



## Einrichtungskonzept und Darstellung der indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte

Autor: Prof. Dr. J. Rollnik  
Version: 1.1  
Stand: 11.07.2018

---

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Medizinischen Hochschule Hannover



Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit bezeichnen wir Personengruppen in einer neutralen Form (Mitarbeiter, Kollegen), wobei wir immer sowohl weibliche, als auch männliche Personen meinen.

Präambel:

Das Einrichtungskonzept in seiner jeweils gültigen Fassung ist **verbindlich vereinbart** und hat für die Mitarbeiter der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf den Charakter einer Dienstanweisung. Es ist im Intranet wie auch auf der Homepage der Einrichtung publiziert, so dass **Transparenz im Unternehmen wie auch gegenüber Partnern** gewährleistet ist. Im Rahmen der Dokumentenlenkung wird es einmal jährlich in Verantwortung des Ärztlichen Direktors (unter Einbeziehung der Führungskräfte in der Therapiekonferenz und des QM) **überprüft und bei Bedarf aktualisiert und angepasst**. Dabei wird insbesondere auch die **Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand** (Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen) geprüft.

## 1. Einrichtungskonzept

### 1.1 Einleitung und Darstellung des Leistungsspektrums

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist ein modernes neurologisches Fachkrankenhaus, das durch den gemeinnützigen Verein BDH Bundesverband Rehabilitation (alleiniger Gesellschafter) getragen wird.

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und beteiligt sich aktiv an der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Durch die Anbindung an die MHH ist die Einrichtung auch in Forschungsprojekte eingebunden.

Das Institut für neurorehabilitative Forschung (InFo) der BDH-Klinik ist seit dem 01.01.2015 assoziiertes Institut der Medizinischen Hochschule Hannover. Gerne möchten wir mit unserem InFo einen Beitrag zur Evidenzbasierung rehabilitativer Therapien leisten. In diesem Zusammenhang finden in unserem Hause auch wissenschaftliche Studien statt, vor allem in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover, der UKSH in Lübeck und mit der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover. Die Studien folgen selbstverständlich den Grundsätzen guter wissenschaftlicher Praxis. Das InFo ist zu wissenschaftlicher Kooperation jederzeit bereit und beteiligt sich i. R. des Zentrums für Systemische Neurowissenschaften in Hannover an der Ausbildung von Ph. D.-Studenten.

Die Behandlung an der Einrichtung orientiert sich am neurologisch-neurochirurgischen Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Tab. 1. Dieser Systematik folgend verfügt die Einrichtung über einen großen Krankenhausteil (mit 113 Planbetten, BAR-Phasen A und B) und zusätzlich über 140 Rehabilitationsbetten (BAR-Phasen C, D und E). Damit gehört die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf zu den größten neurologischen Fachkliniken Deutschlands.

Die Krankenhausbetten werden schwerpunktmäßig zur neurologischen Frührehabilitation der Phase B (Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, andere schwere Hirnschädigungen, entzündliche Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems) genutzt. Da die Einrichtung über keine operativen Kapazitäten verfügt, muss vor einer Aufnahme die neurochirurgische Akutbehandlung abgeschlossen sein. Durch das Vorhalten einer Notaufnahme, einer zertifizierten Stroke Unit und einer Beatmungsintensivstation können aber auch neurologische Notfälle (Schlaganfall, Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen) jeder Art (Phase A) in der Einrichtung versorgt werden.

Vor allem die Behandlung noch instabiler Patienten aus Akutkrankenhäusern stellt hohe Anforderungen an die BDH-

Klinik. Denn es sind gerade diese schwerkranken Patienten, die von einer möglichst rasch einsetzenden rehabilitativen Therapie profitieren können. Momentan verfügt die Einrichtung auf vier Stationen (1 Intensivstation und 3 Intermediate-Care-Stationen) über insgesamt 62 Überwachungsbetten, die ein modernes Monitoring (Atmung, Kreislauf) ermöglichen. Schwerpunkt der Behandlung auf der Intensivstation ist das Weaning (Beatmungsentwöhnung).

Neben der neurologischen Frührehabilitation liegt ein weiterer, traditionsreicher Schwerpunkt der Einrichtung auf der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Die BDH-Klinik ist eine von ca. 25 akkreditierten Phase II-Einrichtungen und Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (BAG mbR). Dazu werden u. a. mehrere Werkstätten (Metall-, Elektro- und Holzwerkstatt) vorgehalten, in denen eine praxisnahe und berufsbezogene Rehabilitation mit dem Ziel der bestmöglichen Teilhabe angeboten wird. In der Abteilung Neuropädagogik werden berufsspezifische (fach-)mathematische und sprachliche Inhalte bearbeitet und im kaufmännischen Bereich und im EDV-Bereich darüber hinaus Eignungsabklärungen durchgeführt.

Durch das Angebot einer nahtlosen und phasenübergreifenden Rehabilitation (von der Behandlung auf der Intensivstation bis zur beruflichen Teilhabe) pflegt die BDH-Klinik seit Jahrzehnten eine intensive Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. An der Einrichtung wird eine BG-Sonderstation für die Behandlung schwer Schädel-Hirn-Verletzter vorgehalten.

### 1.2 Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf erfüllt die Rahmenvorgaben der Leistungsträger. Hauptbeleger der Einrichtung sind (aufgrund des hohen Anteils von Frührehabilitanden) gesetzliche Krankenkassen (GKV). Daher nimmt die Einrichtung als Maßnahme der externen Qualitätssicherung auch am QS-Reha-Verfahren teil. Bindend für die Rehabilitation durch die GKV ist die Rehabilitationsrichtlinie (<http://www.g-ba.de/downloads/62-492-340/RL-Reha-2009-01-22.pdf>). Wenngleich die Zuweisung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation i. d. R. als Krankenhausdirektverlegung erfolgt und damit keine Steuerung durch die GKV vorgenommen wird, ist die Beachtung der Rehabilitationsrichtlinie auch für die BAR-Phase B wichtig. Während die „Rehabilitationsfähigkeit“ (§ 9) im herkömmlichen Sinne in der Frührehabilitation nur eine untergeordnete Rolle spielt und auch die „Rehabilitationsprognose“ (§ 10) gemäß Vorgaben der BAR („Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten/Rehabilitanden mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den

Phasen B und C“) oft erst durch die Frührehabilitation geklärt werden muss (Ermittlung des Rehabilitationspotenzials ist eine Hauptaufgabe in der Phase B!), ist das Vorliegen der „Rehabilitationsbedürftigkeit“ (§ 8) für alle durch die GKV finanzierten Rehabilitationsmaßnahmen bindend. In der Phase B muss gemäß § 39 SGB V Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestehen, wobei zur Beurteilung derselben durch den Medizinischen Dienst (MDK) die G-AEP-Kriterien herangezogen werden. Der Nachweis, dass die besonderen Mittel des Krankenhauses vorgehalten werden müssen, ist in der Frührehabilitation der Phase B bei Vorliegen von Kriterien des Frühreha-Indexes (Tab. 2) grundsätzlich gegeben.

Die Abrechnung und Überprüfung der Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B) erfolgt im DRG-System durch den OPS 8-552 (Tab. 3). Die BDH-Klinik erfüllt die im OPS 8-552 hinterlegten strukturellen und qualitativen Anforderungen, so dass kontinuierliche Überprüfungen durch den MDK bisher keine relevanten Abweichungen aufgezeigt haben. Es versteht sich von selbst, dass Leistungs- und Dokumentationsmängel in diesem Bereich auch empfindliche finanzielle Einbußen zur Folge hätten. Um diese zu vermeiden und eine hohe Behandlungsqualität aufrecht zu erhalten, erfolgt einrichtungsseitig ein enges medizinisches Controlling der erbrachten rehabilitativen Leistungen.

In den Phasen C und D zu Lasten der GKV erfolgt eine Aufnahme aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§ 40 SGB V) nur dann, wenn eine Kostenübernahmeerklärung durch die GKV vorliegt. Hierzu muss die verlegende Einrichtung, der niedergelassene Vertragsarzt oder der Rehabilitand selbst einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt haben, für den die Vorgaben der Rehabilitationsrichtlinie (s. o.) verbindlich sind. Das ServiceCenter der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf unterstützt bei diesen Formalien gern Rehabilitanden oder Zuweiser.

Mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen vertragliche Bindungen, so dass sowohl AHB- (Phase D) als auch medizinisch-berufliche Rehabilitationsleistungen (Phase E bzw. Phase II) zu deren Lasten erbracht werden. In diesen Vertragswerken sind verbindliche Rahmenvorgaben gemacht, die von der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf erfüllt werden. Des Weiteren ist die Einrichtung anerkannte Klinik der „Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung“ (BGSW-Klinik). Die hier bestehenden Rahmenvorgaben entsprechen in der Frührehabilitation denen der GKV. In den nachfolgenden Rehabilitationsphasen erfüllt die Einrichtung die Anforderungen des „Projektes Norddeutschland“ (DGUV) mit einer besonderen Ausrichtung auf die berufliche Teilhabe. Die BDH-Klinik ist in dem genannten Projekt Modelleinrichtung.

### 1.3 Organisation der Einrichtung und Qualitätsmanagement

Alleiniger Gesellschafter der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist der BDH Bundesverband Rehabilitation (Sitz: Bonn). Dieser bestellt einen Geschäftsführer, der die gGmbH nach innen und außen vertritt. Die Klinikleitung wird gleichberechtigt aus Ärztlichem Direktor und Verwaltungsdirektor (in Personalunion mit dem Geschäftsführer) gebildet. Das Organigramm der Einrichtung ist in Abb. 1 dargestellt. Der Ärztliche Direktor ist Angestellter des BDH und nicht der Klinik-gGmbH, so dass ihm gegenüber nur der Träger weisungsbefugt ist.

Die Einrichtung erfüllt die Erfordernisse des § 20 SGB IX (für die Rehabilitation) sowie auch des § 135a SGB V (für den Krankenhausbereich): Das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung ist nach KTQ für den Bereich Rehabilitation zertifiziert, für den Akutbereich (Phase A) besteht eine Zertifizierung der Stroke Unit durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG). Das Organigramm des Qualitätsmanagements (QM) ist in Abb. 2 wiedergegeben. Die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) der Einrichtung bekleidet eine Stabsstelle der Klinikleitung (s. Abb. 1), so dass eine enge Verzahnung von QM und Leitung gewährleistet ist. Die QMB ist **schriftlich benannt, qualifiziert** (QM-Ausbildungen beim ZQ der Ärztekammer Niedersachsen) und für ihre Aufgaben **frei gestellt**. In regelmäßigen Sitzungen der Erweiterten Klinikleitung bzw. in wöchentlichen Besprechungen zwischen der Klinikleitung und der QMB ist gewährleistet, dass die **Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene liegt. Die Strukturen und Prozesse der Einrichtung sind im QM-Handbuch der Einrichtung hinterlegt und im Intranet für Mitarbeiter abrufbar, so dass an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung der festgelegten Prozesse verzichtet wird.** In der Außendarstellung sind sowohl der gesetzliche Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V ([www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de](http://www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de)) wie auch der KTQ-Qualitätsbericht ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)) publiziert.

### 2. Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist eine neurologische Fachklinik, so dass (in der Lesart der DRV) nur die Indikationsgruppe „Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven“ an der Einrichtung vertreten ist. Die indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte sind im Folgenden auf die einzelnen therapeutischen Abteilungen der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf herunter gebrochen.

## 2.1 Grundlagen der indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte an der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

### 2.1.1 Interdisziplinarität der Rehabilitation

Auf den Stationen sind interdisziplinäre Rehabilitationsteams etabliert, die von dem Stationsarzt geleitet werden. Im Rahmen der zentralen Therapieplanung wird eine feste Zuordnung der Therapeuten zu den Rehabilitanden (und damit zum Rehabilitationsteam einer Station) gewährleistet. Mitglieder des Teams sind neben dem Arzt: Pflegedienstmitarbeiter, Therapeuten, Sozialdienstmitarbeiter und Seelsorger. Die Struktur und Arbeitsweise der interdisziplinären Teams ist in Verfahrensanweisungen (VA) im QM-System der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf hinterlegt. Im QM-System ist auch die interdisziplinäre Kommunikation geregelt. Es finden regelmäßig protokollierte Teambesprechungen statt, die sich in Frequenz und Inhalt an den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (s. 1.2) orientieren (z. B. „wöchentliche Teambesprechung“ gemäß OPS 8-552 in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation).

### 2.1.2 ICF- und Teilhabebasierung sowie Festlegung der Rehabilitationsziele

Schon im Leitbild der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist die Teilhabeorientierung verbindlich festgelegt. Diesem Grundsatz fühlt sich in besonderer Weise auch der Träger der Einrichtung (BDH Bundesverband Rehabilitation) als Behinderten- und Sozialverband verpflichtet. Abb. 3 zeigt die Grundstruktur des bio-psycho-sozialen Modells der ICF, an dem sich die Rehabilitation an der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf verbindlich ausrichtet.

Bei der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt sowie der Erstbefundung durch Pflegedienst und Therapeuten werden Aktivitäts- und Teilhabestörungen ICF-konform dokumentiert und in ihrem Ausprägungsgrad (0 = „Problem nicht vorhanden“ bis 4 = „Problem voll ausgeprägt“) mit definierten Assessments quantifiziert. Bereits bei der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt werden person- und umweltbezogene Kontextfaktoren erfasst und teilhabeorientierte Rehabilitationsziele mit dem Rehabilitanden abgestimmt. Die erarbeiteten und festgelegten Rehabilitationsziele werden dem Rehabilitanden in schriftlicher Form ausgehändigt, außerdem sind sie elektronisch hinterlegt, so dass alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten nicht nur durch die Teambesprechungen, sondern auch durch diese Dokumentation einen vergleichbaren Kenntnisstand haben. In den regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Teambesprechungen und Visiten erfolgt ein Austausch über den Stand der Zielerreichung, falls erforderlich werden Therapieziele modifiziert. Über den Stand der Zielerreichung sowie etwaige Therapiezielmodifikationen wird der Rehabilitand zeitnah

informiert. Gegen Ende der Behandlung wird die Therapiezielerreichung erneut quantitativ (Ergebnisqualität) gemäß der ICF-Operationalisierungskriterien beurteilt und das Ergebnis sowohl mit dem Rehabilitanden besprochen als auch im Entlassungsbrief dokumentiert.

### 2.1.3 Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand

Mindestens einmal pro Jahr in der Therapiekonferenz treten die therapeutischen Abteilungsleiter, der Therapieleiter und der Ärztliche Direktor zusammen, um die Vereinbarkeit des an der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf angewandten Therapiekonzeptes mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand zu prüfen. Im Vorfeld des Treffens werden die jeweils aktuellen Leitlinien der DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, [www.dgn.org](http://www.dgn.org)) und der DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation, [www.dgnr.de](http://www.dgnr.de)) an die Mitglieder des Ausschusses verteilt. Neue therapeutische Ansätze werden kritisch diskutiert und bei Bedarf in das Behandlungskonzept integriert. Über das Ergebnis der Sitzung wird ein Protokoll angefertigt, in dem verbindliche Absprachen dokumentiert sind. Bei unterjährigem dringendem Änderungsbedarf liegt die Verantwortung beim Ärztlichen Direktor, notwendige Modifikationen in der Einrichtung anzustoßen. Für die medizinische Behandlungsqualität (Ärztlicher Dienst) sind die unterschiedlichen Leitlinien der Fachgesellschaften, hinterlegt unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org), bindend. Die Oberärzte tragen mit ihrer Facharztqualifikation nicht nur für eine adäquate Supervision Sorge, sondern sie informieren auch über Veränderungen fachspezifischer Leitlinien. Die übergeordnete Verantwortung für die Einhaltung von Standards trägt der Ärztliche Direktor, Forum für die Diskussion neuer Leitlinien ist die regelmäßig stattfindende Oberarzt-Konferenz. Die Leitlinien der DGN, der DGNR wie auch der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sind als Hyperlink im Intranet hinterlegt, so dass jederzeit ein Zugriff durch die Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen kann. Abweichungen von Leitlinien bzw. vereinbarten Standards sind stets schriftlich in der Rehabilitandenakte zu begründen.

## 2.2 Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte (abteilungsbezogen)

Für die abteilungsbezogene Darstellung der Rehabilitationskonzepte gelten die unter 2.1 beschriebenen Grundlagen, d. h. insbesondere die ICF- und Teilhabeorientierung.



### 2.2.1 Grund-, Behandlungs- und aktivierende Pflege in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

Nach erworbener Hirnschädigung durch Hirnblutungen, Entzündungen, neurochirurgische Eingriffe, aber auch nach Schädel-Hirn-Verletzungen haben die meisten Betroffenen durch eine nahtlose Behandlungskette mit intensiven pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Leistungen eine sehr gute Chance, wieder erfolgreich sozial, schulisch oder beruflich eingegliedert zu werden.

Ziel dieser sogenannten Frührehabilitation ist unter anderem die Stabilisierung und Reaktivierung der gestörten Basisfunktionen, vor allem von Bewusstseinslage, Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit, der intellektuellen, kognitiven, motorischen und behavioralen Fähigkeiten sowie des vegetativen Status. Hierbei spielt unser sehr gut ausgebildetes, hoch motiviertes Pflegepersonal eine wesentliche Rolle.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes bringen ihre spezifische Kompetenz ein, um Teilhabeziele der Patienten und Rehabilitanden gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen der BDH-Klinik zu erreichen. Pflegeplanung und pflegerische Maßnahmen orientieren sich dabei stets an den Grundsätzen der sogenannten therapeutisch-aktivierenden Rehabilitationspflege und verfolgen das Ziel, den Patienten/Rehabilitanden im Hinblick auf Vigilanz, Kommunikation, bewusste Wahrnehmung und absichtsvolle Handlungen zu stimulieren, seine eigenen Aktivitäten zu erkennen, zu unterstützen und konsequent auszubauen sowie gleichzeitig ungerichtete bzw. unspezifische Unruhe zu mindern. Dabei wird jeder Patient/Rehabilitand, abhängig von seinen jeweiligen Ressourcen und Fähigkeiten, in alle Verrichtungen aktiv mit einbezogen.

Das Pflegepersonal arbeitet in Pflegegruppen in einer Zimmer- bzw. Bereichspflege, wodurch eine hohe Kontinuität bei der Versorgung gewährleistet werden kann, da jede Pflegekraft die ihr zugeteilten Patienten/Rehabilitanden ganzheitlich und bedürfnisorientiert versorgen kann und jeder Patient/Rehabilitand eine feste Bezugsperson innerhalb einer Schicht hat.

Die Aufgaben auf unserer speziellen Einheit für neurologische Frührehabilitation gliedern sich in drei Gruppen:

- Intensivmedizinische Betreuung
- Pflegerisch-medizinische Grund- und Behandlungspflege
- Pflegerisch-aktivierende Tätigkeit

Die eigentlichen intensivmedizinischen Maßnahmen erstrecken sich unter anderem auf folgende Tätigkeiten:

- Beobachtung und Behandlung von Vitalfunktionen, Bewusstseinslage, vegetativem Status und Hirnstammfunktionen
- Überwachen der Ein- und Ausfuhrbilanz
- Erkennen bzw. Verhindern von Sekundärkomplikationen
- Beatmungsentwöhnung (Weaning)

- Trachealkanülen- und Sekretmanagement
- Umstellen von invasiver auf nicht-invasive Beatmung

Dem pflegerisch-medizinischen Bereich sind zuzuordnen:

- Verabreichen von Medikamenten und Infusionen
- Sicherstellung der enteralen/parenteralen Ernährung
- Versorgung von Zu- und Ableitungen (z. B. Venenverweilkatheter, Blasenverweilkatheter)
- Überwachung von Ausscheidung
- Atemtraining

Der pflegerisch-rehabilitativen Therapie entsprechen: Stimulation und Aktivierung zur Besserung von Wahrnehmungs-, Reaktions- und Handlungsfähigkeit, Anbahnung der Willkürmotorik, Übungen zur Lebenspraxis, Orientierung und Sprache, Mobilisierung, seelische Zuwendung, Steuerung von Affektivität und Verhalten, ganzheitliche Krankenpflege unter Berücksichtigung aller Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), spezielle Lagerung z. B. nach Bobath, Kontakt und Einbeziehung der Angehörigen in die tägliche Pflege.

Im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht die Teilhabe des Rehabilitanden, entsprechend müssen alle Aspekte seiner Person (person- und umweltbezogene Kontextfaktoren) beachtet werden.

In patientenorientierter Ganzheitspflege wird versucht, mit dem Patienten/Rehabilitanden auf der Basis seiner Möglichkeiten selbstverantwortliches Handeln und weitestgehende Unabhängigkeit für ihn zu erreichen und/oder Pflege zu übernehmen, wo er selbst zum Handeln noch nicht fähig ist.

Bei Ausschöpfen aller beschriebenen Möglichkeiten kann ein hoher Prozentsatz der Patienten/Rehabilitanden wieder selbstständig am Leben teilnehmen und erfolgreich in Schule oder Beruf eingegliedert werden (soziale und berufliche Teilhabe).

Zur Gewährleistung einer hohen Pflegequalität werden neben regelmäßigen, auch berufsgruppenübergreifenden, Teambesprechungen kontinuierlich Fort- und Weiterbildungen unter anderem in den Bereichen Anästhesie- und Intensivpflege, Stroke Unit, Intermediate Care, neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, Basale Stimulation®, Kinaesthetics® oder Bobath® sowohl hausintern als auch extern in Kooperation mit umliegenden Kliniken angeboten. Darüber hinaus setzen die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Anforderungen der Nationalen Expertenstandards in ihrer täglichen Arbeit um.

#### Atmungstherapie

Aufgaben sind:

- Diagnostische Maßnahmen wie z. B. Auskultation, Blutgasanalysen, Sichtung von Röntgen-Thorax-Aufnahmen, Spirometrie, Polygraphie
- Patientenberatung und -schulung (Medikamentenanwen-

dung, Aerosoltherapie, Langzeitsauerstofftherapie, Raucherentwöhnung, Heimbeatmung (invasiv, nicht-invasiv))

- Atemwegsmanagement
- Atemtraining
- Einleiten nicht-invasiver Beatmung bei akuter und chronischer respiratorischer Insuffizienz, einschließlich Maskenauswahl
- Einstellen und Überwachen von Beatmung (unter ärztlicher Leitung)
- Weaning (Beatmungsentwöhnung)
- Prävention
- Schulung von Pflegepersonal

In der BDH Klinik Hessisch Oldendorf arbeiten ausgebildete Atemtherapeuten. Die Besonderheit der Abteilung Atemtherapie ist die Zusammensetzung der Fachrichtungen: Fachkrankenschwester/innen für Intensiv und Anästhesie und Logopäde/innen arbeiten engmaschig zusammen und profitieren von den jeweiligen Spezialisierungen in einem multidisziplinären Team. Unser Patientenkontingent bedarf einer Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen in einem stabilen Team, da häufig aufgrund verschiedener Beeinträchtigungen das selbstständige Atmen und Schlucken beeinträchtigt ist. Die Abteilung Atemtherapie stellt eine Schnittstelle zwischen Ärzten, Pflege, Sozialdienst, anderen Therapierichtungen und Angehörigen dar.

Die Aufgaben in unserem Haus sind:

- Betreuung aller Stationen im Haus
  - **Intensivstation:** Aufnahme und Befundung, Beatmungsentwöhnung (Weaning), Trachealkanülenmanagement (inkl. Entwöhnen von der Trachealkanüle), Sekretmanagement, Umstellen von invasiver auf nicht-invasive Beatmung, Anpassen von Heimbeatmungsgeräten und Hustenunterstützern, Anpassen von Inhalativa, Atemtraining, Anpassung von Sauerstoffpflichtigkeit, High-Flow Therapie, Training bei Dysphagie, Schulung von Patienten (bspw. bei COPD)
  - **Intermediate Care Stationen:** Befundung, Trachealkanülenmanagement (inkl. Entwöhnen von der Trachealkanüle), Sekretmanagement, Anpassen von Inhalativa, Atemtraining, Anpassung von Sauerstoffpflichtigkeit, High-Flow Therapie, Schulung von Patienten (bspw. bei COPD)
  - **Normalstationen:** Befundung, Trachealkanülenmanagement (inkl. Entwöhnen von der Trachealkanüle), Sekretmanagement, Anpassen von Inhalativa, Atemtraining, Anpassung von Sauerstoffpflichtigkeit, High-Flow Therapie, Schulung von Patienten (bspw. bei COPD)
- Individuell angepasste Behandlungskonzepte
- Schulung von Angehörigen (Aerosoltherapie, Sauerstofflangzeittherapie, Heimbeatmung, Dysphagie)
- Nachsorgeangebot: Wiedereinbestellung von beatmeten

Patienten zur Reevaluation

- Schulungen des Personals im Haus

## 2.2.2 Arbeitstherapie und Berufsförderung

Im Rahmen unseres arbeitstherapeutischen und berufsfördernden Angebotes, das v. a. auf die Erreichung einer bestmöglichen beruflichen Teilhabe abzielt, stehen mehrere Bereiche zur Verfügung:

1. Die Holzwerkstatt
2. Die Metallwerkstatt
3. Systemplanung, Bauzeichnen und CAD
4. Hauswirtschaft - Ernährung - Textil
5. Bautechnik
6. Neuropädagogik: EDV, Kaufmännische Berufe, Büro

### 2.2.2.1 Die Holzwerkstatt

Die Schwerpunkte bzw. Ziele der Arbeitstherapie in der Holzwerkstatt sind:

- Körperliche Belastbarkeit fördern und steigern
- Erlernen von Kompensationsstrategien im praktisch-manuellen Bereich
- Förderung motorischer Fähigkeiten auch unter gezieltem Einsatz beeinträchtigter Extremitäten
- Zeichnungen lesen lernen und diese übertragen (Umgang mit Maßen)
- Trainieren der Arbeitsausdauer
- Fach- und sachgerechten Umgang mit Werkzeug und Material erlernen unter Einbeziehung kreativer Elemente
- Vorstellungsvermögen aufbauen/erweitern

Die Vorgehensweise gestaltet sich wie folgt:

- Im handelnden Umgang Auseinandersetzung mit abstrakten Anweisungen und Darstellungen (z. B. einfache technische Zeichnungen umsetzen)
- Langsame Hinführung zur Herstellung räumlich-konstruktiv anspruchsvollerer Produkte
- Arbeiten mit Massivholz – Holz als therapeutisches Mittel
- Herstellen von einfachen Spielen und einfachen Gebrauchsgegenständen zur Förderung der Motivation
- Durchführung von stark strukturiertem und selbstständigem Arbeiten und Planen
- Anleitungsstruktur mit zunehmender Schwierigkeit, vom Übertragen mit Schablonen bis hin zu einfach strukturierten schriftlichen Anleitungen, ggf. unter Zuhilfenahme von Modellen/schrittweiser Anleitung

Besonderheiten:

- Abhängig vom Arbeitsschritt wird ein Arbeitsplatz zugeordnet (viel Bewegung im Raum).
- Es fallen Arbeiten sowohl im Sitzen als auch im Stehen an.

- Einsatz von Maschinen (Säulenbohrmaschine, Langlochbohrmaschine, Bandsäge, Oberfräse, Bandschleifer, Drehelbank, Tischkreissäge, Stichsäge, Handbohrmaschine, Schwingschleifer). Durch den Einsatz der Maschinen unter intensiver Betreuung kann Angst im Umgang damit abgebaut werden.

Die Arbeitstherapie und die beruflich orientierte Belastungserprobung stehen am Anfang der Trainingsphase in der Holzwerkstatt und bieten stufenweise steigende Anforderungen in Bezug auf die manuelle/handwerkliche Leistungsfähigkeit. Es erfolgen Aufbau und Förderung allgemeiner Grundvoraussetzungen für berufliche Tätigkeiten. Mit adäquaten Mitteln und gezielter Anleitung wird der Übergang von den Anforderungen der Ergotherapie zu denen der Berufsförderung geschaffen. Der fach- und sachgerechte Umgang mit Werkzeugen und Materialien wird angebahnt und die zeitliche Belastbarkeit gesteigert. Das Arbeitstraining kann Vorstufe für den berufsbezogenen Bereich sein.

Im Bereich der Berufsförderung stehen die beruflichen Fragestellungen im Vordergrund (Eignungsabklärung, Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme und med.-berufl. Training). Die Übungen bzw. Übungsbereiche sind unabhängig voneinander und in sich abgeschlossen. Es erfolgt die Feststellung und Förderung des theoretischen und praktischen Kenntnisstandes bzw. Leistungsvermögens im Hinblick auf das angestrebte Ausbildungs- bzw. Berufsziel. Es werden fachtheoretische Lehrinhalte auf der Basis der jeweiligen Ausbildungsrahmenpläne aus dem Berufsfeld Holztechnik behandelt. Durch exemplarische Übungen unter Einsatz verschiedener Arbeits- und Hilfsmittel werden bereits vorhandene Kenntnisse überprüft, aufbereitet und stabilisiert sowie neuer Lehrstoff vermittelt.

#### 2.2.2.2 Die Metallwerkstatt

Im Bereich der Metallwerkstatt wird eine Vielzahl von Berufen mit untergeordneten Fachbereichen berücksichtigt. Diese reichen vom Maschinenbau mit hochpräzisen Anforderungen bis hin zum Metallbau mit groben Toleranzbereichen. Damit tragen wir der Wirtschaft Rechnung, da die metallverarbeitende Industrie der größte Arbeitgeber in Deutschland ist.

Die Metallwerkstatt deckt inhaltlich auch den Fachbereich Elektrotechnik für gewerbliche Berufe ab. Die wichtigsten Grundlagen und Kenntnisse werden durch einfache Versuche, anschauliche Skizzen und einsichtige Beispiele vermittelt.

Die Metallwerkstatt der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf verfügt über insgesamt fünf Arbeitsplätze, von denen einer für Elektrotechnik und einige rollstuhlgerecht ausgelegt sind.

Vorgehensweise:

Die Schaffung von Grundlagen steht am Anfang. Dabei erfolgen Aufbau und Förderung allgemeiner Grundvoraussetzungen mit stufenweise steigenden Anforderungen in Bezug auf die manuelle/handwerkliche wie auch die intellektuelle Leistungsfähigkeit. Mit adäquaten Mitteln und gezielter Anleitung durch den Therapeuten soll auch die körperliche Belastbarkeit gesteigert werden. Der fach- und sachgerechte Umgang mit Werkzeugen und Materialien unter Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften wird angebahnt. Die Arbeitstherapie kann Vorstufe für das Training in den berufsbezogenen Bereichen sein.

Durch Herstellung von Gebrauchsgegenständen mit klar nachvollziehbaren Lernschritten kann das Selbstwertgefühl gesteigert werden (Handlungsorientiertheit). Die Arbeit in Kleingruppen kann positive Effekte wie Solidarität und Hilfsbereitschaft erzielen.

Die Zuordnung des Patienten/Rehabilitanden zu einem bestimmten Bereich des Arbeitstrainings erfolgt in Abhängigkeit von individuellen Zielsetzungen und Leistungsvermögen, von Vorkenntnissen und Vorlieben des Rehabilitanden sowie von bestehenden Gruppenkonstellationen.

Anforderungen:

Rehabilitationsmaßnahmen im arbeitstherapeutischen Bereich „Metallwerkstatt“ sind insbesondere auf folgende Patienten-/Rehabilitandengruppen ausgerichtet:

- Patienten/Rehabilitanden, die einen technischen Beruf erlernten und in einem solchen tätig waren. Ziel: Wiedereingliederung in den spezifischen metalltechnischen Arbeitsbereich
- Patienten/Rehabilitanden, die sich in der Ausbildung zu einem technischen Beruf befanden. Ziel: Erfolgreiche Fortsetzung der Ausbildung
- Patienten/Rehabilitanden mit abgeschlossener Berufsausbildung, bei denen eine Umschulung vorgesehen ist. Ziel: Die Bereitschaft, eine Umschulung erfolgreich zu absolvieren, zu fördern und zu unterstützen
- Patienten/Rehabilitanden mit und ohne abgeschlossene Berufsausbildung, bei denen eine Belastungserprobung im Vordergrund steht. Ziel: Gezieltes und systematisches Training, um eine Steigerung der Belastungsfähigkeit zu bewirken
- Patienten/Rehabilitanden mit offenkundigem Interesse für den technischen Bereich. Ziel: Förderung vorhandener Anlagen und Interessen, Erweitern des technischen Wissens, Erarbeiten von Grundlagen zum Förderlehrgang bzw. zur Berufsbildung

Abdecken mehrerer Lernziele:

- Erstellen eines Arbeitsablaufplanes



- Zusammenstellen der einzelnen Positionen und Werkstoffe anhand der technischen Zeichnung
- Werkzeugwahl
- Koordination der manuellen und maschinellen Fertigungsschritte
- Einsatz an Werkzeugmaschinen
- Einhaltung vorgegebener Maßtoleranzen (Präzision, Sauberkeit)
- Zusammenbau der Einzelteile
- Inbetriebnahme, Kontrolle und Fehlersuche
- Arbeitstempo
- Selbstständigkeit

Innerhalb der verschiedenen Übungen werden folgende Grundfertigkeiten vermittelt:

- Messen, Anreißen, Körnen
- Biegen, Kanten, Falzen
- Treiben, Schweißen, Nieten
- Weichlöten, Hartlöten
- Gasschmelzschweißen, Elektroschweißen, Schutzgasschweißen, Brennen
- Scheren, Feilen, Sägen, Meißeln, Schaben
- Bohren, Reiben, Senken, Gewindeschneiden
- Grundlagen Frästechnik
- Grundlagen Drehtechnik
- Passen, Schrauben, Montieren, Prüfen

Arbeitserprobung im Elektro-Bereich/gewerblich-technische Berufe

Die Arbeitserprobung hat zum Ziel, Zweifelsfragen in Bezug auf die konkreten Ausbildungs- und Arbeitsplatzanforderungen zu klären.

- Schaltungen werden gezeichnet, gesteckt und geprüft.
- Elementare Kenntnisse werden praktisch erprobt und möglichst praxisnah bis zur Funktionskontrolle durchgeführt.
- Die feinmotorische Geschicklichkeit des Patienten/Rehabilitanden wird mit dem Anfertigen von Elektroschaltungen sowie Bestücken von Platinen überprüft und trainiert.

Zur Verarbeitung kommen folgende Materialien:

- Stahl
- Edelstahl
- Kupfer
- Messing
- Aluminium
- Kunststoff

Besonderheiten:

- Individuelle Betreuung und Anpassung der Arbeiten für den Einzelnen
- Zusammenarbeit mit anderen Bereichen, insbesondere dem Technischen Zeichnen

### 2.2.2.3 Systemplanung, Bauzeichnen und CAD

Im Fachbereich Systemplanung, Bauzeichnen und CAD der Arbeitstherapie werden fachtheoretische Lehrinhalte auf der Basis der jeweiligen Ausbildungsrahmenpläne aus unterschiedlichen Berufsfeldern (primär Metalltechnik) fächerübergreifend behandelt. Durch exemplarische Übungen unter Einsatz verschiedener Arbeits- und Hilfsmittel werden bereits vorhandene Kenntnisse überprüft, aufbereitet und stabilisiert sowie neuer Lehrstoff vermittelt. Die Übungen bzw. Übungsbereiche sind unabhängig voneinander und in sich abgeschlossen. Ferner nimmt die Arbeit am PC einen hohen Stellenwert im Gesamtkonzept dieses Fachbereichs ein: Zum Einsatz kommen verschiedene fachspezifische, aber auch Anwender- und Grafikprogramme. Niveauabsenkungen wie auch -steigerungen sind jederzeit gewährleistet; die Therapiegestaltung ist individuell.

Zielgruppen:

- Patienten/Rehabilitanden, die einen gewerblichen oder technischen Beruf erlernten und in einem solchen tätig waren
- Patienten/Rehabilitanden, die sich in der Ausbildung zu einem gewerblichen oder technischen Beruf befinden
- Patienten/Rehabilitanden mit abgeschlossener Berufsausbildung, bei denen eine Umschulung vorgesehen ist
- Patienten/Rehabilitanden mit und ohne abgeschlossene Berufsausbildung
- Patienten/Rehabilitanden mit offenkundigem Interesse für den technisch-konstruktiven Bereich

Therapiegestaltung:

Jeder Patient/Rehabilitand besitzt eine eigene Arbeitsmappe, daraus resultiert:

- Für jeden Patienten/Rehabilitanden liegt eine laufend auf den neuesten Stand gebrachte Aufgabenmappe bereit.
- Auf jeden Patienten/Rehabilitanden werden die Themenbereiche je nach Wissen, Motivation/Interesse, Leistungsverhalten individuell zugeschnitten.
- Ferner wird gewährleistet, dass das theoretische Unterrichtsmaterial laufend überarbeitet wird, alle Themenbereiche werden, wenn nötig, auf den konkreten Einzelfall zugeschnitten und durchlaufen eine didaktische und methodische Reduktion.
- Eine Therapieverlaufsplanung wird für jeden Rehabilitanden individuell erstellt und fließend aktualisiert.
- Vorhandene Hard- und Software unterliegt regelmäßiger Kontrolle und Überarbeitung.

Fachtheoretische Lehrinhalte (Auszug):

Technische Zeichnungen in einer und mehreren Ansichten

- Perspektivische Darstellungen
- Längenumrechnung; Flächen- und Körperberechnung
- Technische Mechanik (Statik; Dynamik)
- Mess- und Prüftechnik

- Werkzeug- und Maschinentechnik
- Körper und Raum
- Grundfarben und gemischte Farbtöne

Berufsfelder:

- Metalltechnik (Grund- und Fachstufe)
- Holztechnik (Grundlagen)
- Bautechnik (Grundlagen)
- Elektrotechnik (Grundlagen)

Fächerübergreifend:

- Technische Kommunikation
- Technische Mathematik
- Technologie

Arbeits- und Hilfsmittel (Auszug)

- Blei- und Buntstifte
- Konstruktionstisch
- Computereinsatz
- Drucker, Plotter

Fachspezifische Programme:

Die Aufgabenstellungen beziehen sich primär auf folgende fachspezifische bzw. anwenderorientierte Programme:

- CAD Architektur (ArCon)
- CAD Maschinenbau (AutoCad LT, Solid Works 3D)
- CNC Drehen und Fräsen (Keller), CNC Fräsen (Heidenhain iTNC 530)

CNC-System Keller – Schulungssoftware:

A Handhabung des Systems/Grundlagen

- Speicherung und Verknüpfung von elektronischen Schaltsignalen
- Wegmesssystem
- Anwendungsfälle
- CNC-Modell-Fräsmaschine
- Starten und Ausschalten
- Übersicht über die Betriebsarten
- Betriebsarten:
  - Editor
  - Datei
  - Grafik/Parameter (Grafiksimulator)

B Bedienungsabläufe

- NC-Programm:
  - Erstellen, Sichern und Ausführen
  - Korrigieren, Löschen und Ausgeben
  - Erweitern
  - Auf Diskette verwalten und in den Rechner übertragen

C Programmieranweisungen

- G00, G01, G02, G03 (Interpolation)
- G90, G40, G91 (Bemaßungsvorgabe, Bahnkorrektur)
- G41, G42

- G85, G86, G87, G88, G89 (Zyklen)
- T, S, M (Werkzeugdefinition)
- Übungsaufgaben/Lösungen

#### 2.2.2.4 Hauswirtschaft - Ernährung - Textil

Im Berufsfeld Hauswirtschaft - Ernährung - Textil bieten wir ein spezielles Training zur beruflichen Vorbereitung an. Wir arbeiten in kleinen, überschaubaren Gruppen, so dass eine individuelle Anleitung und Förderung gewährleistet werden kann.

Zielgruppen: individuelle berufsbezogene Förderung von Patienten/Rehabilitanden aus dem

- Lebensmittelbereich – Bäcker, Koch, Fleischer usw.
- textilen Verarbeitungsbereich – Schneider, Dekorateur usw.
- Rehabilitanden mit besonderem berufsbezogenem Interesse auf diesen Gebieten

Ziele:

Wiedererwerb bzw. Verbesserung von

- körperlicher Belastbarkeit
- allgemeiner Leistungsfähigkeit
- Grundlagen für diese Berufe

Lerninhalte:

- Fachtheorie der verschiedenen Bereiche erarbeiten, aufarbeiten und wiederholen
- Fachpraxis (z. B. Arbeitstechniken, rationelles Arbeiten, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsplanung usw.)

Nach zielgerichteter Überprüfung der Leistungen des Patienten/Rehabilitanden in unserem Bereich erfolgt eine Eignungsklä rung.

#### 2.2.2.5 Bautechnik

(A) Zimmererarbeiten

- Wand-, Decken- sowie Dachkonstruktionen

(B) Dachdeckerarbeiten

- Dacheindeckungen, Abdichtungsarbeiten und Schieferarbeiten

(C) Malerarbeiten

- Wandbekleidungen, Tapezierarbeiten
- kreative Gestaltungstechniken
- WDVS Wärmedämmverbundsysteme

Ziel ist es, in diesen drei neuen Arbeitsfeldern den Patienten/Rehabilitanden wieder realistisch an praxisnahe Berufsfelder heranzuführen.

Es werden die wichtigsten Grundlagen und Kenntnisse der genannten Bereiche vermittelt. Unter Bezug der jeweiligen Fachliteratur ist ein Niveau bis zum Facharbeiter möglich.

### 2.2.2.6 Neuropädagogik

Im Rahmen des beruflfördernden Angebots werden fachmatische Aufgaben aus den verschiedensten beruflichen Bereichen angeboten. Darüber hinaus werden im kaufmännischen Bereich und im EDV-Bereich auch Eignungsabklärungen durchgeführt:

#### Eignungsanalyse im Berufsfeld kaufmännische Berufe/ Bürobereich

##### Allgemeine Grundlagen

Mathematik:

- Grundrechenarten
- Maße und Gewichte
- Bruchrechnen
- Dreisatz
- Prozentrechnung
- Zinsrechnung

Deutsch:

- Rechtschreibung/Grammatik
- Wortschatz
- Sprachverständnis
- Formulierung
- Sprachstil

Deutsch- und Fachbereich Büro:

- Umgang mit Karteikarten (alphabetisches Ordnen)
- Arbeit mit dem Postleitzahlenbuch
- Angebotsvergleich
- Bestellzettel ausfüllen
- Lebenslauf
- Bewerbung
- Geschäftsbriefe

#### Eignungsanalyse im Berufsfeld EDV

Im Rahmen einer einwöchigen Eignungsüberprüfung im EDV-Bereich werden folgende Themen behandelt:

- grundlegender Umgang mit der Tastatur
- grundlegender Umgang mit der Maus
- Überprüfung des vorhandenen Altwissens im EDV-Bereich (Fachbegriffe, Zuordnungen von Programmname und Programmtyp, ...)
- einfache, speziell für die Therapie geschriebene Datenbankprogramme (Gebrauchtwagenhandel, Personendaten sortieren, auswählen, verändern usw.)
- Datenbankanwendungen wie Lexikon-CD, Telefonauskunft, ...
- Bürosimulationsprogramme

- Textverarbeitung (WORDPAD/einfache Eingabe- und Formatierungsaufgaben)
- Tabellenkalkulation (EXCEL/Anwendung einfacher Formeln, Formatierungsübungen (wie Stundenplan erstellen))
- Zeichenprogramm Paint (Erstellung eines Sitzplanes, einer Anreiseskizze)
- Behandlung einer einfachen Programmierumgebung zur Steuerung eines Roboters
- Betriebssystem Windows - Grundbegriffe
- einfache Recherchen im Internet bei vorgegebener URL (ohne Suchmaschinen)
- Umgang mit dem internen Taschenrechner (Währungsumrechnungen etc.)
- Grundlagen der Hardware (Drucker, Scanner, Speichermedien, ...)

Bei Patienten/Rehabilitanden, die schon über Vorwissen im EDV-Bereich verfügen, sollten noch die folgenden Themen aufgegriffen werden:

- Textverarbeitung mit WORD
- DTP-Aufgaben (MS-PUBLISHER)
- Bildbearbeitung (PAINT SHOP PRO)
- Präsentationen (POWERPOINT)
- Internet-Recherchen (GOOGLE)
- Erstellung von Internet-Seiten (HTML, JAVASCRIPT)
- Programmiersprachen (QUICK-BASIC, TURBO-PASCAL, VISUAL BASIC, DELPHI)

### 2.2.3 Ergotherapie

Ergotherapie wird vom griech. Wort ergon abgeleitet und bedeutet Arbeit, Tätigkeit, Handlung. Es ist eine ganzheitliche medizinisch-therapeutische Behandlung, die auf die Förderung von Aktivitäten und Teilhabe abzielt. In Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst werden v. a. die Aktivitäten des täglichen Lebens gefördert. Zudem erfolgt eine enge Verzahnung mit der Physiotherapie.

Die Abteilung setzt sich aus drei Bereichen zusammen, in denen Mitarbeiterinnen verschiedener Berufsgruppen arbeiten:

1. Ergotherapie
2. Kognitive Frührehabilitation
3. Therapieküche

#### 2.2.3.1 Ergotherapie

Die Basale Stimulation beinhaltet die grundlegende Förderung aller Sinne durch elementare Wahrnehmungsangebote, z. B. auf der

- Lagerung
- somatischen Wahrnehmungsebene (Fühlen, Spüren, Tasten)

- olfaktorischen Wahrnehmungsebene (Riechen)
- auditiven Wahrnehmungsebene (Hören)
- visuellen Wahrnehmungsebene (Sehen)

Ziel ist es, die Eigenwahrnehmung und die Wahrnehmung der Umwelt zu fördern sowie den Aufbau einer Kommunikationsebene zu erreichen.

Das sensomotorisch-perzeptive Training umfasst:

- Verbesserung der Rumpfkraft und des Sitzgleichgewichts
- Tonusregulation und Bewegungsanbahnung im Bereich der oberen Extremitäten
- Erarbeitung von Greiffunktionen und Verbesserung der Feinmotorik
- Förderung der Koordination der Bewegungsabläufe
- Stimulation der Oberflächen- und Tiefensensibilität
- Anbahnung und Erweiterung von Aktivitäten der Gesichtsmuskulatur (bei Fazialisparese)

Die vorhandenen motorischen Funktionen werden bei alltagsrelevanten oder handwerklichen Tätigkeiten praktisch eingesetzt und weiter gefördert.

Das Training kognitiver Stützfunktionen beinhaltet:

- Erarbeitung der Orientierung
- zur eigenen Person
- zur Zeit
- zum Ort
- zur Situation
- Verbesserung der Konzentration und Merkfähigkeit
- Förderung der visuellen Wahrnehmung sowie der räumlich-konstruktiven Leistungen
- Entwicklung von sinnvollen Handlungsfolgen (z. B. bei Apraxie)

Das neuro-ophthalmologische Training erfolgt bei folgenden Beeinträchtigungen:

- Hemianopsie
- Fusionsstörungen
- Doppelbildern
- Oculomotoriusparesen
- einseitigem Ausfall der Sehkraft

Das Training der Aktivitäten des täglichen Lebens umfasst z. B.:

- Körperpflege und Mundhygiene
- An- und Auskleiden
- Vorbereitung und Verzehr von Mahlzeiten (Esstraining)
- Schreiben

Das Training des betroffenen Arms:

Seit Mai 2008 wird unser Therapieangebot zusätzlich durch

das modifizierte repetitive Bewegungstraining nach Taub ergänzt.

In Zusammenarbeit mit der Physiotherapie haben wir ein Konzept entwickelt mit dem Ziel, den Teufelskreis des gelernten Nichtgebrauches des betroffenen Arms zu unterbrechen.

Durch diese intensive Therapieform wird der Arm mit seinen Restfunktionen soweit trainiert, dass der Patient/Rehabilitand ihn wieder funktionell im Alltag benutzen kann.

Armlabor (Thyromotion):

Das Armlabor liefert ein Angebot an robotik- und computergestützten Therapiegeräten, für die oberen Extremitäten, in allen Phasen der Rehabilitation.

Durch den Einsatz modernster Technologien wie Robotik, Sensorik, virtueller Realität und Gamification werden Patienten intensiver und motivierender durch den Rehabilitationsprozess begleitet.

Diese fünf Geräte stehen zur Verfügung:

- Amadeo: robotikgestützte Finger-Hand-Therapie
- Pablo: computer- und sensorgestützte Arm-Hand-Therapie
- Tymo: Rumpfkontrolle, Balance-Training
- Myro: Neglecttraining, graphomotorisches Training, Wahrnehmungstraining
- Diego: robotikgestützte Armtherapie

Weitere Inhalte sind:

- Gruppenangebote (Feinmotorikgruppe, Handwerksgruppe)
- ein zusätzliches Eigentaining (mit verschiedenen funktionellen Medien in den Räumen der Abteilung)
- die Weitergabe von Hausübungsprogrammen
- Möglichkeiten eines weiteren Trainings der vorhandenen Funktionen im Alltag
- die Anleitung und Beratung von Angehörigen

### 2.2.3.2 Ergotherapie – Kognitive Frührehabilitation

Wir bahnen durch Basale Stimulation eine Kommunikationsebene an. Im weiteren Verlauf trainieren wir sprachliche und rechnerische Grundlagen sowie die visuelle Wahrnehmung. Außerdem bieten wir lebenspraktische Inhalte an und fördern das Sozialverhalten mit dem Ziel einer schulischen, beruflichen oder sozialen Wiedereingliederung des Patienten/Rehabilitanden.

Die Kleingruppentherapie erfolgt individuell durch qualifizierte Pädagogen in entsprechend ausgestatteten Räumen. Bei Bedarf werden die Patienten/Rehabilitanden auch auf den Stationen in ihren jeweiligen Zimmern behandelt.

Das Therapieangebot gliedert sich in folgende Schwerpunkte:

Basale Stimulation:

Präsentieren von eindeutigen und dem Patienten/Rehabilitanden vertrauten Wahrnehmungsangeboten, um ihm in der

momentanen Situation eine Orientierung über den eigenen Körper und seine vorhandenen Möglichkeiten zu geben.

Dies geschieht durch:

- gezielte Berührungen
- akustische Eindrücke von Klangelementen und vorwiegend klassischer Musik
- optische Eindrücke durch Bilder, Licht und Farben
- Geschmacks-/Geruchseindrücke
- Die vorhandenen Funktionen (Bewegung, Gestik, Mimik, Atmung, Vitalfunktionen) werden genutzt, um eine Kommunikationsebene anzubahnen und zu nutzen und Aktivitäten des täglichen Lebens zu ermöglichen.

Förderung der visuellen und räumlich-konstruktiven Wahrnehmung:

Farb-, Form-, Größen- und Bilderfassung mit methodisch abgestimmten Übungsmaterialien sowie auf Arbeitsblättern.

Training der kognitiven Stützfunktionen:

Übungen zur Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Belastbarkeit, der Konzentration sowie der Gedächtnisleistungen auf angemessenem Niveau.

Training im rechnerischen und sprachlichen Bereich:

Training der rechnerischen Fähigkeiten und Fertigkeiten auf alltagsbezogenem Niveau. Vorbereitung der schulischen und beruflichen Wiedereingliederung durch Sicherung der mathematischen Grundlagen.

- Förderung des auditiven Sprachverständnisses sowie des Lesesinverständnisses, des Sprechens und des Schreibens
- gegebenenfalls Erarbeitung der Blindenschrift
- zusätzliche Förderung von Patienten/Rehabilitanden in speziell eingerichteten Gesprächsgruppen

Vermittlung lebenspraktischer Inhalte:

- Umgang mit der Uhr, dem Kalender, dem Euro sowie Nachschlagewerken (Lexika, Postleitzahlen- und Telefonbücher u. ä.)

Förderung des Sozialverhaltens:

- Hilfe beim Umgang mit den vorhandenen Leistungsdefiziten
- Akzeptanz, Rücksicht und Toleranz gegenüber anderen Gruppenmitgliedern
- Steigerung des Selbstbewusstseins durch Vermittlung von Erfolgserlebnissen

Wir versuchen auf vielfachen Wegen, die motorischen Einschränkungen unserer Patienten/Rehabilitanden durch spezielle Computertastaturen und -programme zu kompensieren.

In der Abteilung Kognitive Frührehabilitation sichern wir die Grundlagen für eine erfolgreiche schulische, berufliche und

soziale Wiedereingliederung der Patienten/Rehabilitanden oder eine weiterführende Rehabilitation in den Abteilungen Neuropädagogik und Klinische Neuropsychologie unserer Einrichtung.

### 2.2.3.3 Therapieküche

In einer gesonderten Abteilung bietet die Ergotherapie ein hauswirtschaftliches Training an.

In unseren zwei modern eingerichteten Küchen sowie einem textilen Bereich wird in kleinen überschaubaren Gruppen gearbeitet, so dass eine individuelle Förderung gewährleistet ist. In dieser Abteilung werden die Patienten/Rehabilitanden von hauswirtschaftlichen Betriebsleiterinnen bzw. Meisterinnen der ländlichen Hauswirtschaft betreut.

Zielgruppen

- Patienten/Rehabilitanden, die durch das Küchen- und Haushaltstraining die größtmögliche Selbstständigkeit für eine Wiedereingliederung in der Eigenversorgung oder eine Mithilfe bei der Eigenversorgung erlangen sollen.
- Eine individuelle berufsbezogene Förderung von Patienten/Rehabilitanden aus dem
- Lebensmittelbereich (Bäcker, Köche, Fleischer usw.)
- Textilien Verarbeitungsbereich (Schneider, Dekorateur usw.)
- Gartenbereich (Landschaftsgärtner usw.)
- Patienten/Rehabilitanden mit einem besonderen berufsbezogenen Interesse auf diesen Gebieten

Therapiebereiche

Den Patienten/Rehabilitanden wird die Möglichkeit gegeben, gewohnte Arbeitsmaterialien sowie bekannte Rezepte und Lebensmittel einzusetzen. Bei körperlichen Einschränkungen werden Anregungen und Hilfestellungen gegeben. Gegebenenfalls werden Hilfsmittel vermittelt, damit die Patienten/Rehabilitanden so selbstständig wie möglich arbeiten und dieses zur Selbstversorgung nutzen können.

Die Therapie lässt sich in 5 Bereiche mit vielfältigen Inhalten unterteilen, wobei die Nahrungszubereitung einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

(1) Praxisbezogene Nahrungszubereitung

- Erlernen von lebenspraktischen Handlungen
- Überprüfen oder Erlernen bzw. Erweitern von Grundlagen aus der Nahrungszubereitung mit mündlicher und schriftlicher Hilfestellung
- Individuelles Arbeiten nach Rezepten und Anleitungen auf unterschiedlichem Niveau
- Praktischer Umgang mit Arbeits- und Elektrogeräten
- Vermitteln von verschiedenen Arbeitstechniken und Grundlagen der Arbeitsplatzgestaltung



## (2) Wäschepflege

- Bügel- und Mangeltechniken
- Schrankfertig machen von Oberbekleidung und Wäsche

## (3) Textile Fertigung

- Anfertigen von Textilien sowie kreativer Handarbeiten (Grundlagen der Sticktechniken, Anwenden von Zählmustern usw.)
- Umgang mit der Nähmaschine

## (4) Haushaltspflege

- Reinigung und Pflege der verschiedenen Oberflächen im Haushalt, z. B. Staubwischen, Fegen, Wischen usw.

## (5) Garten

Unser Gartengelände ist ausgestattet mit einem Therapiegarten und bietet verschiedene Trainingsmöglichkeiten für unsere Patienten/Rehabilitanden:

- Neben unterfahrbaren Tischen und Hochbeeten kann z. B. auch der „Plattengarten“ vom Rollstuhl aus bearbeitet werden.
- Zudem besteht die Möglichkeit, verschiedenste Gartenarbeiten auszuprobieren und zu trainieren (Beet- und Pflanzenpflege, Umtopfen von Topfpflanzen usw.)

### 2.2.3.4 Lehrküche

Jeden Mittwoch um 11:30 Uhr – 13:30 Uhr wird von einer Diätassistentin eine Lehrküchenveranstaltung zu einem von drei unterschiedlichen Themen angeboten. Diese umfassen die fettarme Zubereitung von 1. Fleisch, 2. Fisch und 3. vegetarischen Gerichten kombiniert mit passenden Vorspeisen, Beilagen und Nachtisch.

Ziel:

Cholesterollarm, vitamin-, mineralstoff- und ballaststoffreich zu kochen, frisch und trotzdem schnell, preiswert und zuhause gut umsetzbar.

Die Rehabilitanden sollen neue Impulse sowie effektive Tipps und Tricks für Auswahl und Zubereitung erhalten.

Rehabilitanden, die sich im späteren Alltag selbst versorgen müssen, haben die Möglichkeit, verschiedene küchenbezogene Hilfsmittel auszuprobieren. Das Schälen, Schneiden und Rühren fördert gleichzeitig die Feinmotorik.

Ab drei bis sechs Teilnehmern wird in der Lehrküche eine saisonabhängige Menüfolge frisch zubereitet und in netter, ruhiger Atmosphäre gemeinsam gegessen.

Aufgabe der Diätassistentin:

- Rezepte auswählen und vervielfältigen
- Lebensmittel und Zutaten bereitstellen
- ernährungsphysiologische Information vermitteln

- die Rehabilitanden darin anleiten, nach Rezept zu kochen
- gesunde Ernährung laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) näher bringen
- Ernährungshinweise bei einem Schlaganfall/Herzinfarkt vermitteln

### 2.2.4 Klinische Neuropsychologie

Die Neuropsychologie beschäftigt sich mit den zentralnervösen Grundlagen menschlichen Verhaltens und Empfindens.

Leitlinie unseres Handelns ist die Hilfe zur Selbsthilfe, damit unsere Patienten/Rehabilitanden im beruflichen und familiären Alltag eine größtmögliche Teilhabe erlangen können.

Aufbauend auf einer genauen neuropsychologischen Diagnostik der verschiedenen kognitiven Funktionen werden gemeinsam mit Patienten/Rehabilitanden und Angehörigen individuelle Therapieziele erarbeitet. Durch die gezielte, wissenschaftlich fundierte Funktionstherapie werden die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe behandelt, Kompensationsstrategien erarbeitet und im Alltag erprobt.

Psychische Dysfunktionen sind in ihren Auswirkungen auf den Heilungsverlauf nicht zu unterschätzen. Diese treten teils direkt, teils als Reaktionen auf das Erleben und Bewusstwerden der Folgen der Hirnschädigung auf. Wir bieten Patienten/Rehabilitanden und auch Angehörigen in diesem Zusammenhang psychologische Betreuung und Beratungsgespräche an.

#### Aufgabenbereiche und Therapieangebote

- Neuropsychologische Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren
  - z. B. kognitive Funktionen, berufsbezogene Funktionen, Fahreignung
- Neuropsychologische Begutachtung
  - stationär und ambulant
- Neuropsychologische Therapieangebote auf Basis effektiver, wissenschaftlich evaluierter neuropsychologischer Therapieprogramme
- Entsprechend den zu Trainingsbeginn diagnostizierten Beeinträchtigungen wird eine Restitution bzw. Kompensation der Funktionen in den betreffenden Modalitäten angestrebt.
- Aufmerksamkeitstraining
- Gedächtnistherapie in Form von gedächtnisbezogener Strategievermittlung
- Training von Planungs- und Problemlösekompetenzen (Exekutive Funktionen)
- Psychologische Begleitung und Beratung von Patienten/Rehabilitanden und Angehörigen – insbesondere bei der Verarbeitung und Bewältigung der Krankheitssituation (der zugrunde liegenden Erkrankung sowie der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit)
- Psychologische Einzelberatung

- Psychologisch geleitete Gruppe zur Krankheitsverarbeitung (offene Gruppe)
- Angehörigenarbeit

### **Unsere Therapieräume**

Für Diagnostik und Gespräche steht jedem unserer Mitarbeiter ein eigener Arbeitsraum zur Verfügung. Die Gruppentrainings und -therapien finden überwiegend in unserem Gruppenraum statt.

### **Neuropsychologische Diagnostik und Begutachtung**

Die neuropsychologische Diagnostik dient der Erfassung und Beschreibung folgender psychischer Funktionsbereiche der Patienten/Rehabilitanden:

- Intellektuelle Leistungsfähigkeit
- Steuerungs- und Kontrollfunktionen (Problemlösefunktionen)
- Mnestiche Funktionen (Prozesse der Gedächtnisbildung)
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfunktionen
- Funktion der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit

Diese Erfassung erfolgt immer sowohl vor dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte des Patienten/Rehabilitanden als auch vor dem Hintergrund von Persönlichkeitsmerkmalen sowie der aktuellen psychischen Befindlichkeit (umwelt- und personbezogene Faktoren).

Die Diagnostik erfolgt in Einzelsitzungen. Dabei richtet sich die zeitliche Dauer nach der Belastbarkeit des einzelnen Patienten/Rehabilitanden und der Fragestellung der neuropsychologischen Untersuchung, wie z. B.:

- Erfassung des aktuellen psychischen Leistungsvermögens
- Verlaufs- und Abschlussdiagnostik
- Leistungsdiagnostik als Entscheidungshilfe in Fragen der beruflichen Teilhabe
- Beurteilung der neuropsychologischen Teilaspekte der Fahreignung
- Ambulante Nachuntersuchungen
- Neuropsychologische Begutachtung

### **Aufmerksamkeitstraining**

Zielgruppe und Therapieziel:

Werden in der neuropsychologischen Diagnostik Störungen in einzelnen Funktionen der Aufmerksamkeit offenbar, so werden diese mit gezielt auf die spezifischen Funktionsbereiche zugeschnittenen Trainingsprogrammen und Übungen therapiert.

Trainingsbereiche:

- Reaktionsschnelligkeit und Fähigkeit zu deren kurzfristigen Beschleunigung auf einen Warnreiz hin
- Selektiv-visuelle Aufmerksamkeit
- Geteilte Aufmerksamkeit
- Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus
- Visuelle Suchleistung

Entsprechend der zu Trainingsbeginn diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörungen wird eine strukturierte und zielgerichtete Arbeitsweise sowohl zur quantitativen (Tempo, Menge) als auch qualitativen (Genauigkeit, reduzierte Fehlerzahl) Funktionssteigerung in den betreffenden Aufmerksamkeitsbereichen angestrebt.

Die Übungen bestehen aus computergestützten Aufgaben, welche auf wissenschaftlich evaluierten neuropsychologischen Trainingsprogrammen basieren. Die Übungseinheiten finden täglich in integrativen Kleingruppen von 60-minütiger Dauer statt.

### **Gedächtnistherapie in Form von gedächtnisbezogener Strategievermittlung**

Zielgruppe und Therapieziel:

Werden von den Patienten/Rehabilitanden aus dem Alltag Beeinträchtigungen des Gedächtnisses beklagt und in der neuropsychologischen Diagnostik in einzelnen Bereichen offenbar, so werden diese mit gezielt auf diese Funktionsbereiche zugeschnittenen Trainingsprogrammen und Übungen therapiert. Ziel des therapeutischen Vorgehens ist die Unterstützung von Prozessen der Gedächtnisbildung durch die Vermittlung und Einübung interner und externer Kompensationsstrategien. Da das Training interaktiv im Rahmen der Kleingruppe stattfindet, sind ausreichende konzentrierte Belastbarkeit und sprachliche Kommunikationsfähigkeit auf zumindest einfachem Niveau notwendige Teilnahmevoraussetzungen. Patienten/Rehabilitanden mit einer sehr schweren Einschränkung der Neugedächtnisbildung und ausgeprägten Orientierungsstörung profitieren von diesem Therapieangebot nicht.

Trainingsbereiche:

- Prozesse der unmittelbaren Informationsaufnahme, -verarbeitung und Gedächtnisbildung (Kurzzeit- oder Arbeitsgedächtnis)
- Lernfähigkeit und Lerntempo
- Mittel- bis langfristige Behaltensleistungen

Zur Verbesserung der Merk- und Lernleistungen werden den Patienten/Rehabilitanden in der Gruppensituation interne Gedächtnisstrategien wie Visualisierungstechniken, assoziative Verknüpfung sowie Kategorisierung vermittelt und deren Anwendung zunächst gemeinsam und anschließend in Einzelarbeit erprobt.

Die Aufgabenstellungen umfassen sowohl verbales als auch nonverbales Material. Der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben wird dem Leistungsstand der Patienten/Rehabilitanden entsprechend angepasst und schrittweise angehoben. Zusätzlich wird der effektive Umgang mit externen Gedächtnisstrategien, wie z. B. einem Terminplaner, eingeübt.

Die Übungseinheiten finden täglich in integrativen Kleingruppen von 60-minütiger Dauer statt.

## Training von Planungs- und Problemlösekompetenzen (Exekutive Funktionen)

Zielgruppe und Therapieziel:

Das Therapieangebot richtet sich an Patienten/Rehabilitanden mit Störungen der exekutiven Funktionen. Im Vorfeld der Therapie muss differenzialdiagnostisch in Abgrenzung zu anderen Funktionsstörungen abgeklärt werden, ob und welche Bereiche der exekutiven Funktionen betroffen sind, z. B. die Abgrenzung zu Störungen von praktischen Tätigkeiten wie dem Objektgebrauch (Apraxie). Unter exekutiven Funktionen versteht die Neuropsychologie Prozesse der Zielformulierung, der Informationssuche, der Bildung von Teilzielen, -schritten sowie die Beibehaltung eines Handlungsplanes und seine Erfolgskontrolle. Unter Handlungen werden dabei keine routinierten Alltagshandlungen wie beispielsweise das Bedienen einer Kaffeemaschine verstanden, sondern Situationen, in denen bekannte Handlungsschritte in einen neuen Zusammenhang zur Problemlösung gebracht werden müssen (beispielsweise die Orientierung in einem Stadtplan zur Ermittlung eines unbekanntes Weges, Planen eines Arbeitstages, Formulierung und Umsetzung eines Ausfluges oder einer Feier).

Trainingsbereiche:

- Arbeitsgedächtnis und Umstellfähigkeit, Einfallsreichtum und Erkennen von Wesentlichem
- Zielbezogenes Handeln in sozialen Situationen
- Logisches und schlussfolgerndes Denken, komplexes Planen und Problemlösen

Voraussetzung für zielgerichtetes Handeln ist, sich Handlungsziele zu setzen, sie auf ihre Realisierbarkeit zu überprüfen und ggf. Alternativlösungen zu entwickeln. Dazu bearbeiten die Patienten/Rehabilitanden im Training Aufgaben zur Förderung des Ideenreichtums sowie der kognitiven Umstellfähigkeit und Flexibilität. Beim Entwerfen von Handlungsplänen müssen einzelne Handlungsschritte in ihrer zeitlichen Reihenfolge geordnet werden, wobei wichtige Informationen von unwichtigen zu trennen sind, mehrere Informationen gleichzeitig beachtet und im Gedächtnis behalten sowie logische und zeitlich stimmige Kombinationen gebildet werden müssen. Deshalb werden mit den Patienten/Rehabilitanden Aufgaben zur Förderung der Informationsauswahl, des Arbeitsgedächtnisses sowie des logisch-analytischen und komplexen planerischen Denkens bearbeitet. Schließlich müssen Handlungsschritte bzw. komplexe Handlungsabläufe auf ihre Richtigkeit überprüft werden, was ein hohes Maß an Selbstkontrolle erfordert. In der Gruppensituation lernen die Patienten/Rehabilitanden eigene Standpunkte sachlich argumentativ zu vermitteln, die Sichtweisen anderer besser zu verstehen und zu akzeptieren und diese Sichtweisen ggf. in die eigenen Lösungsprozesse einfließen zu lassen. Die Übungen bestehen vorrangig aus schriftlichen und vereinzelt aus computergestützten Aufgaben, die auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen beruhen.

Die Übungseinheiten finden täglich in integrativen Kleingruppen von 60-minütiger Dauer statt.

## Psychologische Einzelberatung und psychologisch geleitetes Gruppenangebot zur Krankheitsverarbeitung

Als Folge einer zugrunde liegenden Erkrankung sowie der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit entstehen bei den Betroffenen oft starke emotionale Belastungen und ein hoher Leidensdruck, welche die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen können. Ein besonderes Anliegen der Abteilung für Klinische Neuropsychologie ist die Unterstützung der Betroffenen bei der Linderung der subjektiv empfundenen Belastung. Dies ist außerdem deshalb wichtig, weil sich erfahrungsgemäß eine hohe wahrgenommene Belastung als Barriere auswirken kann, die die Wirksamkeit der rehabilitativen Maßnahme reduziert. Hilfestellung zur psycho-sozialen Adaptation bieten wir sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting durch stützende Gespräche zur Krankheitsverarbeitung und Krisenintervention einschließlich Informationsvermittlung an. Dabei greifen wir auf verhaltenstherapeutische, gesprächspsychotherapeutische und systemische Methoden der Psychotherapie zurück.

## Angehörigenarbeit

Nicht nur die Patienten/Rehabilitanden, sondern auch deren Angehörige sind durch die Folgen einer zugrunde liegenden Erkrankung sowie der daraus resultierenden Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit belastet.

In besonderen Fällen besteht für Angehörige mit hohem Leidensdruck die Möglichkeit zu einem psychologischen Beratungsgespräch in der Einzelsituation. Dabei kann Hilfestellung zur emotionalen Entlastung und zur supportiven psychotherapeutischen Begleitung am Heimatort gegeben werden. Die Kontaktaufnahme ist über den Kontaktaufnahmebogen möglich.

## 2.2.5 Sprachtherapie

Die Sprachtherapie beschäftigt sich mit folgenden Störungsbildern:

- Aphasien  
*Störungen der Sprachproduktion, des Sprachverständnisses und der Schriftsprache (Lesen und Schreiben)*
- Sprechapraxien  
*Störungen der Sprechplanung*
- Dysarthrien/Dysarthrophonien  
*Störungen der Funktionskreise Atmung, Stimme und Artikulation*
- Dysphagien (oro-pharyngeale, pharyngeale und orale Dysphagien)  
*Störungen der physiologischen Kau- und Schluckfunktionen*
- Sonstige Kommunikationsstörungen

## Therapieziele

Vorrangiges Ziel der Sprachtherapie ist, die oben beschriebenen Aktivitäts- und Teilhabestörungen bestmöglich zu behandeln. Dabei werden personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren berücksichtigt.

### Aphasien

Ziele: Sicherstellung einer verbalen oder auch nonverbalen Kommunikationsfähigkeit, um individuelle Bedürfnisse formulieren/im Kommunikationsbuch (Kommunikationstafel) zeigen zu können.

- Förderung des Sprachverständnisses auf Wort-, Satz- und Textebene
- Förderung der Wortfindung auf Wort-, Satz- und Textebene
- Förderung der Schriftsprache (Lesen und Schreiben)
- Förderung der verbalen Ausdrucksfähigkeit (Semantik, Phonematik, Syntax)

### Sprechapraxien

Ziel: Verbesserung der mündlichen Sprachproduktion

- Anbahnung und Festigung einer gezielten Sprechplanung

### Dysarthrien/Dysarthrophonien

Ziel: Verständliche verbale Kommunikation im Alltag und evtl. Beruf

- Durch die Verbesserung der am Sprechen beteiligten Funktionskreise möchten wir dem Patienten/Rehabilitanden eine mühelosere und verständlichere Sprechweise ermöglichen.

### Dysphagien

Ziel: Ermöglichung der ausreichenden oralen Nahrungsaufnahme

- Förderung der Kau- und Schluckfunktionen durch kausale Therapieverfahren (thermische Stimulation, Stimulation des Schluckreflexes, fazio-orale Übungen etc.), kompensatorische Therapieverfahren (Anpassung der Konsistenz der Nahrung, Schlucktechniken) und Hilfsmittel (Trink- und Esshilfen)

### Ganzheitliche Therapie:

- Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Differenzierte und symptom-spezifische Diagnostik
- Störungsspezifische Behandlung der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen nach aktuellen und auf den Patienten/Rehabilitanden individuell abgestimmten Therapieansätzen
- Berücksichtigung nichtsprachlicher neurologischer Ausfälle (Gesichtsfeldeinschränkungen, Lähmungen, Sehstörungen usw.) und Behandlung im Rahmen einer oben aufgeführten Kommunikationsstörung
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung/Angehörigenberatung und -gespräche

## 2.2.6 Neuropädagogik

In der Abteilung Neuropädagogik arbeiten Pädagogen (Grund- und Hauptschullehrer, Realschullehrer und Gymnasiallehrer unterschiedlicher Fächerkombinationen) mit der Zielsetzung, den Patienten/Rehabilitanden möglichst weit an seinen prä-morbiden intellektuellen Leistungsstand heranzuführen. Darüber hinaus werden im Rahmen der Berufsförderung in den Berufsfeldern „kaufmännische Berufe“ und „EDV“ individuelles Training sowie individuelle Erprobungen durchgeführt (Förderlehrgang, medizinisch-berufliches Training, Eignungsabklärung).

Auf der Basis des aktuellen Leistungsbildes werden die vorläufigen Therapieinhalte individuell für jeden Patienten/Rehabilitanden erstellt und im Rahmen der Therapie fortlaufend dem sich ändernden Leistungsstand angepasst. Die Therapie erfolgt in Gruppen von 4 bis 6 Patienten/Rehabilitanden. Mit Ausnahme des Konzentrations- und Gedächtnistrainings und der Gesprächsgruppe sind diese Gruppen heterogen aufgebaut, d. h. die Patienten/Rehabilitanden arbeiten entsprechend ihrem Leistungsvermögen mit inhaltlich individuell abgestimmtem Material auf unterschiedlichem Niveau. Mit dieser extremen Binnendifferenzierung wird dem individuellen fachlichen und kognitiv-intellektuellen Leistungsstand der einzelnen Patienten/Rehabilitanden Rechnung getragen.

Die bei schädelhirnverletzten Patienten/Rehabilitanden auftretenden Funktionsstörungen – in der Regel eine Kombination diverser Störungen, die im Rahmen unserer Therapie abgebaut werden sollen – betreffen insbesondere die Bereiche:

- Gedächtnis
- Konzentration
- Aufmerksamkeit
- Belastbarkeit
- Orientierung
- Wahrnehmung
- Antrieb
- Verhalten
- logisch-analytisches Denkvermögen
- Lernfähigkeit
- Arbeitstempo
- räumlich-technisches Vorstellungsvermögen
- Flexibilität
- schulisches sowie berufliches Altwissen
- Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit
- Wortfindung und Textverständnis bei Sprachstörungen

Das Hirnleistungstraining beginnt in der Neuropädagogik im Rahmen der nahtlosen Behandlungskette (also bei Übernahme des Patienten/Rehabilitanden aus der Kognitiven Frührehabilitation) in der Regel auf dem Niveau der 4. Klasse. Bei Neuzugängen wird das Einstiegsniveau anhand

der Eingangsdiagnostik ermittelt. Ziel ist es, das Altwissen der Patienten/Rehabilitanden durch schulische und berufliche Inhalte zu reaktivieren, im Hinblick auf eine berufliche Umorientierung ggf. auch zu erweitern. Therapieinhalte bzw. -bereiche sind: Deutsch, Mathematik, Fachrechnen aus dem Berufsschulbereich, kaufmännisches Rechnen, Rechnungswesen, Buchführung und Schriftverkehr, Informatik, alltags- und berufsbezogener Umgang mit dem PC (Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, Datenbank, Grafik-Programme, Programmiersprachen), Internet (Handhabung; E-Mail; Homepageerstellung), Konzentrations- und Gedächtnistraining, Gesprächsgruppe.

Das schulische Material ist in Anlehnung an die Rahmenrichtlinien des Landes Niedersachsen zusammengestellt. Es wird sowohl mit Schulbüchern als auch mit eigens entwickelten Aufgabensammlungen gearbeitet, die auf die unterschiedlichen Störungsbilder der Patienten/Rehabilitanden zugeschnitten sind. Dies trifft besonders zu für speziell in der Klinik entwickelte Computer-Programme und für Materialien zum Konzentrations- und Gedächtnistraining. Um auch körperlich schwerer betroffenen Patienten/Rehabilitanden das Hirnleistungstraining zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu ermöglichen, kommen diverse technische Hilfsmittel (spezielle Tastaturen, Sensoren usw., s. Bilder), insbesondere in Verbindung mit dem PC, zum Einsatz.

Die tägliche Anzahl der Therapiestunden des einzelnen Patienten/Rehabilitanden hängt von dessen aktuellem Leistungsvermögen und seinem Beruf bzw. dem aktuellen Ziel (häusliche oder berufliche Wiedereingliederung, anstehende Umschulung usw.) ab und schwankt zwischen 1 und 5 Stunden täglich, im Rahmen einer Eignungsabklärung auch 6 Stunden. Mit dem Reaktivieren des Altwissens wird das kognitiv-intellektuelle Leistungsvermögen nicht nur in einzelnen Funktionen isoliert trainiert, sondern in zunehmend komplexeren Funktionskombinationen, an deren Ende im günstigen Fall das prämorbid (kognitiv-intellektuelle) Leistungsniveau des Patienten/Rehabilitanden stehen soll.

Der Ansatz der pädagogischen Förderung ermöglicht uns neben der Aufarbeitung der isolierten Defizite gleichzeitig die Sicherung des Transfers in umfangreichere Verhaltensmuster und – was von besonderer Bedeutung ist – letztendlich die soziale und berufliche Teilhabe.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden den Patienten/Rehabilitanden zwei Leistungsbereiche angeboten, **Tabakentwöhnung** und **Gesundheitstraining**:

#### **A Tabakentwöhnung**

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist seit dem Jahr 2006 Mitglied im *Europäischen und Deutschen Netz Rauchfreie Krankenhäuser*. Damit besteht die Verpflichtung, nicht nur

zum Schutz der Nichtraucher für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen, sondern auch die Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen.

Mitarbeiter der Neuropädagogik sind durch die IFT Gesundheitsförderung GmbH geschult, kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Raucher-Entwöhnungskurse durchzuführen.

Im Rahmen der Tabakentwöhnung werden zwei Angebote vorgehalten:

#### **I. Raucherberatung**

(30-minütige Einzelberatung)

#### **II. Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit:**

##### **Tabakentwöhnung**

(3-Wochen-Kurs)

#### **B. Gesundheitstraining**

Einmal pro Woche wird eine standardisierte Schulung nach Schlaganfall für angemeldete Patienten/Rehabilitanden durchgeführt. Der Kurs umfasst 10 Einheiten.

In Deutschland erkranken jährlich 270.000 Personen an einem Schlaganfall. Der Schlaganfall ist damit die häufigste Ursache für Behinderungen in Deutschland.

Da etwa 25 % der Schlaganfälle Wiederholungsereignisse sind und das Rezidivrisiko insbesondere in den ersten zwei Jahren erhöht ist, sollen die aktiven individuellen Einflussmöglichkeiten den Betroffenen bewusst gemacht werden. Dazu wurde ein Curriculum zur Sekundärprophylaxe von Schlaganfällen ausgearbeitet. Diese Maßnahme erstreckt sich über 10 Sitzungen, die einmal wöchentlich 45 Minuten umfassen. Durch Kurzvorträge und Diskussionsbeiträge sollen in der interaktiven Kleingruppe Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden. Ziel ist, sowohl die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung als auch die Entscheidungsfähigkeit der Patienten/Rehabilitanden zu stärken, um ihnen trotz erkrankungsbedingter Beeinträchtigungen die aktive Teilhabe an Beruf und Alltag zu ermöglichen.

#### **Begrüßungsveranstaltung**

An jedem Montag findet um 15:30 Uhr in der Cafeteria unserer Einrichtung in Haus 4 (Haus Schaumburg) im 2. OG eine Begrüßungsveranstaltung für unsere Patienten, Rehabilitanden und deren Angehörige mit wichtigen Informationen zum Aufenthalt und Abläufen in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf statt.

#### **2.2.7 Pädagogische Freizeitbetreuung**

Die Freizeitbetreuung

- findet in der Woche täglich nach Beendigung der Therapien in separaten Räumlichkeiten der BDH-Klinik statt.
- An den Wochenenden werden Ausflüge geplant und durchgeführt.
- Innerhalb der Woche werden spontan Aktivitäten mit Kleingruppen extern unternommen (z. B. Restaurantbesuch).



Die Räumlichkeiten des Freizeittreffs sind unterteilt in:

- Spielraum mit Kicker
- großer Gemeinschaftsraum, auch für Veranstaltungen wie Disco, Kino oder Kleinkunst
- Teeküche, mit Platz am runden Tisch

Unsere Zielsetzung:

- in angenehmer Atmosphäre auf die Bedürfnisse aller Patienten/Rehabilitanden einzugehen
- Kommunikation, Kontaktfähigkeit und Sozialverhalten zu fördern
- in Spielrunden zu Ausgleich und Entspannung beizutragen
- positive Lebensgefühle zu vermitteln
- Motivation, Selbstständigkeit und Selbstwertgefühl zu steigern

## 2.2.8 Physikalische Therapie

*Mit naturgegebenen Mitteln wirksam und schonend heilen*

Die physikalische Therapie versteht sich als ein Teil der Naturheilkunde und bedient sich in der Behandlung überwiegend physikalischer Einflüsse.

Aufgabe der physikalischen Therapie ist das Anstoßen physiologischer Reaktionen durch die Einwirkung von äußeren physikalischen Reizen beispielsweise mit Wasser (Hydrotherapie), Wärme oder Kälte (Thermotherapie), Elektrizität (Elektrotherapie), mit statisch-mechanischen Kräften (Massage) oder mit dynamischen Kräften (Bewegungstherapie).

Diese natürlichen Kräfte nutzt die physikalische Therapie um folgende Ziele zu erreichen: Schmerzen lindern, Durchblutung und Stoffwechsel regulieren, Verspannungen und Verkrampfungen lösen, Beweglichkeit fördern und wiederherstellen, Funktionen von Organen und Organsystemen verbessern sowie physische und psychische Entspannung. Entspannung und Wohlbefinden verbessern die Voraussetzungen für eine optimale Rehabilitation.

Unseren Patienten/Rehabilitanden stehen folgende Behandlungsmethoden zur Verfügung:

**Massagen**

Die vielfältigen therapeutischen Wirkungen der Massage werden zu unterschiedlichen medizinischen Aufgaben genutzt.

- klassische Massage
- Bindegewebsmassage
- Colonmassage
- Fußreflexzonenmassage
- Unterwasserdruckstrahlmassage

**Manuelle Lymphdrainage**

Die manuelle Lymphdrainage ist eine Therapieform, die bei Ödemen (Schwellungen) verschiedener Ursachen eingesetzt

wird. Ziel ist es, den gestörten Lymphabfluss zu verbessern oder wieder herzustellen.

**Hydro- und Thermotherapie**

Als Hydrotherapie bezeichnet man die gezielte Anwendung des Wassers in seinen verschiedenen Temperaturen und Aggregatzuständen (Eis, Wasser, Dampf) zu prophylaktischen und therapeutischen Zwecken.

- Medizinische Bäder mit Zusatz
- Gashaltige Bäder
- Arm- und Fußbäder (ansteigend)
- Arm- und Fußwechselfüßer
- Wassertreten
- Kryotherapie
- Wärmepackungen
- Stangerbad
- Vierzellenbad
- Bewegungsbad

Das Bewegungsbad bietet mit seinen Eigenschaften wie Auftriebskraft, Wärme und Reibungswiderstand optimale Bedingungen, um Ziele wie Kräftigung der Muskulatur, Wiederherstellung und Erhaltung der Beweglichkeit, Steigerung der Kondition oder Schulung von Koordination und Gleichgewicht zu verfolgen.

**Inhalation**

Moderne Inhalationsgeräte ermöglichen eine effektive Therapie zur Vorbeugung, Linderung und Behandlung von Erkrankungen der Atemwege.

Die Befeuchtung der Atemluft unterstützt die physiologischen Funktionen der Atemwege.

Aerosolinhalationen stellen eine schnelle Wirkung mit hoher Konzentration des Medikamentes am Wirkungsort sicher.

**Elektrotherapie**

Die Elektrotherapie ist ein wichtiger Bestandteil der physikalischen Therapie. Die Hauptanwendungsgebiete sind Schmerztherapie, Muskelaufbautraining und die Behandlung schlaffer Lähmungen.

Mit modernen Therapiegeräten steht uns ein breites Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zur Anwendung kommen Nieder-, Mittel- und Hochfrequenzströme, Infrarot-, Licht- sowie Lasertherapie.

**Entspannungsverfahren**

Zur physischen und psychischen Entspannung bieten wir autogenes Training und progressive Muskelrelaxation an.

## 2.2.9 Physiotherapie

Die Physiotherapie ist ein natürliches Heilverfahren. Nach umfassender Befundaufnahme steht die Erarbeitung eines natürlichen und ökonomischen Bewegungsverhaltens im Vordergrund.

Ziel unserer Behandlung ist es, die größtmögliche Selbstständigkeit im Alltag (und damit soziale und berufliche Teilhabe) sowohl durch Wiederherstellung der Mobilität als auch die Verbesserung vermindert alltagsrelevanter Funktionen zu erreichen und gegebenenfalls die Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln zu ermöglichen.

Die Physiotherapie bedient sich moderner neurophysiologischer Konzepte in der motorischen Rehabilitation und verfügt an der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf über eine jahrzehntelange Erfahrung.

30 Therapeuten gehören der Abteilung an.

Neben der Ausbildung haben nahezu alle einen Bobath-Kurs absolviert.

Wichtige physiotherapeutische Basistechniken sind z. B. Physiotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie, Atemtherapie, Wärme- und Kältetherapie.

Die Physiotherapie besteht aus diversen Behandlungstechniken wie Manuelle Therapie, Cyriax, Brügger, Fußreflexzonen-therapie, Rückenschule und Funktionelle Bewegungslehre (FBL) sowie den neurologischen Behandlungstechniken und Konzepten: Bobath-Konzept und PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation).

Die Therapie

Durch die Bewegungstherapie werden die Körperwahrnehmung bzw. das Erspüren der Extremitäten sowie ein zu hoher oder zu niedriger Tonus (Spannung) in der Muskulatur positiv beeinflusst. Durch Fazilitation (Anbahnung) fördert der Therapeut das Zusammenspiel der Muskulatur, um die natürlichen Bewegungsmuster wieder herzustellen.

Der Einsatz der motorisch eingeschränkten Körperseite im Alltag ist ein wichtiger Aspekt des Wiedererlernens, wobei der Patient/Rehabilitand aufgefordert wird, die betroffenen Extremitäten so oft wie möglich einzusetzen. Durch Integration der Bewegungsabläufe in die Aktivitäten des täglichen Lebens innerhalb und außerhalb der Therapie soll eine Automatisierung stattfinden.

Seit Mai 2008 wird unser Therapieangebot zusätzlich durch das modifizierte repetitive Bewegungstraining nach Taub ergänzt.

In Zusammenarbeit mit der Ergotherapie haben wir ein Konzept entwickelt mit dem Ziel, den Teufelskreis des gelernten Nichtgebrauches des betroffenen Arms zu unterbrechen.

Durch diese intensive Therapieform wird der Arm mit seinen Restfunktionen soweit trainiert, dass der Patient/Rehabilitand ihn wieder funktionell im Alltag benutzen kann.

Während des Klinikaufenthaltes stellen wir zunächst alle nötigen Hilfsmittel wie Rollstühle, Rollatoren, Stöcke u. a. zur Verfügung. Ausgenommen ist die Versorgung mit individuell angepassten Hilfsmitteln, z. B. Schuhen und Orthesen; primär können diese durch die Zusammenarbeit mit einem ortsansässigen Orthopädienschuhtechniker gewährleistet werden. So können Änderungen und Anpassungen in Absprache mit dem Therapeuten und dem zuständigen Arzt schnell umgesetzt werden.

Kurz vor der Entlassung werden alle notwendigen Hilfsmittel durch den Arzt verordnet.

Die Kooperation mit verschiedenen Sanitätshäusern ermöglicht es uns, die Versorgung mit eigenen Hilfsmitteln größtenteils noch in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf zu gewährleisten.

Wir bieten als eine der ersten neurologischen Rehabilitationseinrichtungen unseren Patienten/Rehabilitanden die Möglichkeit zum therapeutischen Klettern an.

Die Boulderwand ist mit drei Topropesicherungen zur individuellen Patientensicherung versehen.

Neben Tonusregulation, Kräftigung des Rumpfes, Verbesserung des Gleichgewichtes werden u. a. auch die kognitiven Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Kondition und Bewegungsplanung gefördert.

Es unterstützt aber auch die psychischen Fähigkeiten wie Eigenwahrnehmung, Selbsteinschätzung, Verantwortungsbewusstsein und Vertrauen.

Durch die hohe muskuläre Verknüpfung der Extremitäten an den Rumpf werden die Bewegungen präziser.

## 2.2.10 Sozialdienst

Im Gesamtrahmen der Rehabilitation von Patienten/Rehabilitanden in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf versteht sich der Sozialdienst vor allem als begleitender Dienst, der Patienten, Rehabilitanden und Angehörige während des Aufenthalts in der Einrichtung individuell berät und ihnen zur Seite steht.

Schwerpunktmäßig erstellt der Sozialdienst in Kooperation mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten sowie den Patienten/Rehabilitanden und Angehörigen realistische Konzepte für die berufliche und soziale Teilhabe und sorgt für deren Umsetzung.

Wir unterscheiden dabei zwischen sog. internen und externen Maßnahmen. Hierzu gehören zum einen die Einleitung der im Hause durchgeführten medizinisch-beruflichen Maßnahmen und die Koordination der Berufsvorbereitung. Zum anderen sind wir zuständig für die Organisation (z. B. Vermittlung, Vorbereitung, Absicherung) nachklinischer Maßnahmen zum Zweck der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Diese Maßnahmen orientieren sich an Art und Schwere der Erkrankung der Betroffenen und deren Folgeerscheinungen und müssen entsprechend differenziert und individuell erarbeitet werden.

Bei einer notwendig werdenden Überleitung in eine Pflegeeinrichtung oder Eingliederung in die Familie ist eine intensive Begleitung und persönliche Beratung ein wesentliches Aufgabengebiet des Sozialdienstes. Hierzu gehört der Aufbau eines individuell anzupassenden, fachlich adäquaten nachklinischen Versorgungsmodells (wie: vollstationäre Intensiv-/Komapflege; vollstationäre Pflege; vollstationäre/teilstationäre Eingliederungshilfe; ambulante/mobile Dienste, Hilfeformen, Therapien) unter Beachtung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Die besonderen Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe sind dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, sondern auch schon in vorangehenden Rehabilitationsphasen beruflich orientierte Therapien durchgeführt werden. Die Rehabilitationsphasen sind also nicht getrennt voneinander zu sehen, sie verlaufen zum Teil parallel und überschneiden sich. Nur durch das nahtlose Ineinandergreifen der unterschiedlichen Leistungen wird eine bestmögliche soziale Teilhabe erreicht. Das Aufgabengebiet umfasst die Einleitung und Umsetzung der intern durchgeführten med.-berufl. Maßnahmen (AHB, AGM, Belastungserprobung), die Koordination der Berufsvorbereitung (med.-berufl. Training, Förderlehrgang, Eignungsabklärung und Arbeitserprobung) und die nahtlose Überleitung in externe Nachfolgemeasuresnahmen oder direkt auf den allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt.

## Abbildungen und Tabellen

Tab. 1: BAR-Phasen in der neurologischen Rehabilitation.  
Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf behandelt in den Phasen A bis E.

| Phase                            | Patientenmerkmale  | Kostenträger   | Frühreha-Barthel-Index | Prozedere   | Dauer                    |
|----------------------------------|--|--|------------------------|---|--------------------------|
| <b>A</b>                         | <b>Akutbehandlung</b><br>(z. B. Stroke Unit) im Akuthaus   | Private u. gesetzliche Krankenkasse, BG                                      | --                     | <b>kein Antrag</b>  | nach DRG                 |
| <b>B</b>                         | Schwer betroffener <b>Frühreha-Patient</b> , direkt nach Behandlung im Akuthaus, gilt in der Reha als Krankenhausbehandlung, Patient ist überwachungspflichtig (z. B. komatös) | Private u. gesetzliche Krankenkasse, BG                                      | $\leq 30$              | <b>kein Antrag</b><br>Krankenhausdirektverlegung*           | 4-8 Wochen               |
| <b>C</b>                         | Neurologische Frührehabilitation, kein Krankenhauspatient mehr, Rehabilitand beansprucht aber noch <b>deutlich erhöhten med. u. Pflegeaufwand</b>                              | Gesetzl. Krankenkasse BG (evtl. Rentenversicherung bei pos. Erwerbsprognose) | <b>30 - 75</b>         | <b>Antrag an</b> Krankenk. mind. 3-5 Werktage vor Verlegung | ca. 4 Wochen             |
| <b>D</b><br>=<br><b>AHB</b>      | <b>Anschlussheilbehandlung</b> , weitestgehend <b>selbständiger</b> Rehabilitand, kann Therapien selbständig aufsuchen   | Gesetzl. Krankenkasse (Rentner) Rentenversicherung (Erwerbstätige)           | <b>&gt; 75</b>         | <b>AHB-Antrag</b>   | 3-4 Wochen               |
| <b>E</b><br>=<br><b>Phase II</b> | <b>Med.-berufliche Rehabilitation</b> (Belastungsprobung, Förderlehrgang)  | Rentenversicherung, BA für Arbeit  | --                     | <b>Antrag</b>   | 6 Wochen bis zu 6 Monate |

\* Hinweis: Für Verlegungen zur Frührehabilitation der Phase B muss kein Antrag beim Kostenträger gestellt werden, weil es sich um eine Krankenhausdirektverlegung handelt (Ausnahme: private Krankenversicherung/Antragspflicht).  
Nur für die weiterführenden Rehabilitationsphasen C-E sind rechtzeitig vor Verlegung Anträge zu stellen!  
Für eine geplante C-Rehabilitation sollten Sie mind. mit 3-5 Werktagen Bearbeitungszeit der Krankenkasse rechnen!

### Phasenmodell der neurologischen/ neurochirurgischen Rehabilitation

(nach: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation - BAR)

**BDH-Klinik Hessisch Oldendorf**  
Neurologisches Zentrum mit Intensivmedizin,  
Stroke Unit und phasenübergreifender Rehabilitation



Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Tab. 2: Vergleich der Items des Frühreha-Indexes mit den G-AEP-Kriterien.

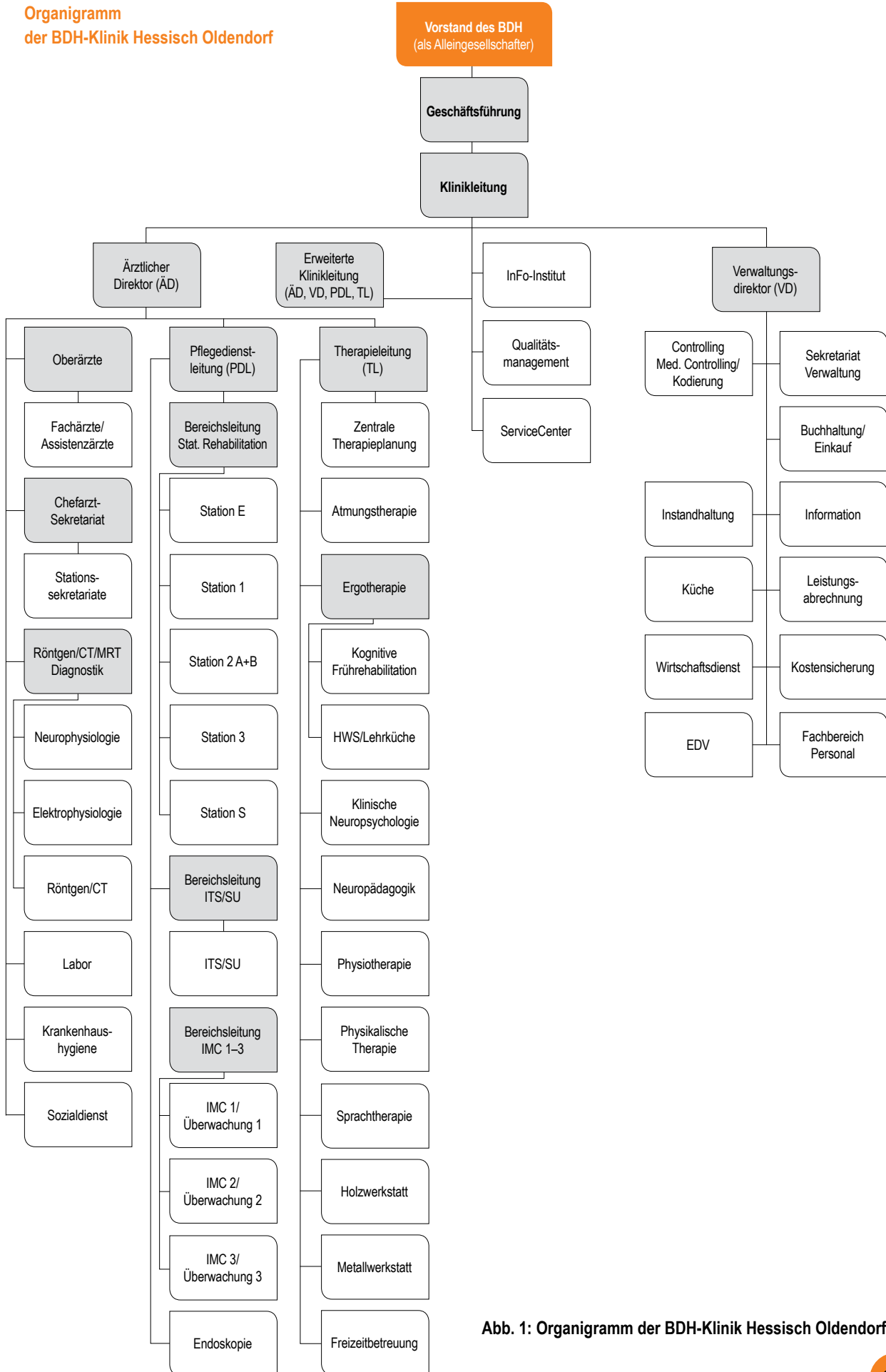
| Item des Frühreha-Indexes   | Operationalisierung der Frühreha-Items  | Korrespondierende G-AEP-Kriterien   |
|---|---|---|
| <b>Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand</b>                                | (Potenziell) lebensbedrohliche Situation.<br>Die Vergabe des Items ist abhängig von den Formen der Überwachung:<br>- kontinuierliche Überwachung von mind. 2 Parametern (EKG, SaO <sub>2</sub> oder invasive RR-Messung) an einem Monitor mit zentraler Überwachung oder<br>- kontinuierliche Überwachung von mind. 1 Parameter (EKG, SaO <sub>2</sub> oder invasive RR-Messung) an einem Monitor mit zentraler Überwachung und diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung<br>- klinisch durch Pflegemitarbeiter oder Ärzte | <b>A2</b> (Pulsfrequenz)<br><b>A3</b> (Blutdruck)<br><b>A8</b> (Blutung)<br><b>A9</b> (Elektrolytstörung, Blutgasentgleisung)<br><b>B3</b> (mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mind. alle 4 Stunden)<br><b>B4</b> (Behandlung auf einer Intensivstation) |
| <b>Absaugpflichtiges Tracheostoma</b>   | Tracheostoma (in der Regel mit eingelegter Trachealkanüle) mit Absaugpflicht durch begleitende Umstände oder Erkrankungen und/oder begleitende Funktionsstörungen. Die Vergabe des Items ist unabhängig von der Absaugfrequenz.   | <b>A10</b> (akute oder progrediente ... respiratorische ... Störungen..., die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden)   |
| <b>Intermittierende Beatmung</b>  | Notwendigkeit einer invasiven oder nicht-invasiven Beatmung, um eine vorhandene respiratorische (Partial-)Insuffizienz zu behandeln. Die Vergabe des Items ist unabhängig davon, ob diese Beatmung kontinuierlich oder intermittierend notwendig ist.   | <b>B5</b> (intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung)  |
| <b>Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)</b>                     | Notwendigkeit einer besonderen Beaufsichtigung wegen einer Orientierungsstörung (bzw. Verwirrtheit).  | <b>A1</b> (plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand)  |
| <b>Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)</b> | Notwendigkeit einer besonderen Beaufsichtigung wegen einer Verhaltensstörung, die eigen- oder fremdgefährdend ist.  | <b>A1</b> (plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand)<br><b>F3</b> (mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten)  |
| <b>Schwere Verständigungsstörung</b>  | Die Verständigung mit dem Patienten/Rehabilitanden ist so schwerwiegend gestört, dass die Kommunikation zeitaufwendig ist, um den Bedürfnissen des Patienten/Rehabilitanden gerecht zu werden.  | <b>F1</b> (fehlende Kommunikationsmöglichkeit)  |
| <b>Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung</b>  | Notwendigkeit einer besonderen Beaufsichtigung wegen einer nachgewiesenen Schluckstörung.   | <b>A6</b> (akute oder progrediente Lähmung oder andere neurologische Symptomatik)   |



Tab. 3: OPS 8-552 („neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“) in der Version 2011.

| Mindestmerkmale  |
|--|
| - Frühreha-Team unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frühreha-Team muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.  |
| - Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis max. 30 Punkte zu Beginn der Behandlung.   |
| - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele  |
| - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation  |
| - Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u. a.) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation |

**Organigramm  
der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf**



**Abb. 1: Organigramm der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf**

Organigramm des Qualitätsmanagements in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf gGmbH

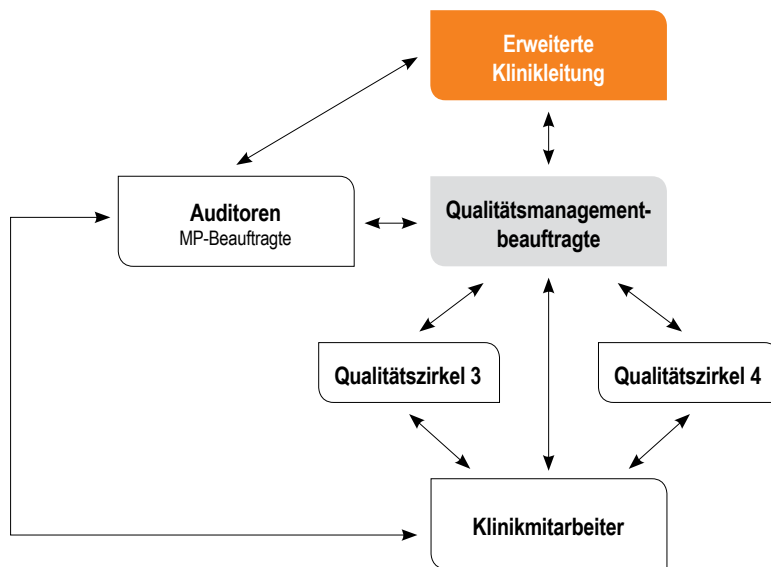


Abb. 2: Organigramm des Qualitätsmanagements in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf gGmbH

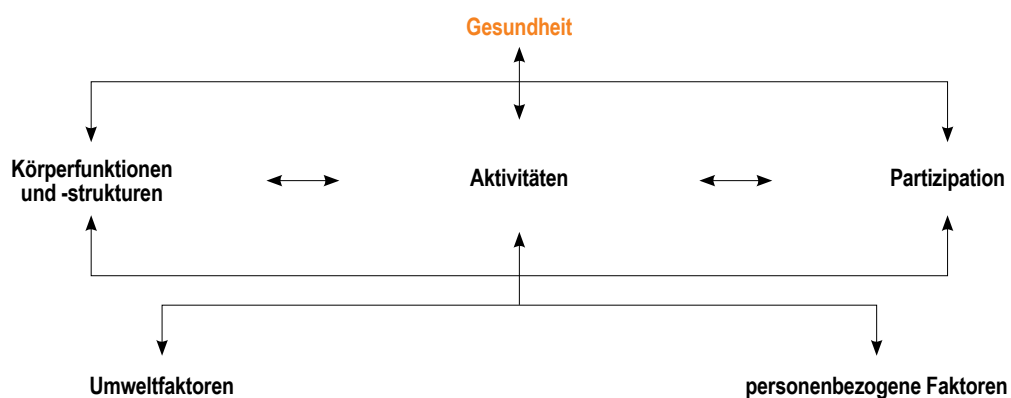


Abb. 3: ICF als bio-psycho-soziales Modell der WHO. Unter „Partizipation“ ist Teilhabe zu verstehen. Der Begriff „Gesundheit“ bezieht sich auf die funktionale Gesundheit.



**BDH-Klinik Hessisch Oldendorf**  
Neurologisches Zentrum mit Intensivmedizin,  
Stroke Unit und phasenübergreifender Rehabilitation



Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

**BDH-Klinik Hessisch Oldendorf gGmbH**

Greitstraße 18-28, 31840 Hessisch Oldendorf  
tel 05152 781-0

fax 05152 781-198 (Ärztlicher Dienst)

fax 05152 781-199 (Verwaltung)

aerztl\_dienst@bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de

verwaltung@bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de

www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de

Klinikleitung:

Geschäftsführer Dipl.-Kfm. Uwe Janosch

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Jens Rollnik

Alleiniger Gesellschafter:

BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

Sitz der Gesellschaft:

Lievelingsweg 125, 53119 Bonn