



Klinikkonzept
SRH Fachkrankenhaus
Neresheim

Stand: 07.11.2011

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	7
1.1. Klinik	7
1.2. Behandlungsschwerpunkt.....	7
1.3. Behandelte Krankheitsbilder	7
2. Intensivmedizinische Behandlung	7
2.1. Typische intensivmedizinische Fragestellungen und Probleme.....	7
2.2. Personelle und apparative medizinische Ausstattung	8
2.2.1. Facharztkompetenzen im interdisziplinären Ärzteteam	8
2.2.2. Intensivmedizinische Techniken und Verfahren.....	8
2.2.3. Apparative Untersuchungsverfahren.....	8
2.2.4. Technische Ausstattung	9
2.2.4.1. Computertomographie	9
2.2.4.2. Ultraschall Diagnostik.....	9
2.2.4.3. Fahrbares Röntgengerät zur Röntgendiagnostik	9
2.2.4.4. C-Bogen	9
2.2.4.5. Endoskopie	9
2.2.4.6. Neurophysiologische Funktionsdiagnostik.....	9
2.2.4.7. Blutgasanalyse und notfallmäßige Bestimmungen von Blutbild und Elektrolyten	9
2.3. Beatmungsentwöhnung (Weaning)	9
2.3.1. Einführung.....	9
2.3.2. Konzept.....	9
2.3.3. Besonderheiten beim Weaning schwer hirngeschädigter Patienten.....	10
2.3.4. Ergebnisse des individualisierten Weanings.....	10
2.3.5. Adaptation eines Heimbeatmungsgerätes.....	10
3. Frührehabilitative Behandlung	11
3.1. Rehabilitationsteam	11
3.2. Rehabilitationsprozess.....	11
3.3. Allgemeine Rehabilitationsziele.....	11
3.4. Spezielle Rehabilitationsziele in der neurologischen Frührehabilitation	11
3.4.1. Frühmobilisation	12
3.4.2. Schluckrehabilitation, Trachealkanülenentwöhnung und Kostaufbau	12
3.4.3. Verbesserung von Wachheit und Reaktionsfähigkeit.....	13
3.4.5. Sprech- und Sprachrehabilitation	14
3.4.6. Förderung der kognitiven Funktionen	15
3.4.6.1. Diagnostik	15
3.4.6.2. Therapie	15
3.4.7. Behandlung von Störungen der Verhaltenskontrolle und des Sozialverhaltens.....	16
3.4.8. Affektiv-emotionale Stabilisierung	17
3.4.8.1. Nichtmedikamentöse Therapie.....	17
3.4.8.2. Medikamentöse Therapie	17
3.4.8.2.1. Antidepressiva	17
3.4.8.2.2. Anxiolytika.....	17
3.4.8.2.3. Neuroleptika.....	18
3.4.8.2.4. Generelle Aspekte der Psychopharmakotherapie	18
3.4.9. Verbesserung der Mobilität.....	18
3.4.10. Verbesserung der Handfunktion	19
3.4.11. Verbesserung der Selbständigkeit im Alltag	19
3.4.12. Wiedererlangen der Kontinenz	20
3.4.12.1. Stuhlkontinenz	20
3.4.12.2. Urinkontinenz.....	20

4. Therapiebereiche	20
4.1. Neuropsychologie	20
4.1.1. Allgemeines	20
4.1.1.1. Ziel	20
4.1.1.2. Theoretischer Ansatz	20
4.1.1.3. Indikationen für neuropsychologische Intervention	20
4.1.1.4. Häufigkeit und Intensität	21
4.1.2. Neuropsychologische Diagnostik	21
4.1.3. Neuropsychologische Therapiekonzepte	21
4.1.3.1. Frühförderung mentaler Funktionen bei schwer beeinträchtigten/ bewusstseinsgestörten Patienten	21
4.1.3.2. Neuropsychologische Therapie zur Förderung höherer kognitiver Funktionen	21
4.1.3.3. Neuropsychologische Therapie zur Förderung von psychischen und sozialen Kompetenzen	21
4.1.4. Neuropsychologisches Angehörigenkonzept	22
4.1.4.1. Ziel	22
4.1.4.2. Häufigkeit und Intensität	22
4.1.4.3. Neuropsychologisches Angehörigenangebot	22
4.2. Therapeutisch-aktivierende Pflege	22
4.2.1. Pflge-therapeutische Konzepte bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs)	22
4.3. Physiotherapie und Ergotherapie	22
4.3.1. Zielsetzung	22
4.3.2. Allgemeines	23
4.3.2.1. Physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung	23
4.3.2.2. Definition Ergotherapie	23
4.3.2.3. Definition Physiotherapie	23
4.3.2.4. Therapeutisches Angebot	23
4.3.3. Befundung und Dokumentation	24
4.3.4. Ergo- und Physiotherapeutische Therapiekonzepte	24
4.3.4.1. Das Bobath-Konzept	24
4.3.4.2. Das LiN®-Konzept	24
4.3.4.3. Das F.O.T.T®-Konzept	24
4.3.4.4. Das Affolter-Konzept	25
4.3.4.5. Manuelle Therapie	25
4.3.4.6. Manuelle Lymphdrainage	25
4.3.4.7. Neurodynamik	25
4.3.5. Schwerpunkte der fachbereichsbezogenen Therapie	25
4.3.5.1. Physiotherapie	25
4.3.5.2. Ergotherapie	26
4.3.6. Einbezug der Angehörigen	26
4.3.6.1. Ziel	26
4.3.6.2. Häufigkeit und Intensität	26
4.3.6.3. Angebote an Angehörige	26
4.4. Musiktherapie	26
4.4.1. Allgemeines Ziel	26
4.4.2. Indikationen für Musiktherapie	26
4.4.3. Diagnostik	27
4.4.4. Musiktherapeutische Verfahren	27
4.4.5. Häufigkeit und Intensität	27
4.4.6. Einbezug der Angehörigen	27
4.5. Logopädie	27
4.5.1. Allgemeines	27
4.5.1.1. Ziel	27
4.5.1.2. Häufigkeit und Intensität	27

4.5.2. Indikationen für logopädische Interventionen	27
4.5.3. Diagnostik	28
4.5.4. Logopädische Therapiekonzepte	28
4.5.4.1. Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei sprachsystematischen Störungen (Aphasien)..	28
4.5.4.2. Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei sprechmotorischen Störungen (Dysarthrien)..	28
4.5.4.3. Behandlung von weiteren Kommunikationsstörungen und allgemeine Grundsätze in der logopädischen Therapie	29
4.5.5. Angehörigenarbeit in der Logopädie	29
4.5.5.1. Ziel	29
4.5.5.2. Häufigkeit und Intensität	29
4.5.5.3. Logopädisches Angehörigenangebot	29
4.6. Sozialdienst.....	29
4.6.1. Tätigkeiten des Sozialdienstes.....	29
4.6.1.1. Psychosoziale Betreuung und Beratung	29
4.6.1.2. Wirtschaftliche Sicherung	30
4.6.1.3. Medizinische Rehabilitation Phase C und D im Anschluss an Behandlung im SRH Fachkrankenhaus Neresheim.....	30
4.6.1.4. Sicherung der Nachsorge bei ambulanter und stationärer Pflege	30
4.6.1.4.1. Ambulante Pflege	30
4.6.1.4.2. Stationäre Pflege	30
4.6.1.5. Interne Kommunikation	31
4.6.1.6. Beratung und Information von anderen Berufsgruppen	31
4.6.1.7. Sonstige Tätigkeiten	31
5. Gruppenkonzepte	31
5.1. Frühstücksgruppe	31
5.2. Mittagessensgruppe	32
5.3. Sportgruppe	33
5.4. Feinmotorikgruppe	34
5.5. Motomedgruppe	35
5.6. Kochgruppe.....	36
5.7. Musikgruppe	37
5.8. Aktivierungsgruppe	37
5.9. Malgruppe.....	38
5.10 Orientierungsgruppe.....	39
6. Besonderheiten der Klinik.....	40
6.1. Interdisziplinäre Intensivmedizin.....	40
6.2. Anästhesie	41
6.3. Neurochirurgische Operationen [9.3]	41
6.4. Ernährungssondenanlage.....	41
6.5. Interdisziplinäre Spastikbehandlung	42
6.6. Botulinumtoxintherapie	42
6.7. Elektromechanische Gangrehabilitation (Lokomat®).....	43
6.8. Bezugspflege und –therapie	43
6.9. Forschung und klinische Studien.....	44
6.10. Diagnostik und Behandlung bewusstseinsgestörter Patienten	44
7. Weitere Informationen.....	44

7.1. Phasenmodell der Neurorehabilitation	44
7.2. Rechtsgrundlagen des Aufenthaltes im SRH Fachkrankenhaus Neresheim	45
7.3. Problematik das § 39 SGB V für die neurologische Frührehabilitation nach dem Phasenmodell	45
7.4. Aufnahmekonferenz.....	46
7.5. Rehabilitationsteambesprechung	46
7.6. Rollstuhlversorgung und Hilfsmittel.....	46
7.7. Hilfsmittelkonferenz.....	46
7.8. Neurochirurgische Sekundäreingriffe	47
7.9. Entlassplanung.....	47
7.10. Schädigungen des autonomen Nervensystems	47
7.11. Stufenschema: Frühmobilisation im SRH Fachkrankenhaus Neresheim.....	48
7.12. Trachealkanüle.....	50
7.13. Neurogene Dysphagie.....	51
8. Versorgungs- und Entlassmanagement.....	52
8.1. Medizinische Versorgung bei besonderen Fragestellungen	52
8.2. Weiterführende Rehabilitation	52
8.3. Pflegeversorgung.....	52
8.3.1 Pflege daheim.....	52
8.3.2 Institutionelle Pflege	53
8.3.3 Fortführung ambulanter Therapien	53
8.4. Poststationäre Betreuung.....	53
8.5. Wiederaufnahme.....	53
9. Statistik und Benchmarks.....	54
9.1. Zuweisende Kliniken und Gesamtpatientenzahl	54
9.2. Aufnahmen im Intensiv- und allgemeinen Frührehabilitationsbereich	54
9.3. Neurochirurgische Eingriffe im SRH Fachkrankenhaus Neresheim	54
9.4. Trachealkanülenstatus und Trachealkanülenentwöhnung.....	55
9.5. Beatmung und Beatmungsentwöhnung	55

Vorwort:

Das Klinikkonzept des SRH Fachkrankenhauses Neresheim soll Informationen und einen Überblick über die verschiedenen Facetten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation bieten und unser inhaltliches Konzept, unser Vorgehen und unsere Ziele vorstellen. Neurorehabilitation befindet sich ständig im Fluss –ebenso dieses Konzept !

Das Konzept erhebt noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

Es ist geplant, dass unter Federführung von Dr. med. M. Schorl, Bereichsleiter Neurologische Frührehabilitation, unter wesentlicher Mitarbeit von Frau Dr. P. Maurer, Leiterin der Neuropsychologie, sowie von Mitarbeitern aller Therapiebereiche erstellte Konzept regelmäßig ein- bis zweimal jährlich zu überarbeiten, zu ergänzen und zu vertiefen.

Gebrauch:

Verweise und blau unterlegte Verlinkungen zu weiterführenden Informationen erleichtern den Gebrauch. Durch Klicken auf den markierten Begriff gelangen Sie zu weiterführenden Informationen.

1. Allgemeines

1.1. Klinik

Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim ist ein Fachkrankenhaus für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation erwachsener Patienten nach schweren erworbenen Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Die Klinik hat den Status eines Akutkrankenhauses (§39 SGB V) und verfügt insgesamt über 42 Betten, 12 davon auf einer Intensivpflegestation mit Beatmung. Der Versorgungsauftrag des Landes Baden-Württemberg umfasst die neurologische Frührehabilitation inklusive der intensivmedizinischen Versorgung.

1.2. Behandlungsschwerpunkt

Frührehabilitation sollte so früh wie möglich beginnen!

Wir kombinieren Intensivmedizin mit neurologischer Frührehabilitation und beginnen daher bereits in der Phase der Intensivtherapie mit der neurologischen Frührehabilitation. Personelle und apparative Ausstattung ermöglichen es uns, die Patienten unmittelbar nach Abschluss der neurologischen bzw. neurochirurgischen Akutdiagnostik und -therapie zu übernehmen, sobald Transportfähigkeit besteht, und so bereits frühzeitig frührehabilitative Therapieansätze mit in die Behandlung einzubinden. Aufgrund dieser Spezialisierung und der deutschlandweit einzigartigen Möglichkeit, bestimmte und typische [neurochirurgische Operationen \[7.8.\]](#) in einem eigenen, neurochirurgischen Operationssaal im Hause durchzuführen, können insbesondere Patienten nach neurochirurgischen Operationen frühzeitiger als in anderen Rehabilitationskliniken übernommen und therapiert werden. Außerdem eignet sich unser Haus dadurch in besonderem Ausmaß für besonders schwer betroffene Patienten mit ausgeprägten Verletzungen des Gehirns bzw. Komplikationen im Verlauf. Unser Einzugsbereich auch überregional; [zuweisende Kliniken \[9.1.\]](#) sind meist neurochirurgische und anästhesiologische Kliniken der Universitätsklinika und Kliniken der Maximal- und Schwerpunktversorgung.

1.3. Behandelte Krankheitsbilder

Im SRH Fachkrankenhaus Neresheim liegt der Schwerpunkt der frührehabilitativen Behandlung auf folgenden neurologisch-neurochirurgischen Krankheitsbildern:

- Schädel-Hirn-Traumata, isoliert oder im Rahmen von Polytraumata
- Subarachnoidalblutungen
- Intrazerebrale Blutungen
- Hirninfarkte
- Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (hypoxischer Hirnschaden)
- Hirntumore
- Guillain-Barré-Syndrom
- Critical-Illness-Polyneuropathie

Bei Patienten mit Hirninfarkten handelt es sich überwiegend um Patienten mit großen Mediainfarkten, die mittels Dekompressionskraniektomie behandelt wurden, oder um Infarkte in der Nähe des Atemzentrums mit Langzeitbeatmungsnotwendigkeit. Patienten mit intrazerebralen Blutungen oder Subarachnoidalblutungen haben häufig begleitende große intrazerebrale Blutungen und im Falle von Subarachnoidalblutungen oft zusätzliche neurochirurgische Komplikationen wie Gefäßspasmen mit konsekutiven Hirninfarkten, eine Hydrozephalusentwicklung mit Notwendigkeit einer Liquoraußenableitung und/oder einen Einbruch der Blutung in das Hirngewebe.

2. Intensivmedizinische Behandlung

2.1. Typische intensivmedizinische Fragestellungen und Probleme

Die Aufnahme der Patienten erfolgt überwiegend auf der Intensivpflegestation, die die Möglichkeit zu einem umfassenden Monitoring der Vitalfunktionen bietet.

Patienten mit schweren Schädigungen des zentralen Nervensystems weisen oft und häufig über lange Zeit eine **Funktionsstörung des vegetativen autonomen Nervensystems [7.10.]** im Sinne einer sympathikotonen vegetativen Dysregulation auf. Diese führt zu Tachykardie, arterieller Hypertonie, Tachypnoe sowie Hyperhidrosis.

Viele Patienten sind bei Aufnahme noch maschinell beatmet, so dass die Klinik verschiedene Möglichkeiten invasiver und nicht-invasiver Beatmung vorhält.

Begleitend bestehen oft Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie oft eine zentrale Hyperthermie, die ein kontinuierliches Monitoring und eine engmaschige intensivmedizinische Überwachung erforderlich machen. Oft werden Patienten mit noch einliegenden Liquordrainagen (externe Ventrikeldrainage, Lumbaldrainage) aufgenommen, so dass dann im Verlauf häufig eine permanente Liquorableitung (Shunt) implantiert werden muss.

2.2. Personelle und apparative medizinische Ausstattung

Entsprechend der Schwere der behandelnden Krankheitsbilder und zur Behandlung von Komplikationen im weiteren Behandlungsverlauf ist eine personelle und apparative Ausstattung erforderlich, die die Durchführung der notwendigen intensivmedizinischen diagnostischen und therapeutischen Verfahren gewährleistet.

2.2.1. Facharztkompetenzen im interdisziplinären Ärzteteam

Ein Fachärzteteam verschiedener Fachgebiete (Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin, Neurologie) versorgt die Patienten interdisziplinär. Diese interdisziplinäre medizinische Versorgung ist Voraussetzung für die frühe Übernahme der Patienten und vermeidet auch im weiteren Verlauf im Vergleich zu anderen Frührehabilitationsabteilungen Rückverlegungen in Akutkrankenhäuser aufgrund medizinischer Komplikationen.

2.2.2. Intensivmedizinische Techniken und Verfahren

Mit Ausnahme der Dialyse und des erweiterten, invasiven Kreislaufmonitorings werden die üblichen intensivmedizinischen Verfahren im SRH Fachkrankenhaus Neresheim vorgehalten.

Folgende intensivmedizinische Techniken und apparative Verfahren sind etabliert:

- Dilatative Tracheotomie bei Erfordernis einer Langzeitbeatmung
- Langzeitbeatmung
- Anpassung einer Heimbeatmung
- Anlage arterieller und zentral-venöser Verweilkatheter
- Katecholamintherapie
- Pleurapunktionen und Anlage von Thoraxdrainagen
- Aszitespunktion
- Anlage von verschiedenen Ernährungssonden (perkutane, endoskopische Gastrostomie, perkutane, endoskopische Jejunostomie, Anlage von Duodenalsonden)
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter
- Anlage lumbaler Liquordrainagen
- Verfahren zur Narkose

Auch bei den in der Intensivmedizin nicht selten vorkommenden Herzrhythmusstörungen wird ein breites Spektrum an pharmakologischen und elektrischen Therapieoptionen vorgehalten.

2.2.3. Apparative Untersuchungsverfahren

- Invasives Blutdruckmonitoring
- Monitoring von Vasospasmen mit transkranieller Farbduplexsonographie
- Monitoring einer Hydrozephalusentwicklung mittels transkranieller Parenchymsonographie und/oder Computertomographie
- Kontinuierliches EEG-Monitoring bei Verdacht auf subklinische epileptische Anfälle
- Transthorakale Echokardiographie

- Konventionelle Notfallradiologie
- Bronchoskopie/Tracheoskopie
- Sonographie der Pleura, des Abdomens, peripherer Gefäße

2.2.4. Technische Ausstattung

2.2.4.1. Computertomographie

Im August 2011 wurde ein neuer 16-Zeilen-Spiralcomputertomograph installiert. Dieser bietet neue Möglichkeiten der Schnittbilddiagnostik inklusive der extra- und intrakraniellen Gefäßdiagnostik und der Perfusionsbildgebung. Auch bezüglich häufiger intensivmedizinischer Fragestellungen wie Lungenembolie oder intraabdominaler Entzündungsprozess sowie bezüglich typischer Fragestellungen zur Verlaufskontrolle nach Wirbelsäulenfrakturen oder Aortenaneurysmadesektion bieten sich somit optimierte diagnostische Bedingungen für unsere Patienten.

2.2.4.2. Ultraschalldiagnostik

Zur intra- und extrakraniellen Gefäßdiagnostik und zerebralen Parenchymsonografie sowie zur Weichteilsonografie des Halses, Abdomensonografie, Echokardiografie, Pleurasonografie und peripheren Gefäßsonografie steht ein modernes Ultraschallgerät der Firma Philipps zur Verfügung: der Philipps Envisor.

2.2.4.3. Fahrbares Röntgengerät zur Röntgendiagnostik

Aufgrund der Schwere und des Ausmaßes der Behinderung muss die Röntgendiagnostik bei unseren Patienten oftmals im Bett auf der Intensivstation erfolgen. Hierzu steht für die Röntgen-nativ-Diagnostik des Thorax, des Abdomens, der Schädels und des Skelettsystems ein fahrbares Röntgengerät der Firma Siemens zur Verfügung.

2.2.4.4. C-Bogen

Für Kontrolluntersuchungen am Magen-Darm-Trakt nach endoskopischen Sondenanlagen sowie zur Röntgendiagnostik intra- und postoperativ bei und nach Shuntanlage steht ein fahrbarer, 2010 neu angeschaffter, C-Bogen der Firma Siemens zur Verfügung.

2.2.4.5. Endoskopie

Es stehen mehrere Endoskope zur Pharyngo-, Laryngo-, Tracheo-, Bronchoskopie sowie zur Ösophagogastroduodenoskopie und Koloskopie zur Verfügung.

2.2.4.6. Neurophysiologische Funktionsdiagnostik

Es stehen ein digitales EEG-Gerät und ein 2010 neu angeschafftes Gerät „Viking Select“ der Firma CareFusion für die Diagnostik mittels Elektromyografie, Elektroneurografie sowie evozierten Potenzialen zur Verfügung.

2.2.4.7. Blutgasanalyse und notfallmäßige Bestimmungen von Blutbild und Elektrolyten

Hierzu steht rund um die Uhr das ABL 800 B der Firma Radiometer zur Verfügung.

2.3. Beatmungsentwöhnung (Weaning)

2.3.1. Einführung

Weaning bedeutet: Entwöhnung vom Beatmungsgerät.

Mehr als die Hälfte der im SRH Fachkrankenhaus Neresheim aufgenommenen Patienten ist bei der Aufnahme noch von einer maschinellen Beatmung abhängig. Mit eines unserer vorrangigen Ziele ist es, die Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

2.3.2. Konzept

Hierzu verfolgt das SRH Fachkrankenhaus Neresheim ein individualisiertes Weaning-Konzept. Dies bedeutet, dass die Entwöhnung nicht nach einem starren Stundenplan (Weaningprotokoll) erfolgt, sondern dass auf die individuellen Erfordernisse der Patienten und die parallel erfolgende Neurorehabilitation Rücksicht genommen wird:

- Sollten Patienten noch eine kontrollierte Beatmung benötigen, besteht der erste Schritt darin, diese wenn möglich auf eine druckunterstützte, maschinelle Beatmung umzustellen, bei der der Patient jeden Atemzug selber auslöst.
- Die vom Patienten zu erbringende Atemarbeit lässt sich über das Ausmaß der Druckunterstützung regulieren, sodass im zweiten Schritt versucht wird, dem Patienten schrittweise mehr Atemarbeit zu übertragen, indem die maschinelle Druckunterstützung langsam reduziert wird.
Ziel hierbei ist es, die Druckunterstützung soweit zu reduzieren, dass eine Eigenatmung ohne Maschine realistisch wird. Beim individualisierten Weaning sind die Zeiträume hierfür sehr unterschiedlich.
- Im nächsten Schritt wird versucht, den Patienten halbstunden- bis stundenweise ohne maschinelle Druckunterstützung atmen zu lassen. Sauerstoff kann hierbei über die Trachealkanüle direkt zugeführt werden. Zu Anfang findet diese Eigenatmung im Beisein von Pflege-/Therapiepersonal statt und in Ausgangsstellungen, die die Eigenatmung bestmöglich unterstützen (Sitz im Bett).
- In den nächsten Tagen kann dann diese Eigenatmung über mehrmals täglich erfolgende Phasen ohne Beatmungsgerät ausgebaut werden (z. B. ca. 2 Stunden/Tag, nachfolgend 2 x 4 Stunden Spontanatmung ohne Beatmungsgerät, schließlich wird tagsüber ohne Beatmungsgerät geatmet mit einer ca. zweistündigen Mittagspause am Beatmungsgerät zur Erholung sowie einer nächtlichen Beatmungsphase).
- Als letzter Schritt erfolgt nur noch eine Nachtpause am Beatmungsgerät, die dann von 10 über 8 auf 6 Stunden reduziert wird, nachfolgend kann die Beatmungsentwöhnung in der Regel abgeschlossen werden.
Individualisiertes Weaning bedeutet hierbei auch, dass es für die oben genannten Schritte keine feste Abfolge und kein starres Zeitraster gibt. Bei Patienten, die dies problemlos schaffen, können Schritte übersprungen werden, bei anderen sind teilweise deutlich längere Phasen von mehreren Tagen für die einzelnen Schritte erforderlich.

2.3.3. Besonderheiten beim Weaning schwer hirngeschädigter Patienten

Im Gegensatz zum Weaning auf Intensivstationen im Bereich der Akutmedizin sind in der neurologischen Frührehabilitation immer auch begleitende Symptome und Probleme zu berücksichtigen wie zum Beispiel die oft vorhandene, vegetative Instabilität, die manchmal den Einsatz vegetativ dämpfender Pharmaka erforderlich macht, die wiederum einen Einfluss auf Atemantrieb, Schutzreflexe und Vigilanz haben.

Die in der Regel vorhandene, mehr oder weniger ausgeprägte Schluckstörung ist ebenfalls dabei zu bedenken.

Auch liegt bei vielen Patienten als Folge der schweren Erkrankung eine Critical-Illness-Polyneuropathie vor, die ihrerseits über eine Schwäche der Atemmuskulatur das Weaning erschwert und verlängert.

2.3.4. Ergebnisse des individualisierten Weanings

Mit dem individualisierten Weaning gelingt es uns, die allermeisten Patienten erfolgreich und dauerhaft vom Beatmungsgerät zu entwöhnen. Die Weaningquote liegt bei über 95% [\[9.5.\]](#). Die Beatmungsentwöhnung kann bei Patienten mit vorbestehenden Lungenproblemen (Asthma, Tuberkulose, Thoraxtrauma, Lungenoperationen, langjähriger, schwerer Nikotinmissbrauch) entsprechend verlängert und manchmal unmöglich sein.

2.3.5. Adaptation eines Heimbeatmungsgerätes

In diesen seltenen Fällen, oder bei Schädigung des Atemzentrums durch die neurologische Erkrankung mit Fehlen eines ausreichenden Eigenatemtriebs besteht die Möglichkeit, diese Patienten auf ein Heimbeatmungsgerät einzustellen, mit dem die Patienten deutlich besser mobil sind, da es kleiner, leichter und nicht auf Drucklufttechnologie angewiesen ist.

Bei Patienten mit sehr langwierigem Weaning nutzen wir diese Technologie teilweise als Brücke, um ihnen bis zur definitiven Beatmungsentwöhnung mehr Mobilität zu ermöglichen (z. B. Aufenthalt außerhalb des Zimmers), sofern die Gesamtsituation dies sinnvoll erscheinen lässt.

3. Frührehabilitative Behandlung

3.1. Rehabilitationsteam

Das rehabilitative Team steht unter ärztlicher Leitung von in der neurologischen Frührehabilitation erfahrenen Ärzten. Es setzt sich zusammen aus Mitarbeitern aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, rehabilitativ-therapeutische Pflege, Musiktherapie, Logopädie und Sozialdienst (links). Musiktherapie, Logopädie und Sozialdienst kommen bei entsprechendem Bedarf zum Einsatz, die übrigen Therapiebereiche sind obligat an der Behandlung beteiligt.

3.2. Rehabilitationsprozess

In den ersten Tagen nach der Aufnahme der Patientin/des Patienten, in denen sich das therapeutische Team erste Eindrücke vom Schädigungsbild und den vorhandenen Fähigkeiten des Patienten verschafft, erfolgt eine Aufnahmekonferenz, in der die Befunde inklusive apparativer Zusatzbefunde dem therapeutischen Team vorgestellt werden. Auch wichtige Erkenntnisse aus dem möglichst bald nach Aufnahme erfolgten Angehörigenerstgespräch werden integriert.

In der [Aufnahmekonferenz \[7.4.\]](#) werden die ersten rehabilitativen Ziele, zunächst meist basierend auf der noch instabilen medizinischen Situation, festgelegt. Im weiteren Rehabilitationsverlauf wird in zumeist wöchentlich erfolgenden [Rehabilitationskonferenzen \[7.5.\]](#) eine Evaluation des bisherigen Rehabilitationsprozesses bezüglich Zielerreichung, Notwendigkeit der Modifikation von Zielen und ggf. notwendiger mittel- und langfristiger Versorgungsplanung durchgeführt.

Der Rehabilitationsprozess wird kontinuierlich mit Hilfe standardisierter Assessments und Indices (Functional Independence Measure [FIM], Barthel-Index, Frühreha-Barthel-Index) evaluiert.

Abhängig von der neurorehabilitativen Entwicklung der Patienten ist eine rechtzeitige Entlassplanung erforderlich, um die Patienten bestmöglich weiter zu versorgen. Auf der Basis der rehabilitativen Entwicklung, dokumentiert z. B. durch o.g. Indizes, den regelmäßigen Besprechungen des Rehabilitationsteams sowie den ärztlichen Visiten, wird auf der Basis des Phasenmodells der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) fortwährend geprüft, inwieweit eine weitere Behandlung im SRH Fachkrankenhaus Neresheim gerechtfertigt ist oder inwieweit anderweitige Planungen angestellt werden müssen. Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim führt nur neurologische Frührehabilitation durch, ggf. erforderliche weitere Rehabilitationsphasen müssen in anderen, auf diese Phase nach dem [Phasenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation \(BAR\) \[7.1.\]](#) spezialisierten Kliniken durchgeführt werden.

Die Planung der Weiterbehandlung bzw. -versorgung erfolgt gemeinsam mit den Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Betreuer (s. Versorgungs- und Entlassmanagement, Kap. 8).

3.3. Allgemeine Rehabilitationsziele

Übergreifendes Ziel bei jedem Patienten ist es, ein größtmögliches Maß an Lebensqualität, größtmögliche Selbstständigkeit im Alltag und geringstmögliche Pflegebedürftigkeit zu erreichen.

Entsprechend dem oben skizzierten, medizinischen Behandlungsspektrum kann zwischen der Frühphase der Behandlung auf der Intensivpflegestation und der nach medizinischer Stabilisierung auf den allgemeinen Frührehabilitationsstationen fortgesetzten Rehabilitationsbehandlung unterschieden werden. Ziele der Frühphase auf der Intensivpflegestation liegen vor allen Dingen in der medizinischen Stabilisierung, Kreislaufstabilisierung und Frühmobilisation sowie der Anbahnung von umweltbezogener Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit, um so die Voraussetzungen für die weiterführende Rehabilitation zu schaffen. Im allgemeinen Frührehabilitationsbereich wird es dann mit Erreichen längerer Belastungs- und Mitarbeitsfähigkeit möglich, auch differenziertere Ziele zu verfolgen.

3.4. Spezielle Rehabilitationsziele in der neurologischen Frührehabilitation

Aufgrund der Schwere der Hirnschädigung liegen bei sehr vielen Patienten ähnliche Probleme und Fähigkeitsstörungen vor. Im Folgenden werden typische Rehabilitationsziele für Patienten in der

Frühphase der Behandlung vorgestellt. Natürlich muss individuell festgelegt werden, welche Ziele wann und mit welcher Priorität zu verfolgen sind.

3.4.1. Frühmobilisation

Patienten in der neurologischen Frührehabilitation sollten möglichst bald mobilisiert werden, wobei die Mobilisation unter Berücksichtigung des Muskeltonus, der Kreislaufsituation und der allgemeinen vegetativen Situation erfolgen muss.

Sowohl eine sympathikotone Kreislaufdysregulation mit Tachykardie und Hypertonie als auch eine orthostatische Dysregulation mit Blutdruckabfällen und Herzfrequenzanstiegen in aufrechter Körperposition sind häufige Komplikationen der Schädigung bzw. der langen Intensivbehandlung.

Daher erfolgt die **Frühmobilisation [7.11.]** nach einem Stufenschema über das Sitzbett, die Bettkante schließlich in einem Multifunktionsrollstuhl.

Die Änderung der Körperposition, die wie bei allen Transfers nach neurophysiologischen Konzepten erfolgt, dient der Normalisierung des Muskeltonus, der Anbahnung von Bewegungen, der Verbesserung der Rumpf- und Kopfmotorik, der Stabilisierung der Kreislaufsituation sowie der Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit. Auch verbessert sich häufig in aufrechten Körperpositionen die Wachheit und die Schluckfunktion, beides wiederum wichtige Voraussetzungen für Fortschritte in anderen rehabilitativen Bereichen.

Eine ausreichende Kopf- und Rumpfkontrolle ist schließlich die Basis für eine Mobilisation in den Aktivrollstuhl, der die Möglichkeit einer Fortbewegung mit den Beinen oder den Armen bietet. Hierzu wird zunächst die Rollstuhlmobilisation stufenweise ausgebaut, um dann bei Erreichen ausreichender Haltungskontrolle über den Multifunktionsrollstuhl in den kleineren Aktivrollstuhl wechseln zu können.

3.4.2. Schluckrehabilitation, Trachealkanülenentwöhnung und Kostaufbau

Voraussetzung für die Entwöhnung von der geblockten Trachealkanüle ist, dass keine maschinelle Beatmung mehr erforderlich ist (s. Weaning, Kap. 2.3.).

Wesentliches Ziel der Schluckrehabilitation ist es, den normalen (physiologischen) Schluckakt wieder in ausreichender Häufigkeit und Qualität herzustellen. Erst wenn ein Mensch seinen Speichel (ca. 1,5 Liter pro Tag), sicher schluckt und sich nicht verschluckt (aspiriert), kann von einer geblockten Trachealkanüle auf eine ungeblockte Trachealkanüle gewechselt werden.

Die ungeblockte Kanüle wiederum ist die technische Notwendigkeit, um eine Stimmbildung am Kehlkopf zu ermöglichen und damit dann sprechen zu können (sofern keine zusätzlichen Störungen des Sprechens oder der Sprache vorliegen).

Unsere Therapeuten verfügen auch über spezielles Know-how im Kanülenmanagement. So gibt es Kanülen verschiedener Länge, verschiedener Flexibilität, mit und ohne Absaugmöglichkeit von Sekret oberhalb der Kanüle, die speziellen Einsatzsituationen vorbehalten bleiben.

Auch bei der **Trachealkanülenentwöhnung [7.12.]** spielen pflegetherapeutische und therapeutische Konzepte, wie die FOT-Therapie nach Coombs eine große Rolle. Mittels verschiedener Techniken kann von der Modulation des Muskeltonus im Gesichtsbereich mit dem Ziel der Mundöffnung bzw. des Mundschlusses bis hin zur Stimulation des Schluckens zur Steigerung der spontanen Schluckfrequenz die Basis für das Wiedererlernen eines suffizienten Schluckaktes geschaffen werden.

Patienten mit Langzeitbeatmung und somit mehrwöchigem Tragen einer Trachealkanüle benötigen über ein schrittweises Entblocken der Kanüle unter Aufsicht und in Absaugbereitschaft eine teils langwierige Rehabilitation des Schluckens, um den normalen, physiologischen Atemweg wieder übernehmen zu können und das Schlucken wieder zu erlernen. Erst wenn der eigene Speichel sicher

geschluckt wird, kann dann mit einem Kostaufbau zur Rehabilitation der normalen Ernährung begonnen werden. Dieser erfolgt ebenfalls stufenweise, da nicht alle Nahrungskonsistenzen von Anfang an gleich gut geschluckt werden können. Dies erfordert ein individuell angepasstes Vorgehen seitens der Schlucktherapeuten.

Zur [objektiven Beurteilung der Schluckfunktion \[7.13.\]](#) wird in unserer Klinik bei entsprechendem klinischen Befund eine Videopharyngolaryngoskopie durchgeführt, bei der die Schluckfunktion mit einem gefärbten Testbrei überprüft wird und festgestellt wird, ob ein Verschlucken (Aspiration) in die Luftröhre erfolgt und ob der Patient ggf. über ausreichende Schutzreflexe verfügt.

Vor [Wechsel auf eine ungeblockte Trachealkanüle oder Entfernung einer Trachealkanüle \[7.12.\]](#) wird eine Endoskopie der Luftröhre durchgeführt, um eine, den Patienten dann möglicherweise gefährdende, Luftröhrenverengung auszuschließen.

3.4.3. Verbesserung von Wachheit und Reaktionsfähigkeit

Die meisten Patienten leiden in den ersten Wochen auf der Intensivstation und manche auch noch auf der Frührehabilitationsstation unter schweren Beeinträchtigungen der Bewusstseinslage (z.B. Koma, Wachkoma, minimal bewusster Zustand). Ein wichtiges Behandlungsziel ist bei diesen Patienten eine Verbesserung von Wachheit, Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit und damit die Schaffung wichtiger Voraussetzungen für eine aktive Teilnahme am Rehabilitationsprozess.

Eine objektive Diagnostik der Bewusstseinslage, d.h. der allgemeinen Wachheit bzw. Erweckbarkeit, der Aufmerksamkeitsfähigkeit, der Reaktionsfähigkeit auf Reize (z.B. visuell, akustisch, taktil) und des Verständnisses steht am Beginn der neuropsychologischen Arbeit mit den Patienten, schon in den ersten Behandlungstagen. Dabei müssen Einflüsse, die die Reaktionsfähigkeit u.U. zusätzlich beeinträchtigen wie z.B. Medikamente, Lähmungen bzw. Belastbarkeitsminderungen berücksichtigt werden.

Durch wiederholte neuropsychologische Untersuchungen, die aus einer Kombination aus etablierten Beurteilungsskalen, spezifischen, im Fachkrankenhaus Neresheim entwickelten und standardisierten Untersuchungsverfahren und explorativen Untersuchungen bestehen, werden Reaktionsfähigkeit und kognitive Verarbeitungsfähigkeit der Patienten getestet. Daraus resultierende Rückschlüsse werden im Team diskutiert und dienen als Grundlage für die Formulierung spezifischer kurzfristiger Therapieziele.

Durch auf diese Ziele zugeschnittene sensorische Stimulation, die Förderung minimaler Reaktionsansätze durch repetitive Bewegungsübungen, handlungsorientierte Therapieansätze, operante Lernmethoden bzw. die Nutzung externer Hilfsmittel erfolgt in der neuropsychologischen Behandlung eine intensive Förderung.

Dabei stehen der Aufbau reproduzierbarer bzw. konstanter Reaktionen und eine Verbesserung der Interaktionsmöglichkeiten mit der Umwelt im Vordergrund. Bei ausreichender vegetativer Stabilität und Belastbarkeit werden bewusstseinsgestörte Patienten zusätzlich in einem innovativen interdisziplinären Gruppenkonzept (Aktivierungsgruppe) behandelt.

In enger Abstimmung zwischen dem medizinischen und dem neuropsychologischen Bereich kann, falls indiziert, auch eine medikamentöse Therapie der Bewusstseinsstörung mit aktivierenden und vigilanzsteigernden Pharmaka versucht werden.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Behandlung dieser Patienten ist auch die psychologische Betreuung der Angehörigen (s. Kap. 4.1.4.) mit der Beratung zu Umgangsmöglichkeiten mit dem Patienten, der Erhebung fremdanamnestischer Daten zu prä-morbider Leistungsfähigkeit sowie persönlichen Vorlieben des Patienten und falls indiziert auch deren Einbeziehung in die Therapien.

3.4.4. Verbesserung von Kommunikation

Der Anteil von Patienten, die sich im frühen Verlauf nicht sprachlich äußern können, ist sehr hoch. Da das Wiedererlangen einer basalen Kommunikationsfähigkeit eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität von Patient und Angehörigen mit sich bringt, stellt das Etablieren von Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten ein wichtiges Behandlungsziel im frühen Verlauf dar.

Daher überprüfen wir bereits auf der Intensivpflegestation im multiprofessionellen Team unter Führung der Neuropsychologie die Kommunikationsfähigkeit des Patienten. Insbesondere bei der Beurteilung von Patienten mit schweren Bewusstseinsstörungen (Wachkoma, minimal bewusster Zustand), die meist auch an schweren Lähmungen leiden, werden hohe Anforderungen an die Beurteilung der Kommunikationsfähigkeit gestellt, die spezielle Kenntnisse und Erfahrungen bedingen und deshalb einen Schwerpunkt der neuropsychologischen Diagnostik darstellen.

In diesem Kontext werden dem Patienten mit Hilfe eines standardisierten Untersuchungsverfahrens Fragen systematisch dargeboten und seine Antworten über einen Kommunikationscode bzw. sonstige Reaktionen dokumentiert und ausgewertet.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Diagnostik werden mögliche Kommunikationswege (Etablierung eines Ja/Nein-Codes, Ausdruck über Gestik und Körpersprache, Nutzung externer Hilfsmittel, computergestützte Kommunikationsmöglichkeiten) erprobt, um den bestmöglichen Kommunikationsweg für Patienten, die noch nicht sprechen können zu finden bzw. zu etablieren.

Spezifische Behandlungsansätze pflegetherapeutischer Konzepte, wie z. B. Elemente aus der basalen Stimulation, können dabei die Kommunikationsanbahnung unterstützen. Häufige Wiederholungen und ein hohes Ausmaß an Kontinuität spielen beim Kommunikationsaufbau eine große Rolle. Gewährleistet wird dies durch regelmäßige neuropsychologische Therapien mit dem Schwerpunkt des Kommunikationsaufbaus und eine koordinierter Vorgehensweise im therapeutischen Team.

Komplexere Kommunikation, die über Grundbedürfnisse des Alltags hinausgeht, setzt neuropsychologische Basiskompetenzen (wie z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verhaltensregulierung) voraus, die ebenfalls Gegenstand der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie sind. Liegen in diesem Bereich spezifische Sprachstörungen oder andere kognitiv bedingte Störungen der Kommunikation vor, so werden diese mit darauf abgestimmten neuropsychologischen Behandlungsansätzen therapiert, sobald eine Kooperationsfähigkeit des Patienten gegeben ist.

3.4.5. Sprech- und Sprachrehabilitation

Mit der Möglichkeit der Stimmproduktion werden unter Umständen Sprechstörungen oder durch Schädigungen sprachrelevanter Hirnareale Sprachstörungen offenbar. Sprechstörungen werden dann zunächst schwerpunktmäßig im Rahmen der faziiooralen Therapie (Ergotherapie) behandelt, Sprachstörungen von der Neuropsychologie.

Von neuropsychologischer Seite werden in der Frühphase Konzepte der sprachlichen Aktivierung und stimulierende Behandlungstechniken eingesetzt, im weiteren Verlauf dann auch spezifische sprachliche Übungen. Sollten die Patienten bezüglich ihrer kognitiven Fähigkeiten ausreichend lange einzeltherapeutisch belastbar sein, erfolgt zusätzlich eine Sprachtherapie durch die Logopädie.

Ziel der logopädischen Therapie ist die Verbesserung der kommunikativen Effektivität.

Um dies zu erreichen, setzt die Behandlung je nach Art der Störung an verschiedenen sprachlichen Bereichen an. Bei Aphasien sind dies die Modalitäten Sprachproduktion, Verstehen, Lesen und Schreiben. Dabei wird außerdem der Einsatz nonverbaler Mittel wie Gesten, Mimik und Piktogramme berücksichtigt. Wenn verbale Kommunikation (noch) nicht möglich ist, stellt dies für den Patienten oft die einzige Art dar, sich mitzuteilen. Bei verbalen Äußerungen können Probleme in der Wortfindung, in der lautlichen Struktur und in der Grammatik auftreten. Durch einen, individuell auf den Patienten abgestimmten, systematischen Übungsaufbau werden diese Bereiche gezielt stimuliert.

Neben der sprachsystematischen Therapie bei Aphasien werden auch Dysarthrien und Sprechapraxien logopädisch behandelt. Dysarthrien, also Störungen in der Ausführung von Sprechbewegungen, führen je nach Ausprägung, zu undeutlicher Artikulation bis hin zu völliger Unfähigkeit, Laute zu bilden. Eine Verbesserung der Kommunikation wird in diesem Fall durch Behandlung der motorischen Systeme, die am Sprechen beteiligt sind, also Artikulation, Stimme und Atmung, angestrebt. Wenn eine Verbesserung der Mundmotorik erforderlich ist, um eine verständlichere Artikulation zu ermöglichen, findet dies unterstützend zur Ergotherapie auch in der Logopädie statt.

3.4.6. Förderung der kognitiven Funktionen

Patienten mit schweren erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems zeigen häufig nach Abklingen der Bewusstseinsstörung begleitend mehr oder minder schwere und komplexe neuropsychologische Störungen. Neben allgemeinen Beeinträchtigungen wie einer reduzierten Konzentrationsfähigkeit oder Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit, die bei Patienten nach einer schweren Hirnschädigung in der Frühphase generell zu erwarten sind, können darüber hinaus v. a. bei lokalisierten Hirnschädigungen auch spezifische Störungen auftreten wie z. B. Störungen der Handlungsplanung und -durchführung (dysexekutives Syndrom, Apraxie), Sehstörungen (Hemianopsie), Störungen der Selbst- und Raumwahrnehmung (Z.B. Neglect) oder Störungen des Gedächtnisses.

Das Ziel der neuropsychologischen Behandlung im SRH Fachkrankenhaus Neresheim ist die bestmögliche Wiederherstellung der kognitiven Funktionen, um optimale Voraussetzungen für Aktivität und Teilhabe im Alltag zu erzielen.

3.4.6.1. Diagnostik

Um die Therapien optimal auf das individuelle Störungsbild des einzelnen Patienten ausrichten zu können, werden zu Beginn der Behandlung bzw. nach Abklingen der Bewusstseinsstörung, aber auch im weiteren Verlauf wiederholt neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt. Dabei stehen neben der Diagnostik von Störungen bzw. Beeinträchtigungen die Identifizierung erhaltener Leistungsbereiche sowie die Erfassung von therapeutischen Fortschritten im Vordergrund.

Vor der Entlassung der Patienten findet eine umfassende neuropsychologische Abschlussdiagnostik statt.

Die Ergebnisse der Diagnostik lassen Aussagen über Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, visuelle, auditive und taktile Wahrnehmung, Sprachverständnis und Kommunikationsfähigkeit, Lesen, Schreiben, Zahlenverständnis, Gedächtnis, Orientierung, Denken, Planungs- und Handlungsfähigkeit zu.

Spezifische neuropsychologische Störungen wie Agnosie, Apraxie, Neglect oder dysexekutive Störungen werden dabei ebenso identifiziert wie psychisch-emotionale Störungen. Zur Untersuchung werden Verhaltensbeobachtung, deskriptive Ratingskalen und orientierende Einzelaufgaben im Rahmen eines eigens entwickelten Screeningverfahrens eingesetzt, wobei zeitkritische Bewertungen in der Frühphase vermieden werden.

Bei Erreichen der für die jeweilige Testung erforderlichen Voraussetzungen werden zusätzlich standardisierte Testverfahren (u.a. auch computergestützt) angewendet.

Die Auswahl der Verfahren erfolgt prinzipiell hypothesen- und ressourcengeleitet.

3.4.6.2. Therapie

Am Anfang der neuropsychologischen Behandlung bestehen bei Patienten mit noch schweren neuropsychologischen Beeinträchtigungen die Ziele meist in einer Verbesserung von Aufmerksamkeit und konzentrativer Belastbarkeit sowie im Wiedererlangen von Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit. Die Durchführung der Therapien erfolgt in enger Abstimmung mit den anderen Therapieangeboten im interdisziplinären Team. Aufgrund der meist noch bestehenden

Belastungsminderung, ausgeprägten Fluktuationen der Leistungsfähigkeit und meist noch schweren motorischen Beeinträchtigungen finden die patientengerechte Therapieplanung und die Schaffung bestmöglicher Ausgangsbedingungen für eine optimale Leistungsfähigkeit (wie z.B. Mobilisation) eine besondere Berücksichtigung.

In der neuropsychologischen Therapie werden in dieser Phase, aufbauend auf den in der Diagnostik evaluierten noch erhaltenen Leistungsbereichen, basale therapeutische Ansätze wie handlungsorientierte Therapien, Papier-Bleistift-Übungen, Explorationsübungen, sowie basale Orientierungsübungen herangezogen. Zur Anbahnung einer basalen Handlungsfähigkeit werden PC-gestützte Therapien mit spezifischen Trainingsprogrammen, falls indiziert auch unter Nutzung von Hilfsmitteln wie externen Schaltern, verwendet.

Die Auswahl der therapeutischen Methoden muss dabei der meist noch bestehenden starken Verlangsamung und motorischen Beeinträchtigungen gerecht werden. Die Therapien finden in der Anfangsphase meist als Einzeltherapie im Patientenzimmer, möglichst unter störungsfreien Bedingungen, statt.

Im weiteren Verlauf steht die störungsspezifische Therapie der in der neuropsychologischen Verlaufsdagnostik identifizierten individuellen neuropsychologischen Beeinträchtigungen im Fokus der neuropsychologischen Intervention. Zum Einsatz kommen dabei Funktionstherapien, kompensatorische Ansätze sowie tagesstrukturierende Maßnahmen und Umfeldgestaltung.

Funktionelle Therapien (auch PC-gestützt) werden insbesondere bei Aufmerksamkeitsstörungen und visuell-räumlichen Wahrnehmungsstörungen sowie Störungen der personalen und situativen Orientierung, des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen angewandt.

Im Bereich der Orientierungs- und Gedächtnisstörungen wird die Anwendung externer Gedächtnishilfen erprobt und eingeübt sowie eine individuelle Gestaltung des Patientenumfeldes mit Orientierungshilfen vorgenommen. Zudem werden bei Beeinträchtigungen von Orientierung und Verhalten in Zusammenarbeit mit dem gesamten Rehabilitationsteam tagesstrukturierende verhaltenstherapeutische Maßnahmen umgesetzt.

Die Therapieplanung einschließlich der Auswahl des Therapiematerials basiert bei allen neuropsychologischen Behandlungsansätzen auf den diagnostischen Befunden über die individuelle Belastbarkeit und das Leistungsprofil des einzelnen Patienten. Hier werden zudem auch –meist fremdanamnestic gewonnene– Erkenntnisse zur Biographie und zur prämorbidem Leistungsfähigkeit einbezogen.

Bei gegebener Indikation kommen neben der neuropsychologischen Einzeltherapie auch Gruppentherapien (s. Orientierungsgruppe, neuropsychologische Malgruppe, Aktivierungsgruppe, Kap. 5) zum Einsatz. Hier werden neben der Förderung von Interaktion und sozialen Fähigkeiten verschiedenste Aspekte neuropsychologischer Störungen (wie z.B. Konzentrationsfähigkeit, Orientierung, Planungs- und Handlungsfähigkeit, Verhaltensregulation) unterstützend behandelt.

Die Angehörigen der Patienten werden im persönlichen Gespräch, durch Informationsmaterial und im Rahmen von Informationsveranstaltungen für Angehörige über neuropsychologische Störungen, Unterstützungsmöglichkeiten des Patienten und eigene Bewältigungsmöglichkeiten für die belastende Lebenssituation beraten.

Ziel ist dabei eine bestmögliche Einbindung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess und damit eine zusätzliche Unterstützung des Regenerationsprozesses des Patienten.

3.4.7. Behandlung von Störungen der Verhaltenskontrolle und des Sozialverhaltens

In Folge einer Hirnschädigung kommt es häufig zu Störungen des Sozialverhaltens (Enthemmung, Distanzlosigkeit), der Impulskontrolle (Aggressivität, Gereiztheit, vorschnelles Handeln, zwanghaftes Verhalten), des emotionalen Ausdrucks (path. Weinen/Lachen) und des Antriebs.

Die Differentialdiagnostik dieser Beeinträchtigungen ist ebenfalls Aufgabe der Neuropsychologie. Die diagnostische Einschätzung von Art und Ausmaß der Verhaltensstörung erfolgt über Verhaltensbeobachtungen, Erhebung der Fremdeinschätzung von Angehörigen und therapeutischem Team, Verhaltensproben und gegebenenfalls durch die testpsychologische Untersuchung der Exekutivfunktionen. Die Behandlung von Verhaltensstörungen im stationären Setting ist dann eine interdisziplinäre Aufgabe unter neuropsychologischer Leitung. Therapeutische Verfahren der Wahl sind hier die Modifikation von Umgebungsvariablen (feste Struktur, Entfernung/Verminderung auslösender Stimuli), Verfahren zur Verhaltensmodifikation und Pharmakotherapie.

3.4.8. Affektiv-emotionale Stabilisierung

Die Diagnostik affektiv emotionaler Veränderungen, die entweder als primäre Folge der Hirnschädigung oder sekundär im Rahmen der Krankheitsverarbeitung auftreten können, erfolgt von neuropsychologischer Seite durch Verhaltensbeobachtung, Erhebung von Fremdeinschätzungen (z. B. durch die Angehörigen) und soweit möglich durch Exploration und ggf. psychodiagnostische Verfahren.

3.4.8.1. Nichtmedikamentöse Therapie

In der Behandlung reaktiver Depressionen und Angststörungen kommen Methoden zur Förderung der Selbstwirksamkeit, z. B. kreative Ansätze (Malen, Musiktherapie), sowie einsichtsorientierte und kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren abgestimmt auf die kognitiven Beeinträchtigungen zum Einsatz. Zudem werden, abgestimmt auf das spezifische Störungsbild, Entspannungsverfahren und imaginative Techniken angewandt.

3.4.8.2. Medikamentöse Therapie

In enger Abstimmung mit dem medizinischen Bereich können zudem Neuropsychopharmaka zur Therapie sekundärer Erkrankungen (Depressionen, Ängste) oder spezifischer Symptome (Antriebsminderung, Halluzinationen, Unruhe) eingesetzt werden.

3.4.8.2.1. Antidepressiva

Indikation:

Reaktive Depressionen sind nach schweren Hirnschädigungen ein bekanntes und häufiges Problem. Sie können den Rehabilitationserfolg nachhaltig gefährden. Pharmakotherapeutisch kommen verschiedene Antidepressiva zur Anwendung, wobei sich die Auswahl vor allem am Nebenwirkungsspektrum und dem beim jeweiligen Patienten vorliegenden Symptomsschwerpunkt orientiert. Im Wesentlichen sind antriebsneutrale bis leicht antriebssteigernde Antidepressiva (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und sedierende Antidepressiva (vor allem Mirtazapin) zu berücksichtigen.

Prinzipien:

Patienten mit Schlafstörungen werden eher mit sedierenden Antidepressiva therapiert, ansonsten werden antriebsneutrale bis leicht antriebssteigernde Antidepressiva bevorzugt.

Deutlich antriebssteigernde Antidepressiva führen über die allgemeine Aktivierung zu einer Zunahme des Risikos epileptischer Anfälle und sind unserer Erfahrung nach eher nicht günstig.

Kontraindikationen sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind besonders zu beachten, da die Patienten in der Regel mehrere Medikamente einnehmen. Besonderes Augenmerk ist den Nebenwirkungen zu widmen, da die Patienten häufig diese nicht berichten oder kommunizieren können, sodass diese oft nur durch sorgfältige Fremdbeobachtung auffallen.

3.4.8.2.2. Anxiolytika

Indikation:

Neben Patienten, die konkrete oder diffuse Ängste äußern können, ist Angst vor allem in der Frühphase bei den Patienten in Erwägung zu ziehen, die ausgeprägte vegetative Symptome in Form einer sympathikotonen, vegetativen Dysregulation zeigen. Als Anxiolytika kommen vor allem Benzodiazepine zur Anwendung.

Prinzipien:

Die Anwendung sollte restriktiv gehandhabt werden, da Benzodiazepine einen negativen Effekt auf die Neuroplastizität der Gedächtnis-/Lernvorgänge und zudem auch ein psychisches Abhängigkeitspotential haben.

Vor allem in der Frühphase der Intensivtherapie sind sie jedoch oft unabdingbar bei ausgeprägter vegetativer, sympathikotoner Dysregulation und um von den bei Verlegung zu uns oft noch gegebenen intravenösen Narkose-/Sedierungsmedikamenten wegzukommen. Im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung werden immer wieder Versuche unternommen, Anxiolytika und Sedativa zu reduzieren und abzusetzen, was meist auch gelingt.

Das Absetzen erfolgt stufenweise, da insbesondere bei Patienten mit organischen Hirnschädigungen bei zu raschem Absetzen von Benzodiazepinen ein erhöhtes Risiko epileptischer Anfälle besteht.

3.4.8.2.3. Neuroleptika

Indikation:

Unruhe besteht häufig bei Patienten mit hirnorganischem Psychosyndrom, kann jedoch auch Ausdruck von Angst sein. Wenn nicht-medikamentöse Verfahren ausgeschöpft sind, kommen entweder niederpotente Neuroleptika oder hochpotente Neuroleptika zur Anwendung.

Prinzipien:

Im Regelfall wird zunächst ein Therapieversuch mit niederpotenten Neuroleptika (Melperon, Pipamperon) erfolgen, die auch bezüglich der Tag-Nacht-Rhythmisierung positive Effekte aufweisen können. Insbesondere wenn der Verdacht auf produktive psychische Phänomene (Halluzinationen, Wahn) besteht, kommen auch hochpotente Neuroleptika (Quetiapin, Olanzapin, Risperidon) zur Anwendung. Sie haben auch positive Effekte bezüglich Aufmerksamkeitsfokussierung und Reduktion in- und externer Ablenkbarkeit.

Nieder- und vor allem auch hochpotente Neuroleptika können bei Störungen der Impulskontrolle wie Aggressivität, Gereiztheit, vorschnelles Handeln, positive Effekte haben.

3.4.8.2.4. Generelle Aspekte der Psychopharmakotherapie

Generell gilt für alle Psychopharmaka, dass der Einsatz wohl überlegt erfolgt, da durch Interaktionen mit anderen Medikamenten ein erhöhtes Risikoprofil (z. B. bei gleichzeitig bestehenden Elektrolytstörungen) vorhanden ist und die Nebenwirkungen oft nicht gut kontrolliert werden können, da die Patienten diese nicht berichten können.

Folglich verbietet sich, Psychopharmaka versuchsweise zu geben. Hier kommt dem gesamten therapeutischen Team bezüglich einer guten Kenntnis des Patienten und der Verlaufsbeurteilung entscheidende Bedeutung zu, um die Indikation zu einer Psychopharmakotherapie unter den gegebenen Umständen möglichst verlässlich zu stellen und um den Patienten nicht unnötigen Risiken und Gefahren auszusetzen.

Generell gilt, dass eine Psychopharmakotherapie immer wieder zu hinterfragen ist, konkurrierende Krankheitsbilder (z. B. Antriebsstörung durch Depression versus Hydrozephalusentwicklung) berücksichtigt werden müssen und mit Ausnahme der Antidepressiva (hier beträgt üblicherweise der Behandlungszeitraum 6 Monate) auch ein Ausschleichversuch gemacht werden sollte.

Insbesondere bei nieder- und hochpotenten Neuroleptika wird im Laufe der Behandlung bzw. vor Verlegung in weiterführende Rehabilitationsphasen oder in das häusliche Umfeld versucht, die Medikation möglichst zu reduzieren oder auszuschleichen.

3.4.9. Verbesserung der Mobilität

Mobilität ist ebenfalls ein Grundbedürfnis des Menschen. Bereits in der Frühphase der Behandlung kommen Konzepte zum Einsatz, die das Ziel verfolgen, bestmögliche Voraussetzungen für eine Verbesserung der Mobilität zu schaffen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, normale Tonusverhältnisse der Muskulatur wieder herzustellen und schädliche Muskeltonusentwicklungen sowie konsekutive

Gelenkfehlstellungen zu vermeiden. Im Rahmen des Konzeptes Lagerung in Neutralstellung wird versucht, die Gelenke in möglichst physiologischen Ausgangsstellungen zu lagern. Ein wesentlicher Aspekt des Bobath-Konzeptes ist es, über die Stabilität des Rumpfes in weitergehenden Schritten dann weiter peripher erfolgende Bewegungen anzubahnen.

In einem oft langwierigen, mehrwöchigen Prozess wird unter Führung der Physiotherapeuten versucht, zunächst über eine ausreichende Kreislaufbelastbarkeit und ausreichende Kopf- und Rumpfstabilität, den Sitz im Aktivrollstuhl zu erreichen, um über die Fortbewegung des Rollstuhls möglichst rasch Mobilität zu erreichen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Erarbeitung des freien Sitzes, der wiederum Voraussetzung für viele Alltagshandlungen im Sitzen (Waschen, Anziehen, Essen, etc.) ist. Schrittweise wird dann versucht, über das Stehen zunächst wieder eine Gewichtsübernahme auf die Beine, und später dann erste Schritte zu erreichen. Hierzu kommen auch verschiedene Hilfsmittel zum Einsatz.

Häufig entwickeln Patienten nach schweren erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems im Laufe der Zeit eine Spastik, die sich hinderlich auf die Mobilität auswirkt (Schmerzen, Bewegungseinschränkung, einschießender Muskelklonus). Diese kann mit verschiedenen physiotherapeutischen Techniken (Muskeltonusnormalisierung, redressierende Verbände und Gipse) sowie medikamentösen Therapieverfahren (systemische Gabe in Form von Tabletten, Botulinumtoxin-Injektionen in die betroffenen Muskeln) behandelt werden.

Darüber hinaus bietet unsere Klinik durch die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Überwachung und ggf. Beatmung auch die Möglichkeit, über rückenmarksnah gelegte Katheter (sog. Spinalkatheter) muskeltonussenkende Medikamente rückenmarksnah zu applizieren und so übliche Nebenwirkungen einer Tablettengabe (Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen) über die dann oft mögliche Dosisreduktionen zu vermeiden. Bei Wirksamkeit dieser Therapie kann ebenfalls in unserer Klinik durch die Möglichkeit neurochirurgischer Operationen eine permanente Medikamentenpumpe zur rückenmarksnahen Antispastikagabe (intrathekale Baclofentherapie), nach Genehmigung durch den Kostenträger, implantiert werden.

3.4.10. Verbesserung der Handfunktion

Die Handfunktion ist für das Wiedererlernen der Alltagsfähigkeiten essentiell. Von daher wird frühzeitig auf eine Normalisierung des Muskeltonus sowie eine Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit der Hände geachtet. Mit entsprechenden Therapiekonzepten kann die Handfunktion bereits frühzeitig auch beim noch bewusstseinsgestörten Patienten passiv angebahnt werden. Auch eine Spastik der oberen Extremitäten kann sich sehr störend auswirken, sodass auch hier die oben erwähnten Therapieverfahren, insbesondere die Botulinumtoxin-Therapie, zum Einsatz kommen können.

In der neurologischen Frührehabilitation werden motorische Fähigkeiten, so auch die Handfunktion, vor allem in Form sogenannter Aktivitäten des täglichen Lebens (Gesicht und Haare wasche, Zähne putzen, Rasieren, Oberkörper waschen, Anziehen, Essen, Trinken) trainiert. Bereits diese Alltagshandlungen trainieren Kraft und Grobmotorik, Feinmotorik und Koordination sowie teilweise den bimanuellen Handeinsatz. Verschiedene therapeutische Techniken ermöglichen es, dass Patienten hierbei von komplett passiv bis komplett aktiv mitarbeiten können.

3.4.11. Verbesserung der Selbständigkeit im Alltag

Eine Besonderheit der neurologischen Frührehabilitation ist, dass die Pflege nicht nur die Grundpflege durchführt, sondern in Form der aktivierenden Pflgeherapie integraler therapeutischer Bestandteil des rehabilitativen Teams ist. Dies geschieht zunächst überwiegend im Bereich basaler alltagspraktischer Tätigkeiten (ADLs: activities of daily living), die den Patienten lange vertraut sind und die verschiedenste Ressourcen ansprechen und Fähigkeiten trainieren.

Über ein gezieltes alltagsorientiertes pflgeherapeutisches Arbeiten kann bei unseren Patienten eine Verbesserung der Wachheit, Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit, der Handfunktion, der Mobilität, des Verhaltens und der sozialen Kompetenz und der Kommunikation erreicht werden.

Neben dem Ziel größtmöglicher Selbständigkeit im Alltag, z. B. beim Wasch-Anziehtraining, können Wiedererlernen und Ausbau dabei mit trainierter globaler Fähigkeiten, z. B. Aufmerksamkeit, Handlungsplanung, Feinmotorik, Kraft, Koordination, sich auch auf andere Alltagsfähigkeiten fördernd auswirken.

3.4.12. Wiedererlangen der Kontinenz

Bei unseren Patienten besteht in der Regel eine neurogene Urin- und Stuhlinkontinenz. Meist erst in einem späten Stadium der Frührehabilitation tritt die Wiedererlangung der Urin- und Stuhlinkontinenz in den Fokus rehabilitativer Bemühungen. Dies liegt daran, dass hierzu eine Vielzahl von motorischen, koordinativen und kognitiven Fähigkeiten erforderlich ist, zudem eine Funktionserholung verschiedenster, an der Steuerung dieser komplexen Funktionen beteiligten Hirnzentren und Verbindungsbahnen erforderlich ist.

3.4.12.1. Stuhlinkontinenz

Meist gelingt es eher Stuhlinkontinenz zu erzielen. Dies kann über ein gezieltes Toilettentraining erfolgen. Auch medikamentöse Maßnahmen können dazu beitragen, die Kontinenz wieder zu erlangen. Hierzu gehören z. B. stuhlregulierende Maßnahmen.

3.4.12.2. Urinkontinenz

Komplexer ist die Wiedererlangung der Urinkontinenz. Hierzu ist es oft erforderlich, vorhandene transurethrale (durch die Harnröhre gelegte) Urinkatheter zu entfernen oder Harnableitungen durch die Bauchdecke (suprapubisch) anzulegen. Das Urinkontinenztraining verfolgt das Ziel einer restharnfreien Spontanmiktion bei kompletter Kontinenz zwischen den Spontanmiktionen. Dies verlangt ein standardisiertes Miktionstraining nach Protokoll und regelmäßige Restharnkontrollen, da ansonsten Harnwegsinfekte und ein Harnaufstau mit der Gefahr einer Nierenschädigung drohen.

Oft haben die Patienten eine reduzierte Blasenkapazität, sodass die Miktionsintervalle kurz sind und dies einen erheblichen Aufwand im Rehabilitationsalltag darstellt, um das Blasentraining neben den anderen Therapieinhalten zu ermöglichen und erfolgreich zu gestalten. Auch medikamentöse Maßnahmen zur Verbesserung der Blasenkapazität oder zur Reduktion des Schließmuskel- oder Beckenbodentonus können dazu beitragen, die Kontinenz zu erlangen.

4. Therapiebereiche

4.1. Neuropsychologie

4.1.1. Allgemeines

4.1.1.1. Ziel

Verringerung des Ausmaßes von Funktionsstörungen in den Bereichen Kognition, Emotion und Verhalten. Schaffung bestmöglicher Voraussetzungen für Verbesserung von Aktivität und Teilhabe im Alltag sowie Lebensqualität.

4.1.1.2. Theoretischer Ansatz

Integration kognitionsfördernder und psychotherapeutischer Ansätze, basierend auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen.

4.1.1.3. Indikationen für neuropsychologische Intervention

- Alle Patienten erhalten während ihres Aufenthaltes im FKNe neuropsychologische Betreuung durch eine/n fest zugeordnete/n Neuropsychologen/in.
- Bei medikamentöser Sedierung oder intensivmedizinischen Krisen kann es zu einer Unterbrechung der neuropsychologischen Behandlung kommen.
- Falls aus neuropsychologischer Sicht kein Rehabilitationspotential mehr gesehen wird, kann es in seltenen Fällen zur Beendigung der neuropsychologischen Behandlung kommen. In diesem Fall

stehen die Neuropsychologinnen aber weiterhin für die Beratung des Behandlungsteams oder der Angehörigen zur Verfügung.

4.1.1.4. Häufigkeit und Intensität

- Häufigkeit: variabel, abhängig von Belastbarkeit und Indikation (1–5x/Woche).
- Dauer einer Behandlungseinheit: variabel, adaptiert an Belastbarkeit des Patienten (15–60 Min.).

4.1.2. Neuropsychologische Diagnostik

- Diagnostik der neuropsychologischen Störungen und Kompetenzen aller Patienten zu Aufnahme, im Verlauf und bei Entlassung als Grundlage für Behandlungsplanung, zur Erfassung des Behandlungserfolgs und zwecks Outcomeerfassung.
- Die Auswahl der Verfahren erfolgt prinzipiell hypothesen- und ressourcengeleitet.
- Diagnostische Verfahren:
 - Verhaltensbeobachtung
 - deskriptive Ratingskalen/Beurteilungsskalen
 - orientierende Einzelaufgaben
 - Screeningverfahren
 - standardisierte Testverfahren (u.a. auch computergestützt)

4.1.3. Neuropsychologische Therapiekonzepte

- Neuropsychologische Therapie ist immer individuell auf den Patienten abgestimmt und basiert auf differentialdiagnostischen Ergebnissen.
- Bei den meisten u. g. Therapieansätzen erfolgt eine Kombination verschiedener Ansätze:
 - **funktionstherapeutische Ansätze** (Behandlungsformen, die eine Verbesserung einer umschriebenen Funktion durch direktes Üben anstreben)
 - **kompensatorische Ansätze** (Konzepte, die auf eine Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit des Patienten ausgerichtet sind, wenn Funktionsrestitution nicht möglich)
 - **integrative Ansätze** (adaptierte Methoden aus psychotherapeutischen Verfahren, die v.a. bei übergreifenden Störungen und psychischen Problemen indiziert sind)
- Therapien werden überwiegend als Einzeltherapien, bei entsprechender Indikation und Kapazität zusätzlich auch als Gruppentherapie (Aktivierungsgruppe, Orientierungsgruppe, neuropsychologische Malgruppe) angeboten.

4.1.3.1. Frühförderung mentaler Funktionen bei schwer beeinträchtigten/bewusstseinsgestörten Patienten

- Dialog- und Interaktionsaufbau
- Spezifische sensorische Stimulationstherapie
- Kommunikationstraining (u.a. Etablierung von Kommunikationscodes, Nutzung externer Hilfsmittel)
- Handlungsorientierte Therapieansätze (Erlernen von Selbstkontrolle/ Umweltsteuerung)

4.1.3.2. Neuropsychologische Therapie zur Förderung höherer kognitiver Funktionen

- Aufmerksamkeitstherapie (u.a. Explorationsverfahren, Papier-Bleistift-Verfahren, einfache PC-Übungen)
- Gedächtnis- und Orientierungstherapie (u.a. tagesstrukturierende Maßnahmen, Erlernen von Gedächtnisstrategien)
- Therapie von Sechstörungen (u.a. Neglecttherapie, visuelle Explorationsübungen)
- Aphasietherapie
- Therapie zur Förderung von zentraler Kontrolle (u.a. Sortier- und Planungsaufgaben, verhaltensstrukturierende Maßnahmen)

4.1.3.3. Neuropsychologische Therapie zur Förderung von psychischen und sozialen Kompetenzen

- Therapie zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. Antriebsminderung, Enthemmung oder Distanzlosigkeit (u. a. Verfahren zur Verhaltensmodifikation)

- Therapie zur Förderung von Krankheitsverarbeitung und Therapiemotivation (psychologische Gesprächsführung, Belohnungssysteme)
- Therapie zur Verbesserung der emotionalen Verfassung/Behandlung psychisch-emotionaler Probleme wie z.B. Depression (u.a. kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren, Entspannungsverfahren)

4.1.4. Neuropsychologisches Angehörigenkonzept

4.1.4.1. Ziel

Förderung des Rehabilitationsprozesses durch:

- Informationen über das neuropsychologische Krankheitsbild sowie Umgangsmöglichkeiten mit dem Patienten
- Einbeziehen neuropsychologisch relevanter anamnestischer Informationen
- psychologische Unterstützung der Angehörigen bei Bewältigungsproblemen, als Krisenintervention sowie bei Erarbeitung neuer Lebensperspektive

4.1.4.2. Häufigkeit und Intensität

- ergeben sich aus neuropsychologischer Indikation/Bedarf der Angehörigen

4.1.4.3. Neuropsychologisches Angehörigenangebot

- Beratende Einzelgespräche
- Familiengespräche
- Einbezug in Therapien
- Ambulante Therapieempfehlungen
- Informationsmaterial
- Psycho-edukatives Gruppenangebot

4.2. Therapeutisch-aktivierende Pflege

4.2.1. Pflgetherapeutische Konzepte bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs)

Alle Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs), die Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen nicht oder nur noch zum Teil selbstständig ausüben können, machen es erforderlich, dass Pflegende in diesen Bereichen Unterstützung anbieten.

Art und Ausmaß der Unterstützung können abhängig von den Symptomen variieren. Die von uns angewandten unterschiedlichen Pflege-Therapiekonzepte ermöglichen uns, individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen und dabei gleichzeitig rehabilitative Aspekte in die Behandlung einzubringen. Ziel der therapeutischen Pflege ist es, den Patienten wieder größtmögliche Selbständigkeit in den Alltagstätigkeiten zu ermöglichen.

Die Konzepte, die in der Pflgetherapie eingesetzt werden sind das Affolter Modell, Basale Stimulation in der Pflege, das Bobath-Konzept, Lagerung in Neutralstellung und FOTT.

Die Inhalte dieser Konzepte werden im Pflegealltag individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt, kombiniert und integriert.

4.3. Physiotherapie und Ergotherapie

4.3.1. Zielsetzung

- durch frühzeitige therapeutische Intervention Funktionsverlusten vorzubeugen bzw. diese bestmöglich zu beheben
- beginnende Mobilisierung zur Stabilisierung der Vitalfunktionen
- Minderung des Ausmaßes von Schädigungen
- Vermeidung sekundärer Komplikationen wie z.B. Kontrakturen, Pneumonien, Thrombosen

- Klärung des Rehabilitationspotentials und daraus die individuell zu formulierenden Nah- und Fernziele für den Patienten abzuleiten.
- Besserung des Bewusstseinszustandes und Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit
- Größtmögliche Aktivität und Partizipation im Alltag.

4.3.2. Allgemeines

4.3.2.1. Physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung

- Alle Patienten werden während ihres Aufenthaltes im SRH Fachkrankenhaus Neresheim im Rahmen eines Bezugstherapeutensystems von einem fest zugeordneten Physio- und Ergotherapeuten behandelt.
- Angepasst an die individuelle Belastungssituation des Patienten werden die therapeutischen Einheiten in Anzahl und Zeitfrequenz geplant und durchgeführt.
- Die Behandlung im ergo- und physiotherapeutischen Team ist durch eine hohe Interdisziplinarität gekennzeichnet, was sich in Doppeltherapien der beiden Berufsgruppen zeigt.

4.3.2.2. Definition Ergotherapie

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.

4.3.2.3. Definition Physiotherapie

Physiotherapie ist ein Überbegriff für viele unterschiedliche Therapiemethoden zur Behandlung einer großen Vielfalt von Gesundheitsstörungen, speziell für Beschwerden des Bewegungsapparates. Physiotherapie beinhaltet einerseits die Vermeidung (Prophylaxe) von Funktionsstörungen des Bewegungssystems, andererseits die Erhaltung und Wiederherstellung der natürlichen Bewegungsmuster.

4.3.2.4. Therapeutisches Angebot

- **Frequenz:** Ergo- und Physiotherapie werden in der Woche regelmäßig angeboten und individuell geplant.
- **Behandlungsbeginn:** Die therapeutische Behandlung beginnt – je nach individueller Belastbarkeit – bereits auf unserer Intensivstation am Tag nach Aufnahme im FKNe.
- **Dauer einer Behandlungseinheit:** die Patienten im FKNe erhalten je nach Indikation und Belastbarkeit Therapieeinheiten von 30 – 60 Minuten. Im Einzelfall sind fachbereichsübergreifende Therapien von bis zu 90 Minuten möglich.
- **Wochenenddienst:** An den Wochenenden findet, indikationsbezogen, nach Rücksprache mit der ärztlichen Leitung des Bereiches neurologische Frührehabilitation statt. Drei Kollegen/innen arbeiten am Samstag stationsübergreifend. An verlängerten Wochenenden oder Feiertagen sieht die Planung vor, dass an jedem 2ten Tag Therapien im Rahmen des Wochenenddienstes stattfinden.
- **Doppeltherapien:** Individuell an den Status und die aktuellen Therapieinhalte angepasst, erhalten die Patienten Einzel oder Doppeltherapien. Doppeltherapien sind sowohl innerhalb des eigenen Fachbereiches als auch bereichsübergreifend durch Physio- und Ergotherapeuten möglich.
- **Gruppentherapien:** Um die sozialen Kontakte zu fördern und gezielt einzelne Fähigkeiten zu therapieren gibt es im FKNe Gruppentherapien für Patienten, die der physischen und psychischen Belastung einer Gruppe bereits gerecht werden können. Folgende Gruppen sind je nach Patientenkontext im Bereich der Rehabilitationsstationen möglich: Frühstücks- und Mittagessensgruppe, Sportgruppe, Feinmotorikgruppe, Kochgruppe, Aktivierungsgruppe, Motomedgruppe.

4.3.3. Befundung und Dokumentation

- Am Tag nach Aufnahme wird, belastungsabhängig bei jedem Patient ein physio- und ergotherapeutischer Aufnahmestatus erstellt und dokumentiert. Vitalfunktionen werden ebenso wie körperliche und kognitive Fähigkeiten befundet. Im Verlauf der Rehabilitation werden wöchentlich Veränderungen dokumentiert, im interdisziplinären Team aus Arzt, Pflegekräften und Therapeuten besprochen und daraus das weitere Vorgehen bzw. die Nahziele für den Patienten abgeleitet.
- Wenn der Patient unser Haus verlässt, wird ein ergo- und physiotherapeutischer Abschlussbefund erstellt, der den Status bei Entlassung wiedergibt.
- Zur Befundung stehen neben der klinischen Beobachtung Assessments zur Verfügung. Diese dienen dazu standardisiert folgende Aspekte zu bewerten: Dysphagie, Alltagskompetenz, Gehfähigkeit, Mobilisation.

4.3.4. Ergo- und Physiotherapeutische Therapiekonzepte

Die Therapeuten des SRH Fachkrankenhauses Neresheim werden in Behandlungstechniken und Therapiekonzepten, die seit langem in der Neurorehabilitation Anwendung finden, geschult.

Dabei verfolgen diese Techniken und Konzepte unterschiedliche Ansätze.

- **funktionaler Ansatz** (Behandlungsformen, die eine Verbesserung einer umschriebenen Funktion durch direktes Üben, Behandeln anstreben)
- **kompensatorischer Ansatz** (Konzepte, die auf eine Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit des Patienten ausgerichtet sind, wenn Funktionsrestitution nicht möglich. Dies erfolgt z.B. über Hilfsmittel.)

4.3.4.1. Das Bobath-Konzept

Die Ziele des Bobath-Konzeptes ergeben sich aus den zentralen Problemen von Patienten mit Schädigungen des ZNS: die zentral bedingte teilweise oder vollständige Lähmung (Parese bzw. Plegie) eines Körperabschnittes, die damit verbundenen komplexen Bewegungsstörungen, die unkontrollierte Muskelspannungsveränderung (Spastik, schlaffe Lähmung), die Störungen im Gesicht des Patienten und beim Kauen und Schlucken sowie die propriozeptiven Wahrnehmungsstörungen.

So ergeben sich folgende Ziele des Bobath-Konzeptes, die mit der therapeutischen Arbeit in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den anderen beteiligten Berufsgruppen erarbeitet werden können.

- Vermeidung bzw. Hemmung von Spastik und Wiederherstellung eines angepassten Muskeltonus
- Anbahnung normaler, beidseitiger Bewegung, Vermeidung eines kompensatorischen Fehleinsatzes der weniger betroffenen Seite
- Normalisierung der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt
- Anbahnung normaler Gesichts-, Mund-, Zungen und Schlundmotorik
- Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

4.3.4.2. Das LiN®-Konzept

Die Lagerung in Neutralstellung® (LiN®) wurde für schwer betroffene Menschen in den Fachbereichen der Neurologie, Inneren Medizin, Geriatrie, Palliativ- und Intensivmedizin sowie für Bewohner der Phase F entwickelt.

Bei LiN® werden die Körperabschnitte so weit wie möglich senkrecht und waagrecht zueinander positioniert und anschließend meist mit Steppdecken und Kissen von außen mit den Techniken "Stopfen" und "Modellieren" stabilisiert. Zielsetzung des LiN®-Konzeptes ist es, Überdehnungen und Verkürzungen der Muskulatur zu vermeiden, Tonus positiv zu beeinflussen, Behandlungsfortschritte zu sichern und in den therapiefreien Zeiten für Bequemlichkeit zu sorgen.

4.3.4.3. Das F.O.T.T®-Konzept

Die Therapie des faciooralen Traktes (FOTT®) bietet einen strukturierten Ansatz der Befundung und Behandlung von neurogenen Beeinträchtigungen der Ausdrucksbewegungen des Gesichtes, der oralen Bewegungen, des Schluckens und der Atmung.

Die Therapie basiert auf dem Bobath-Konzept und umfasst insgesamt vier Zielbereiche:

- Störung der oralen Ernährung
- Mundhygiene
- Nonverbale Kommunikation
- Atmung – Stimme - Sprechen

4.3.4.4. Das Affolter-Konzept

Grundlage des Affolter-Konzeptes ist die gespürte Interaktion zwischen Person und Umwelt. Über das Führen in Alltagsgeschehnissen (von einfachen Situation zu komplexen Situationen) wird versucht, den Betroffenen wieder gespürte Information zur Position und zum Geschehen zu vermitteln. In diesen Interaktionen zwischen Person und Umwelt ist es für die Betroffenen wichtig, zu erspüren „was“ sich in welcher Weise durch ihr Tun verändert hat (Ursache/Wirkung). Dabei müssen sie - wie auch die gesunde Person -jeden Moment wahrnehmen und wissen, "wo" sie sich (ihr Körper) in Bezug zur Unterlage und ggf. zu einer stabilen Seite befinden.

4.3.4.5. Manuelle Therapie

Die manuelle Therapie dient in der Medizin zur Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparats (Gelenke, Muskeln und Nerven). Sie wird von Physiotherapeuten mit einer speziellen Weiterbildung durchgeführt.

Abweichungen von der physiologischen Bewegung werden untersucht, bewertet und behandelt. Therapieinhalte sind die Mobilisation und Manipulation von Gelenken.

4.3.4.6. Manuelle Lymphdrainage

Unter manueller Lymphdrainage versteht man die Aktivierung des Lymphabflusses bzw. die Entstauung (Drainage) des Gewebes durch bestimmte physiotherapeutische Techniken.

Die manuelle Lymphdrainage beruht auf vier Grundgriffen, die von Dr. Emil Vodder entwickelt wurden. Es handelt sich um den „stehenden Kreis“, den „Drehgriff“, den „Pumpgriff“ und den „Schöpfergriff“. Alle Griffe werden sanft und überwiegend kreisförmig durchgeführt. Dabei gibt es Dehnreize. Man unterscheidet eine Schubphase in Richtung des gewünschten Abflusses und eine Entspannungsphase, einem passiven Anteil.

4.3.4.7. Neurodynamik

In Ergänzung zum Bobath-Konzept und den Techniken der manuellen Therapie steht hier nach neurodynamischer Befunderhebung die Mobilisation von Strukturen des Nervensystems im Mittelpunkt.

4.3.5. Schwerpunkte der fachbereichsbezogenen Therapie

Ergo- und Physiotherapeuten begleiten den Patienten über die gesamte Dauer des Aufenthaltes im SRH Fachkrankenhaus Neresheim.

4.3.5.1. Physiotherapie

Zum Beginn der Behandlung liegt physiotherapeutisch ein Schwerpunkt im Bereich der Frühmobilisation [\[7.11.\]](#). Diese wird mit allgemeinen Prophylaxen (Pneumonie, Kontraktur) sowie Maßnahmen zur Verbesserung von Wachheit- und Reaktionsfähigkeit kombiniert.

Im weiteren Verlauf konzentrieren sich die Mitarbeiterinnen der Physiotherapie darauf, Maßnahmen zu ergreifen, um eine Verbesserung der Mobilität zu erreichen. Diesen orientieren sich anhand eines Stufenschemas vom Liegen zum Sitzen, Vom Sitzen zum Stehen, Vom Gehen zum Laufen.

Eine Besonderheit in der physiotherapeutischen Behandlung im SRH Fachkrankenhaus Neresheim ist das Training an einem elektromechanisch gesteuertem Gangroboter, dem Lokomat®.

4.3.5.2. Ergotherapie

Am Anfang der ergotherapeutischen Behandlung liegt der Schwerpunkt auf der Schluckrehabilitation (Dysphagiebehandlung), der Trachealkanülenentwöhnung und dem anschließenden Kostaufbau.

Im weiteren Verlauf konzentrieren sich die Mitarbeiterinnen der Ergotherapie auf den Kostaufbau, die Verbesserung der Handfunktion sowie eine Verbesserung der Selbstständigkeit im Alltag. Alltagsaktivitäten wie z.B. Waschen, Anziehen, Zähne putzen usw. werden im therapeutischen Kontext geübt.

Eine Besonderheit in der ergotherapeutischen Behandlung im SRH Fachkrankenhaus Neresheim ist die Spezialisierung der Ergotherapeutinnen im Trachealkanülenmanagement incl. Trachealkanülenwechsel.

4.3.6. Einbezug der Angehörigen

4.3.6.1. Ziel

Der Einbezug von Angehörigen in den therapeutischen Kontext geschieht zu Beginn mit dem Ziel, die häufig auftretenden Berührungsängste abzubauen und die Kontaktaufnahme und den Umgang mit dem Patient anzubahnen bzw. anzuleiten. Im Verlauf besteht, je nach Indikation und Patient, die Möglichkeit, dass die Angehörigen an therapeutischen Einheiten teilnehmen.

4.3.6.2. Häufigkeit und Intensität

Die Möglichkeit und Häufigkeit der Teilnahme von Angehörigen an therapeutischen Einheiten wird unter anderem vorgegeben durch das Verhalten des Patienten. Ob und in welchem Umfang Teilnahmen sinnvoll und möglich sind, wird im Rahmen der Rehabilitationsgespräche im Behandlungsteam besprochen.

4.3.6.3. Angebote an Angehörige

- Aufklärung der Angehörigen über die Therapieinhalte
- Passive und aktive Einbeziehung in Therapien
- Einarbeitung / Anleitung in Transfer, Lagerung, Mobilisation, Grundstimulation nach FOTT, Essensbegleitung
- Durchführung von Angehörigeninformationsveranstaltungen
- Ambulante Therapieempfehlungen

4.4. Musiktherapie

4.4.1. Allgemeines Ziel

Förderung von Fähigkeiten und Kompetenzen des Patienten, v.a. in den Bereichen Wahrnehmung, Aktivität, Interaktion und Kommunikation, zur Bewältigung der Krankheit sowie deren Folgen. Dazu gehört auch immer wieder die Motivation zur rehabilitativen Behandlung (Compliance).

4.4.2. Indikationen für Musiktherapie

Die Behandlung findet vorwiegend auf den beiden Station zur Frührehabilitation statt (jeweils 4 Patienten), im Einzelfall auch auf der Intensivstation. Die Patienten werden durch das Behandlungsteam oder den Arzt zugewiesen.

Es werden folgende Krankheitsbilder durch die Musiktherapie behandelt:

- Antriebsstörungen (hirnorganisch bedingt, oder im Rahmen einer reaktiven Depression)
- Bewusstseinsstörungen (Koma, Wachkoma, MCS, Vigilanzstörungen, psychotisches Erleben)
- Psychosoziale Folgestörungen (z.B. akute oder posttraumatische Belastungsstörung, emotionale Instabilität, Störung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Angststörungen, unangepasstes Verhalten/ Aggression)
- Sensomotorische Störungen (Lähmungen, Ataxie, Apraxie, Myoklonien, Feinmotorikstörungen)
- Spannungszustände (Tonuserhöhung, Spastik, vegetative Dysregulation)
- Sprach-/Sprech- und Stimmstörungen (Störung der Atmung, Aphasie, Dysarthrie, Stimmstörung)

- Wahrnehmungsstörungen (taktil, kinästhetisch, auditiv, visuell (Neglect), intermodal)
- Weitere kognitive Störung (Gedächtnisstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Executive Störungen/ Handlungsplanung)

4.4.3. Diagnostik

Da die Musiktherapie erst im späteren Behandlungsverlauf zum Einsatz kommt, werden die umfangreichen diagnostischen Ergebnisse der übrigen Fachbereiche genutzt. Speziellen Fragestellungen wird im Auftrag und in Absprache mit dem behandelnden Arzt nachgegangen.

Zur Einschätzung der Beziehungsqualität zwischen Patient und Therapeut auf der Grundlage des instrumentalen Ausdrucks, sowie auf der Grundlage der Interventionen des Therapeuten kommen zwei Skalen des EBQ (Schumacher, Calvet, Stallmann, 2006) zum Einsatz.

4.4.4. Musiktherapeutische Verfahren

Die folgenden Verfahren und Techniken werden entsprechend der funktionellen Ressourcen und dem aktuellen psychischen Befinden des Patienten eingesetzt:

- Rezeptive Musikangebote (zur Entspannung oder Aktivierung)
- Multisensorische Stimulation (taktil – kinästhetisch – akustisch)
- Geführtes Instrumentalspiel (in Anlehnung an das Affolter-Modell)
- Dialogspiele und freie Improvisation
- Sprachtraining mit Musik (Lückelieder, bekannte Melodien, rhythmisch begleitetes Sprechen und Singen)
- Therapeutisches Singen (auch als Gruppenangebot)
- Situationslieder
- Übendes Instrumentalspiel
- Rhythmisch-musikalische Begleitung bei Gangschulung

4.4.5. Häufigkeit und Intensität

In der Regel finden pro Patient 2 Behandlungseinheiten à 45 Minuten in der Woche statt. Außerdem wird eine Musikgruppe für Patienten angeboten, die schon für mindestens eine Stunde im Rollstuhl sitzen können.

4.4.6. Einbezug der Angehörigen

Für Angehörige besteht nach Absprache die Möglichkeit an einzelnen Therapieeinheiten des Patienten teilzunehmen bzw. zu hospitieren.

4.5. Logopädie

4.5.1. Allgemeines

4.5.1.1. Ziel

Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit der Patienten. Schaffung bestmöglicher Voraussetzungen für die Teilhabe im Alltag sowie Lebensqualität.

4.5.1.2. Häufigkeit und Intensität

- Häufigkeit: eine regelmäßige Behandlung wird angestrebt (i. d. R. 2x/Woche)
- Dauer einer Behandlungseinheit: an die Belastbarkeit des Patienten angepasst (meist 30–45 Min.)

4.5.2. Indikationen für logopädische Interventionen

- In Absprache mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten anderer Disziplinen wird entschieden, welche Patienten logopädische Therapie erhalten. Dies sind in der Regel Patienten, die trotz ausreichender Wachheit und Aufmerksamkeit in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind.
- Bei medikamentöser Sedierung oder intensivmedizinischen Krisen kann es zu einer Unterbrechung der logopädischen Behandlung kommen.

- Voraussetzung für eine logopädische Intervention sind entsprechende neurokognitive Ressourcen, v.a. hinsichtlich der Mitarbeitsfähigkeit für eine Therapieeinheit
- Falls aus logopädischer Sicht kein Rehabilitationspotential mehr gesehen wird, kann es in seltenen Fällen zur Beendigung der logopädischen Behandlung kommen. Gegebenenfalls wird im interdisziplinären Team über Alternativen zu logopädischer Behandlung beraten, beispielsweise wie die Umwelt optimal an den Patienten angepasst werden kann.

4.5.3. Diagnostik

- Diagnostik aller logopädischer Störungsbilder (außer Dysphagie, Zuständigkeit liegt hier bei der Ergotherapie)
- Hypothesengeleitete Auswahl der diagnostischen Mittel aufgrund neurologischer Befunde und Beobachtung des Patienten in Kommunikationssituationen bzw. Verhaltensbeobachtung
- Differenzialdiagnostik sprachsystematischer, sprechmotorischer und nicht-sprachlicher Kommunikationsstörungen
- Informelle und standardisierte Testungen als Grundlage für Diagnosen und Ableitung passender Behandlungsmethoden
- Verlaufsdiagnostik zur Beurteilung des Rehabilitationsverlaufs und Überprüfung der Effektivität der angewandten Behandlungsmethode
- Abschlussdiagnostik zur Beurteilung der nachfolgenden Behandlungsbedürftigkeit

4.5.4. Logopädische Therapiekonzepte

- Logopädische Therapie ist immer individuell auf den Patienten abgestimmt und basiert auf differentialdiagnostischen Ergebnissen.
- In der Regel kommen Kombinationen aus mehreren Konzepten zum Einsatz, um jeden Patienten möglichst optimal behandeln zu können.
- Bei folgender theoretischer Einteilung kommt es in der Praxis oft zu Überschneidungen:
 - **symptomorientierte Ansätze** (Behandlungsformen, die eine Verbesserung einer umschriebenen Funktion durch direktes Üben anstreben)
 - **umgekehrt symptomorientierte Ansätze** (Konzepte, die auf eine Verbesserung der noch vorhandenen Fähigkeiten des Patienten ausgerichtet sind, wenn Funktionsrestitution nicht möglich)

4.5.4.1. Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei sprachsystematischen Störungen (Aphasien)

- Allgemeine Aktivierung aller sprachlichen Modalitäten (Verstehen, Sprechen, Lesen, Schreiben) in der Akutphase
- Neurolinguistische Aphasietherapie zur Förderung der betroffenen Bereiche der Sprachverarbeitung (Phonologie, Syntax, Semantik)
- Hemmung bzw. Abbau von pathologischen sprachlichen Verhaltensweisen, die die Kommunikation erschweren oder verhindern
- Erarbeitung verbaler und non-verbaler Kompensationsmethoden, bei dauerhaft beeinträchtigter Sprachkompetenz

4.5.4.2. Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei sprechmotorischen Störungen (Dysarthrien)

- Behandlung der motorischen Systeme, die am Sprechen beteiligt sind
- Artikulationsübungen (je nach Schweregrad von Anbahnung einzelner Laute bis hin zu Übungen zur Geläufigkeit auf Textebene)
- Behandlung von Dysphonien
- Übungen zur Verbesserung der Sprechatmung (je nach Störungsbild Abbau pathologischer Atemmuster oder Erarbeitung kompensatorischer Atemtechniken)
- Übungen zur Verbesserung der Koordination der oben genannten motorischen Systeme
- Erarbeitung von Sprechtechniken zur Verbesserung der Verständlichkeit (Fraktioniertes Sprechen, bewusster Lautgriff, Anpassung der Sprechgeschwindigkeit, etc.)

4.5.4.3. Behandlung von weiteren Kommunikationsstörungen und allgemeine Grundsätze in der logopädischen Therapie

- Therapie von Sprechapraxien
- Einbeziehung neuropsychologischer Prinzipien beim Aufbau von Interaktionsverhalten
- Bei Bedarf Einbeziehung verschiedener Prinzipien aus der Dysphagietherapie in Ergänzung zur ergotherapeutischen Behandlung von Schluckstörungen
- Aufbau alltagsrelevanter Kommunikation
- Zielorientierung an der kommunikativen Effektivität und nicht an sprachlicher Korrektheit

4.5.5. Angehörigenarbeit in der Logopädie

4.5.5.1. Ziel

Förderung des Rehabilitationsprozesses durch :

- Informationen über das logopädische Krankheitsbild
- Vermittlung einer förderlichen Kommunikationsweise mit dem Patienten
- Gegebenenfalls Anleitung zu Übungsmöglichkeiten mit dem Patienten

4.5.5.2. Häufigkeit und Intensität

- Je nach den Bedürfnissen der Angehörigen und nach dem Bedarf, der sich aus Teamkonferenzen im interdisziplinären Team ergibt

4.5.5.3. Logopädisches Angehörigenangebot

- Einbezug in Therapien
- Gespräche über Ziele, Vorgehensweisen und Grenzen der Therapie
- Ambulante Therapieempfehlungen

4.6. Sozialdienst

4.6.1. Tätigkeiten des Sozialdienstes

Kernaufgabe der Sozialberatung ist die psychosoziale Betreuung und Beratung der Patienten bzw. der Angehörigen und die Sicherstellung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege (vgl. auch § 112 II Nr. 4 und 5 SGB V und Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg).

Um diese Aufgaben zu realisieren, kooperiert die Sozialberatung sowohl mit den an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen, Pflege, Therapie und Ärzten, als auch mit externen Diensten, Einrichtung und Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens.

Die Tätigkeiten liegen in folgenden Aufgabenbereichen:

- Psychosoziale Betreuung und Beratung
- Wirtschaftliche und soziale Sicherung
- Medizinische Rehabilitation
- Sicherung der Nachsorge
- Interne Kommunikation

4.6.1.1. Psychosoziale Betreuung und Beratung

Psychosoziale Unterstützung und Betreuung von Angehörigen und Patienten bei Problemen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Bei Bedarf erfolgt psychosoziale Begleitung und Unterstützung durch Einzelgespräche, wobei sich Häufigkeit und Dauer am Bedarf des Ratsuchenden orientieren. Aufgrund der besonderen Situation und der Schwere der Erkrankung erfolgen die Gespräche fast ausschließlich mit Angehörigen, bzw. gesetzlichen Vertretern der Patienten.

Die Tätigkeiten im Einzelnen:

- Bearbeiten von Problemen und Fragestellungen im Zusammenhang mit der Krankheitssituation
- Erstgespräch mit den Angehörigen, Erhebung von biographischen Daten
- Hilfestellung im Umgang mit der Erkrankung

- Entwickeln von Perspektiven
- Vermittlung von lebenspraktischen Hilfestellungen
- Vermittlung an externe Institutionen

4.6.1.2. Wirtschaftliche Sicherung

Unterstützung von Angehörigen und Patienten bei wirtschaftlichen Problemen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen.

Die Tätigkeiten im Einzelnen:

- Beratung im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen der Erkrankung
- Beratung bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, SGB II, III, V, VI, XI, XII, RV Rente, GKV Entgeltfortzahlung, Schwerbehindertengesetz und anderen Hilfen
- Informationsvermittlung
- Vermittlung an andere Beratungsstellen (z.B. bei Schulden oder Wohnungsangelegenheiten)
- Anregung von gesetzlichen Betreuungen (Information und Beratung, Umfeldabklärung, Zuständigkeit, Anregung)

4.6.1.3. Medizinische Rehabilitation Phase C und D im Anschluss an Behandlung im SRH Fachkrankenhaus Neresheim

Die Tätigkeiten im Einzelnen:

- Informationsvermittlung über die verschiedenen Rehabilitationsmöglichkeiten und -phasen,
- Bearbeitung von Anträgen für die indizierte Rehabilitation, Kontakt zu Kostenträger und Kliniken, Klärungen im Vorfeld (Kostenträger, Zuständigkeit, Voraussetzungen)

4.6.1.4. Sicherung der Nachsorge bei ambulanter und stationärer Pflege

Neben der Verarbeitung des Krankheitsereignisses kommt für die Angehörigen in der Regel die finanzielle Belastung hinzu. Bei der Planung der Versorgung bedarf es oftmals mehrerer Gespräche bis die Entscheidung getroffen ist und eine adäquate Versorgung sichergestellt werden kann. Eine Verlegung ohne die Zustimmung des Patienten bzw. seines Betreuers ist nicht möglich. Deswegen ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit Sozialberatung/ Angehörige für die Verlegung des Patienten wichtig.

Aufgabe ist:

die Vermittlung von entsprechenden Einrichtungen und Hilfsdiensten je nach Erfordernissen des Patienten und Möglichkeiten der Angehörigen

Ziel ist:

die Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung des Patienten

4.6.1.4.1. Ambulante Pflege

Die Tätigkeiten im Einzelnen:

- Information über die verschiedenen Hilfsangebote, ambulante Pflegedienste, Hilfsmittel etc...
- Beratung über finanziellen Unterstützungsmaßnahmen
- Ausarbeiten eines Konzeptes zur Realisierung der häuslichen Versorgung
- Sicherstellung der Pflegeüberleitung durch Koordination mit den Kollegen von der Pflege
- Planung und Organisation einer Koordinierten Entlassung
- Koordination sämtlicher Hilfen, Hilfsdienste und Hilfsmittel im Hinblick auf die Entlassung (innerhalb und außerhalb der Klinik)

4.6.1.4.2. Stationäre Pflege

Kommt eine Versorgung im häuslichen Bereich nicht in Betracht, so bleibt nur noch die Möglichkeit der Verlegung des Patienten in stationäre Pflege.

Die Tätigkeiten im Einzelnen:

- Informationsvermittlung
- Beratung zur Finanzierung
- Kontakte mit Kostenträgern (Pflegekasse/ Sozialamt)

- Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Einrichtungen
- Koordination der Hilfsmittelversorgung
- Pflegeüberleitung
- Koordination der Entlassung

4.6.1.5. Interne Kommunikation

Teilnahme an patientenbezogenen Besprechungen:

- Teilnahme an Teambesprechungen nur nach Bedarf, z.B. im Vorfeld von bevorstehenden Entlassungen um den Bedarf des Patienten festzustellen.
- Organisation und Durchführung von Hilfsmittelkonferenzen bei häuslichen Versorgungen
- Hilfebedarfserhebung bei bevorstehenden Entlassungen
- Teilnahme an krankenhauses internen Prozessen
- Die Sozialberatung wird an krankenhauses internen Entwicklungen und Planungen, soweit diese die Sozialberatung betreffen, beteiligt.

4.6.1.6. Beratung und Information von anderen Berufsgruppen

- Information von Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten über gesetzliche Veränderungen, die Auswirkungen auf das Arbeitsfeld Sozialberatung im Krankenhaus haben (z.B. Änderungen im Betreuungsrecht, Anschlussrehabilitationsverfahren etc.)

4.6.1.7. Sonstige Tätigkeiten

- Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen für Angehörige. Moderation der Veranstaltungen und Referent.
- Kontakte zur Einrichtungen der Nachsorge, insbesondere Pflegeeinrichtungen
- Organisation des Wäschereivertrages in besonderen Einzelfällen/patientenbezogen
- Regelmäßiger Austausch mit Sozialdiensten anderer Frührehabilitationskliniken, Akuthäuser und Rehabilitationskliniken,
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen (Regionale Gruppe Wachkoma)
- Sterbefälle: Ansprechpartner für Angehörige, Bearbeitung und Meldung des Sterbefalles beim örtlichen Standesamt
- Auswertung der Zufriedenheitsbefragung für Angehörige während des Aufenthaltes
- Supervision bei Bedarf
- Verantwortung für Informationstafel für Angehörige

5. Gruppenkonzepte

5.1. Frühstücksgruppe

Zeit: Montag bis Freitag von 8.45 – 9.45Uhr

Ort: Aufenthaltsraum der Station I und II

Verantwortlich: Ergotherapeuten der jeweiligen Station/bei Bedarf ein Physiotherapeut

Patienten/Indikation: Patienten, die essen dürfen

- Pat. mit einer Hemiparese oder einer Hemiplegie
- Pat. mit einer Schluckstörung
- Pat. mit einer Ataxie, einem Neglect (visuell, taktil)
- Pat. mit Fazialisparese
- Pat., die eine Essensbeaufsichtigung benötigen (Stopfende Pat., Pat. ohne Sättigungsgefühl usw.)

Ziele:

- Gruppendynamik
- Verbesserung von sozialer Interaktion und aktiver Teilhabe
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Emotionale Aktivierung
- Verbesserung der Motorik/Sensorik

- Verbesserung der Handlungsplanung, Handlungsabläufe

Therapeutische Methoden:

- Geführte Einleitung/ Weiterleitung (Affolter)
- Motorische Unterstützung entsprechend der Lähmung
- Transfer der Patienten (vom Rollstuhl in einen Stuhl)
- Verbale Anleitung

Hilfsmittel:

- Einhänderbrett
- Griffverdickung
- Unterarmbrett
- Tellerranderhöhung
- Antirutschmatte

Ausschlusskriterien:

- Patienten, die nicht essen dürfen.
- Keimbesiedelte Patienten
- Patienten mit stark ausgeprägter Aufmerksamkeitsstörung

Anzahl Patienten:

- 3 bis max.8 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 5x /Woche; 60 Minuten

Personelle Mittel:

- Bei mehr als 4 Patienten wird die Gruppe von 2 Therapeuten durchgeführt.

5.2. Mittagessensgruppe

Zeit: Montag bis Freitag von 12.30 – 13.30 Uhr

Ort: Aufenthaltsraum der Station I und II

Verantwortlich: Ergotherapeuten der jeweiligen Station/bei Bedarf ein Physiotherapeut

Patienten/Indikation: Patienten, die essen dürfen

- Pat. mit einer Hemiparese oder einer Hemiplegie
- Pat. mit einer Schluckstörung
- Pat. mit einer Ataxie, einem Neglect (visuell, taktil)
- Pat. mit Fazialisparese
- Pat., die eine Essensbeaufsichtigung benötigen (Stopfende Pat., Pat. ohne Sättigungsgefühl usw.)

Ziele:

- Gruppendynamik
- Verbesserung von sozialer Interaktion und aktiver Teilhabe
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Emotionale Aktivierung
- Verbesserung der Motorik/Sensorik
- Verbesserung der Handlungsplanung, Handlungsabläufe

Therapeutische Methoden:

- Geführte Einleitung/ Weiterleitung (Affolter)
- Motorische Unterstützung entsprechend der Lähmung
- Transfer der Patienten (vom Rollstuhl in einen Stuhl)
- Verbale Anleitung

Hilfsmittel:

- Einhänderbrett
- Griffverdickung
- Unterarmbrett
- Tellerranderhöhung
- Antirutschmatte

Ausschlusskriterien:

- Patienten, die nicht essen dürfen.
- Keimbesiedelte Patienten
- Patienten mit stark ausgeprägter Aufmerksamkeitsstörung

Anzahl Patienten:

- 3 bis max.8 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 5x /Woche; 60 Minuten

Personelle Mittel:

- Bei mehr als 4 Patienten wird die Gruppe von 2 Therapeuten durchgeführt.

5.3. Sportgruppe

Ort: Klosterblick

Verantwortlich: jeweils 1 Physiotherapeut der Station 1 und 2

Voraussetzung für die Teilnahme/Indikation:

- Stabile Vitalwerte
- Kopfkontrolle
- Beginnende Rumpfkontrolle
- Eine aktive Seite
- Pat. mit Hemiparese oder Hemiplegie
- Pat. mit einem Neglect
- Aufmerksamkeitsdauer von mindestens 15-20 Minuten
- Pat. muss Aufforderungen befolgen können

Ziele:

- Kennen lernen der Patienten untereinander
- Nehmen von Hemmungen
- Gruppendynamik/ Gemeinschaftsgefühl stärken
- Verbesserung von sozialer Interaktion und aktiver Teilhabe
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Emotionale Aktivierung
- Verbesserung der Motorik/Sensorik: Rumpfstabilität und Mobilisation, Funktion der oberen Extremität
- Verbesserung der Handlungsplanung, Handlungsabläufe
- Verbesserung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnis
- Verbesserung der Wahrnehmung (Objekt, Raum, Sensibilität)
- Verbesserung der Koordination

Therapeutische Methoden:

- Verbale Anleitung und Aufträge
- Einsatz von Hilfsmitteln und Geräten
- Taktile Hilfe und verbale Hilfestellung
- Geführte Bewegungen

Hilfsmittel:

- Bälle (Igelbälle, Tennisbälle, Fußball usw.)
- Sandsäckchen
- Tücher
- Luftballons
- Kegel
- Schläger
- Usw.

Ausschlusskriterien/Kontraindikation:

- Instabile Vitalwerte
- Pat., die eine zusätzliche O₂-Gabe benötigen
- Aufmerksamkeitsdauer unter 15 Minuten

Anzahl Patienten:

- 3 bis max.6 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 1x /Woche; 60 Minuten

5.4. Feinmotorikgruppe

Ort: Therapieküche oder Klosterblick

Verantwortlich: jeweils 1 Ergotherapeut der Station 1 und 2

Voraussetzung für die Teilnahme/Indikation:

- Stabile Vitalwerte
- Kopfkontrolle
- Beginnende Rumpfkontrolle
- Mindestens eine obere Extremität muss aktiv einsetzbar sein
- Pat. mit Hemiparese oder Hemiplegie
- Pat. mit einem Neglect
- Aufmerksamkeitsdauer von mindestens 15-20 Minuten
- Pat. muss Aufforderungen befolgen können

Ziele:

- Gruppendynamik/ Gemeinschaftsgefühl stärken
- Verbesserung von sozialer Interaktion und aktiver Teilhabe
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Feinmotorik- gezieltes Arbeiten mit den oberen Extremitäten, entsprechend der Voraussetzung des Patienten
- Einbeziehen der mehr betroffenen Seite
- Verbesserung der Handlungsplanung, Handlungsabläufe
- Verbesserung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnis
- Verbesserung der Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten
- Verbesserung der Koordination
- Verbesserung der visuellen Exploration

Therapeutische Methoden:

- Verbale Anleitung und Aufträge
- Einsatz von Hilfsmitteln und Geräten
- Taktile Hilfe und verbale Hilfestellung
- Geführte Bewegungen

Inhalte:

- Tischspiele
- Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (z.B. Wäsche bügeln und

- falten, Blumen gießen, Abwaschen, usw.)
- Arbeiten mit Papier und Pappe (z.B. Schneiden, Falten, usw.)
- Gestalterische Tätigkeiten (z.B. Collagen, malen mit verschiedenen Farben)
- Seidenmalerei
- Holzarbeiten
- Usw.

Ausschlusskriterien/ Kontraindikation:

- Instabile Vitalwerte
- Pat., die eine zusätzliche O2 Gabe benötigen
- Aufmerksamkeitsdauer unter 15 Minuten
- Keimbesiedlung

Anzahl Patienten:

- Pro Station 2 Patienten
- Max. 5 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 1x /Woche; 60 Minuten

5.5. Motomedgruppe

Ort: Therapieraum „ Klosterblick“

Verantwortlich: Physiotherapie/Sporttherapie (Planung über Therapiekoordination)

Ziele:

- Ausdauertraining
- Herz-Kreislauf-Training
- Kräftigung der Bein oder/und Armmuskulatur
- Verbesserung der Koordination
- Gruppendynamik
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Kontrakturprophylaxe
- Vorbereitung für Lokomattraining

Therapeutische Maßnahmen:

- Umsetzen der Patienten (vom Rolli in einen Stuhl)
- Auf den Patienten individuelle Einstellung des Motomeds
- Verbale Anleitung

Ausschlusskriterien:

- Keimbesiedelte Patienten
- Patienten mit instabilen Vitalwerten
- Schmerzen
- Frakturen und massive Kontrakturen
- Schweres hirnanorganisches Psychosyndrom
- Massive Unruhe
- Keine Kleingruppenfähigkeiten wegen Verhaltensstörung

Relative Kontraindikationen

- aktivierte heterotope Ossifikationen

Anzahl Patienten:

- 3 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 2 x Woche; 60 Minuten (2 x 30 Min)

5.6. Kochgruppe

Ort: Therapieküche

Verantwortlich: jeweils 1 Ergotherapeut der Station 1 und 2

Voraussetzung für die Teilnahme/Indikation:**Patienten müssen essen dürfen!**

- Stabile Vitalwerte
- Kopfkontrolle
- Beginnende Rumpfkontrolle
- Mindestens eine obere Extremität muss aktiv einsetzbar sein
- Pat. mit Hemiparese oder Hemiplegie, Tetraparese
- Pat. mit einem Neglect
- Aufmerksamkeitsdauer von mindestens 15-20 Minuten
- Pat. muss Aufforderungen befolgen können
- Pat. mit Apraxie
- Andere neuropsychologische Störungen

Ziele:

- Gruppendynamik/Gemeinschaftsgefühl stärken
- Verbesserung von sozialer Interaktion und aktiver Teilhabe
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Feinmotorik-gezieltes Arbeiten mit den oberen Extremitäten, entsprechend der Voraussetzung des Patienten
- Einbeziehen der mehr betroffenen Seite
- Verbesserung der Handlungsplanung, Handlungsabläufe
- Verbesserung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnis
- Verbesserung der Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten
- Verbesserung der Koordination
- Verbesserung der visuellen Exploration

Therapeutische Methoden:

- Verbale Anleitung und Aufträge
- Einsatz von Hilfsmitteln und Geräten (z.B. Antirutschmatte, Griffverdickung, Einhänderbrett)
- Taktile Hilfe und verbale Hilfestellung
- Geführte Bewegungen

Inhalt:

- Gemeinsames Vorbereiten und Kochen einer Mahlzeit mit anschließendem Verzehr in der Gruppe.

Ausschlusskriterien/ Kontraindikation:

- Instabile Vitalwerte
- Pat. die O2 Gabe benötigen
- Aufmerksamkeitsdauer unter 15 Minuten
- Keimbesiedlung

Anzahl Patienten:

- Pro Station 2 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 1x /Woche; 60 Minuten

5.7. Musikgruppe

Ort: Musiktherapieraum

Verantwortlich: Musiktherapeut: Manfred Banschbach

Voraussetzung für die Teilnahme/Indikation:

- Der Pat. sollte stabile Vitalwerte für mindestens 60 Minuten haben, so dass er in einen Rollstuhl mobilisiert werden kann.
- Pat. äußert in erkennbarer Weise seine Zustimmung zu einer Teilnahme
- Ist der Pat. zu einer eindeutigen Kommunikation nicht in der Lage, kann die Teilnahme nach Absprache im Behandlungsteam probeweise stattfinden.
- Der Patient befindet sich nicht in einem permanenten Unruhezustand

Inhalte und Ablauf:

- Der Ablauf wird mit bekannten Liedern und frei improvisierter Musik gestaltet, wobei die Patienten angeregt werden, durch eigenes Tun und äußern eigene Wünsche die Stunde mit zu gestalten.

Ziele:

- Sich selbst wieder als Teil einer Gemeinschaft und im gemeinschaftlichen Handeln erleben
- Anknüpfung an Erinnerungen und damit verbundene Ressourcen
- Erleben von rhythmischen und melodischen Strukturen zur Förderung der inneren Ordnung und Orientierung
- Anregung und Motivation der einzelnen Patienten durch die Aktivitäten der anderen
- Last but not least funktionelles Training von Atmung, Stimme, Motorik, Koordination usw.

Therapeutische Methoden:

- Einsatz von Musikinstrumenten
- Singen von bekannten Liedern und Melodien

Ausschlusskriterien/Kontraindikation:

- Instabile Vitalwerte
- Pat., die eine zusätzliche O₂ Gabe benötigen
- Keimbesiedlung
- Permanente motorische Unruhe

Anzahl Patienten:

- Pro Station maximal 3 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 1x /Woche; 60 Minuten

5.8. Aktivierungsgruppe

Ort: Aufenthaltsraum Station 1

Verantwortlich: Neuropsychologie, Musiktherapie

Patienten/Indikation:

- Minimal bewusste Patienten oder Patienten mit schwersten neuropsychologischen und motorischen Beeinträchtigungen
- Patienten mit minimaler Motorik und Teilhabe an Umwelt
- Sehr geringe Belastbarkeit (nicht im eigentlichen Sinne gruppenfähig)

Ziele:

- Verbesserung von Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit
- Verbesserung von Interaktion und aktiver Teilhabe
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Emotionale Aktivierung
- Beobachtung von Wahrnehmungsreaktionen/kleinsten Zeichen/angedeuteter Bewegungen

Therapeutische Methoden:

- Operantes Lernen (z.B. Belohnung bei Spontanaktivität)
- Multimodale Stimulation (neu vs. bekannt, visuell/ akustisch/ olfaktorisch/taktil)
- Sensorische Regulation (Wechsel gezielter Stimulation und Ruhephasen)
- Dialog- und Kommunikationsaufbau
- Körpernahe Interaktion

Therapeutische Mittel:

- Musik
- Emotionale Bilder/persönliche Dias/Videos
- Bewegungskörper (große Kugeln/Bälle)
- „Sinnesparcours“
- Taktile Reize (Linsenbad, Wasser etc.)

Personelle Mittel:

- 2 Therapeuten (1 NP und Musiktherapeut oder Vertreter Therapie)
- Bei Eignung Einbeziehung Angehörige
- Offen für Teilnahme anderer Berufsgruppen

Voraussetzungen:

- Patient ist 60 Minuten in MFR mobilisierbar
- Schwer gestörte Wachheit/Reaktionsfähigkeit

Ausschlusskriterien:

- Aggressive Patienten
- Schwere motorische Unruhe
- Konstante Mitarbeit in Therapie > 10 Minuten
- Konstantes Befolgen motorischer Aufforderungen
- Adäquate Kommunikation > 5 Fragen

Anzahl Patienten:

- Min. 2 Patienten
- Max. 3-4 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 1x /Woche zu Beginn; 60 Minuten

5.9. Malgruppe

Ort: Aufenthaltsraum Station 2

Verantwortlich: Neuropsychologie

Patienten/Indikation:

- Schwer beeinträchtigte Patienten mit beeinträchtigter konzentrativer Belastbarkeit, Handlungsinitiierung und -durchführung und Interaktionsfähigkeit
- Aphasie oder andere Kommunikationsstörungen
- Probleme der Krankheitsverarbeitung/reaktive Störungen (Depression, Ängste, Kompetenzverlust, sozialer Rückzug u.a.)
- Dysexekutive Störung mit beeinträchtigter Handlungsplanung, -

- durchführung und -kontrolle
- Neglect u. visuell-räumliche Störungen

Ziele:

- Verbesserung von Aufmerksamkeit und Konzentration
- Verbesserung von sozialer Interaktion/Entwickeln sozialer Fertigkeiten
- Verbesserung von Antrieb und Motivation
- nonverbale Ausdrucksfähigkeit/ Erweiterung der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten
- Verbesserung Stimmungslage/Motivation/
- Erweiterung von Umgangsmöglichkeiten mit Objekten/ Handlungsplanung
- Verbesserung von Handlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Verbesserung der Impulskontrolle
- Erleben von Selbstwirksamkeit u. -sicherheit durch kreatives Schaffen/Selbstbewusstsein
- Unterstützung der Krankheitsverarbeitung/Ausdruck von Erlebnissen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung und der Rehabilitation

Therapeutische Methoden:

- Strukturierende Vorgaben
- Rahmenbedingungen schaffen für freie Gestaltung ohne Leistungsdruck
- Schaffung bestmöglicher Voraussetzung für Anregung kreativer Prozesse
- Moderation der Gruppeninteraktion
- Positive Verstärkung von sozial angemessenem Verhalten
- Verbales/visuelles Feedback nach Bedarf und Indikation
- Emotionale Aktivierung/hohes Aufforderungscharakter der Materialien (Medium Farbe)

Personelle Mittel:

- 1-2 Neuropsychologinnen

Therapeutische Mittel:

- Papier
- Acrylfarben/Pinsel
- Ölpastellkreiden/Holzstifte
- Material für Wischtechnik
- Visuelle Vorlagen

Ausschlusskriterien/Kontraindikation:

- nicht oder weniger als 60 min. in MFR/Aktivrollstuhl
- keine ausreichende Motorik (mindestens eine Hand mit Greiffunktion)
- kein situatives Verständnis
- Aufmerksamkeit \leq 10 Minuten
- unkooperativ
- schwere Verhaltensauffälligkeit (Unruhe, Aggressivität)
- schwere visuelle Störung/Blindheit

Anzahl Patienten:

- 2-4 Patienten

Häufigkeit und Dauer:

- 1x /Woche (60 Min.)

5.10 Orientierungsgruppe

Ort: Aufenthaltsraum Station II
Verantwortlich: Neuropsychologie

Patienten/Indikation:

- Orientierungs- und Gedächtnisstörungen

Voraussetzungen:

- Aufmerksamkeitsspanne mind. 5 – 10 Minuten
- Mobilisation in ARS oder MFR
- Ansätze von Sprachverständnis
- Situationsverständnis

Ziele:

- Förderung der personalen, zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung
- Nutzung des Tagesplans als externe Gedächtnishilfe
- Vermittlung einer Tagesstruktur bei Störungen der Handlungsplanung
- Förderung des Kontakt- und Sozialverhaltens bei Antriebsstörungen, sozialem Rückzug oder Depression

Therapeutische Methoden:

- Gemeinsame Erarbeitung des aktuellen Datums
- Vermittlung des individuellen Tagesplanes für jeden Patienten
- Übungen zur Förderung der zeitlichen Orientierung
- Übungen zur Förderung der örtlichen und situativen Orientierung
- Übungen zur Förderung der personalen Orientierung
- Förderung der Gruppeninteraktion und Erweiterung sozialer Fertigkeiten im Gruppenkontext

Personelle Mittel:

- 1-2 Neuropsychologinnen

Ausschlusskriterien/Kontraindikation:

- nicht oder weniger als 60 min. in MFR/Aktivrollstuhl
- keine ausreichende Motorik (mindestens eine Hand mit Greiffunktion)
- kein situatives Verständnis
- Aufmerksamkeit \leq 10 Minuten
- unkooperativ
- schwere Verhaltensauffälligkeit (Unruhe, Aggressivität)
- schwere visuelle Störung/Blindheit

Anzahl Patienten:

- 2-4 Patienten (in Ausnahmefällen 5)

Häufigkeit und Dauer:

- 4x /Woche (30 Min.)

6. Besonderheiten der Klinik

6.1. Interdisziplinäre Intensivmedizin

Das Konzept der Klinik „den Arzt zum Patienten – und nicht den Patienten zum Arzt zu bringen“ ist darauf ausgelegt, die notwendigen medizinischen Kapazitäten personeller und apparativer Art vorzuhalten, um eine möglichst durchgängige und nahtlose Versorgung des Patienten, insbesondere auf der Intensivpflegestation, aber auch bei Komplikationen im weiteren Verlauf zu gewährleisten. Das Ärzteteam der Klinik hat sich darauf spezialisiert, die bei den typischen Patienten der

neurologischen Frührehabilitation erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Eingriffe von der Anlage eines Luftröhrenschnittes zur Langzeitbeatmung bis zur Anlage von Ernährungssonden oder Harnblasenkathetern durch die Bauchdecke durchzuführen.

Dies erfolgt aufgrund der Struktur der Klinik auf Facharztstandard. Im Gegensatz zur Frührehabilitationsabteilungen in großen Akutkliniken erfolgt die Diagnostik und Therapie in den jeweiligen Fachgebieten nicht durch konsiliarisch hinzugezogenen Kollegen dieser Fachgebiete, sondern durch in das Ärzteteam integrierte, vor Ort präsente Fachärzte.

Aufgrund der Organisationsstruktur der Klinik ermöglichen tägliche Früh- und Nachmittagsbesprechungen sowie interdisziplinäre Röntgenbesprechungen, interdisziplinäre Visiten und die kurzen Wege der Klinik eine schnelle und rasche Absprache und Entscheidungsfindung über erforderliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

6.2. Anästhesie

Die Anästhesie ist im SRH Fachkrankenhaus Neresheim als Facharztstandard im ärztlichen Team integriert, sodass bei erforderlichen Kurznarkosen für diagnostische und therapeutische Eingriffe, aber auch bei neurochirurgischen Operationen im hauseigenen Operationsaal eine fachärztlich-anästhesiologische Betreuung des Patienten durch ein Mitglied des Ärzteteams gewährleistet ist.

Insbesondere angesichts der häufig komplexen Erkrankungen und des langwierigen Verlaufes ist es hierbei ein großer Vorteil, nicht auf konsiliarisch von außen erbrachte Anästhesieleistungen zurückgreifen zu müssen, sondern diese durch einen Arzt zu erbringen, der den Patienten aus dem Aufenthalt in unserer Klinik gut kennt.

6.3. Neurochirurgische Operationen [9.3]

Frühzeitig haben wir durch unsere Spezialisierung auf Patienten mit neurochirurgischen oder neurologischen Krankheitsbildern mit neurochirurgischer Therapie (Dekompressions-kraniektomien bei großen Infarkten oder Blutungen) die Notwendigkeit gesehen, neurochirurgische Komplikationen (Wasserkopfentwicklung, Nervenwasseraufstau) oder notwendige Sekundäreingriffe (Wiederherstellung der Schädelknochenkontinuität durch Schädeldachplastiken, Anlage von Nervenwasserableitungen, Anlage von Pumpen zur dauerhaften, rückenmarksnahe Spastiktherapie) möglichst im Hause durchzuführen, um für den Patienten belastende und die neurologische Frührehabilitation unterbrechende, Zwischenverlegungen in neurochirurgische Akutkliniken zu vermeiden.

Aus diesem Grunde wurde 2001 eine Kooperation mit der neurochirurgischen Universitätsklinik Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg begonnen, die es uns ermöglicht, im hauseigenen Operationsaal diese Operationen durch einen Facharzt für Neurochirurgie durchzuführen.

Großer Vorteil ist, dass die Indikation über Ort und Zeitpunkt allfälliger Operationen gemeinsam zwischen dem neurorehabilitativen Team unserer Klinik und dem Neurochirurgen erfolgt und so ermöglicht, den optimalen Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess zu finden. Andererseits können typische Verlaufskomplikationen (Hydrozephalusentwicklung, Shunt Dysfunktion, Shuntinfektion) zeitnah behandelt werden, da die meisten neurochirurgischen Akutkliniken Kapazitätsengpässe aufweisen, die durch die Wartezeit auf eine Verlegung eine Verzögerung des Rehabilitationsprozesses bedingen würden.

Eine Bildleitung ermöglicht es uns, jederzeit Bilder von Kontrollcomputertomographien an die Neurochirurgie zu übermitteln und im Falle von Komplikationen gemeinsam über das weitere Vorgehen zu beraten.

6.4. Ernährungssondenanlage

Patienten mit schweren erworbenen Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems weisen häufig durch [Schädigung des autonomen Nervensystems \[7.10\]](#) auch Ernährungsstörungen in Form von Magenentleerungsstörungen mit konsekutivem Erbrechen auf.

Auch besteht häufig eine Schluckstörung, die längerer Therapie und Rehabilitation bedarf. In beiden Fällen ist es oft erforderlich, zur Sicherung einer dauerhaften Ernährung über den Magen-Darm-Trakt spezielle Ernährungs sonden durch die Bauchdecke in den Magen, beziehungsweise Dünndarm zu legen, um eine sichere Langzeiternährung zu gewährleisten. Magensonden durch die Nase sind hierbei im Regelfall keine Dauerlösung.

Diese sogenannten PEG-, PEJ- oder EPJ-Sonden werden durch unseren Gastroenterologen angelegt, wobei die Anlage schonend auf der Intensivpflegestation in Bedside-Technik erfolgen kann.

Während PEG-Sonden üblicherweise Standard sind, ist unsere Klinik eines der wenigen Zentren in Baden-Württemberg, das auch in endoskopischer Technik Ernährungs sonden durch die Bauchdecke direkt in den Dünndarm legen kann. Dies kommt zur Anwendung, wenn bei schwerer Magenentleerungsstörung zur Drainage des Magens ein großlumiger Abfluss über eine PEG-Sonde erforderlich ist und zur Sicherstellung der Ernährung die Anlage einer Sonde in den Dünndarm, um die Nahrung und Medikamente jenseits des Hindernisses zu applizieren. Selbstverständlich können diese Sonden auch in unserer Klinik im weiteren Verlauf bei Erholung der Schluckfunktion oder des autonomen Nervensystems wieder entfernt werden.

6.5. Interdisziplinäre Spastikbehandlung

Patienten mit schweren erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems entwickeln im Verlaufe der Erkrankung häufig eine schwere, oft alle 4 Extremitäten betreffende Spastik. Dies erfordert ein spezielles Management des Muskeltonus bereits in der Frühphase durch Lagerungen und spezifische neurophysiologische Behandlungskonzepte.

Sollte die Spastik im weiteren Verlauf zunehmen und den Patienten behindern (Schmerzentstehung, motorische Einschränkungen, hygienische Probleme) kommt in unserer Klinik ein differenziertes Instrumentarium von medikamentösen Therapiemaßnahmen über physiotherapeutische Maßnahmen bis hin zu Botulinumtoxin-Therapie und intrathekaler (rückenmarksnaher) Spastiktherapie mit Kathetern und Medikamentenpumpen zur Anwendung.

Patienten mit einer sich entwickelnden Spastik werden frühzeitig über ein Meldesystem erkannt und der interdisziplinären Spastikvisite aus Ärzten und Therapeuten zugeführt, die gemeinsam den Patienten visitieren, die Therapiemöglichkeiten vor dem Hintergrund der Gesamttherapieplanung diskutieren und koordinieren. Medikamentöse Therapiemaßnahmen, die nicht in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet sind, sind ebenso sinnlos, wie langwierige, ausschließlich physiotherapeutische Bemühungen, wenn Medikamente rasch helfen könnten. Aus diesem Grund kommt der interdisziplinären Zusammenarbeit große Bedeutung zu. Da es häufig leichter ist, die Spastik frühzeitig positiv zu beeinflussen als ihr „hinterherzulaufen“, ist der Früherkennung im Rahmen des Meldesystems zur Spastikvisite große Bedeutung beizumessen.

Spezielle Fragestellungen, wie der spastische Spitzfuß oder die schwerste, generalisierte Spastik beim hypoxischen Hirnschaden bedingen zudem häufig ein komplexes Therapieregime aus mehreren Bausteinen, da mit einer Therapie alleine kein ausreichender Erfolg zu erzielen ist.

6.6. Botulinumtoxintherapie

Als ein wesentlicher Baustein kommt im SRH Fachkrankenhaus Neresheim die Botulinumtoxintherapie zur Anwendung. Botulinumtoxin hemmt die Impulsübertragung vom Nerven auf den Muskel und kann so zur Regulation eines spastisch erhöhten Muskeltonus benutzt werden. Um die Behandlungserfolge zu optimieren, stehen verschiedene Methoden der Anwendung zur Lokalisationskontrolle der Injektion zur Verfügung (Ultraschall, Ableitung des Elektromyogramms oder Injektion unter Muskelstimulation). Vom Arbeitskreis Botulinumtoxintherapie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wurde Dr. Martin Schorl als qualifizierter Anwender zertifiziert. Botulinumtoxin ist gut verträglich, bewirkt keine dauerhaften Veränderungen an Nerven oder Muskeln und hat bei richtiger Anwendung kaum Nebenwirkungen. Höchstdosen pro Muskel und pro Injektionssitzung sind zu beachten, um Nebenwirkungen lokaler oder systemischer Art zu vermeiden.

Botulinumtoxin wird im SRH Fachkrankenhaus Neresheim in erster Linie mit folgenden Indikationen angewandt:

- **Trismus/Bruxismus:** Bei Zähneknirschen kann eine Injektion in die Kaumuskulatur Schäden an Zähnen, Mundschleimhaut und der Zunge durch Zerbeißen verhindern.
- **Hypersalivation:** Bei übermäßiger Speichelsekretion oder Pseudohypersalivation durch erheblich verminderte Schluckfrequenz kann die Botulinumtoxininjektion in die Mundspeicheldrüsen die Speichelmenge reduzieren und so die Lebensqualität des Patienten verbessern bzw. die Schlucktherapie erleichtern.
- **Spastik der oberen Extremität:** Nach erworbenen schweren Hirnschädigungen entwickelt sich häufig eine Spastik an den Extremitäten, sodass neben Lähmungen auch schmerzhafte Gelenkfehlstellungen, Schwierigkeiten beim Waschen und Anziehen sowie der Hygiene entstehen. Auch Hautschäden in Beugefalten bis hin zu offenen Druckgeschwüren sind möglich. Hier kann die Botulinumtoxintherapie in palliativer Hinsicht eingesetzt werden zur Verbesserung des Bewegungsausmaßes von Gelenken, zum Hautschutz, zur Pflegetherapie sowie zur Schmerzlinderung. Auch eine Funktionsverbesserung durch bessere Beweglichkeit spastisch gestörter Muskeln ist möglich, sodass neben einer palliativen Zielsetzung auch eine funktionelle Verbesserung erreicht werden kann.
- **Spastik der unteren Extremitäten:** Nach schweren erworbenen Hirnschädigungen, insbesondere nach Hypoxien, entwickelt sich häufig eine ausgeprägte Spastik der unteren Extremitäten, die neben pflegerischen Problemen, Hautproblemen und Schmerzen auch zu Problemen mit der Positionierung im Rollstuhl, beim Lagern sowie beim Stehen und Gehen führen. Auch hier kann mittels Botulinumtoxin entweder in palliativer oder in funktioneller Hinsicht eine Verbesserung erzielt werden. An den unteren Extremitäten sind generell höhere Dosen als an den oberen Extremitäten erforderlich. Insbesondere beim spastischen Spitzfuß muss häufig eine Kombinationsbehandlung aus Botulinumtoxin und einer redressierenden Gipsbehandlung erfolgen, da neben muskulären auch bindegewebige Komponenten zum Spitzfuß mit beitragen.

Generell gilt, dass die Botulinumtoxintherapie nur im interdisziplinären Kontext und in Verbindung mit intensiver physiotherapeutischer Nachbehandlung Erfolg versprechend ist, zudem muss sie häufig mit anderen Therapiemaßnahmen gegen eine Spastik (z. B. systemische Medikation, redressierende Gipse, rückenmarksnahe Gabe antispastischer Medikamente) erfolgen. Insbesondere die Nachbehandlung stellt hohe Anforderungen an das interdisziplinäre Team.

Mit dem Lokomat®-System der Firma Hocoma ist insbesondere bei Botulinumtoxintherapie an den unteren Extremitäten eine optimale funktionelle Nachbehandlung möglich.

6.7. Elektromechanische Gangrehabilitation (Lokomat®)

Als vierte neurologische Rehabilitationsklinik im Erwachsenenbereich und erste reine Frührehabilitationsklinik in Deutschland bietet das SRH Fachkrankenhaus Neresheim seit Anfang 2011 die Therapie mit dem Lokomat®-System der Firma Hocoma an. Mittels Gewichtsentlastung können so motorisch schwer betroffene Patienten bei ausreichender vegetativer Stabilität nach evidenzbasierten Prinzipien wieder auf dem Laufband gehen lernen. Eine höhere Wiederholungsrate der Schritte, eine bessere Übungseffektivität gegenüber konventioneller Gangschulung und gerade auch bei kognitiven Einschränkungen ein besseres Verständnis für die Therapieinhalte machen diese Therapie zu einer wertvollen Ergänzung gerade bei schwer betroffenen Patienten. Zudem ermöglicht diese Therapie eine optimale funktionelle Nachbehandlung nach Botulinumtoxininjektionen oder sonstigen Maßnahmen bei Spastik. Erste Erfahrungen zeigen ermutigende Ergebnisse. Eine wissenschaftliche Analyse der Daten wird folgen.

6.8. Bezugspflege und –therapie

Patienten in der neurologischen Frührehabilitation zeigen oft komplexe Schädigungsmuster und werden oft über längere Zeit behandelt. Daher ist es uns wichtig, mit möglichst wenig Informationsverlust mit unseren Patienten zu arbeiten. Daher erfolgt die Therapie nach einem Bezugskonzept, sodass ein möglichst konstantes Team aus Pflegetherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Neuropsychologen und einem Arzt für einen Patienten zuständig ist. So lassen sich

auch Eindrücke und Erfahrungen aus dem bisherigen Behandlungsverlauf besser in die weitere Behandlung integrieren. Da das Bezugsteam die Probleme und Ressourcen der Patienten genau kennt, kann auf Veränderungen rasch reagiert werden.

Für die Angehörigen soll dies sicherstellen, dass der Kreis der Ansprechpartner begrenzt bleibt und konstante Bezugspersonen vorhanden sind, die auch die Angehörigen während der Zeit des stationären Aufenthalts des Patienten begleiten.

Das pflegerische Angehörigenerstgespräch soll eine vertrauensvolle Beziehung mit den Angehörigen aufbauen. Über das Einholen und die Vermittlung von Informationen hinaus sollen sich die Angehörigen auch in ihren persönlichen Sorgen und Nöten angenommen fühlen. Um Raum für die oft vielfältigen Fragen der Angehörigen zum Krankheitsbild und der weiteren Behandlung zu schaffen, wird dieses längere Gespräch geplant durchgeführt. Die Bezugspflegekraft wird, wenn sie das Gespräch nicht selbst führen kann, benannt und dient in Zukunft als Hauptansprechpartner. Im Rahmen des Gespräches bekommen die Angehörigen den Flyer mit Informationen zur Station, eine Visitenkarte mit den Kontaktdaten und den *Biographischen Anamnesebogen* ausgehändigt, der uns wertvolle Informationen über die persönlichen Wünsche und Angewohnheiten der Patienten gibt, die wir, soweit möglich, in die tägliche Arbeit integrieren.

Zur Durchführung des Angehörigenerstgespräches gibt es einen *Strukturstandard*.

6.9. Forschung und klinische Studien

Im SRH Fachkrankenhaus Neresheim werden verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt. Zum einen handelt es sich um pharmakologische Studien, zum anderen um klinische Studien.

So beteiligte sich die Klinik von 2004 bis 2011 an einer internationalen Doppelblindstudie zusammen mit sieben amerikanischen Kliniken. In dieser Studie wurde untersucht, ob ein bestimmtes Medikament (Amantadin) eine Verbesserung der Bewusstseinslage bei Patienten im Wachkoma oder minimal bewussten Zustand bewirkt.

Klinische Studien untersuchen die Häufigkeit des Auftretens einer Critical-Illness-Polyneuropathie bei Patienten nach schweren und schwersten Hirnschädigungen und deren Auswirkungen auf die Beatmungsentwöhnung sowie die Symptomatik und Häufigkeit des Sinking-Skin-Flap-Syndromes, einer häufigen Komplikation nach dekompressiver Kraniektomie zur Behandlung eines anderweitig therapierefraktären Hirndrucks.

6.10. Diagnostik und Behandlung bewusstseinsgestörter Patienten

Ein Schwerpunkt unserer Klinik liegt in der Diagnostik und Behandlung bewusstseinsgestörter Patienten. In der Abteilung Neuropsychologie wurde ein neues Untersuchungsverfahren für diese Patienten entwickelt, das es erlaubt akkuratere Aussagen über die zugrundeliegende Bewusstseinstätigkeit zu machen. Alle bewusstseinsgestörten Patienten werden wiederholt systematisch untersucht, um auch kleinste Anzeichen für noch erhaltene kognitive Kompetenzen zu entdecken. Im gesamten Team werden außerdem spezielle therapeutische Konzepte umgesetzt, um diese Patienten optimal zu fördern im Sinne einer Verbesserung von Wachheit, Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit.

7. Weitere Informationen

7.1. Phasenmodell der Neurorehabilitation

1995 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) das Phasenmodell für die neurologische Rehabilitation von Menschen mit schweren und schwersten Hirnschädigungen geschaffen. In der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation sind neben Ärzten Vertreter aller Kostenträger, der Länder sowie auch von Selbsthilfegruppen vertreten.

Dieses Phasenmodell gliedert die Rehabilitation in folgende Phasen:

- A:** Akutbehandlung
- B:** Neurologische Frührehabilitation
- C:** Weiterführende Rehabilitation
- D:** Anschlussheilbehandlung
- E:** Berufliche Rehabilitation
- F:** Statuserhaltende Pflege

Die Zuordnung des Patienten zu den entsprechenden Phasen erfolgt nach Patientencharakteristika für die jeweilige Phase und ab Phase C nach Eingangskriterien (gelten entsprechend als Ausgangskriterien der Phase B). Dies soll eine Phasenabgrenzung ermöglichen.

Das Phasenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation gibt darüber hinaus Empfehlungen zu der Rehabilitationsdauer in den einzelnen Phasen sowie Therapieinhalten und –dauer anhand der Patientencharakteristika.

7.2. Rechtsgrundlagen des Aufenthaltes im SRH Fachkrankenhaus Neresheim

Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim führt ausschließlich neurologische Frührehabilitation gemäß Phase B des Phasenkonzeptes der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation durch. Diese ist in Baden-Württemberg dem § 39 SGB V zugeordnet und stellt somit Akutkrankenhausbehandlung dar. Dementsprechend ist eine Verlegung aus einem Akutkrankenhaus in das SRH Fachkrankenhaus Neresheim jederzeit und ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse möglich.

Das Phasenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation sieht für die neurologische Frührehabilitation der Phase B vor, „dass die Behandlung dann abzubrechen ist, wenn sich über einen Zeitraum von 8 Wochen kein funktionell relevanter Zugewinn gezeigt hat“ (nach: Empfehlungen der BAR zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vom 2. November 1995; Ausgabe 1999, ISSN 0933-8426).

Dies bedeutet andererseits aber auch, dass der medizinische Verlauf stabil und eine ungestörte Rehabilitation möglich sein muss. Relevante medizinische Komplikationen im rehabilitativen Verlauf (z. B. Lungenembolie, schwerer, fieberhafter Harnwegsinfekt, etc.) müssen berücksichtigt werden.

Sollte ein funktionell relevanter Zugewinn erzielt werden, ist zu prüfen, ob die Kriterien für eine nachfolgende Rehabilitationsphase bereits erfüllt sind und eine Verlegung in diese erfolgen muss, oder ob weiterhin die Kriterien für die neurologische Frührehabilitation der Phase B zutreffend sind.

Über die Dauer des Aufenthaltes entscheidet letztendlich der Kostenträger, wobei im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Prüfung medizinischer Sachverhalte durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse erfolgt, hingegen im Bereich der privaten Krankenversicherung ins Belieben der jeweiligen privaten Krankenversicherungsgesellschaft gestellt ist und oftmals durch spezialisierte Sachbearbeiter erfolgt.

Das MDK-Verfahren gewährleistet die Wahrung datenschutzrechtlicher Aspekte; hierzu existieren gesetzliche Regelungen, die für Klinik, Kostenträger und MDK bindend sind. Die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht an die Empfehlung des MDKs gebunden, sondern kann die leistungsrechtliche Entscheidung nach eigenem Ermessen treffen.

7.3. Problematik des § 39 SGB V für die neurologische Frührehabilitation nach dem Phasenmodell

Der § 39 SGB V definiert als übergeordneter Rechtsbegriff Akutkrankenhausbehandlung. Vor dem Hintergrund des in den letzten Jahren eingeführten DRG-Systems zur Vergütung akutstationärer Behandlung, das für die Frührehabilitation noch nicht durchgängig gültig ist, wird seitens der Kostenträger auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zunehmend

auf die Prüfung der Notwendigkeit stationärer Behandlung als Bedingung für Behandlung der Patienten abgestellt.

Da die weiterführenden Rehabilitationsphasen ab Phase C hingegen dem § 40 SGB V und damit der Rehabilitation zugeordnet sind, gelten hier bezüglich Kostenträgerschaft und Finanzierung der Behandlung andere Rahmenbedingungen, d. h. die Phase-C-Klinik kann gemäß des von ihr mit dem/n Kostenträger/n geschlossenen Vertrages Patienten aufnehmen oder ablehnen.

Da die jeweiligen Aufnahmekriterien oft nicht identisch mit dem Ende akutstationärer Krankenhausbehandlung oder den Ausgangskriterien des Phasenmodells sind, existiert hier faktisch für einige Patienten eine Versorgungslücke, die mit zunehmender Verbreitung des DRG-Systems unter den aktuellen Rechtsbedingungen zunehmen wird.

7.4. Aufnahmekonferenz

Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim arbeitet nach dem Bezugsteamsystem. Dies bedeutet, dass ein festes Team von Arzt/Ärztin, Neuropsychologin, Physio- und Ergotherapeut/In sowie Bezugspflegekräfte sich um den Patienten auf der Intensivpflegestation und dann im Rehabilitationsbereich kümmern.

Bei Aufnahme eines neuen Patienten werden in den ersten Tagen danach die Eindrücke und Informationen in den jeweiligen Bereichen gesammelt und nach einer Woche im Rahmen einer Aufnahmekonferenz im gesamten Behandlungsteam besprochen und diskutiert. Auf dieser Basis werden dann die ersten Ziele formuliert.

7.5. Rehabilitationsteambesprechung

Das Behandlungsteam trifft sich in ein- bis zweiwöchigen Abständen (je nach Rehabilitationsverlauf) zu Rehabilitationsbesprechungen, bei denen der bisherige Verlauf analysiert und bewertet wird. Die Zielerreichung wird überprüft, neue Rehabilitationsziele formuliert und die weitere Behandlungsplanung (insbesondere im Hinblick auf notwendige Operationen, aufwändige Behandlungen wie Botulinumtoxininjektionen oder Redressionsgipsanlagen, aber auch Planungen in Richtung Weiterverlegung oder außerklinische Versorgung) vorgenommen.

7.6. Rollstuhlversorgung und Hilfsmittel

Ein individuell angepasster Rollstuhl ist für alle Patienten, die nicht wieder ausreichend gehfähig werden, erforderlich. Während des Aufenthaltes im SRH Fachkrankenhaus Neresheim wird den Patienten ein der Kopf- und Rumpfkontrolle sowie den Fortbewegungsmöglichkeiten angepasster Rollstuhl zur Verfügung gestellt.

Bei Patienten, die in eine weiterführende Rehabilitationsphase verlegt werden, erfolgt die endgültige Versorgung mit Mobilisations- und Fortbewegungshilfsmitteln durch diese.

Bei Verlegung in eine stationäre oder häusliche Pflegesituation erfolgt die Rollstuhlversorgung im Regelfall (abhängig vom Genehmigungsverfahren des Kostenträgers) noch während des stationären Aufenthaltes.

Wir wollen, dass diese Patienten mit einem optimal angepassten Rollstuhl entlassen werden.

Sonstige Hilfsmittel (spezielle Strümpfe, Kopfschutzhelme, etc.) werden während des Aufenthaltes durch uns verordnet.

Bei Verlegung in eine Pflegeeinrichtung erfolgt die Hilfsmittelversorgung in Absprache mit der nachversorgenden Einrichtung.

7.7. Hilfsmittelkonferenz

Bei Patienten, die in eine außerklinische häusliche Pflegesituation entlassen werden, findet in Absprache mit den Angehörigen eine Hilfsmittelkonferenz statt. Hierbei werden vom Behandlungsteam die notwendigen Hilfsmittel für eine Versorgung zuhause festgelegt und eine Hilfsmittellempfehlung für die Krankenkasse formuliert. Hierbei wird auch auf die individuelle

Wohnsituation eingegangen. Hierzu ist hilfreich, wenn Angehörigen nach Absprache notwendige Informationen (Wohnungsplan, Türbreiten, Zugangsmodalitäten, sanitäre Situation) zur Verfügung stellen, damit möglichst auf die individuelle Situation konkret und individuell abgestimmte Hilfsmittel empfohlen werden können.

7.8. Neurochirurgische Sekundäreingriffe

Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim verfügt als einzige Frührehabilitationsklinik in Deutschland über einen eigenen neurochirurgischen Operationssaal. In Kooperation mit der neurochirurgischen Klinik der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg erfolgen elektive, neurochirurgische Sekundäreingriffe.

Entsprechend dem Patientenkontext des SRH Fachkrankenhauses Neresheim handelt es sich hierbei in erster Linie um permanente Nervenwasserableitungen (Shunts), um Kranioplastien (Deckungen geöffnete und entfernter Teile des Schädeldaches) bei Patienten mit großen Dekompressionskraniektomien, um Revisionsingriffe bei Wundheilungsstörungen und Infektionen sowie um Anlagen temporärer Nervenwasserableitungen (externe Ventrikeldrainagen).

Im Rahmen der multimodalen Spastiktherapie ist die Implantation von Medikamentenpumpen zur dauerhaften, kontinuierlichen, rückenmarksnahen Gabe antispastischer Medikamente möglich.

7.9. Entlassplanung

In regelmäßigen Besprechungen der Ärzte des Rehabilitationsbereiches mit dem Sozialdienst erfolgt eine Entlassplanung dahingehend, dass Angehörige und gesetzliche Betreuer rechtzeitig über das weitere Vorgehen informiert werden können.

Insbesondere bei geplanter häuslicher Weiterversorgung ist ein ausreichender Zeitrahmen unabdingbar, da teils aufwändige Hilfsmittelversorgungen organisiert werden müssen. Auch die Auswahl einer Pflegeeinrichtung bei institutioneller Versorgung erfordert häufig einen längeren zeitlichen Vorlauf, da die Angehörigen sich meist mehrere Alternativen ansehen müssen und auch nicht immer in der gewünschten Einrichtung ein Platz frei und sofort verfügbar ist.

Bei Verlegung in weiterführende Rehabilitationsphasen (Phase C/D) sind die entsprechenden Anforderungen der Kostenträger bezüglich der Anmeldebedingungen zu beachten. Schließlich ist hausintern eine gute Kommunikation von Nöten, da die Entlassung eines Patienten gleichzeitig die Verlegung eines anderen Patienten von der Intensivpflegestation in den Rehabilitationsbereich und eine Neuaufnahme eines Patienten triggert und hierbei wiederum verschiedenste Aspekte (z. B. Beatmungskapazitäten, medizinische Stabilität Bedingung für die Verlegung aus dem Intensivpflegebereich auf Normalstation, etc.) zu berücksichtigen sind.

7.10. Schädigungen des autonomen Nervensystems

Patienten mit schweren Schädigungen des Gehirns weisen häufig auch Schädigungen des autonomen Nervensystems auf. In der Frühphase ist dies vor allem eine vegetative, sympathikotone Dysregulation (Stressreaktion im weitesten Sinne, die sich vor allem durch eine allgemeine Aktivierung des autonomen Nervensystems mit Bluthochdruck, Tachykardie, hohen Atemfrequenzen und einer Hyperhidrosis zeigt). Gut bekannt aus der Schlaganfallforschung ist auch, dass Patienten mit rechtshemisphärischen Schädigungen der Inselregion zu Herzrhythmusstörung neigen. Auch der Gastrointestinaltrakt ist häufig mitbetroffen. So treten häufig Magenmotilitätsstörungen mit verlangsamter oder gänzlich gestörter Passage auf, die zu wiederholtem Erbrechen mit den entsprechenden Konsequenzen (Flüssigkeitsverlust, Elektrolytstörung, mangelnde Applizierbarkeit/Resorption von Medikamenten) führen. Zudem besteht oft ein Reflux von Gallensäften/Sekreten aus dem Dünndarm retrograd in den Magen. Verstärkt werden kann diese Symptomatik zudem noch durch Nebenwirkungen notwendiger Medikamente auf die Magen-Darm-Peristaltik. Diese Störungen sind häufig lang dauernd, stabilisieren sich oft jedoch im Verlauf der Rehabilitation. Spezielle Konzepte und Techniken der Anlage von Ernährungs sonden sind erforderlich, um die enterale Langzeiternährung und die Medikamentenapplizierbarkeit zu sichern.

7.11. Stufenschema: Frühmobilisation im SRH Fachkrankenhaus Neresheim

Ziel dieser Richtlinie ist es die Mobilisation der Patienten im SRH Fachkrankenhaus Neresheim einheitlich zu handhaben. Anhand dieser Leitlinie können sich Therapeuten, Ärzte und Pflegekräfte darüber informieren, welche Voraussetzungen bestehen müssen, damit ein Patient eine bestimmte Mobilisationsstufe erreicht.

Diese Leitlinie wurde in einer physiotherapeutischen Arbeitsgruppe entwickelt. Gemeinsam wurden Voraussetzungen und Tests besprochen und ermittelt, die unsere Patienten haben bzw. durchführen müssen.

Folgende Mobilisationsstufen kommen im SRH Fachkrankenhaus Neresheim zur Anwendung:

Bettkante → Multifunktionsrollstuhl → Aktivrollstuhl → Gehen mit Pflege ohne/mit Hilfsmittel → Gehen mit Angehörigen ohne/mit Hilfsmittel → freies Gehen auf Stationsebene

Das Laufen in der Therapie bedarf keiner Voraussetzungen, da der Physiotherapeut derjenige ist, der das Laufen als erstes überprüft und anhand dieses Checks entscheidet in wie weit eine weitere Mobilisation, Therapie möglich und erforderlich ist.

Welche Hilfsmittel beim Laufen zum Einsatz kommen, entspricht immer einer Einzelfallentscheidung durch den Therapeuten.

Diese Richtlinie soll eine Entscheidungshilfe für die behandelnden Therapeuten sein und dauerhaft sicherstellen, dass eine einheitliche Mobilisation innerhalb des Physiotherapeutenteams stattfindet.

Die Einzelfallentscheidung eines Therapeuten, der sich für oder auch gegen eine Mobilisation aus bestimmten Gründen entscheidet, ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

Multifunktionsrollstuhl (MFR)

Kurzbeschreibung MFR:

- Rollstuhl mit max. Unterstützungsfläche, Rückenlehnenverstellung, Sitzkantelung, Seitenpiloten, Therapietisch, Kopfstütze

Voraussetzungen für die Mobilisation in den MFR:

- Der Pat sitzt 3x 20 min mit stabilen Vitalwerten an der Bettkante

Test zur Überprüfung

- Mobilisation an die Bettkante mit Blutdruck-Messung

Kontraindikationen für eine Mobilisation in den MFR:

- Medizinisch begründete Ausnahmen (Zugänge, Dekubiti)
- Wenn der Kopf sich nicht annähernd physiologisch lagern lässt.

Entscheidende Berufsgruppe für die Mobilisation in den MFR

- Ärzte, in Absprache mit Ärzten Physio und Ergotherapeuten
- Ärzte lt. Anordnungsbogen Intensivkurve

Vorschlag der Mobilisation in den MFR

- Physiotherapie, Ergotherapie

Aktivrollstuhl (ARS)

Kurzbeschreibung/ Ziel für ARS:

- Rollstuhl mit Therapietisch, feststehender Rückenlehne, keine Kopfstütze, keine Seitenpiloten, Sitzpolster in verschiedenen Varianten
- Ziel: Förderung der Rumpfaktivität, selbständige Fortbewegung durch Trippeln und dadurch aktive Teilnahme am Umgebungsgeschehen/sozialen Bereich, Förderung der Selbständigkeit im ADL-Bereich

Voraussetzungen für die Mobilisation in den ARS:

1. 30 Minuten aktive Kopfkontrolle im MFR
2. Freier Sitz für 2 Mal je 5 Minuten mit Pause

Test zur Überprüfung

1. 30 Minuten aktive Kopfkontrolle im stabilen Sitz
2. Sitz im MFR: Tisch davor, Rückenlehne weg, beide Arme vorne auf dem Tisch abgelegt, aktive Kopfkontrolle, Füße auf den Boden gestellt (2Mal 5Min./Therapieeinheit)

Kontraindikationen für eine Mobilisation in den ARS:

- Selbstgefährdung
- Kontrakturen

Komplikationen, die eine Mobilisation in den ARS erschweren:

- Kontrakturen (Hüfte)
- Adduktorensasmus

entscheidende Berufsgruppe für die Mobilisation in den ARS

- Physiotherapie

Gehen mit Pflege ohne/mit Hilfsmittel

Kurzbeschreibung / Hilfestellung durch die Pflege:

Die Entscheidung ob und wann Patienten mit der Pflege gehen entscheidet der zuständige Physiotherapeut. Ebenso die Hilfsmittel, wenn erforderlich.

Gehen mit der Pflege soll dem Patient ermöglichen das Gehen wieder in den Alltag zu integrieren, z.B. kurze Strecken im Zimmer, zur Toilette, zum Stuhl oder auf Stationsebene zum Motomed, oder in die Frühstücksecke.

Durch die Begleitung der Pflege bekommt der Patient die Möglichkeit mehrmals am Tag zu Gehen, es dient dem Eigenschutz und somit auch der Reduktion der Sturzgefahr sowie der Verbesserung der Orientierung.

Voraussetzungen für die Mobilisation:

- der Patient muss selbständig Schritte machen können
- er benötigt keine Hebehilfe
- Orthesen, Bsp.: Dreipunktschienen oder Peroneausschiene sind erlaubt

Test zur Überprüfung

1. Gehen mit der Pflege mit Hilfsmitteln
Selbständiges Gehen im Gehbaren hin und zurück mit der Drehung am Ende, ohne Pause. Ausgangsstellung für den Start und das Ende des Tests ist der Stand. Die Hemiparesehand darf vom Therapeut geführt werden.
2. Gehen mit der Pflege ohne Hilfsmittel
Selbständiges Gehen ein Mal um den Gehbaren herum, der Gehbaren darf nicht berührt werden.
Start und Ende ist der Stand.

Kontraindikationen für eine Mobilisation:

- der Patient benötigt Hebehilfe oder Fazilitation durch einen Therapeuten

Entscheidende Berufsgruppe für die Mobilisation

- Physiotherapie

Gehen mit Angehörigen mit Hilfsmitteln

Kurzbeschreibung Hilfestellung durch Angehörige:

- Die Entscheidung, ob Angehörige mit einem Patienten laufen dürfen beruht meist auf einer Einzelfallentscheidung des Therapeuten. Es ist sehr schwierig im Rahmen dieser Richtlinie verschiedene Arten von Angehörigen zu beschreiben. In wie weit Angehörige aufmerksam beim Laufen mit Patienten sind muss deshalb individuell beurteilt werden und wie sicher der Patient beim Laufen ist. Eine Kombination dieser beiden Beurteilungen führt dann zu einer Entscheidung.

Voraussetzungen für die Mobilisation:

- Das Laufen mit Pflege ist freigegeben.
- Einweisung der Angehörigen durch die Therapie und/oder
- Pat. beherrscht Vorwärts/Seitwärts/Rückwärts/Schutzschritte in der Therapie

Test zur Überprüfung

- Patient ist in der Lage 2 Ganglängen (60m) mit nur einer kurzen Unterbrechung (Stehpause) in einer angemessenen Zeit (< 3 Min) zu laufen.
- Selbständiges Gehen ein Mal um den Gehbaren herum, der Gehbaren darf nicht berührt werden. Start und Ende ist der Stand.

Kontraindikationen für eine Mobilisation:

- Krampfgefahr, fehlende Kraftausdauer, Keimkolonisation (MRSA etc.)

Entscheidende Berufsgruppe für die Mobilisation

- Physiotherapie

Gehen auf Stationsebene:

Kurzbeschreibung:

- Laufen auf Stationsebene beinhaltet das Laufen des Patienten zum hinteren Treppenhaus sowie zur Frühstücksgruppe.

Voraussetzungen für die Mobilisation:

- Der Patient ist soweit orientiert, dass er den Weg in sein Zimmer findet. Außerdem besteht kein Fluchtgefahr bzw. ein Verständnis für eventuelle Gefährdungen.

Test zur Überprüfung

- Timed up and Go Test. Der Test wird unter 10 sek. durchgeführt.
- Patient ist in der Lage 2 Ganglängen (60m) mit nur einer kurzen Unterbrechung (Stehpause) in einer angemessenen Zeit (< 3 Min) zu laufen.

Kontraindikationen für eine Mobilisation:

- Krampfgefahr, Fluchtgefahr, fehlende Kraftausdauer, Keimkolonisation

Entscheidende Berufsgruppe für die Mobilisation

- Physiotherapie

Hilfsmittleinsatz

Folgende Hilfsmittel können im Rahmen der Mobilisation eingesetzt werden:

- Rollator
- Unterarmgehwagen
- Stöcke verschiedener Art
- Orthesen (Peroneausschiene, Dreipunktschienen etc.)

7.12. Trachealkanüle

Häufig werden Patienten mit einer geblockten Trachealkanüle (Luftröhrenkanüle) in die neurologische Frührehabilitation verlegt. Diese hat ihre Notwendigkeit in der häufig erforderlichen

Langzeitbeatmung, die einen orotrachealen Tubus nicht praktikabel erscheinen lässt, da zur Tubustoleranz meist eine stärkere Analgosedierung notwendig ist und eine Schlucktherapie nicht möglich ist.

Eine maschinelle Beatmung erfordert ein geschlossenes System, ohne dass Luft entweicht, so dass ein Tubus oder eine geblockte Trachealkanüle erforderlich sind.

Auch wenn die Entwöhnung vom Beatmungsgerät erfolgreich abgeschlossen ist, ist zur Sicherung der Atemwege vor einer Aspiration und damit der Gefahr einer Lungenentzündung meist noch längere Zeit eine geblockte Trachealkanüle erforderlich, da bei den meisten Patienten auch eine relevante Schluckstörung (neurogene Dysphagie, s. u.) vorliegt.

Erst durch intensive Therapie des faziioralen Traktes bessert sich in vielen Fällen die Schluckfunktion, sodass dann nach entsprechender Kontrolle (s. u. Dysphagie) des Schluckaktes auf eine ungeblockte Trachealkanüle (Biesalski-Kanüle) gewechselt werden kann. Diese bietet den Vorteil, dass der physiologische Atemweg zumindest partiell wieder möglich ist, physikalisch-technisch die Phonation möglich ist, zudem sich die Verbesserung der Sensibilität des Oropharynx wiederum positiv auf die Schluckfunktion auswirkt und auch das Riechen und Schmecken wieder möglich ist.

Meist wird die ungeblockte Trachealkanüle noch belassen, solange der Kostaufbau erfolgt, um bei einer versehentlichen Aspiration einen Zugang zur Luftröhre zum Absaugen des Aspirates zu haben. Auch bei Patienten mit deutlich eingeschränkten Hustenreflexen oder massivem tracheobronchialen Sekretanfall kann es zur Verbesserungen der tracheobronchialen Hygiene sinnvoll sein, eine Möglichkeit zum endotrachealen Absaugen zu haben.

Im weiteren Verlauf kann bei ausreichend sicherer Schluckfunktion dann die Dekanülierung erfolgen. Voraussetzung hierfür ist, dass mittels Tracheoskopie eine morphologische, fixierte Trachealverengung (Stenose) als Komplikation der Tracheotomie oder eine funktionelle Stenose durch Instabilität von Weichteilen ausgeschlossen ist, da ansonsten nach Entfernung der Trachealkanüle Atemnot und schlimmstenfalls Ersticken drohen könnte.

Abhängig von der Art der durchgeführten Tracheotomie ist bei dilatativen Tracheotomien ein Spontanverschluss des Tracheostomas binnen Stunden bis Tagen zu erwarten, bei chirurgisch/plastisch angelegten Tracheotomien hingegen ist oft der operative Verschluss des Tracheostomas notwendig. Hierzu muss eine Verlegung in eine HNO-Klinik erfolgen.

Generell ist bezüglich des Trachealkanülenmanagements vom Wechsel auf eine ungeblockte Kanüle bis zur Dekanülierung immer wieder eine Abwägung von potentiell Nutzen und potentiell Risiko für den Patienten erforderlich. Hierbei sind die sonstigen Begleiterkrankungen und Schädigungsmuster beziehungsweise wiedererlangten Fähigkeiten zu berücksichtigen:

So wird man bei einem potentiell verbal kommunikationsfähigem Patienten alles daran setzen, ihn mindestens auf eine Sprechkanüle zu bringen, um ihm eine bessere Teilhabe (Kommunikation) zu ermöglichen, während bei gleichem videoendoskopischen Schluckbefund und Tracheoskopiebefund unter Umständen bei einem komplett aphasischen Patienten ohne Benefit bezüglich der Kommunikationsfähigkeit eher eine geblockte Trachealkanüle belassen wird, da der Aspirationsschutz bei Unfähigkeit zu verbaler Kommunikation im Vordergrund stehen wird.

7.13. Neurogene Dysphagie

Bei schweren Hirnschädigungen findet sich häufig auch eine Schluckstörung (neurogene Dysphagie). Das Schlucken ist quantitativ und qualitativ häufig insuffizient, sodass sich die Patienten bereits an den eigenen Sekreten verschlucken würden und eine Aspirationsgefahr besteht.

Im Rahmen der Schlucktherapie wird zunächst der klinische Schluckbefund im Verlauf kontrolliert. Dies kann anhand direkter Kriterien (Nachweis gefärbter Testboli unterhalb der Stimmbandebene) oder durch indirekte Kriterien (Husten nach Schlucken, etc.) geschehen. Wenn klinisch der

Schluckakt ausreichend sicher erscheint, wird der Befund mittels einer Videoschluckendoskopie objektiviert.

Ist der Schluckakt auch videoschluckendoskopisch ausreichend sicher, wird in der Regel im nächsten Schritt mit dem Kostaufbau begonnen. Hierbei ist erforderlich, sowohl qualitativ (verschiedene Konsistenzen) als auch quantitativ (ausreichende Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr) Verbesserungen zu erzielen, bevor eine Ernährungssonde entfernt werden kann.

8. Versorgungs- und Entlassmanagement

8.1. Medizinische Versorgung bei besonderen Fragestellungen

Abhängig vom Rehabilitationsverlauf und dem Erreichen der rehabilitativen Ziele erfolgt parallel die Planung der weiteren Versorgung der Patientin/des Patienten.

Hierzu gehört zum einen die Planung erforderlicher [neurochirurgischer Sekundäreingriffe \[7.8\]](#), die überwiegend in unserer Klinik erfolgen können. Spezielle Fragestellungen (Gefäßdarstellung, Kontroll- und Wahleingriffe an den Gefäßen bei bestimmten Formen von Hirnblutungen) die auswärts erfolgen müssen, müssen geplant und terminiert werden.

Für bestimmte Fragestellungen kommen Konsiliarärzte (z. B. Augenarzt, Zahnarzt) ins Haus.

8.2. Weiterführende Rehabilitation

Auch bei entsprechender neurologischer Verbesserung im Rahmen der neurologischen Frührehabilitation ist im Regelfall nach Abschluss der Phase B-Behandlung noch keine Entlassung ins bisherige Umfeld und in den Arbeitsprozess möglich. Entsprechend dem Phasenmodell der Neurorehabilitation in Deutschland ist dann eine Weiterverlegung in nachfolgende Rehabilitationsphasen vorgesehen. Hierzu muss mit Patient, Angehörigen und Kostenträger unter Berücksichtigung evtl. spezifisch zu therapierender Störungen und Schädigungen eine in fachlicher Hinsicht geeignete Klinik gefunden werden, die idealerweise auch den Wünschen des Patienten und der Angehörigen entspricht und vom Kostenträger genehmigt werden muss.

Die Auswahl derselben und das Anmelde-/Beantragungsverfahren erfolgt nach entsprechenden Gesprächen der behandelnden Ärzte und des Sozialdienstes mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen. Unser Sozialdienst betreut und organisiert das Anmelde- und Antragsverfahren.

8.3. Pflegeversorgung

Entsprechend dem Phasenkonzept der Neurorehabilitation in Deutschland ist es bei vielen Patienten jedoch nicht möglich, diese in eine nachfolgende Rehabilitationsklinik zu verlegen, da länger dauernde Therapien erforderlich sind und die Eingangskriterien der nachfolgenden Rehabilitationskliniken nicht erreicht werden. In diesem Fall ist eine Pflege-/Fachpflegeversorgung zu organisieren und einzuleiten, wenn die Patienten außerklinisch versorgbar sind. Dies kann in einer Pflegeeinrichtung, aber auch im häuslichen Rahmen erfolgen. Dies ist ein wesentlicher Tätigkeitsschwerpunkt des Sozialdienstes, da gemeinsam mit den Angehörigen entsprechende Pflegeeinrichtungen gesucht und die entsprechenden Anträge gestellt werden müssen bzw. im Falle einer häuslichen Versorgung sämtliche Hilfsmittel und Hilfsdienste beantragt und koordiniert werden müssen.

8.3.1 Pflege daheim

Für die häusliche Pflegesituation wird in einer [Hilfsmittelkonferenz \[7.7\]](#) umfassend der Hilfsmittelbedarf ermittelt und Empfehlungen zu den Hilfsmitteln festgelegt und nachfolgend beim Kostenträger beantragt. Auch eine Einarbeitung von Hilfsdiensten, Therapeuten oder Angehörigen in unserer Klinik ist nach Absprache und Organisation durch den Sozialdienst prinzipiell möglich und gern gesehen.

Nach einem Einarbeitungskatalog können sich Angehörige in grundpflegerische Tätigkeiten von der Trachealkanülenversorgung und Verbandswechseln bis hin zu pflegetherapeutischen Maßnahmen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie bei Lagerungen und Transfers von der Pflegetherapie anleiten und einlernen lassen. Durch das Bezugspflegesystem ist ferner sichergestellt, dass während des gesamten Aufenthaltes ein enger Kontakt zwischen den Pflegenden und den Angehörigen vorhanden ist und den Angehörigen die Möglichkeit gegeben wird, bereits frühzeitig mit in die Versorgung der Patienten einbezogen zu werden, wenn der Wunsch hierzu vorhanden ist.

Bereits frühzeitig während des Aufenthaltes eines Patienten ist es daher wichtig, immer wieder Schädigungsmuster, Fortschritte, Komplikationen und Verlaufsdynamik zu bewerten, um mit den Angehörigen zusammen die weiteren Schritte im Rahmen der [Entlassplanung \[7.9\]](#) zu besprechen.

8.3.2 Institutionelle Pflege

Sollte eine Versorgung durch häusliche Pflege nicht möglich sein, ist in vielen Fällen eine institutionelle Pflegeversorgung erforderlich. Hierbei gilt es, eine dem Schweregrad der Behinderung adäquate Einrichtung zu finden, die auch besondere Versorgungsprobleme (z. B. Trachealkanüle) suffizient beherrschen kann. Bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung arbeiten Ärzte und Sozialdienst eng mit den Angehörigen zusammen. Die Federführung obliegt hierbei dem Sozialdienst, der auch beratend und unterstützend bei Fragen der Beantragung und Finanzierung mitwirkt.

8.3.3 Fortführung ambulanter Therapien

Gemäß dem Phasenkonzept zur neurologischen Rehabilitation von Menschen mit Hirnschädigungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) sollen Patienten auch nach der Entlassung aus stationärer Krankenhausbehandlung weiter Therapien erhalten, um im Sinne der Teilhabe weitere Lebensqualität hinzugewinnen zu können und weitere Fortschritte zu machen. Die Beendigung des akut stationären Krankenhausaufenthaltes in der neurologischen Frührehabilitation bedeutet nicht das Ende der rehabilitativen Bemühungen oder gar einen Therapieabbruch. Für nachbehandelnde Therapeuten stehen wir noch während des Aufenthaltes bei uns beratend zur Verfügung, geben jedoch gerne auch Auskunft und Hilfestellung im nachstationären Bereich. Auch eine Einarbeitung von Therapeuten in die spezifischen Besonderheiten des jeweiligen Patienten ist im Rahmen einer Hospitation zur Verbesserung der Überleitung in eine häusliche oder institutionelle Pflegeversorgung nach Absprache möglich.

8.4. Poststationäre Betreuung

Als Klinik, die schwer- und schwerstbetroffene Patienten nach erworbenen Hirnschädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems behandelt, ist uns klar, dass nicht jeder Patient seine Alltags- und Berufsfähigkeit wieder erlangt. Umso wichtiger ist es uns, durch eine gute Planung und Organisation der poststationären Versorgung die Chance auf weitere Fortschritte zu geben. Auch poststationär sind wir, soweit aus der Entfernung möglich, für Patient, Angehörige, Therapeuten und Ärzte gerne als Ansprechpartner da, um bei Problemen und Fragen Hilfestellung zu geben.

8.5. Wiederaufnahme

Eine Wiederaufnahme ist nicht oder nur in sehr seltenen Fällen möglich, z. B. Ernährungssondenwechsel, Statusbestimmung und Evaluation des Rehabilitationspotenzials, Gutachtenerstellung. Aufgrund der Sozialgesetzgebung kann bei Wiederaufnahme aus dem außerklinischen Umfeld eine Aufnahme nur nach vorheriger Beantragung und Genehmigung seitens des Kostenträgers erfolgen.

9. Statistik und Benchmarks

Hinweis: Abweichungen in den absoluten Zahlen ergeben sich zum einen durch unterschiedliche Erfassung von Unter- und Überliegern zum anderen daher, dass Daten aus unterschiedlichen Datenbanken erfasst werden mussten. Zudem wurden Patienten mit Zwischenentlassungen oder Wiederaufnahmen als 1 Fall zusammen geführt.

9.1. Zuweisende Kliniken und Gesamtpatientenzahl

Zuweisende Klinik	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bezirkskrankenhaus Günzburg, Neurochirurgie der Universität Ulm	34	14	22	29	25	28	42	43
Klinikum Ludwigsburg	12	14	18	15	20	21	25	26
Katharinenhospital Stuttgart	14	17	10	7	18	18	21	26
Universitätsklinikum Tübingen	0	0	2	0	2	4	12	6
Universitätsklinikum Ulm	8	0	4	4	5	13	11	15
Universitätsklinikum Mannheim	8	5	11	9	10	12	17	18
Klinikum Kirchheim	0	0	0	0	0	0	7	10
Ostalbkrankenhaus Aalen	6	2	3	2	3	3	5	7
Sonstige	39	38	33	29	38	30	39	55
Summe	121	90	103	95	121	129	179	206

9.2. Aufnahmen im Intensiv- und allgemeinen Frührehabilitationsbereich

Jahr	2009	2010
Aufnahmen gesamt	178	204
Aufnahme auf Intensivstation	167	181
Aufnahme auf allg. Frührehabstation	11	23

9.3. Neurochirurgische Eingriffe im SRH Fachkrankenhaus Neresheim

Jahr	2009	2010
Aufnahmen gesamt	179	206
Neurochirurgische Operationen gesamt	81	67
Kranioplastie	33	26
VP-Shunt	27	25
VA-Shunt	2	0
EVD-Anlage	4	2
Shuntentfernung/-revision	5	5
Wundrevision	5	5
Baclofenpumpe	2	0
Sonstige	3	4

9.4. Trachealkanülenstatus und Trachealkanülenentwöhnung

Jahr	2009	2010
Aufnahmen gesamt (minus Verstorbene)	166	196
Aufnahme mit geblockter Trachealkanüle	127	162
Aufnahme mit ungeblockter Trachealkanüle	2	3
Anteil Trachealkanülen an Aufnahmen gesamt	77,7 %	84,2 %
Entlassungen ohne Trachealkanüle	121	140
Erfolgreiche Dekanülierung	86	109
Erfolgreiche Dekanülierung (%)	77,5 %	66,1 %

9.5. Beatmung und Beatmungsentwöhnung

Jahr	2009	2010
Aufnahmen gesamt	178	206
Aufnahmen beatmet	97	130
Aufnahmen beatmet (%)	54,5 %	63,1 %
Aufnahme unbeatmet	81	76
beatmet verstorben	7	7
unbeatmet verstorben	5	3
Entlassungen gesamt	166	196
Heimbeatmung	3	3
unbeatmet entlassen	163	193
Erfolgreiches Weaning	87	120
Weaningquote (%) (bezogen auf Beatmete gesamt, abzüglich beatmet Verstorbene)	96,6 %	97,6 %