbstbestimmten Wünsche des Patienten besprochen. Der Therapieplan wird wöchentlich angepasst, beispielsweise die Teilnahme in einer unserer Gruppentherapien veranlasst oder auch beendet. Die Ergebnisse der Besprechung werden dokumentiert (s. QMH 1.5)

Auf unserer so genannten weiterführenden Station mit nicht mehr monitorpflichtigen Patienten findet im Anschluss an die Teamvisite die interdisziplinäre Visite statt. Vertreter aller oben benannten Berufsgruppen gehen zusammen zum Rehabilitanden und tauschen sich mit ihm und gegebenenfalls seinen Angehörigen über den aktuellen Stand der Behandlung aus. Besonders hier wird der so wichtige „Teamgedanke“ der Rehabilitation ersichtlich und unseren Patienten im wahren Sinne „vor Augen geführt“.

Die schwer bis sehr schwer betroffenen Patienten unserer Intensivpflegestation werden in einem kleineren Team (Oberarzt, Stationsarzt, Therapeutische Pflege) vor der Oberarztteambesprechung visitiert (s. QMH 1.5 u.3.3).

Ein weiterer Schwerpunkt der ärztlichen Tätigkeit ist in der Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen unserer frührehabilitationspflichtigen Patienten zu sehen. Gerade die Komplikationen sind es, welche einen guten Verlauf der Rehabilitation limitieren können. Die Wahrscheinlichkeit eine oder mehrere Komplikationen nach Hirninfarkt oder –blutung zu erleiden beträgt zwischen 60% und 90%. Es gilt besonders, die Erkrankungen oder Krankheitsfolgen zu vermeiden bzw. zu behandeln, wie Schluckstörungen, Aspirationspneumonie, Harnwegsinfekt oder spastische Tonuserhöhung. Die Ärzte holen sich bei Bedarf im Rahmen von Konsilen Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie möglicher nicht-neurologischer Begleiterkrankungen ein. Falls Komplikationen aus anderen Fachgebieten in den klinischen Vordergrund rücken, werden die Patienten in andere Fachabteilungen verlegt und nach Stabilisierung in den meisten Fällen wieder in unsere Rehabilitation übernommen.

Alle Ärzte sind für die Stabilisierung der körperlichen und seelischen Voraussetzungen unserer Patienten vor dem Hintergrund der aktuellen und möglichen zusätzlichen

Erkrankungen zuständig. Sie sind die „Lotsen“ des Rehabilitanden durch den Genesungsprozess, in dem sie Kraft ihrer medizinischen und rehabilitationsmedizinischen Erfahrungen die Kommunikation aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen lenken. Sie werten die Ziele, Planung und Verlauf der Therapien kritisch und passen diese gegebenenfalls (veränderten inneren oder äußeren Umständen des Patienten geschuldet) an.

#### **5.4 Pflege**

Die Therapeutische Pflege bildet die Basis unserer interdisziplinären Behandlung. Sie leistet permanent Hilfestellung mit dem Augenmerk auf Förderung zur Selbsthilfe in allen alltäglichen Verrichtungen. Beispiele: Der Patient wird nicht (nur) angezogen, es wird im geholfen, sich selber anzuziehen. Ihm wird nicht (nur) das Essen angereicht, sondern beigebracht, selbständig zu essen und zu trinken. So wird kontinuierlich die Autonomie des Rehabilitanden gefördert. Ebenso ist die Therapeutische Pflege hauptverantwortlich für alle Verrichtungen am Patienten, welche auf die Vermeidung von unerwünschten Folgen der oft wochen- bis monatelangen motorischen Schwäche zielen. Die Prophylaxe von Dekubitus und Pneumonien durch Lagerung und Mobilisation seien hier erwähnt.

Die Aufgabe der Pflegenden in der neurologischen Frührehabilitation ist die Gestaltung der Anbahnung von Basismobilität (Liegen, Sitzen, Stehen) nach aktivierenden rehabilitativen Gesichtspunkten sowie die Überprüfung der Alltagstauglichkeit trainierter Bewegungsabläufe und die Förderung durch aktivierende, therapeutische Pflegemaßnahmen. Auch die individuelle Raumgestaltung des Patienten, seine Ernährung und ein mögliches Wundmanagement sind zentrale Aufgaben unserer Pflegekräfte.

Unsere Stationen sind in zwei Pflegebereiche unterteilt, in denen insgesamt 42 Patienten versorgt werden. Dem gegenüber steht ein Personalschlüssel von etwa 38 Vollzeitstellen, mit denen neben Wochenenden auch Nachtdienste abgedeckt werden. In der neurologischen Frührehabilitation der Klinikum Osnabrück GmbH werden 29 Patienten der Phase B und 13 Patienten der Phase C versorgt.

Die „weiterführende“ Station 39 verfügt über insgesamt 32 Betten, davon sind 13 Betten in Phase C und 19 Betten der Phase B zugeordnet. Die „Monitorstation“ 19.1 NFR verfügt über 10 Betten der Phase B mit der Möglichkeit einer zentralen Monitorüberwachung. Räumlich ist die Station 39 in vier Bereiche von jeweils 7- 8 Patienten eingeteilt, so dass Bereichspflege erfolgt. Auf der Station 19.1 NFR werden einem Mitarbeiter der Pflege 2-3 Patienten zugeordnet.

Grundlage des pflegerischen Handelns ist die aktivierende therapeutische Pflege nach den Kriterien des AEDL Modells (Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) von Krohwinkel. Darüber hinaus sind drei Konzepte im interdisziplinären Behandlungsteam etabliert worden. Bobath, Kinästhetik und Basale Stimulation. In Abhängigkeit vom Status der Rumpfkontrolle wird eine individuelle Versorgung unter Berücksichtigung der Prämorbidität und der aktuellen gesundheitlichen Situation für den Patienten geplant. Durch Pre-Settings sowie kontinuierliche und individuell angepasste Handlungsabläufe werden physiologische Bewegungen gebahnt und bilden somit die Grundlage des therapeutischen Systems. Die Leistungen der Pflegenden werden in der Pflegeplanung und im Pflegebereich dokumentiert.

Wechsel des Settings im Hilfebedarf und die Behandlungspflege werden wöchentlich nach dem Pflegeprozess evaluiert und in der interdisziplinären Teambesitzung besprochen und anpasst.

Die pflegerische Versorgungskontinuität wird durch die Zimmerpflege und bereichsgrenzte Übergaben vom Frühdienst an den Spätdienst sichergestellt.

Die jeweils verantwortliche Pflegekraft sorgt für eine fallbezogene Umsetzung der geplanten Versorgung und die Verteilung des Personals in ihrem Bereich abhängig vom Ausbildungsstand. Für alle Patienten wird seitens der Pflegenden zum Ende des Aufenthaltes ein Pflegebegleitschreiben hinsichtlich des noch vorhandenen Hilfebedarfs in den wichtigsten alltagsrelevanten Verrichtungen (12 AEDLS) ausgestellt und dem Patienten oder Angehörigen übergeben.

Die Angehörigen unserer schwer betroffenen Patienten haben sowohl im Klinikalltag als auch hinsichtlich der nachstationären Versorgungssituation wesentliche Bedeutung. Bereits zu Beginn des stationären Aufenthaltes findet ein Gespräch zwischen der für den Patienten verantwortlichen Pflegekraft und den Angehörigen statt. Ziel des Gespräches ist der Austausch über bisherige Erfahrungen und Verlauf sowie die weitere Planung. Das Gespräch basiert im Wesentlichen auf den Inhalten unseres Angehörigenfragebogens, wodurch die Gedanken und Erfahrungen der Angehörigen hinsichtlich des Patienten im Vordergrund stehen und gesprächsleitend sind. Auf diese Weise hat die Pflegekraft die Möglichkeit auf geäußerte Gedanken, Eindrücke und Ängste des Angehörigen Bezug zu nehmen, diese zu ordnen oder ggf. an andere Berufsgruppen zur weiteren Klärung zu verweisen.

Die so eingeleitete Pflegebeziehung zwischen Patient, Angehörigen und Pflegekraft lässt ein neues pflegetherapeutisches Team entstehen, das den Behandlungsverlauf des Betroffenen entscheidend beeinflussen kann. Darüber hinaus können der Patient und der Angehörige schon frühzeitig eine persönliche Haltung zur Weiterversorgung entwickeln. Die Einschätzungen der eigenen Ressourcen und der in der häuslichen Umgebung noch zu leistenden Pflege liegen häufig weit auseinander und werden auf Grund von Unkenntnis falsch bewertet. Um dieses Missverhältnis zu bearbeiten und zu kanalisieren bedarf es neben der Patientenversorgung durch Pflegekräfte der Einbeziehung der Angehörigen in die Alltagsarbeit.

2004 gründete sich die Arbeitsgemeinschaft neurologische Frührehabilitation Pflege (AGnFP) Niedersachsen Bremen. Die Neurologische Frührehabilitation der Klinikum Osnabrück GmbH ist hier Gründungsmitglied. Aus dieser Zusammenarbeit entstand unter anderem im Jahre 2005 der Katalog der rehabilitativen Leistungen der Pflege (FRP – Katalog) auf der Grundlage der Anforderungen aus der OPS 8552.

Die pflegerische Versorgung unserer häufig sehr schwer betroffenen Patienten, welche mitunter viele Monate bei uns behandelt werden, ist physisch und auch psychisch anspruchsvoll. Gerade das Pflegepersonal wird permanent mit der Erkrankung, dem Schicksal, den einschneidenden Veränderungen im Leben des Patienten und auch mit den inneren und äußeren Konflikten im Familien- oder Angehörigenkreis konfrontiert.

Insbesondere zur seelischen Entlastung unserer Mitarbeiter und zur Verbesserung der Betreuung haben wir seit Jahren die Fallsupervision eingerichtet. Hier treffen sich Vertreter des Pflegepersonals und auch aller anderen Professionen des Teams, um unter Leitung eines Supervisors, den Umgang mit einem ausgewählten Patienten zu besprechen.

## **5.5 Therapiebereiche**

### **5.5.1 Physiotherapie**

Die Aufgabe der Physiotherapie im Rahmen der Rehabilitation liegt primär darin, die vorhandenen Fähigkeiten der Patienten auf der Funktions- und Aktivitätsebene individuell zu

prüfen und Vorhersagefaktoren für ein funktionelles Ergebnis zu bestimmen. Es beginnt eine unmittelbare physiotherapeutische Intervention, um die motorische Kontrolle, Körperfunktionen, Gehfähigkeit und andere Alltagsaktivitäten wiederherzustellen sowie geeignete Kompensationsstrategien für Alltagsdefizite zu nutzen, mit dem Ziel, größtmögliche Selbständigkeit und generell Teilhabe zu fördern. Der funktionelle Verlauf und die Fortschritte der Patienten werden mit geeigneten Assessment-Instrumenten überprüft und dokumentiert. Beurteilt werden vor allem Schmerz, Kraft, Muskeltonus, Bewegungseinschränkungen, Pusher- und Neglect-Symptomatik sowie Gleichgewicht und Gehfähigkeit.

Bei Bedarf analysiert die Physiotherapie auf Basis einer differenzierten Befundaufnahme vorhandene Haltungs- und Bewegungsabweichungen.

Gemeinsam mit dem Patienten werden individuelle Zielsetzungen und Lösungsstrategien erarbeitet, um in der Behandlung die motorisch- funktionellen Fähigkeiten wieder zu erlernen. Selbsthilfe und Selbständigkeit des Patienten bei höchstmöglicher Lebensqualität stehen im Vordergrund.

Die physiotherapeutische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage orientiert sich dabei an der „Normalen Bewegung“ und berücksichtigt immer den aktuellen Zustand der Patienten, z. B. Rollstuhlpflichtigkeit.

Gearbeitet wird mit Behandlungskonzepten wie Bobath, PNF, FBL, craniosacrale Therapie, Nervenmobilisation, Manuelle Therapie und repetitivem Basistraining in einzeltherapeutischer Behandlung 1-2mal täglich. Besonders zur Mobilisation der Patienten wird nicht selten ein Co-Therapeut mit eingebunden.

Sinnvoll ergänzt wird die Behandlung durch Anwendungen der physikalischen Therapie wie Massagen, Lymphdrainagen, Akupunktmassagen, Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, medizinische Bäder oder Aromatherapie.

Patienten und Physiotherapeuten profitieren enorm von der engen Kooperation mit mehreren regionalen Ausbildungsstätten für Physiotherapie, der Hochschule Osnabrück sowie der klinikeigenen Fortbildungs-Akademie.

Durch die Betreuung von Angehörigen und deren Einbeziehung in die Behandlung und Entlassungsplanung wird die Effizienz der Rehabilitation gesteigert.

### **5.5.2 Ergotherapie**

Zum klinischen Alltag gehören die ergotherapeutische Eingangsdagnostik mit der Anwendung von Assessments und Testverfahren sowie die Therapieplanung (einschließlich Gruppentherapien). Der interdisziplinäre Austausch mit anderen Berufsgruppen sowie die Teilnahme an Teambesprechungen und Supervisionen sind ebenso Bestandteil der Aufgaben wie die Mitentwicklung und Umsetzung neuer Konzepte und die Durchführung von Projekten.

Der Fokus der Ergotherapie richtet sich auf die ganzheitliche Behandlung: Im Zentrum steht der Mensch als vielschichtiges Individuum und seine Beziehungen zur Umwelt – also zu seinen Angehörigen und Freunden, seinem sozialen Umfeld, dem Beruf und der Wohnung, kurzum zu allem, was sein Leben ausmacht.

Die ergotherapeutischen Maßnahmen werden gemeinsam mit dem Patienten an seine individuellen Einschränkungen und Ressourcen angepasst. Aktivitäten des täglichen Lebens werden trainiert und verbessert. Können einzelne Handlungsabläufe nicht wieder vollständig ausgeführt werden, werden alternative Bewegungen und Verhaltensstrategien eingeübt. Neben den konkreten Alltagsübungen sind weitere Schwerpunkte der Ergotherapie die Beratung des Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen, z.B. zur Gestaltung der häuslichen Versorgung oder der Wohnraumanpassung. Durch gezielte ergotherapeutische Maßnahmen kann dem Betroffenen (wieder) dazu verholfen werden, den vielfältigen

Anforderungen seines Lebens gerecht zu werden. Seine Lebensqualität wird verbessert, und davon profitieren auch die Angehörigen.

Die Abteilung für Ergotherapie bietet regelmäßig neben der individuellen Einzeltherapie auch fünf Gruppen an.

Je nach den Bedürfnissen und krankheitsbedingten Schwierigkeiten werden die Patienten in Absprache mit dem interdisziplinären Team in den folgenden Gruppen zusätzlich gefördert: Frühstücksgruppe auf der Station 39 (Mo- Fr 1h), Kochgruppe (1x wöchentlich 2h), Alltagsorientierte Frühstücksgruppe (Mo- Do 1,5h), Schultergruppe (1x wöchentlich 1h) und Handgruppe (1x wöchentlich 1h)

Für alle Gruppen gilt eine maximale Teilnehmerzahl von 4 Patienten. Ausnahme ist die Schultergruppe mit bis zu 6 Patienten. Die Gruppen werden von einem ausgebildeten Ergotherapeuten zusammen mit einem Auszubildenden der Ergotherapie oder im Fall der Alltagsorientierten Frühstücksgruppe mit zwei Ergotherapeuten durchgeführt. Dies geschieht aus Gründen der Sicherheit, Organisation und individuellen Förderungsmöglichkeit der Patienten.

Ziel der Integration in eine Gruppe ist die Verbesserung sozioemotionaler Kompetenzen und die Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Das Erlangen von Handlungs- und Alltagskompetenzen sowie die Fähigkeit, Handlungen des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel selbständig auszuführen, wird in allen Gruppen angebahnt.

Weiterhin ergeben sich für die verschiedenen Gruppen individuelle Inhalte und Ziele die im Folgenden ausgeführt werden.

#### Handgruppe (HG)

Indikationen für die Teilnahme an der Handgruppe sind Einschränkungen in der Feinmotorik, der Kraft, der Koordination sowie der Wahrnehmung im Bereich der Hände.

In der Handgruppe werden verschiedene feinmotorische, koordinative und wahrnehmungsfördernde Übungen durchgeführt. Hierfür werden viele verschiedene Materialien wie z.B. Therapieknete, Steckspiele, Bälle usw. genutzt.

Damit werden folgende Therapieziele angestrebt: Verbesserung der Feinmotorik, Koordination und Sensibilität, Einsatz der betroffenen Hand im Alltag wie z.B. Flaschendeckel aufdrehen oder Unterschrift leisten.

#### Schultergruppe (SG)

Indikationen für die Teilnahme an der Schultergruppe sind Funktionsstörungen oder Schädigungen der Körperhaltung, Körperbewegung, Koordination sowie der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung im Bereich des Schultergürtels und der Schultern. Auch Defizite im Bereich der Kraft, der Ausdauer, des psychomotorischen Tempo und der Bewegungsqualität stellen eine Indikation dar. Die Patienten sollten ein Mindestmaß an Rumpfkontrolle und beginnender Schulteraktivität haben, um aktiv an der Gruppe teilnehmen zu können.

In der Gruppe werden aktiv grobmotorische Übungen für den Bereich des Schultergürtels und der Schultern von einem Therapeuten angeleitet. Im Anschluss an den Übungsteil erfolgt eine kurze Massage und Dehnung des Schultergürtels durch die Therapeuten.

Damit werden folgende Therapieziele verfolgt: Die Verbesserung der Grobmotorik im Bereich des Schultergürtels und der Schultern. Eine Verbesserung der Körperwahrnehmung und Sensibilität ausgehend vom Bereich des Schultergürtels und der Schultern. Durch repetitives Üben wird eine Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Belastungsfähigkeit erzielt. Zusätzlich wird eine Verbesserung der kognitiven Funktionen angebahnt durch das aktive Umsetzen koordinativer Übungsabläufe.

#### Küchentraining (KT)



Indikationen für die Teilnahme an der Kochgruppe sind Funktionsstörungen und Schädigungen im Bereich der Körperhaltung, Körperbewegung und Koordination sowie in der Wahrnehmung und der Wahrnehmungsverarbeitung. Des Weiteren finden sich Patienten mit Schädigungen in der manuellen Tätigkeit, der Praxie, im psychomotorischen Tempo und der Bewegungsqualität sowie mit Gesichtsfeldeinschränkungen mit und ohne Neglect in der Kochgruppe ein. Eine weitere Indikation sind sämtliche kognitiven Störungen. Voraussetzung zur Teilnahme an der Kochgruppe ist die Fähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme. Inhalt der Kochgruppe ist das Herstellen einer warmen Mahlzeit mit all seinen Aspekten.

Damit werden folgende Ziele verfolgt: Die Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Bereich der Haushaltsbewältigung und des Zubereitens einer warmen Mahlzeit, die Schulung der Geschicklichkeit und der Erlangung von Handlungs- und Alltagskompetenzen. Erlern werden sollen, unter der Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, Techniken zur Kompensation verloren gegangener Funktionen und das Üben von Ersatzfunktionen. Die Verbesserung von Ausdauer und Belastungsfähigkeit und auch das Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten sind ebenso Ziele. Die Schulung im Umgang mit Alltagshilfen (zum Beispiel: Einhandbretter, Spezialmesser und Schälhilfen) erfolgt auch in dieser Gruppentherapie.

#### Alltagsorientierte Frühstücksgruppe (AOT-Gruppe)

Indikation für die Teilnahme an der AOT-Gruppe sind vorrangig Einschränkungen im kognitiven Bereich, wie Orientierungs-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen in der Praxie. Zusätzlich bestehen in der Regel Einschränkungen im Bereich der Motorik, der Sensibilität und der Wahrnehmung. Voraussetzungen zur Teilnahme sind die Fähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme, eine Grundmobilität mit oder ohne Hilfsmittel und sprachliche Basisfunktionen.

Inhalte der AOT-Gruppe sind das Einhalten des Termins, das Finden der Übungsküche, das Vorbereiten des Frühstückstischs, des Frühstücks und der Getränke, das Einnehmen der Mahlzeit und das Säubern und Aufräumen sowie die soziale Interaktion.

Als Ziel werden die größtmögliche Selbständigkeit und die Eigenverantwortung der Patienten angestrebt. Notwenige Teilziele sind die Verbesserung der Orientierung, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnis durch tägliche Wiederholung der gleichen Aufgabe und Situation. Sicherheit und Ankerpunkt im Tagesablauf wird den meist stark verunsicherten Patienten durch die täglich gleichbleibende Situation und Gruppenzusammensetzung vermittelt. Das praktische Training von Alltagshandlungen, wie zum Beispiel trotz eingeschränkter Mobilität etwas aus einem Schrank herausnehmen oder in enger Umgebung mit dem Rollstuhl zu rangieren, kann erlernt werden. Handlungsabläufe, wie zum Beispiel der Umgang mit der Kaffeemaschine oder das Geschirrabwaschen werden wieder geübt. Die wiedererlangten motorischen Fähigkeiten werden im Alltag eingesetzt und ausgebaut. Der Einsatz von Hilfsmitteln soll reduziert werden. Falls notwendig werden Kompensationsstrategien entwickelt und trainiert. Die Ausdauer und Belastbarkeit werden gefördert. Die Kommunikation und soziale Fähigkeiten werden unterstützt.

#### Frühstücksgruppe (FG)

Indikationen für die Teilnahme an der Frühstücksgruppe sind Funktionsstörungen und Schädigungen im Bereich der Motorik, der Sensibilität und der Wahrnehmung, ebenso wie Defizite in der Praxie und anderen kognitiven Fähigkeiten. Patienten mit einem Neglect, einer Gesichtsfeldeinschränkung oder einem vermindertem psychomotorischen Tempo profitieren ebenfalls von einer Integration in die Frühstücksgruppe. Voraussetzung zur Teilnahme an der Frühstücksgruppe ist die Fähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme.

Inhalt der Therapie ist die Vorbereitung und Einnahme des Frühstücks. Die Zutaten hierfür werden für jeden Patient vorportioniert auf einem Tablett auf die Station geliefert. Die

Frühstücksgruppe ist ein Selbsthilfetraining, unter therapeutischer Begleitung und Erprobung bzw. Einsatz der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (Einhandbretter, rutschfeste Unterlagen, adaptierte Ess- und Trinkhilfen).

Ziel der Therapie ist es, die Patienten zu befähigen, die Vorbereitung und Einnahme des Frühstückes im Stationsalltag selbständig durchzuführen. Als Teilziele können daher formuliert werden: die Verbesserung der Grob- und Feinmotorik, Kompensation verloren gegangener Funktionen und Erlernen von Ersatzfunktionen, Erlernen des Gebrauch von Alltagshilfen und die Verbesserung von kognitiven Funktionen.

Durch eine eindeutige, gleichbleibende Strukturierung der Handlungen und die steten Wiederholungen wird der Lerneffekt unterstützt.

### 5.5.3 Logopädie

Die Logopädie befasst sich mit der Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen unterschiedlicher Genese. Zu einer individuellen Behandlung zählen folgende Maßnahmen:

Klärung spezifischer Fragestellungen in einem Gespräch mit dem Betroffenen und/oder den Angehörigen, z.B. über die kommunikativen Fähigkeiten.

- Allgemeine Untersuchung der Sprach-, Sprech- und Schluckfunktionen.
- Störungsspezifische Diagnostik.
- Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes. Aufklärungs- und Beratungsgespräche mit den Betroffenen und den Angehörigen.
- Anleitungen zum selbständigen Üben.
- Einbindung der logopädischen Behandlung in das interdisziplinäre Setting.
- Hilfen bei der Entlassungsplanung.

Zusätzliche Aufgabengebiete sind:

- Beteiligung an der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte und Projekte
- Teilnahme und Organisation an Fortbildungen interner Fortbildungen
- Kooperation mit verschiedenen Ausbildungseinrichtungen.
- Durchführung ambulanter fiberendoskopischer Schluckuntersuchung ( FEES )

### 5.5.4 Neuropsychologie

Die Aufgaben der Neuropsychologie umfassen das gesamte Spektrum neuropsychologischer Therapie. Hierzu zählen:

- Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie im engeren Sinne, d.h. die Erstellung positiv/negativer Leistungsprofile bezogen auf die kognitiven Funktionen, die emotionalen Prozesse und die Verhaltenssteuerung des Patienten.
- Die Entwicklung von Behandlungsplänen und deren Durchführung.
- Die Durchführung neuropsychologischer Psychotherapie.
- Der interdisziplinäre Austausch, Weitergabe von neuropsychologischen Befunden an die anderen Disziplinen zur Anpassung des Behandlungssettings.
- Die Reflexion und kollegiale Supervision bei auftretenden Problemen.
- Die Einbindung Angehöriger.
- Konsiliarische Untersuchungen bei spezifischen Fragestellungen.
- Gutachterliche Tätigkeit.
- Die Dokumentation in Form von Verlaufsberichten, gutachterlicher Stellungnahmen und neuropsychologischer Zusatzgutachten für unterschiedliche Auftraggeber.
- Teilnahme und Mitorganisation hausinterner Fallvorstellungen/Fortbildungen.
- Mitentwicklung und Umsetzung neuer Konzepte.

### 5.5.5 Sozialdienst

Die Soziale Arbeit in der Neurologischen Frührehabilitation ist ein fester Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsteams.

Grundlegend für das Handeln der Mitarbeiter des Sozialdienstes sind die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Sicherstellung der Chancengleichheit. Soziale Arbeit erbringt im Hinblick auf die gesetzlichen Bestimmungen Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration. Durch die gemeinsame Erarbeitung des individuellen Hilfeplans unterstützt er die Patienten bei der Wiedereingliederung in die soweit möglich selbständige Lebensführung. Die Sozialarbeiterinnen beraten die Patienten und die Angehörigen bei allen sozialen Fragen und stehen für Gespräche zur Entscheidungsfindung über die weitere Versorgung nach Krankenhausaufenthalt zur Verfügung.

Folgende Maßnahmen werden – abhängig vom Einzelfall - eingeleitet:

- Aktivierung des sozialen Netzwerks und Antragstellungen für die weitere Rehabilitation und Versorgung sind einzuleitende Maßnahmen.
- Psycho-soziale Intervention mit Gesprächsangeboten für die Patienten und die Familie zur Krankheitsverarbeitung.
- Erarbeitung einer Zukunftsperspektive bei familiären oder anderen, auch beruflichen Problemen.
- Soziale Sicherung (Vorsorgevollmachten, Betreuungsangelegenheiten, Patiententestament, Wohnungsangelegenheiten, unversorgten Angehörige).
- Wirtschaftliche Sicherung des Rehabilitanden (Lohnfortzahlung, Krankengeld, ALG I und II, Grundsicherung, Rente, Schwerbehinderung, Pflegeversicherungsleistungen und Hilfe zur Pflege).
- Organisation der ambulanten und stationäre Nachsorge (häusliche Pflege, Pflegedienstvermittlung, teilstationäre Pflege, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Haushaltshilfen, Behindertenfahrdienst, Pflegeheimunterbringungen, Unterbringung in Phase F- Einrichtungen, Werkstatt für Behinderte, Palliativpflege, Hospizpflege, Medizinische Rehabilitation mit stationärer und ambulanter Rehabilitation (AHB), Vermittlung von Begleitpersonen oder ambulanten Badeskuren).

Im Rahmen der Entlassung werden an die Patienten bzw. Angehörigen so genannte Flyer mit unten stehenden Informationen weitergegeben:

- Beratungsangebote der Wohlfahrtsverbände; hier insbesondere:
  - IFD Integrationsfachdienst für Menschen mit Behinderung
  - Allgemeine Soziale Beratung
  - Kur - und Erholungsberatung
  - Familien- und Lebensberatung, sowie
- Pflegeheime Stadt und Landkreis Osnabrück
- Pflegedienste Stadt und Landkreis Osnabrück
- Pflegeberatung Stadt und Landkreis Osnabrück
- Selbsthilfegruppen für Schlaganfall-Patienten und deren Angehörige
- Freiwilligenagentur/ Ehrenamt Börse Stadt und Landkreis Osnabrück
- Sozialverband Deutschland
- Vereine und Stiftungen, die für die Patienten eine Unterstützung im Alter darstellen wie: LeA Leben im Alter oder Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe
- Rehabilitationskliniken der Anschlussheilrehabilitation, hier beispielsweise:
  - Medic OS Osnabrück
  - Hedonklinik Lingen
  - Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf (Aphasie)

- Dr. Becker Neurozentrum Bad Essen
- Bad Oeynhausen, Klinik am Rosengarten, Maternusklinik,
- Soltau Medianklinik (Aphasie), und nicht zuletzt
- Infomaterial der Deutschen Rentenversicherung

## 5.6 Entlassungsmanagement

Die Entlassung unserer Rehabilitanden erfolgt entweder, weil ein Grad an Selbständigkeit erreicht wurde, welcher es dem Patienten ermöglicht, eine weiterführende Rehabilitationsmaßnahme (oftmals i. R. so genannter Anschlussheilbehandlungen oder –rehabilitationen) anzutreten. Oder der Patient zeigt über einen längeren, oft wochenlangen Verlauf keine Verbesserung mehr in seinen funktionellen Fähigkeiten. Das heißt, er profitiert nicht mehr von unserem umfangreichen Therapieprogramm im Sinne eines Zugewinns an Selbständigkeit oder Lebensqualität. Wie in der Einleitung (Punkt 1) erwähnt, sieht die Empfehlung der Expertengruppe der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) durchaus einen Behandlungszeitraum von 6-8 Wochen vor, in dem sich nicht zwangsläufig „Verbesserungen“ einstellen müssen, um einen längeren Verbleib in unserer Klinik zu rechtfertigen. Dennoch sind bei einigen Patienten im Verlauf der Behandlung die Grenzen im funktionellen Zugewinn erreicht und die konkrete Entlassungsvorbereitung beginnt. Wir legen größten Wert darauf, Patient und Angehörige sehr früh in den Entlassungsprozess mit einzubeziehen.

Ein gut durchgeführtes Entlassungsmanagement mit ausreichend Zeit zur Planung, Klärung der Gegebenheiten zu hause, Kontaktaufnahme zu einem Pflegedienst, Hilfsmittelbereitstellung und Beratung in finanziellen Angelegenheiten baut Unsicherheiten und Ängste von Patient und Angehörigen in Bezug auf den neuen Lebensabschnitt ab.

Auf Wunsch des Patienten oder der Angehörigen wird frühzeitig ein Termin mit unserer ergotherapeutischen Abteilung zu einem Hausbesuch mit Wohnumfeldberatung vereinbart. Dort können im häuslichen Kontext Alltagsabläufe (z.B. Transfer auf das WC) erprobt und eingeschätzt werden. Die zur Alltagsbewältigung benötigten Hilfsmittel werden verordnet. Es existiert ein Hausbesuchsprotokoll indem die verordneten Hilfsmittel sowie die angeleiteten Maßnahmen dokumentiert werden. Bei Bedarf und auf Wunsch des Patienten wird bereits vor der Entlassung Kontakt zu weiterbehandelnden Therapeuten aller Fakultäten aufgenommen.

Die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes führen prozessbegleitende Beratungsgespräche mit den Patienten und seinen Angehörigen, bezüglich rehabilitativer Weiterversorgung (AHB), häuslicher Versorgung und stationärer Heimversorgung. Dabei werden alle eingeleiteten Maßnahmen bei bedarf auch schriftlich dem Patienten und Angehörigen mitgeteilt. Laufend werden enge telefonische Kontakte mit den Nachsorgern gepflegt. Der Verlauf es gesamten Entlassungsmanagement ist im Entlassungsbrief, KTL und in der Sozialdienstakte dokumentiert.

Die konkrete Festlegung des Entlassungsdatums erfolgt durch einen unserer Oberärzte. Diese Information wird dem Sekretariat und von hier an alle Stationen und Therapiebereiche weitergegeben. Ebenso wird der Entlassungstermin im Rahmen der Teamvisite formuliert. Jede Berufsgruppe erfüllt die in unserem so genannten Entlassungslaufzettel formulierten Aufgaben. Hier werden beispielweise Angehörigenberatungen, Hilfsmittelbereitstellungen, Ort der Entlassung und die entsprechende Transportart, eventuell Pflegestufen, etc. eingetragen. Der Entlassungslaufzettel wird vom Sekretariat kontrolliert. Einer der Stationsärzte erstellt den Entlassungsbrief, welcher fachärztlich korrigiert wird. Unser

Pflegepersonal schreibt die Pflegeüberleitung, hilft beim Packen der persönlichen Sachen und kontrolliert anhand des Wertgegenständeprotokolls, ob Patienteneigentum im Safe verwahrt wird. Die Pflege bestellt den Transport, Patient und Angehörige werden von unseren Mitarbeitern verabschiedet (s. QMH 3.3).

## **6 Ergänzende Angebote**

### **6.1 Seelsorge**

Die Seelsorge unseres Hauses sieht ihre Arbeit als Teil im Behandlungs- und Heilungsprozess von Körper, Geist und Seele. Seelsorgerliche Begleitung für die Patienten und deren Angehörige, sowie für die im Haus Beschäftigten ist uns wichtig. Wir führen seelsorgerliche Gespräche und begleiten Menschen in Krisen, z.B. vor Operationen oder bei Diagnosen einer schweren Erkrankung. Neben Gesprächen und Beistand in schweren Situationen werden Gottesdienste und Segensfeiern angeboten. Wir verstehen unsere Aufgabe ökumenisch und solidarisch verbunden. Gerne stellen wir auf Wunsch Kontakt zur Heimatkirchengemeinde oder zu anderen Religionsgemeinschaften her.

### **6.2 Hilfsmittelversorgung**

Nachdem das therapeutische Team die Notwendigkeit einer Versorgung mit Hilfsmitteln festgestellt hat, organisieren unsere Mitarbeiter in Absprache mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen deren Bereitstellung. Sanitätshäuser aus Osnabrück und Umgebung beraten auf Wunsch. Bei Bedarf werden durch Mitarbeiter der Ergotherapie Hausbesuche mit Wohnumfeld-Beratung angeboten. Vor Ort werden Hilfebedarf und räumliche Gegebenheiten ermittelt und in Form eines Protokolls und von Fotos dokumentiert. Die Versorgung mit Hilfsmitteln für den häuslichen Gebrauch, wie z.B. Pflegebett, Treppensteigergeräte, Toilettenstühle etc. werden so eingeleitet, dass diese bei Entlassung zur Verfügung stehen.

Rollatoren, Rollstühle und individuelle Lagerungsschienen und Orthesen werden bei einer entsprechenden Indikation so rechtzeitig verordnet, dass der Umgang mit ihnen bereits während des stationären Aufenthaltes geübt werden kann.

Die Schienensversorgung, das Anpassen von orthopädischen Schuhen sowie die individuelle Maßanfertigung von Carbonfaserorthesen werden durch Orthopädietechnikermeister aus Osnabrück und Umgebung sichergestellt. Individuelle Cast Verbände werden durch Mitarbeiter unserer Ergo- und Physiotherapie im Haus angefertigt.

Es existiert in der Abteilung eine Verfahrensweisung, die eine hauptverantwortliche Berufsgruppe für ein ggf. erforderliches Hilfsmittel aufzeigt, um Fehlversorgungen für den Patienten zu vermeiden. Für alle aufgeführten Hilfsmittel gibt es naturgemäß Überschneidungen in der Zuständigkeit mit verschiedenen Berufsgruppen. Die Adaption und Erprobung von einzelnen Hilfsmitteln wird im Team interdisziplinär besprochen. Die Verantwortlichkeit für ein zu verordnendes Hilfsmittel beinhaltet folgende Aufgaben: Zeitnahe Feststellung eines Hilfsmittelbedarfes, Austausch mit Fachhandel und Kostenträgern (ggf. Orthopädiemechanikern) und Einweisung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

### **6.3 Bezugstherapeut**

Die Abteilung für Neurologische Frührehabilitation hat das Amt des so genannten Bezugstherapeuten installiert. Der Bezugstherapeut begleitet den Patienten als besonderer Ansprechpartner von der Aufnahme bis zur Entlassung durch den Stationsalltag. Er rekrutiert sich aus der Gruppe der zuständigen Therapeuten. Jeder Patient erhält einen Bezugstherapeuten. Die Festlegung erfolgt durch den Stationsarzt in der Teambesprechung.

Der Bezugstherapeut hängt am ersten Behandlungstag den Therapieplan im Patientenzimmer aus und trägt seinen Namen ein. Er nimmt verpflichtend an den Teambesprechungen und der jeweils dazugehörigen Visite teil. Er behandelt den Patienten für den er zuständig ist und moderiert die interdisziplinäre Teamvisite, wenn „sein“ Patient an der Reihe ist. Er gibt in der Teamsitzung vorab ein kurzes Statement zur aktuellen allgemeinen Situation des Patienten ab. Die Patienten und Angehörigen profitieren erheblich von diesem zusätzlichen Angebot.

#### **6.4 ICF Beauftragter**

Weiterhin verfügt unsere Klinik über mehrere so genannte ICF-Beauftragte. Diese haben die Aufgabe, die Philosophie der ICF, der Internationalen Klassifikation von Funktionalität, Behinderung und Gesundheit in die interdisziplinäre Teamsitzung einzubringen. Hauptaugenmerk legt die ICF auf die selbstbestimmte Teilhabe der Patienten in ihrem privaten Umfeld und in der Arbeitswelt sowie natürlich auch i. R. der hiesigen Rehabilitation. Die Ziele und Wünsche jedes einzelnen Patienten werden vor seinem individuellen Hintergrund (Stichwort: persönliche und umweltbedingte Förderfaktoren oder Barrieren) professionell bewertet, in die stationäre Behandlung eingebracht und der Therapieplan entsprechend angepasst.

Auch in unseren Therapieberichten wird die ICF berücksichtigt. Hierfür ist eine Gliederung in Anlehnung an die ICF vorgesehen. Diese soll als Orientierung dienen und keine starre Struktur darstellen. Die Therapeutische Pflege bezieht bei ihrer schriftlichen Dokumentation ebenfalls die ICF ein.

#### **6.5 Dokumentation**

Eine zeitnahe Dokumentation aller Verrichtungen der oben beschriebenen Disziplinen ist notwendig und gewährleistet. Dieses ist wichtig, um Verläufe innerhalb der Rehabilitation subjektiv und auch objektiv nachvollziehen zu können. Anhand dieser Verläufe können Prognosen und anschließend auch Pläne der Behandlung aktualisiert werden. Wichtig ist die Dokumentation auch für die Rücksprache mit den Kostenträgern, welche sich in erster Linie auf unsere Aufzeichnungen bei Aussagen zu Kostenzusagen (meistens für einen längeren Aufenthalt) beziehen.

Jede Fachdisziplin hat ihre eigenen und umfangreichen Dokumentationsmöglichkeiten. Viele hiervon sind in der Beschreibung der einzelnen Therapiebereiche (s. oben) erwähnt. Als weiteres Instrument zur Dokumentation der aktuellen Situation und dementsprechend auch des Verlaufes nutzen wir die schriftliche Ausformulierung der Valenzen und Defizite unserer Rehabilitanden. Hier können oftmals auch kleinere Fortschritte, welche sich möglicherweise einer objektiven Bewertungsskala entziehen würden, dargestellt werden (s. QMH 3.3)

Osnabrück, den \_\_\_\_\_

---

Martin Roesner  
Ltd. Oberarzt der Abteilung für Neurologische Frührehabilitation

---

Prof. Dr. Florian Stögbauer  
Chefarzt der Klinik für Neurologie