

BEHANDLUNGSKONZEPT

Die **Neurologische Rehabilitation** in der GLG Fachklinik Wolletzsee



Version: 2.4
Stand: 03/2023

Konzeptverantwortlich:
Dr. med. Christian Brüggemann
Chefarzt Neurologie
GLG Fachklinik Wolletzsee GmbH
Facharzt für Neurologie
Zusatzbezeichnung: Physikalische Therapie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen
fon 033337.49 414
fax 033337.49 418



Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben	4
1.1 Einrichtung	4
1.2 Fachabteilung Neurologie	5
1.2.1 Kostenträger	5
1.2.2 AHB-Zulassungen – Indikationsgruppen	6
1.2.3 Kooperationen mit internen und externen Fachabteilungen	7
1.2.4 Barrierefreiheit, Aufenthalt für Menschen mit Behinderung, Begleitpersonen	7
2. Struktur der Fachabteilung	9
2.1 Räumliche Angebote	9
2.2 Medizinisch-technische Ausstattung	11
2.3 Personelle Besetzung	12
2.3.1 Sollstellenplan	12
2.3.2 Leitung der Fachabteilung	13
2.3.3 Qualifikationen des Ärztlichen Dienstes	13
2.3.4 Qualifikationen des Nichtärztlichen Dienstes	14
2.4 Öffnungs- und Therapiezeiten	14
2.5 Organisation der Verpflegung	15
3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	16
3.1 Rehabilitationsdiagnosen	16
3.2 Mitbehandelbare Nebendiagnosen	18
3.3 Kontraindikationen, Ausschlusskriterien	19
3.4 Rehabilitationsziele	19
3.4.1 Rehabilitation unter dem Aspekt des biopsychosozialen Modells der WHO	22
3.4.2 Definitionen der Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der ICF	23
3.5 Phasenmodell der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation	24
3.6 Gesetzliche Grundlagen	27
3.7 Das Leitbild der Neurologischen Abteilung der GLG Fachklinik Wolletzsee	28
3.8 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung	29
3.9 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation	30
4. Rehabilitationsablauf und -inhalte	30
4.1 Aufnahmeverfahren	30
4.2 Rehabilitationsdiagnostik	32
4.3 Interdisziplinäre Teams	33
4.4 Ärztliche Aufgaben	35
4.4.1 Rehabilitandenbetreuung	35
4.4.2 Notfallmanagement	37
4.4.3 Internistische Mitbetreuung	38
4.4.4 Sozialmedizinische Beurteilung	38
4.4.5 Fort- und Weiterbildung	38
4.5 Behandlungselemente	39
4.5.1 Berufsgruppen/ therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten	39
4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	67
4.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung	71
4.6 Entlassmanagement	76
4.7 Notfallmanagement	77
4.8 Hygiene	78
5. Dokumentation	78
6. Datenschutz	79
7. Qualitätssicherung	80
8. Schlusswort	82
9. Literaturverzeichnis	83
10. Mustertherapiepläne	84

In dem vorliegenden Konzept wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.



1. Allgemeine Angaben

1.1 Einrichtung

Die GLG Fachklinik Wolletzsee GmbH ist ein modern ausgestattetes verhaltensmedizinisches Rehabilitationszentrum mit den Fachbereichen Kardiologie, Angiologie und Neurologie, sowie einem Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation der Phase B.

Die komfortabel ausgestattete „Klinik im Grünen“ ist eingebettet in eine großzügige Parkanlage, direkt am Ufer des Wolletzsees, inmitten des Biosphärenreservates Schorfheide-Chorin. Das ehemalige Jagdschloss ist ein Teil des Klinikkomplexes. Der Ort Wolletz liegt am Rande der Schorfheide in der südlichen Uckermark im Nordosten des Landes Brandenburg, nur eine Autostunde von Berlin entfernt. In unmittelbarer Nachbarschaft der Klinik liegt unter anderem das UNESCO-Weltnaturerbe Buchenwald Grumsin, der Nationalpark Unteres Odertal und die Blumberger Mühle: das Hauptinformationszentrum des Naturschutzbundes Deutschland e.V.

Wolletz ist mit dem Auto oder dem Zug über Angermünde gut erreichbar. Mehrmals täglich verkehren Busse vom Angermünder Bahnhof nach Wolletz und zurück. Außerdem besteht die Möglichkeit, ein Taxi zu bestellen oder nach rechtzeitiger Anmeldung den Fahrdienst der Klinik zu nutzen. Für Rehabilitanden/ Patienten und Besucher stehen direkt neben der Klinik auf einem unbewachten Gelände gebührenfreie Parkplätze zur Verfügung.

Eine detaillierte Anfahrtsbeschreibung ist auf der [Homepage](#) der Klinik zu finden.

Die Fachklinik Wolletzsee gehört zum Unternehmensverbund der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH. Gesellschafter sind der Landkreis Barnim (71,1 %), der Landkreis Uckermark (25,1 %) sowie die Stadt Eberswalde (3,8 %). Mit dem Zusammenschluss regionaler Krankenhäuser, der Fachklinik Wolletzsee und weiterer ambulanter Einrichtungen, kann das Ziel verwirklicht werden, Rehabilitanden/ Patienten in den Landkreisen Barnim und Uckermark eine abgestimmte und umfassende Gesundheitsversorgung anzubieten.

Der 1994 in Betrieb genommene Klinikneubau verfügt über 182 zugelassene Rehabilitationsbetten und 20 weitere Betten im Fachkrankenhaus. Von den insgesamt 202 zugelassenen Betten sind 2 Betten mit Sauerstoffanschluss versehen und 4 Betten mit telemedizinischer Überwachungsmöglichkeit. Bei Bedarf ist eine mobile Versorgung mit Sauerstoff auch in den allgemeinen Behandlungszimmern möglich. Zusätzlich verfügt die Klinik über 4 Betten auf der Überwachungsstation entsprechend einer Intermediate Care Station mit den Möglichkeiten der intensivmedizinischen Überwachung und Versorgung. Die Unterbringung der Rehabilitanden im Rehabilitationsbereich und der Patienten im Fachkrankenhaus erfolgt grundsätzlich in Einzelzimmern, die mit Dusche, WC, Telefon und Notrufanlage sowie im Rehabilitationsbereich mit WLAN ausgestattet sind.

Die Aufnahme von erwachsenen Begleitpersonen ist vorwiegend im Zimmer der Rehabilitanden gegen ein Entgelt möglich.

Fahrstühle und sich automatisch öffnende Türen garantieren auf allen Ebenen Selbstständigkeit und Sicherheit. Bei Rehabilitanden mit hohem Behinderungsgrad und erforderlicher Rollstuhlversorgung ist die Unterbringung in einem behindertengerecht gestalteten Zimmer vorgesehen.

Die Fachklinik Wolletzsee ist sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Rehabilitation zugelassen. Aktuell erfolgen in mehreren Abschnitten umfangreiche Sanierungsarbeiten in der Fachabteilung, um den Ansprüchen von Rehabilitanden und Kostenträgern an die moderne Ausstattung einer Rehabilitationseinrichtung gerecht zu werden.

Für fachübergreifende Indikationen werden neben Fachkonsilen, interdisziplinäre Behandlungskonzepte erstellt. Die wöchentlichen Visiten werden durch beide Fachabteilungen durchgeführt. Die abschließende Beurteilung erfolgt auch in Form eines Arztbriefes interdisziplinär ebenso wie die sozialmedizinische Begutachtung.

1.2 Fachabteilung Neurologie

1.2.1 Kostenträger

Federführender Kostenträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), mit der ein entsprechender Belegungsvertrag gem. §§ 15, 31 SGB VI i. V. m. § 21 SGB XI geschlossen ist. Darüber hinaus verfügt die Klinik, inklusive der Fachabteilung, über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V i. V. m. §§23, 40 SGB V mit den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg.

Die neurologische Rehabilitation in der Fachklinik Wolletzsee erfolgt überwiegend im Rahmen der Anschlussheilbehandlung (AHB/AR) nach akutstationärer Behandlung oder aber auch im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (früher Heilverfahren).

Außerdem auch auf Initiative der behandelnden ambulanten Ärzte oder nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD), im Rahmen der Pflegegradbeurteilung.

Kostenträger der stationären und oder ambulanten neurologischen Rehabilitation in der Fachklinik Wolletzsee sind:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Berlin/Brandenburg und weitere DRV
- Knappschaft Bahn-See
- Gesetzliche Krankenversicherungen



- Private Krankenversicherungen
- Beihilfe

1.2.2 AHB-Zulassungen – Indikationsgruppen

- Schlaganfall inkl. Hirnblutung und Sinusvenenthrombose
- Zustand nach Hirngefäßoperation
- Schädel-/Hirntrauma und Verletzungen des Rückenmarkes
- Akute erregerbedingte entzündliche Erkrankungen des Gehirnes und des Rückenmarkes (Meningoenzephalitis, Hirnabszess, Myelitis)
- Folgezustände nach erregerbedingten Erkrankungen des Nervensystems (Post-COVID und vergleichbare Syndrome (Post-Vac-Syndrom)
- Akute andere entzündliche Erkrankung des ZNS (Multiple Sklerose, Vasculitiden)
- Zustand nach neurochirurgischer oder anderer Behandlung eines Tumors des Gehirnes oder Rückenmarkes
- Zustand nach hypoxischer oder anderer diffuser Hirnschädigung
- Degenerative Erkrankungen des Nervensystems (M. Parkinson und andere Erkrankungen des extrapyramidal-motorischen Systems, Kleinhirnatrophien, degenerative Erkrankungen des motorischen Systems (ALS, spinale Muskelatrophie)
- Epilepsien
- Bandscheibenerkrankungen und spinale Engpasssyndrome mit neurologischen Ausfällen
- Entzündliche und sonstige erworbene Schädigungen des peripheren Nervensystems (Akutes Polyneuropathiesyndrom, Guillain-Barré-Syndrom, Critical-Illness-Polyneuropathie, chronisch-inflammatorische Polyneuropathie, Polyneuropathie anderer Genese (Diabetes, Alkoholfolgeerkrankung ...))
- Muskelerkrankungen und Erkrankungen der neuromuskulären Überleitung (Myasthenie)

Eine neurologische Rehabilitation bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen ist ohne vorherigen Krankheitsaufenthalt bei den nachfolgenden Diagnosen möglich:

- Multiple Sklerose (mit chronisch progredientem Verlauf)
- Parkinson-Syndrom und andere extrapyramidalmotorische Erkrankungen
- Neuro-degenerative Systemerkrankungen
- Hirnatrophische Prozesse
- Myopathien und neuromuskuläre Erkrankungen
- Polyneuropathien

1.2.3 Kooperationen mit internen und externen Fachabteilungen

Die Fachabteilung Neurologie arbeitet intern eng mit der Fachabteilung Kardiologie/Angiologie zusammen. So werden fachübergreifende Fragestellungen und Therapiestrategien in Form von interdisziplinären Visiten und fachspezifischen Konsilen durchgeführt. Außerdem erfolgt eine Zusammenarbeit mit der Funktionsdiagnostik, eine Betreuung auf der Wachstation, eine Notfallversorgung und Management, Apotheken- und Hygienefragestellungen sowie die Entwicklung der Klinik.

Die GLG Fachklinik Wolletzsee kooperiert extern auf kurzem Wege mit dem Werner-Forßmann-Krankenhaus (Neurochirurgie und Kardiologie), dem Krankenhaus Angermünde (Innere Medizin und Psychiatrie), dem Martin-Gropius-Krankenhaus Eberswalde (insbesondere der Neurologie und Psychiatrie) und dem Krankenhaus Prenzlau (Geriatric) innerhalb des Klinikverbundes und kann alle Fachbereiche des Klinikverbundes zum Wohle der Rehabilitanden in Anspruch nehmen.

Die Röntgendiagnostik erfolgt in Kooperation mit dem Krankenhaus Angermünde. Die Labordiagnostik, wie die interne Blutgasanalyse und die übrige Diagnostik erfolgen im Werner-Forßmann-Krankenhaus Eberswalde. Der Blutprobenversand erfolgt regulär zweimal am Tag und bei akutem Bedarf zusätzlich.

Weitere enge Kooperationen bestehen zu Gesundheitsanbietern der Region, wie dem Asklepios Klinikum Schwedt. Aber auch mit niedergelassenen Kollegen bestehen jahrelange Kooperationen, die unsere Rehabilitanden und deren Angehörige nutzen können. Die Kooperationen sehen wie folgt aus:

- Konsiliaruntersuchungen:
in Angermünde ambulant: HNO, Augen, Chirurgie, Dermatologie, Zahnheilkunde
in Schwedt: Urologie
- CCT: Krankenhaus Angermünde
- Kernspintomografie: Werner-Forßmann-Krankenhaus Eberswalde
- Kooperation mit der Apotheke des Klinikum Uckermark Schwedt: Bezug von Medikamenten und Medizinprodukten sowie regelmäßige Apothekenbegehungen und Medikamentenkonferenzen

1.2.4 Barrierefreiheit, Aufenthalt für Menschen mit Behinderung, Begleitpersonen

Das Haus verfügt über einen ebenerdigen rampenfreien Eingang. Die Türen im Eingangsbereich und auf den Stationsfluren öffnen und schließen automatisch. Behindertengerechte Bäder und Toiletten sind in allen Stockwerken des Hauses vorhanden. Zwei Fahrstühle führen zu den Rehabilitandenstationen und zu den Therapiebereichen. Hebelifte sind im Bereich der Stationen mit Phase-C-Rehabilitanden und dem Schwimmbad und der Bäderabteilung sowie im Bereich der Physiotherapie vorhanden.

Sämtliche Bereiche sind rampenfrei zu erreichen. In den Gängen und Fluren befinden sich Haltestangen (Geländer) an den Wänden. Die Flure sind auf den Stationen mit Phase-C-Rehabilitanden entsprechend der Anforderungen von Rollstuhlfahrern teppichbodenfrei.

Neben den rollstuhlgerechten Zimmern für Phase-C-Rehabilitanden auf den Stationen I und III sind 14 weitere Zimmer auf den Stationen II und III speziell für teilweise selbständige Rehabilitanden ausgestattet, welche aber noch Mobilitätseinschränkungen haben. Die Zimmer sind dann mit einem Pflegebett, keinen Schwellen, einem verbreiterten Eingang zur Nasszelle ausgestattet (Übergangszimmer).

Die einzelnen Etagen der Klinik sind mit einem unterschiedlichen Farbkonzept zur Erleichterung der Orientierung versehen.

Im Erdgeschoss, ersten Stockwerk sowie Kellerbereich liegen die jeweiligen Einzeltherapieräume für Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie sowie Logopädie, für die Phase-C-Rehabilitanden jeweils auf der Stationsebene.

Auf den Stationen II und IV werden die Rehabilitanden der Phase D untergebracht. Die Zimmerausstattung entspricht hier den Bedürfnissen im Wesentlichen unabhängiger Rehabilitanden und hat entsprechenden „Hotel“-Charakter.

Die Nahrungsaufnahme erfolgt entweder im Rehabilitandenrestaurant oder für mobilitätseingeschränkte bzw. hilfebedürftige Rehabilitanden im Speisesaal der jeweiligen Station.

Für Angehörige besteht die Möglichkeit einer Aufbettung im Rehabilitandenzimmer, wobei bei Rehabilitanden der Phase C der erhöhte Platzbedarf aufgrund der erforderlichen Hilfsmittel eine Aufbettung im Zimmer nicht möglich macht. In solchen Fällen hilft die Klinik ein Zimmer in einer nahegelegenen Pension zu organisieren.

1.2.5 Nachsorge

Die Fachklinik Wolletzsee bietet im Anschluss an die stationäre Rehabilitation zur Festigung und Verbesserung der Reha-Ergebnisse, die Möglichkeit einer Nachsorge im Rahmen des IRENA-Programms (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) der Deutschen Rentenversicherung an. Die Antragstellung erfolgt durch die Ärzte, in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst. Weiterhin besteht im Haus die Möglichkeit der ambulanten neuropsychologischen Behandlung mit Überweisung durch den behandelnden Nervenarzt oder Neurologen.

Das Nachsorgemanagement liegt sowohl im Bereich des Sozialdienstes mit der Organisation von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), der Anmeldung zum Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA), der stufenweise Wiedereingliederung, der Organisation von Hauskrankenpflege sowie gegebenenfalls einer Unterbringung in einer Kurzzeitpflege oder einer Pflegeeinrichtung sowie der Organisation und Vermittlung von Selbsthilfegruppen etc. (s. Sozialdienst). Als auch in den einzelnen therapeutischen Bereichen (Hilfsmittelversorgung, Ausstattung des häuslichen Bereiches, etc.).

2. Struktur der Fachabteilung

2.1 Räumliche Angebote

Die Fachabteilung Neurologie verfügt derzeit über 80 zugelassene Betten der Phase D und 20 zugelassene Betten der Phase C. Die Unterbringung der Rehabilitanden erfolgt in Einzelzimmern, die mit Dusche, WC, Telefon und Notrufanlage sowie WLAN ausgestattet sind. Die Ausstattung der Zimmer entspricht überwiegend Hotelstandard.

Fahrstühle und sich automatisch öffnende Türen garantieren auf allen Ebenen Selbstständigkeit und Sicherheit. Bei Rehabilitanden mit hohem Behinderungsgrad und erforderlicher Rollstuhlversorgung ist die Unterbringung in einem behindertengerecht gestalteten Zimmer vorgesehen.

Die Klinik verfügt über eine interdisziplinär geführte Intermediate Care Einheit („Wachstation“) mit 4 Behandlungsplätzen, mit einer Größe von 136 m². Hier sind alle Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung und des kardiopulmonalen Monitorings (Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung) sowie die Gabe intravenöser kreislaufunterstützender Medikamente gegeben. Alle Rehabilitanden mit einer akuten Verschlechterung bzw. Komplikation werden hier überwacht und ggf. von hier in ein Akutkrankenhaus verlegt. Eine Versorgung mit Sauerstoff ist grundsätzlich mittels mobiler Versorgungsmöglichkeiten in allen Behandlungszimmern möglich.

Es sind zusätzlich vorhanden:

Physiotherapeutische Abteilung:

- Räume zur Einzeltherapie
- Gymnastikraum (105 m²)
- Sporthalle (186 m²) für die Gruppentherapie
- Bewegungsbad (142 m²)
- Gangstudio mit computergestützten Robotik-Therapiegeräten
- Golfsport auf dem nahegelegenen Golfplatz in Prennden
 - Die Golf-Therapie findet vom Frühjahr bis zum Herbst auf dem Golfplatz in Prennden (ca. 20 min Autofahrt mit Shuttle) statt.
- Das Terraintraining findet in der schönen Klinikumgebung auf vier verschiedenen ausgearbeiteten Parcours statt: 500m, 1000m, 1500m und 3000m.
- Für ein standardisiertes Gehtraining sind mit Entfernungsangaben ausgestattete Wege im Klinikgebäude vorgesehen.
- EKG-überwachte Ergometertrainingsplätze

Abteilung für physikalische Therapie

- Einzelbehandlungsräume mit den Bereichen Elektrotherapie, Massage und Hydrotherapie sowie eine
- Sauna und ein
- Wassertretbecken

Ergotherapie verfügt über

- Zwei Einzel- und zwei Gruppenbehandlungsräume
- Ein großer Ergotherapiegruppenraum im „Schloss“ mit einem besonders malerischen Weitblick über den Wolletzsee.
- Das „Armlabor“ mit computergestützten Robotik Therapiegeräten zum Training der Arm-Hand-Funktion aber auch kognitiver Funktionen (Konzentration, Merkfähigkeit, räumliche Wahrnehmung) und des Gleichgewichts.

Sprachtherapie verfügt über

- 3 Einzeltherapieräume auf den Stationen.

Neuropsychologie verfügt über

- 5 Einzeltherapieräume und
- 2 Räume für neuropsychologische und neurovisuelle Diagnostik und die computergestützte Therapie
- Ein interdisziplinär zu nutzender Gruppenraum

Die **Lehrküche** wird für das Training mit Essgeräten, Haushaltstraining oder von den Diätassistenten genutzt, die dort ihre Schulungs- und Übungsprogramme durchführen.

Ärztlicher Bereich verfügt über:

- Arbeitszimmer, für die Stationsärzte auf Stationsebene und für Ober- und Chefarzte in unmittelbarer Nähe zu den Stationsbereichen im Erdgeschoss.

Funktionsbereich klinische Neurophysiologie

- Untersuchungsraum zur Ableitung eines papierlosen EEG sowie für die neurophysiologische Diagnostik (evozierte Potentiale, EMG, NLG).
- Die Doppler/Duplex-Sonografie der extra- und intrakraniellen Gefäße wird von den beiden Abteilungen gemeinsam in einem entsprechenden Untersuchungsraum genutzt, in dem auch die Echokardiografien und Oberbauchsonografien durchgeführt werden.

Seminarraum mit audiovisuellen Medien.

Die **Essensversorgung** für die Phase-C-Rehabilitanden erfolgt im jeweiligen Speisesaal der Station I bzw. III. Die Rehabilitanden der Phase D nehmen das Essen im großen Speisesaal ein, der landschaftlich mit Blick über den Wolletzsee besonders reizvoll gelegen ist. Bei entsprechenden Erfordernissen ist das Essen im Zimmer auch möglich.

Für die **Freizeitgestaltung** stehen eine Bibliothek zur Verfügung, eine Kegelbahn sowie ein Billardtisch. Fahrräder mit Helmen können nach ärztlicher Genehmigung an der Rezeption ausgeliehen werden, inklusive ausgearbeiteter Wegstrecken mit Handyempfang.

2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Die Fachabteilung Neurologie kooperiert intern mit der Fachabteilung Kardiologie und Angiologie bei fachübergreifenden Fragestellungen und Therapiestrategien in Form von interdisziplinären Visiten.

Neurologische Funktionsdiagnostik:

- EEG
- evozierte Potentiale (VEP, AEP, SEP)
- Doppler- und Duplexscan der extra- und intrakraniellen Gefäße
- Bestimmung von Nervenleitgeschwindigkeiten sowie Elektromyographie
- Schluckendoskopie
- Statische und kinetische Perimetrie
- Diagnostik von Störungen des binokularen Sehens

Kardiologische Funktionsdiagnostik:

- Transthorakale und transösophageale Echokardiographie
- Stressechokardiographie
- Kardiopulmonale Leistungsdiagnostik mittels Spiroergometrie
- Ergometrie
- Langzeit-Blutdruckmessung
- 24h Holter-EKG-Monitoring
- Ruhe EKG

Pneumologische Funktionsdiagnostik

- Spirometrie
- Schlaf-Apnoe-Screening

Angiologische Funktionsdiagnostik:

- Duplexsonografie der peripheren Arterien und Venen
- kontrollierte, schmerzfreie und max. Gehstrecke auf dem Laufband unter genormten Belastungsbedingungen (3 km/h und 12 % Steigung) mit Bestimmung des Arm-Bein-Indexes vor und nach Belastung
- Gehstreckenbestimmung in der Ebene mit Metronom-Takt
- Wegefähigkeit (zur Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens)
- Optische Pulsoszillometrie zur Bestimmung der Perfusion der Zehen
- Digitale Photoplethysmographie zur Bestimmung des Schweregrades einer chronisch venösen Insuffizienz und zur Evaluation einer möglichen operativen Therapie
- Wundvisiten

Allgemeininternistische Funktionsdiagnostik:

- Abdomensonographie
- Schilddüsenonographie
- Pleurasonographie

2.3 Personelle Besetzung

Die personelle/ fachliche Besetzung der Fachabteilung orientiert sich an den Strukturvoraussetzungen des federführenden Kostenträgers, der DRV Bund.

2.3.1 Sollstellenplan

Der Sollstellenplan bezieht sich auf die Anzahl der zugelassenen Betten der Abteilung Neurologie und ist wie folgt vereinbart:

Personalstellenplan gültig seit: 01.01.2014	Soll
Leitende/r Ärztin/Arzt Chefärztin/Chefarzt	0,80
Oberärztin / -arzt	2,20
Assistenzärztin/-arzt	4,75
Dipl. Psycholog/in	4,00
weitere zuzuordnende Mitarbeiter	0,25
Gesundheits-undKrankenpfleger/innen	26,10
Gesundheits-/Kranken-/Altenpflegehelfer/innen	3,00
Weitere Mitarbeiter/innen pflege	0,50
Physiotherapeut/in	11,00
Dipl. Sportlehrer/in	1,00
Bademeitser/in	1,00
Ergotherapeut/in	5,25
Diätassistent/in / Ökotrophologe/in	0,90
Dipl. Sozialarbeiter/in	1,00
Sprachtherapeut/in	4,10
Weitere Mitarbeiter/in	1,00

Quartalsweise wird über die Stellenbesetzung an den Federführer berichtet und die Qualifikationen nachgewiesen.

2.3.2 Leitung der Fachabteilung

Ärztliche Leitung/Chefarzt:	Dr. Christian Brüggemann Facharzt für Neurologie Zusatzbezeichnungen: Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Physikalische Medizin, Fahreignungsbeurteilung	
Leitende Oberärztin:	Ruth Kirsch (Phase B) Fachärztin für Neurologie Qualitätsmanagementbeauftragte Zusatzbezeichnungen: Rehabilitationswesen, Sozialmedizin	
Leitende Oberärztin	Patricia Hilbrig (Phase C/D) Fachärztin für Neurologie Hygienebeauftragte Ärztin	
Weiterbildungsbefugnisse:	Neurologie	1,5 Jahre
	Sozialmedizin	1 Jahr
	Rehabilitationswesen	1 Jahr
	Physikalische Medizin	1 Jahr

2.3.3 Qualifikationen des Ärztlichen Dienstes

Funktionsoberarzt	Ulrich Heinz Facharzt für Innere Medizin
Stationsärzte:	medizinische Grundversorgung
Besondere Qualifikationen:	1 Facharzt für Chirurgie 1 Facharzt für Innere Medizin 5 Assistenzärzte

Außerhalb der regulären Arbeitszeit wird die medizinische Versorgung und Sicherheit der Rehabilitanden durch einen ärztlichen Bereitschaftsdienst im Hause und einen fachärztlichen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet. Hier arbeiten beide Abteilungen gemeinsam, im Regelfall jeweils 1 Arzt aus den beiden Abteilungen.

Jeweils zu Arbeitsbeginn und –ende treffen sich alle ärztlichen Mitarbeiter zur Übergabe, um Informationen an den Diensthabenden Arzt weiterzugeben bzw. Informationen über den Nachdienst zu erhalten.

2.3.4 Qualifikationen des Nichtärztlichen Dienstes

Das multiprofessionelle Behandlungsteam umfasst neben dem Ärztlichen Dienst folgende therapeutische Berufsgruppen:

- Dipl. (Neuro)Psychologe,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Kunsttherapeut,
- Musiktherapeut,
- Yogatherapeut,
- Sprachtherapeuten,
- Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Pflegehelfer und weitere Hilfskräfte in der Pflege,
- Med. Bademeister,
- Diätassistenten, Ökotrophologen
- Dipl. Sozialarbeiter
- Medizinische Fachangestellte (Diagnostik)

Die Mitarbeiter der therapeutischen Bereiche verfügen über viele weitere therapierelevante Zusatzqualifikationen (s. auch Pkt. 4.5 Behandlungselemente).

Besondere Zusatzqualifikationen sind u.a:

- Wundexperten,
- Diabetesberater,
- Hygienebeauftragte in der Pflege,
- Praxisanleiter,
- Pain Nurse.

2.4 Öffnungs- und Therapiezeiten

Die Therapien werden ganztägig von Montag bis Freitags und halbtägig am Samstag angeboten. An Feiertagen können sich die Therapietage verschieben.

Die Besuchszeiten handhaben wir flexibel, es gibt keine festen Vorgaben. Aufgrund der Corona-Pandemie sind diese noch deutlich eingeschränkt und richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Im Vorfeld können diese jederzeit z.B. an der Rezeption des Hauses erfragt werden. Wir gehen von einer grundlegenden Lockerung der Einschränkungen ab März 2023 aus. Prinzipiell sollte die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen durch die Besucher nicht behindert werden. Die Rezeption ist von Montag bis Sonntag geöffnet. Am Abend wird zur Sicherheit unserer Gäste das Haus verschlossen.

2.5 Organisation der Verpflegung

Die von uns angebotene Verpflegung leistet einen wichtigen Beitrag zur Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit. Wir orientieren uns deshalb an den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung sowie den Qualitätsstandards für Reha-Kliniken. Bei der Speisenplanung berücksichtigen wir regionale Essgewohnheiten und saisonale Angebote. Vorzugsweise nutzen wir die Angebote ortsansässiger Lieferanten. Ökologisch erzeugte Lebensmittel haben einen festen Platz in unserem Speiseplan. Seit 2009 sind wir erfolgreich mit dem Öko-Siegel zertifiziert. Die Eignung der Lebensmittel in einer gesunden Ernährung kennzeichnen wir nach dem Ampelsystem und vermeiden möglichst die für die Krankheitsbilder ungeeigneten Lebensmittel.

Das Angebot an Kostformen für die verschiedenen Krankheitsbilder haben wir in einem Verpflegungskatalog geregelt. Die empfohlene Flüssigkeitszufuhr von 1,5 bis 2 l energiefreier bzw. energiearmer Getränke stellen wir zu den Mahlzeiten durch unser Angebot in Form von Heißgetränken, Tafelwasser und Saftschorlen sicher. An den beiden Tafelwasseranlagen in der Klinik kann man sich ganztägig mit gekühltem bzw. spritzigem Wasser versorgen.

Das Frühstücksbüfett beinhaltet abwechslungsreiche Angebote, verschiedene ballaststoffreiche Frühstückscerealien, saisonales Knabbergemüse und Obst. Zum Mittagessen haben wir vier verschiedene Menüs zur Auswahl, deren Kalorien berechnet und die Zusatzstoffe gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gekennzeichnet sind.

Wir empfehlen, die Möglichkeiten für das "Gesund Essen lernen" in der Ernährungstherapie zu nutzen - für die eigene Gesundheit. Mithilfe der Ernährungstherapie werden Ursachen der Fehlernährung analysiert und die Rehabilitanden zur Umstellung der Ernährung schon während des Rehabilitationsaufenthalts motiviert. Insbesondere Rehabilitanden, die ihr Gewicht reduzieren wollen, werden individuell beraten und betreut. Wir bieten verschiedene Informations- und Seminarangebote, Einzel- oder Gruppenberatungen, Schulungen am Büfett und Lehrküche an. Begleitpersonen sind in der Ernährungstherapie herzlich willkommen.

3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

3.1 Rehabilitationsdiagnosen

Das Behandlungsspektrum der GLG Fachklinik Wolletzsee umfasst erwachsene Rehabilitanden nach neurologischen Akutereignissen sowie Rehabilitanden mit einer Verschlechterung einer chronischen Erkrankung oder einer länger zurückliegender Akuterkrankung, zum Ausschöpfen eines noch vorhandenen Rehabilitationspotentials.

Für die resultierenden Fähigkeitsstörungen und die sich daraus ergebenden Aufgaben ist die Ursache der zugrunde liegenden Schädigung jeweils weniger entscheidend, vielmehr unterscheiden sich die Ausfallmuster und Funktionsstörungen aufgrund des betroffenen Hirnareals und dem Ausmaß der Schädigung. Generell werden somit Rehabilitanden mit den unterschiedlichsten Erkrankungen und Funktionsstörungen behandelt.

Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung aufgrund eines Akutereignisses oder akuter Verschlechterung einer vorbestehenden Grunderkrankung:

- Schlaganfall inkl. Hirnblutung und Sinusvenenthrombose
- Zustand nach Hirngefäßoperation
- Schädel-/ Hirntrauma und Verletzungen des Rückenmarkes
- Akute erregerbedingte entzündliche Erkrankungen des Gehirnes und des Rückenmarkes (Meningoenzephalitis, Hirnabszess, Myelitis)
- Folgezustände nach einer erregerbedingten Erkrankung des Nervensystems (Post-COVID und vergleichbare Syndrome (Post-Vac-Syndrom)
- Akute andere entzündliche Erkrankung des ZNS (Multiple Sklerose, Vasculitiden)
- Zustand nach neurochirurgischer oder anderer Behandlung eines Tumors des Gehirnes oder Rückenmarkes
- Zustand nach hypoxischer oder anderer diffuser Hirnschädigung
- Degenerative Erkrankungen des Nervensystems (M. Parkinson und andere Erkrankungen des extrapyramidal-motorischen Systems, Kleinhirnatrophien, degenerative Erkrankungen des motorischen Systems (ALS, spinale Muskelatrophie)
- Kopfschmerzsyndrome (Migräne, Trigeminusneuralgie, Spannungskopfschmerz)
- Epilepsien
- Bandscheibenerkrankungen und spinale Engpasssyndrome mit neurologischen Ausfällen
- Entzündliche und sonstige erworbene Schädigungen des peripheren Nervensystems (Akutes Polyneuropathiesyndrom, Guillain-Barré-Syndrom, Critical-Illness-Polyneuropathie, chronisch-inflammatorische Polyneuropathie, Polyneuropathie anderer Genese (Diabetes, Alkoholfolgeerkrankung ...))
- Muskelerkrankungen und Erkrankungen der neuromuskulären Überleitung (Myasthenie)

Neurologische Rehabilitation nach mehr als 18 Monaten zurückliegendem Akutereignis:

- um Rehabilitationspotential bzw. Ausschöpfung desselben zu überprüfen, bei Rehabilitanden die entweder keine adäquate Rehabilitation erfahren haben oder einer erneuten Rehabilitation bedürfen,
- um Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu bessern,
- um eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder Verschlimmerung zu verhüten,
- um Pflegedürftigkeit zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Neurologische Rehabilitation bei chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankungen bei vorhandenem Rehabilitationspotential ohne vorausgegangenem Krankheitsaufenthalt, beispielsweise:

- Multiple Sklerose
- Parkinson-Syndrom und andere Basalganglienerkrankungen
- Neuro-degenerative Systemerkrankungen
- Hirnatrophische Prozesse
- Myopathien und neuromuskuläre Erkrankungen
- Polyneuropathien

Die häufigsten Hauptdiagnosen in der neurologischen Rehabilitation der Fachklinik Wolletzsee *

I63	Ischämische Hirnerkrankungen	51,00 %
G50-G59; G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	5,96 %
G35	Multiple Sklerose	3,94 %
I60-I62	Nichttraumatische Blutungen	3,94 %
D32-D33; D43; C70-C72	Gutartige und bösartige Neubildungen	3,27 %
	Andere	31,89 %

*Daten basieren auf Auswertungen aus dem Jahr 2022

Zu den 3 häufigsten Reha-Diagnosen in der Fachklinik Wolletzsee zählen:

1.)	I63	Schlaganfall
2.)	G93.3/ U08.9	Post Covid
3.)	D32	Gut- und bösartige Neubildungen (Meningeom)

3.2 Mitbehandelbare Nebendiagnosen

Die häufigsten Nebendiagnosen kommen aus dem Bereich Innere Medizin. Aufgrund der guten interdisziplinären Zusammenarbeit mit der kardiologisch/ angiologischen Abteilung und der häufigen Koinzidenz kardiovaskulärer und neurologischer Erkrankungen, wie beispielsweise beim Schlaganfall, können die diagnostischen Gegebenheiten und therapeutischen Angebote aus dem Bereich Kardiologie und Angiologie mitgenutzt werden und fließen ggf. auch in die abschließende sozialmedizinische Begutachtung mit ein. In der Neurologie ist ein internistischer Funktionsoberarzt damit betraut, die internistischen Begleiterkrankungen zu diagnostizieren bzw. zu beurteilen und dann zu behandeln.

Das Risikofaktormanagement ist Bestandteil der Behandlung von Gefäßerkrankungen:

- Arterielle Hypertonie
- Fettstoffwechselstörungen
- Diabetes mellitus
- Adipositas bis zu einem Körpergewicht von 140 Kg
- Nikotinabusus

Schmerzsyndrome sind in der Neurologie eine häufige Haupt- und Nebendiagnose, finden sich aber auch unabhängig von der Rehabilitationsdiagnose bei beispielsweise degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, der Gelenke aber auch anderen chronischen Erkrankungen (Tumorerkrankungen etc.). In diesem Fall werden spezifische Schmerzerhebungsfragebögen verwendet, ein Schmerztagebuch geführt sowie die betroffenen Rehabilitanden von einer ausgebildeten Pain Nurse betreut.

Die medikamentöse Therapie erfolgt auf den Grundlagen der WHO zur Auswahl von Schmerzmedikamenten. Die zahlreichen physikalisch-therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der Klinik stehen aber zunächst im Vordergrund, wie auch alternative Heilmethoden wie Qi Gong oder Klangschalentherapie.

Erkrankungen aus dem **psychiatrischen Diagnosespektrum** (Anpassungsstörungen, Depressionen, Demenzen) können aufgrund der ärztlichen Kenntnisse aus der neurologischen Facharztausbildung sowie den in der Abteilung tätigen psychologischen Psychotherapeuten entsprechend mitbehandelt werden.

Neurologische Funktionsstörungen treten häufig als Folge von Erkrankungen aus anderen Fachbereichen auf wie z.B. bei der Critical-Illness-Polyneuropathien, nach schweren Allgemeinerkrankungen oder komplizierten Operationsverläufen etc. auf. Dank der guten Anbindungen an die Krankenhäuser des GLG-Verbundes, ist hier eine adäquate Betreuung auch solcher Erkrankungen möglich.

3.3 Kontraindikationen, Ausschlusskriterien

Rehabilitanden mit schwerwiegenden Orientierungsstörungen und Hinlauftendenz können aufgrund der Lage der Klinik im Waldgebiet, nicht behandelt werden. Auch Rehabilitanden mit akuten kompletten Querschnittsyndromen werden in entsprechenden Spezialkliniken behandelt. Eine grundlegende Rehabilitationsfähigkeit muss in den Phasen D und C gegeben sein.

3.4 Rehabilitationsziele

Oberstes allgemeines Ziel ist für uns die Verbesserung der Lebensqualität unserer Rehabilitanden.

Viele Erkrankungen des zentralen Nervensystems führen zu schweren neurologischen Ausfällen mit schicksalhaften Konsequenzen für die Betroffenen. Bei den meisten Rehabilitanden wird in den Wochen und Monaten danach eine Besserung der neurologischen Ausfälle beobachtet. Diese Rückbildung ist jedoch sehr variabel und nur selten vollständig.

Der Umfang der Rückbildung hängt von vielen Faktoren ab, Größe und Lokalisation der Schädigung sind hier die wesentlichen Prädiktoren der funktionellen Restitution. Der größte Teil der Rückbildung wird in den ersten 8 - 12 Wochen nach der Schädigung beobachtet. Bei schweren Erkrankungen kann die Rückbildung jedoch individuell sehr verschieden sein und über Monate andauern, neuropsychologische Störungen sowie Aphasien haben häufig sehr viel längere Rückbildungszeiten. Motorische Funktionsstörungen sind die häufigsten Ausfälle nach ZNS-Schädigungen – sie kommen beispielsweise bei 80 % aller Schlaganfallpatienten oder Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen vor. Über 50 % aller Patienten nach Schlaganfall zeigen residuale Paresen. Bei Erwachsenen ist der Schlaganfall daher auch die häufigste Ursache für die Entstehung einer Behinderung. Etwa 1/3 aller Schlaganfallpatienten bleibt im täglichen Leben auf fremde Hilfe angewiesen, 20 % brauchen Hilfe bei der Fortbewegung und 70 % bleiben in ihrer Berufs- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt.

Wir wissen heute, dass sich unser Gehirn ständig umorganisiert: „Neuronale Plastizität“ bezeichnet die Fähigkeit unseres Gehirns, in Reaktion auf morphologische Veränderungen modifizierte Organisationsstrukturen zu entwickeln. In dieser Plastizität wird ein großes Selbstheilungspotenzial vermutet. Durch entsprechende „Trainingsprogramme“ soll und kann dieser Reorganisationsprozess des menschlichen Gehirnes stimuliert bzw. optimiert

werden. Für etwa 6-9 Monate ist nach einer akuten Hirnerkrankung von einer besonders guten Lernfähigkeit des Gehirns (Plastizität) auszugehen, um erlittene Funktionsstörungen wieder auszugleichen.

Anders als in anderen Fachgebieten sind oftmals verschiedene funktionelle Systeme in unterschiedlichem Ausmaß gleichzeitig von der Funktionsstörung betroffen. Diese individuelle Ausgestaltung des Beschwerdebildes erfordert in der neurologischen Rehabilitation ein spezifisches Vorgehen und eine große Patientenorientierung. Es muss berücksichtigt werden, welche Funktionen beeinträchtigt sind, welche Funktionen erhalten sind und welches die Leistungsfähigkeit und der Leistungsanspruch vor dem Akutereignis waren. Jeder Rehabilitand hat dabei eigene, auf sein individuelles Bedürfnis angepasste Zielsetzungen und Ansprüche, welche in der Rehabilitationsbehandlung berücksichtigt werden müssen.

Zum Verständnis der speziellen Gegebenheiten der neurologischen Rehabilitation ist ein Blick in die Historie erforderlich:

Die Entwicklung der Rehabilitation wurde in Deutschland bis zum 20. Jahrhundert durch Kriegsoffer, Unfallopfer und „Krüppel“ mit frühkindlichen Missbildungen bestimmt. Die Rehabilitation nach Schlaganfällen entwickelte sich erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts mit Verlängerung der Lebenserwartung und Verbesserung der Akutmedizin und zugleich Auflösung der Großfamilie mit Abnahme familiärer Bindungen.

Die Entwicklung der Anschlussheilbehandlung nach Akuterkrankungen (initial Tuberkulosekranke, dann Patienten nach Herzinfarkten) trug dazu bei, eine Abkehr vom Kurgedanken mit passiven auf Erholung gerichteten Erwartungen hin zur motivierenden und aktivierenden medizinischen Rehabilitation zu bewirken. Bis dahin galt, dass Leistungen zur Rehabilitation erst 6 Wochen nach Beendigung der Akutbehandlung erfolgen durften. Anschlussheilbehandlungen werden seit 1977 in Deutschland durchgeführt.

Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation sind die Rentenversicherungsträger und die gesetzlichen Krankenkassen. Während für die Rentenversicherungsträger die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht, haben für die Krankenkassen die nachhaltig verbesserte Gesundheit und Vermeidung von Pflegeabhängigkeit oberste Priorität.

Folgende Regeln wurden in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts von der Politik vorgegeben, an denen sich die Rehabilitation ausrichtet:

- Prävention vor Rehabilitation
- Rehabilitation vor Rente und Pflege
- Selbsthilfe vor Fremdhilfe
- Ambulant vor stationär
- soviel Normalität wie möglich

Hieraus ergab sich in den 80er Jahren ein zunehmend großer Anteil an Schlaganfallpatienten in Rehabilitationseinrichtungen, welche heute die größte Gruppe in den neurologischen Rehabilitationskliniken darstellen. Die außerdem sich verkürzende Liegezeit in den Akuthäusern bedingt ferner einen zunehmenden medizinischen Aufwand während der Rehabilitationsbehandlung, welcher letztlich zur Einrichtung von Frührehabilitationsstationen führte.

Die medizinische Rehabilitation hat sich im deutschen Gesundheitswesen zu einer eigenen Säule neben vertragsärztlicher Behandlung und stationärer Krankenhausbehandlung entwickelt.

Im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - wurden 2001 die „Leistungen zur Teilhabe“ festgeschrieben:

Leistungen, die Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken.

Dies beinhaltet Leistungen:

- um Behinderungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern;
- um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern;
- um die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Als psychosoziale Aufgaben der Rehabilitation werden in §26 Absatz 3 hervorgehoben: Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Information von Partnern und Angehörigen, Vermittlung von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und Förderung der sozialen Kompetenz sowie Training lebenspraktischer Fähigkeiten.

Das SGB IX basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell und der Begrifflichkeit der ICF – der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die 2001 von der WHO verabschiedet wurde. Hier wird der Begriff der funktionellen Gesundheit als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogenen Faktoren) operationalisiert. Die ICF klassifiziert Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus sowie der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen.



Die Zuständigkeit der Leistungsträger ist folgendermaßen geregelt: Bei im Erwerbsleben stehenden Menschen entscheidet die Erwerbsprognose (das ausführliche Reha-Assessment). Ist diese positiv - eine Erwerbsfähigkeit erscheint prognostisch möglich - so liegt die Zuständigkeit für im Erwerbsleben stehende Menschen beim Rentenversicherungsträger. Für die Phase D ist die positive Prognose meistens gegeben, so dass die GRV (Gesetzliche Rentenversicherung) in der Regel vorleistungspflichtig ist. Ansonsten besteht i.d.R. Leistungspflicht der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung). Seitens der Rentenversicherer sind neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Rehabilitationsfähigkeit sowie Rehabilitationsbedürftigkeit Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung.

Weitere Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges können zu Lasten der Krankenversicherungen verordnet werden, sofern sie der Selbständigkeit im Alltag dienen.

Dienen sie hingegen der Erleichterung von Pflege oder Betreuung sind sie nach den Vorschriften der Pflegeversicherung zu finanzieren:

Rehabilitationssport, Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt, zur Erleichterung der Besorgungen des Haushaltes, zur wohnungsmäßigen Unterbringung und zur Durchführung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens.

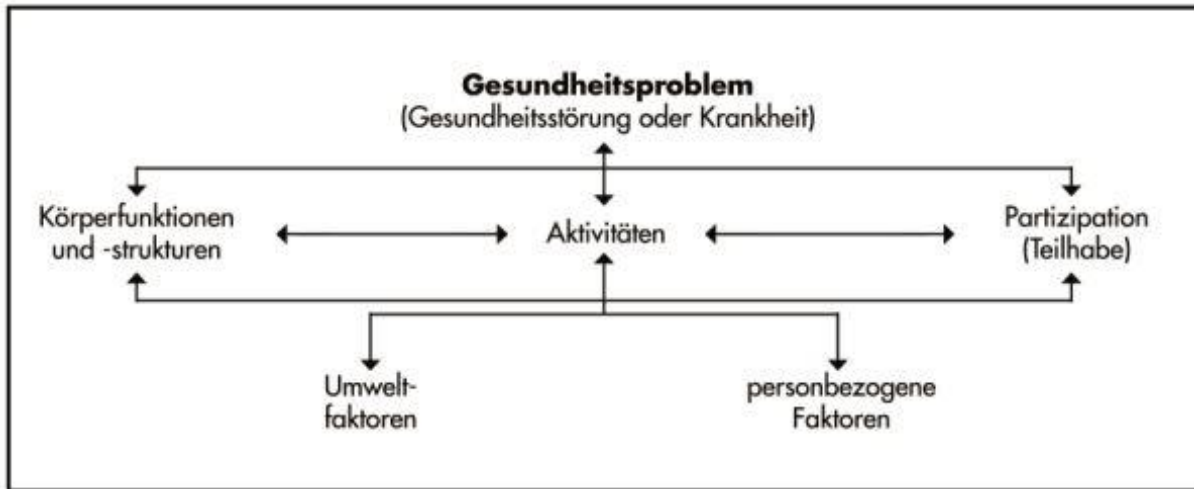
3.4.1 Rehabilitation unter dem Aspekt des biopsychosozialen Modells der WHO

Krankheitsbilder werden nach WHO seit 1989 nach der ICD-10-Klassifikation (International Classification of Disease) eingeordnet. Diese Klassifizierung beschränkt sich jedoch allein auf die medizinische Einordnung einer Diagnose, unabhängig von daraus resultierenden Beeinträchtigungen im Alltag und im Berufsleben. Ob eine Diagnose überhaupt eine Schädigung nach sich zieht und wie unterschiedlich diese bei verschiedenen Menschen zu Einschränkungen führt, bildet die Grundlage für die Entwicklung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-International Classification of Functioning).

Die ICF, im Jahr 2001 von der WHO eingeführt, betrachtet den Menschen somit unter biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten. Es beschäftigt sich mit der Frage, was ein Gesundheitsproblem im Leben einer Person ausmacht und durch welche Faktoren dies beeinflusst wird.

Dieser als bio-psycho-soziale Modell der WHO bekannte Ansatz beschreibt ausgehend von einer Definition der Gesundheit als "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens" ein gesundheitliches Problem, das in Zusammenhang mit körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen die Möglichkeiten zur Umsetzung von Aktivitäten und zur aktiven Teilhabe am Leben beeinträchtigen kann. Ob und in welchem Umfang eine funktionale Beeinträchtigung ein selbstbestimmtes und im Sinne der Definition der WHO „gesundes“ Leben erschwert, wird jedoch auch von Kontextfaktoren beeinflusst. So kann die Wohnsituation beispielsweise ein entscheidender Faktor dafür sein, wie stark ein Mensch mit Mobilitätseinschränkungen in soziale Aktivitäten eingebunden ist.

Zugleich ist eine barrierefreie Umgebung selbstverständlich kein Garant für die selbstbestimmte Teilhabe, die hängt von vielfältigen Faktoren wie denen der Persönlichkeit, von Einstellungen, sozialen Kompetenzen und mehr ab.



Das bio-psycho-soziale Modell der WHO

3.4.2 Definitionen der Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der ICF

Am Anfang der Rehabilitationsmaßnahme steht die Definition der individuellen Rehabilitationsziele. Dies erfolgt auf Grundlage der erhobenen Befunde und Sichtung der aktuellen medizinischen Akte im Rahmen der Aufnahmediagnostik. Unter Berücksichtigung der sozialen Faktoren wie Arbeits- und Wohnsituation sowie der individuellen Anforderungen im Berufs- und Alltagsleben wird der individuelle Therapieplan erstellt, um den Rehabilitanden optimal auf die postrehabilitativen Aufgaben vorzubereiten.

Der ganzheitliche Therapieansatz im professionsübergreifenden Team in der Fachklinik Wolletzsee zielt auf eine breite Behandlung des Rehabilitanden ab. Nachfolgend werden die sich ergänzenden Aspekte aufgeführt. Diese fließen, für jeden Rehabilitanden unterschiedlich gewichtet, unter Berücksichtigung der Reha-Therapiestandards (RTS) in die Therapieplanung ein.

Parameter der Grunderkrankung

- Besserung der durch die neurologische Erkrankung verursachten Funktionsstörungen (Lähmungen, Wahrnehmungsstörungen, Gangstörungen, Störungen der Kommunikationsfähigkeit, Störungen der kognitiven Funktionen),
- Besserung von Schmerzsyndromen
- Besserung der psychophysischen Belastbarkeit

Edukative Parameter

- Information und Aufklärung über die Grunderkrankung
- Entwicklung von Nachsorgestrategien
- Aufklärung über Risikoverhalten und Risikovermeidung (Ernährung, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Blutzucker, Blutfette, Blutdruck, BMI, körperliche Inaktivität)
- Erlernen therapieunterstützender Fähigkeiten (z. B. Gewichtskontrolle, Insulinverabreichung, INR-Selbstmanagement)

Psychosoziale Parameter

- Entwicklung von Strategien zur Krankheitsbewältigung,
- Beendigung von Risikoverhalten,
- Überwindung der Folgen eines operativen Eingriffs
- Optimierung und Neuorientierung der Wahrnehmung von Körperbild, Leistungsfähigkeit und krankheitsbedingten Einschränkungen
- Einleitung oder Durchführung von speziellen Maßnahmen zur Optimierung der Teilhabe am Arbeitsleben und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit
- Einleitung oder Durchführung individueller Maßnahmen zur Optimierung der Teilhabe an der Gesellschaft

Parameter unabhängig von Grunderkrankung

- Erkennung und Behandlung allgemeiner körperlicher Störungen und anderer Erkrankungen,
- Allgemeine Funktionsverbesserung und Beschwerdelinderung, Behandlung von anderen psychosozialen Störungen oder Erkrankungen,
- Grunderkrankungsunabhängige Stabilisierung und Verbesserung des Allgemeinbefindens

3.5 Phasenmodell der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation

Aufgrund der Besonderheiten der neurologischen Rehabilitation mit schwieriger Abgrenzung zur Akutbehandlung wurde vom Verband der Rentenversicherungsträger ein „Phasenmodell“ entwickelt (1994), welches von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) übernommen wurde.

Hier werden abhängig vom Zustand des Patienten und den daraus resultierenden Behandlungsnotwendigkeiten unterschiedliche Phasen definiert. Patienten müssen nicht alle Phasen durchlaufen, können diese ggf. überspringen oder auch in einer Phase verbleiben. Auch eine „Intervallbehandlung“ – also eine Unterbrechung der Kette und spätere Fortsetzung kann erfolgen.

Die Phasen gestalten sich folgendermaßen:

Phase A - Akutbehandlung

Phase A beschreibt die Akutbehandlung auf einer Intensivstation oder Normalstation eines Akutkrankenhauses. Anschließend kann der Patient in die Rehabilitation „eingeschleust“ werden. Je nach Zustand des Patienten sind hierfür verschiedene Phasen zu unterscheiden. Operationalisiert wird der Zustand zumeist mit Barthel-Index, Früh-Reha-Barthel-Index oder FIM.

Phase B – eigentliche Frührehabilitation

Patientenkriterien:

- alle schweren neurologischen Erkrankungen mit komplexem neurologischen Störungsbild und kombinierten Funktionseinschränkungen (schweren Lähmungen, Sprach- und Schluckstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Orientierungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, psychopathologischen Veränderungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie fehlender Kontrolle über die Ausscheidung)
- qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten
- Patienten mit eingeschränkter oder fehlender Fähigkeit zur kooperativen Mitarbeit
- schwere Pflegebedürftigkeit in den ATL, alle pflegerischen Handlungen müssen i. d. R. komplett übernommen werden. (Barthel Index bei Aufnahme unter 30 Punkte)
- intrakranielle Druckverhältnisse stabil, Herzkreislauf und Atmungsfunktionen im Liegen stabil, nicht beatmungspflichtig, keine Sepsis, primäre Akutversorgung abgeschlossen.
- intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten werden vorgehalten.

Rehabilitationsziele:

- den Patienten in das „bewusste Leben“ zurückholen
- Kooperationsfähigkeit für eine aktive Mitarbeit des Patienten herstellen

Ende der Phase B:

- Übergang in Phase C
- Übergang in die Dauerpflege (Phase F)

Phase C – postprimäre oder weiterführende Rehabilitation

Patientenkriterien:

- überwiegend bewusstseinsklare Patienten
- Kooperationsfähigkeit und Mitarbeit besteht für mehrere Therapiemaßnahmen am Tag
- der Patient ist bei vielen Dingen des alltäglichen Lebens (ATL) auf pflegerische Hilfe angewiesen, Barthelindex in der Regel 30-65 Punkte
- Begleiterkrankungen müssen unter Kontrolle sein und dürfen die Mobilisierung nicht behindern

Rehabilitationsziele:

- Selbstständigkeit in den ATL – ggf. Teilselbstständigkeit
- Rehabilitation vor Pflege
- Wiederherstellung von grundlegenden motorischen und neuropsychologischen Funktionen
- weitere Motivation zum Lernen

Ende der Phase C:

- Übergang in Phase D
- Übergang in ambulante häusliche Nachsorge
- Übergang in Phase F (Dauerpflege)

Phase D – Anschlussheilbehandlung

Patientenkriterien:

- Patienten in den ATL weitgehend selbständig, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln, Selbständig auf Station, nicht mehr oder nur noch in geringem Maße auf Pflege angewiesen
- Patienten sind kooperationsfähig und bereit, aktiv an ihrer Rehabilitation mitzuarbeiten

Rehabilitationsziele:

- GRV: Teilhabe am Arbeitsleben, Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit
- GKV: Verhinderung oder Minderung krankheitsbedingter Behinderungen, Teilhabe am sozialen Leben (Familie, Gesellschaft)

Durchführung:

- stationär
- ambulant

Ende der Phase D:

- berufliche Rehabilitationsmaßnahme
- Übergang in Phase E (ambulante Nachsorge)

Phase F

Patientenkriterien:

- Patienten mit fehlenden Rehabilitationsfortschritten aus den Phasen B und C (vorübergehend oder dauerhaft)
- es besteht Pflegebedürftigkeit, Eingliederung in die Pflegegrade 1 bis 5

Pflegeziele:

- Erhalt des bis dahin erreichten funktionellen Zustandes
- Vermeidung von Sekundär- und Tertiärkomplikationen
- Verschlechterungstendenzen müssen erfasst werden, um ggf. eine erneute Rehabilitation bei positiver Prognose zu veranlassen

3.6 Gesetzliche Grundlagen

Anschlussrehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

Die meisten gesetzlichen Krankenkassenverbände haben eigene Regelungen für neurologische/neurochirurgische Krankheitsbilder geschaffen. Wesentliche Grundlage ist das Phasenmodell. Größtenteils wird die Anschlussrehabilitation über eigene Servicestellen organisiert. Die Akuthäuser senden einen Antrag an die entsprechenden Stellen der GKV. Dort wird häufig in Verbindung mit dem Medizinischen Dienst (MD) entschieden, ob Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose gegeben sind. Meist übernehmen diese Servicestellen dann auch die Steuerung, welche Klinik infrage kommt. Nach SGB IX sollen hierbei Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. In der Regel werden Zeiträume für 3 Wochen bewilligt. Falls dieser Zeitraum nicht ausreicht, muss von der Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig eine Verlängerung beantragt werden (insbesondere in den Phasen B und C).

AHB-Verfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung:

Die Anschlussheilbehandlung stellt ein besonders schnelles Verfahren für Rehabilitationsleistungen der GRV dar. Folgende Voraussetzungen müssen gegeben sein:

- Der Patient muss in der Lage sein „ohne Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen“. Als Sonderfälle gelten „Rückbildungstendenzen der neurologischen Ausfälle, Gehen mit Hilfsmittel, hinreichende Orientierung, Kooperationsfähigkeit und –bereitschaft“.
- Ausschlusskriterien sind Pflegefall, Mastdarminkontinenz, Verwirrtheitszustände mit Hinlaufauftendenz.
- Die Behandlungsdiagnose muss in der AHB-Indikationsliste aufgeführt sein. Die Aufnahme in der AHB-Einrichtung sollte binnen 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung erfolgen.
- Der Patient muss gleichzeitig Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sein.

GM (Anschlussgesundheitsmaßnahme)/Eil-HV (Heilverfahren):

Sind die Gegebenheiten für eine AHB nicht erfüllt, kann entweder vom Klinikarzt oder vom Hausarzt bzw. Facharzt zusammen mit dem Patienten ein „Eil-Heilverfahren“ beantragt werden. Eine positive Erwerbsprognose muss gegeben sein. Seit Inkrafttreten des SGB IX können diese Maßnahmen auch direkt aus der ambulanten Krankenbehandlung eingeleitet werden.

Heilverfahren der GKV:

Diese können vom behandelnden Arzt aus der ambulanten Versorgung heraus im Auftrag des Patienten verordnet werden, sie müssen entsprechend begründet werden. Maßnahmen können auch unter dem Aspekt „Reha vor Pflege“ vom MD im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz eingeleitet werden.



Heilverfahren der GRV:

Jedes medizinische Heilverfahren muss vom Patienten auf dem jeweiligen Formular beantragt werden. Eine Stellungnahme des behandelnden Arztes muss beigefügt sein. Je nach Rentenversicherung erfolgt dann noch eine Begutachtung durch den sozialmedizinischen Dienst oder ermächtigte niedergelassene Ärzte. Eine Wiederholungsmaßnahme ist in der Regel nicht vor Ablauf von 4 Jahren möglich, es sei denn medizinische Erfordernisse machen dies nötig. Die Verweildauer beträgt per Gesetz 3 Wochen. Verlängerungen aus medizinischer Sicht sind möglich.

3.7 Das Leitbild der Neurologischen Abteilung der GLG Fachklinik Wolletzsee

Den Kern unseres therapeutischen Handelns bildet ein ganzheitlich verstandenes verhaltensmedizinisches Behandlungsmodell. Wir sehen Erkrankungen als Folge des Zusammenwirkens von organischen, psychischen und sozialen Faktoren. Der Komplexität neurologischer Krankheitsbilder entsprechen unsere ganzheitlichen Therapieansätze und unsere interdisziplinären Arbeitsformen.

Verhaltenstherapie und verhaltensmedizinische Ansätze überwinden nicht nur Beschwerden und Krankheitsfolgen, sie befähigen auch zum Abbau chronischen Krankheitsverhaltens, zum Aufbau neuer positiver Verhaltensmuster und zur Reintegration in Beruf und Gesellschaft. Wir sichern daher unseren Patienten die jeweils bestmögliche Behandlung und erfüllen optimal die Behandlungsaufträge der Kosten- und Leistungsträger.

In unserer Abteilung bilden qualifizierte Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen multiprofessionelle Behandlungsteams, welche die Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung sowie deren Umsetzung in den Behandlungsprozess gemeinsam gestalten. Durch effiziente Formen interdisziplinärer Kooperation machen wir die gesamten, in den Teams vorhandenen Erfahrungen und Kenntnisse für die Behandlung nutzbar.

- Unsere Behandlungsgrundsätze gehen vom mündigen und mitverantwortlichen Rehabilitand/ Patienten aus.
- Unser Ziel ist der informierte und selbstverantwortliche Rehabilitand/ Patient, der zum Experten für die eigene Gesundheit wird.
- Wir helfen unseren Rehabilitanden/ Patienten ihre Störungsbilder und Beeinträchtigungen sowie deren Entstehung zu verstehen.
- Wir unterstützen Eigeninitiative und Selbstverantwortung, fordern und fördern die Mitwirkung von Rehabilitanden/ Patienten und geben ihnen Hilfe zur Selbsthilfe.
- So erreichen wir gemeinsam das Ziel, unsere Rehabilitanden/ Patienten zu einem gesunden und zufriedenen Leben zu befähigen.
- Alle unsere Beziehungen im komplexen Umfeld des Gesundheitswesens sehen wir sowohl als Interessenspartner- als auch Kundenbeziehungen. An erster Stelle stehen hier natürlich unsere Rehabilitanden/ Patienten. Weitere wesentliche Kunden sind die beauftragenden Kosten- und Leistungsträger, Ärzte, Therapeuten, Berater und Krankenhäuser.

- Als marktorientiertes Unternehmen nehmen wir unsere Aufträge sehr ernst und erfüllen sie bestmöglich.
- Unsere Mitarbeiter mit ihren Erfahrungen, Kenntnissen und Fähigkeiten sind unser wichtigstes Kapital. Wir bauen auf selbstbewusste und in ihrer fachlichen Kompetenz überzeugende Mitarbeiter. Sie erfahren Wertschätzung und Respekt durch Delegation von Verantwortung zur eigenständigen Erfüllung ihrer Aufgaben.
- Unsere Rehabilitanden/ Patienten werden in den Therapieprozess aktiv miteinbezogen. Behandlungsziele und Behandlungsschritte werden dabei gemeinsam erarbeitet und umgesetzt. Dabei stellen wir unser gesamtes Fachwissen, unsere Erfahrung und Kenntnisse zur Verfügung, um im Behandlungsverlauf das Erreichen der Ziele optimal zu gewährleisten.

3.8 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Orientierung an Reha-Therapiestandards (RTS) der DRV und KTL-Vorgaben

Die RTS der Deutschen Rentenversicherung sind für 9 Indikationen formuliert. Bei den kardiovaskulären Diagnosen sind Standards für den Schlaganfall-Phase D und die koronare Herzkrankheit ausgearbeitet.

Die Reha-Therapiestandards bei Schlaganfällen werden umgesetzt in 17 evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) mit den Inhalten:

Bewegungstherapie, Alltagstraining, arbeitsbezogene Therapie, kognitive Therapie, Therapie kommunikativer Störungen, Physikalische Therapie zur Behandlung von Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, Patientenschulung Schlaganfall, Ernährungsschulung theoretisch und praktisch, psychologische Beratung und Therapie inklusive Krankheitsbewältigung, Entspannungstraining, Tabakentwöhnung, Sozial- und sozialrechtliche Beratung, Unterstützung der beruflichen Integration und Nachsorge und soziale Integration.

Die Ausgestaltung der ETMs erfolgt in KTL-Leistungseinheiten (Klassifikation therapeutischer Leistungen).

Die Fachklinik Wolletzsee orientiert sich bei der Therapieplanung und Umsetzung der therapeutischen Leistungen strikt an den Therapiestandards der DRV.

Bei Indikationen bzw. Diagnosen, für die keine Reha-Therapie-Standards formuliert sind, orientiert sich die Therapie individuell an den Bedürfnissen der Rehabilitanden unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes und den Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften.

3.9 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

Die stationäre Rehabilitationsdauer beträgt in der Regel bei den Krankenkassen 3 Wochen und der Rentenversicherung 4 Wochen. Eine Verlängerung des Aufenthaltes und der Rehabilitationsleistung kann erfolgen, wenn sie aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Dies wird im Einzelfall mit dem jeweiligen Kostenträger abgestimmt. Gründe liegen vor, wenn das Rehabilitationsergebnis noch nicht erreicht oder gefährdet und eine ambulante Fortsetzung der Maßnahme nicht möglich ist.

Bei einigen Rehabilitanden muss die Maßnahme aufgrund einer akuten Verschlechterung des Krankheitsbildes oder des Allgemeinzustandes zugunsten einer akutmedizinischen

Behandlung unterbrochen und ggf. anschließend fortgesetzt werden. Stationäre Aufenthalte in Akutkliniken, die mehr als fünf Tage in Anspruch nehmen, führen zum Abbruch der stationären Rehabilitationsmaßnahme. In diesen Fällen wird ggf. das komplette Antragsverfahren wiederholt.

4. Rehabilitationsablauf und -inhalte

4.1 Aufnahmeverfahren

Die Patientenaufnahme der GLG-Fachklinik Wolletzsee nimmt die Anträge zur stationären Rehabilitation mit der Kostenzusage durch den Kostenträger entgegen und leitet sie dem Chefarzt der Abteilung zur Prüfung weiter. Werden Rehabilitations-Indikation und Vollständigkeit der Dokumente bestätigt, erfolgt die Terminvereinbarung telefonisch und/oder schriftlich zur stationären Aufnahme über die Patientenaufnahme.

Am Tag der Ankunft in der Fachklinik Wolletzsee erfolgen ein ärztliches Aufnahmegespräch (Anamnese) einschließlich Sichtung der vorliegenden Unterlagen und eine körperliche Untersuchung durch den zuständigen Stationsarzt. Die medikamentöse Therapie wird überprüft und für den stationären Aufenthalt festgelegt. Die Kostform wird ebenfalls festgesetzt. Bei Bedarf werden sofort notwendige medizinische Maßnahmen eingeleitet. Dies erfolgt fachärztlich oder unter Supervision. Der Rehabilitand erhält einen in der Klinik erarbeiteten Selbstauskunftsbogen mit Fragen zum beruflichen Werdegang, zu den jeweiligen Anforderungen und Aufgaben am Arbeitsplatz und der individuellen Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit in Hinblick auf die durch die Erkrankung gegebenen Einschränkungen.

Der Rehabilitand wird spätestens am Morgen des Folgetages dem zuständigen Facharzt vorgestellt um Krankheitsbild, funktionelle Einschränkungen und Rehabilitationsziele zu evaluieren und ggf. anzupassen. Besondere Schwerpunkte der Anamneseerhebungen sind die beruflichen Aspekte: Schulbildung, Berufsausbildung und beruflicher Werdegang sowie die Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes und hierbei bestehenden Einschränkungen sowie positiver und negativer Kontextfaktoren, der ausgefüllte Selbstauskunftsbogen fließt in das Aufnahmegespräch mit ein. Vorhandene Hilfsmittel, Arbeitszeitorganisation, Arbeitsschwere und die eigenen Vorstellungen bezüglich der

weiteren beruflichen Tätigkeit in Bezug auf die Erkrankung werden abgefragt und bilden eine Grundlage für die Planung des Rehabilitationsverlaufes.

Weiterhin bilden bei allen Rehabilitanden die sozialmedizinischen Kontextfaktoren einen wesentlichen Bestandteil der Anamnese: häusliche Gegebenheiten, familiäres Umfeld, Unterstützung durch andere, Freizeitverhalten inklusive Fahrtätigkeit, Freizeitgestaltung und Hobbys, Schwerbehinderungsgrad, Pflegegrad, Unterstützung durch externe Dienste, Vorsorgevollmacht, Betreuung oder Patientenverfügung.

Bereits im Aufnahmegespräch werden die Erwartungen und Wünsche des Rehabilitanden an die Rehabilitation erhoben. Gemeinsam mit ihm werden Rehabilitationsziele erarbeitet und die notwendigen Therapien erörtert. Der aufnehmende Arzt füllt dann den Verordnungsbogen aus, welcher am Aufnahmetag den jeweiligen therapeutischen Bereichen zukommt. Der Verordnungsbogen hat die Ziele des Rehabilitanden selbst sowie seine Belastbarkeit zu berücksichtigen. Es sollen beispielsweise entsprechende Pausen eingeplant werden, andererseits eine Unterforderung vermieden werden.

Vom Pflegepersonal erhält der Rehabilitand in einem individuellen Gespräch die ersten Hinweise für den stationären Aufenthalt. Im Rahmen des Gesprächs mit den Pflegekräften erfolgt die Ersteinweisung in die organisatorischen Abläufe und ggf. die erste Blutentnahme. Falls indiziert, wird die erste Wundvisite mit fotografischer Dokumentation und Erstellung eines Wundplanes unter Supervision der Ärzte sowie die erste Festlegung der notwendigen Wundvisiten durchgeführt. Eine Skala zum Sturzrisiko wird vom Pflegepersonal ausgefüllt.

Sollte der Rehabilitand aufgrund einer Einschränkung oder Behinderung nicht mit den Räumlichkeiten zurechtkommen bzw. die Phasenzuordnung C/D nicht angemessen sein wird gemeinsam mit dem zuständigen Arzt/Oberarzt eine alternative Unterbringung im Haus organisiert und die Phasenzuordnung anhand des FR-Barthel-Index überprüft.

Am Aufnahmetag oder am folgenden Tag (abhängig vom Zeitpunkt der Anreise) erfolgt eine vom aufnehmenden Arzt geplante Blutuntersuchung, hier gibt es standardisierte Protokolle entsprechen des Krankheitsbildes (beispielsweise Schlaganfall), individuelle Werte müssen separat angesetzt werden. Die Bereiche Physiotherapie und Ergotherapie sichten dann ebenfalls den Rehabilitanden und bei Bedarf werden die Bereiche wie Sprachtherapie (z.B. bei schwerwiegender Aphasie oder Schluckstörung) und Neuropsychologie (im Vordergrund stehende kognitive oder neurovisuelle Störung) ebenfalls bereits involviert. Alle Rehabilitanden erhalten am Aufnahmetag ebenfalls ein Ruhe-EKG und ein Blutdrucktagesprofil.

Aus der Vielzahl der neurologischen Beeinträchtigungen ergibt sich die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit der verschiedenen therapeutisch wirkenden Berufsgruppen, dem Pflegedienst, den Ärzten und dem Verwaltungsbereich. Die Koordination und Zusammenarbeit erfolgt im neurologischen Rehabilitationsteam. Wesentlich bei der Teamkooperation ist der wechselseitige Informationsaustausch, wobei gegenseitiges

Verständnis und detaillierte Kenntnisse über die einzelnen Disziplinen notwendig sind. Alle Therapeuten und Mitarbeiter müssen im Hinblick auf die Erreichung der angestrebten Rehabilitationsziele synergistisch im Sinne des Rehabilitanden vorgehen.

Jeder Rehabilitand wird im „Mittagsteam“ vorgestellt (12.00 Uhr, Folgetag).

Hier sind aus jeder Therapeutengruppe mindestens ein Vertreter sowie alle Ärzte der Abteilung vertreten. Es erfolgt die Darstellung des Krankheitsbildes und des bisherigen Verlaufes, die Beschreibung der resultierenden individuellen Funktions- und Fähigkeitsstörungen, die Prioritätenzuordnung der verschiedenen Therapien sowie die Festlegung der kurz- und längerfristigen Rehabilitationsziele. Alle beteiligten Berufsgruppen sind somit an der Therapieplanung beteiligt. Das Team wird vom Chefarzt oder der/dem Oberärztin/Oberarzt geleitet. Entscheidend für den Therapieplan ist die Einschätzung des Arztes und der jeweiligen therapeutischen Bereiche. Physiotherapie und Ergotherapie haben zu diesem Zeitpunkt die Rehabilitanden bereits gesichtet. Jede Berufsgruppe ist der Spezialist für ihren eigenen Bereich und entscheidend ist die gleichberechtigte Diskussion mit allen beteiligten Berufsgruppen.

Weiterhin werden im Mittagsteam anstehende aktuelle Probleme bereits aufgenommener Rehabilitanden besprochen (medizinische Komplikationen, Verlegung in ein anderes Haus oder auf die Wachstation usw.).

Durch die Patientenbetreuerin werden nachmittags den mobilen Rehabilitanden die Räumlichkeiten der Klinik bei einem Rundgang gezeigt und offene Fragen zum Aufenthalt in der Klinik beantwortet. Der Therapiebeginn erfolgt spätestens am darauffolgenden Tag.

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die initiale Diagnostik erfasst die ärztliche Anamneseerhebung, den neurologischen und allgemeinen körperlichen Untersuchungsbefund, die pflegerische Anamnese ermittelt den Pflege- und Hilfsbedarf mit ggf. Wundvisite, Erhebung des Sturzrisikos, Hilfsmittelbedarf, Schmerzanamnese, usw..

Die jeweiligen am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen haben entweder allgemeine Befunderhebungsbögen (Ergotherapie, Physiotherapie) oder funktionsspezifische Erhebungsverfahren (beispielsweise bei Schluckstörungen oder Aphasien in der Sprachtherapie) oder bei kognitiven Störungen in der Neuropsychologie. Jeder Bereich erstellt einen Aufnahme- und Entlassbefund, der letztlich in die Beurteilung des Rehabilitationsprozesses im ärztlichen Entlassbericht mit eingeht.

4.3 Interdisziplinäre Teams

Die Ergebnisse und Inhalte der jeweiligen Organisationsbesprechungen werden protokolliert und sind den Mitarbeitern frei zugänglich. Transparenz ist für uns ein wichtiger Faktor in der Zusammenarbeit. Im nachfolgenden werden die Teams die in der Fachklinik Wolletzsee stattfinden näher erläutert.

Das Patientenbezogene Team

Im Therapieverlauf finden wöchentlich patientenbezogene Teamsitzungen der stationsbezogenen Rehabilitationsteams unter Leitung des behandelnden Arztes statt. Ziele dieser Besprechungen ist es, die Rehabilitationsfortschritte der Rehabilitanden zu evaluieren, die Arbeit der einzelnen Berufsgruppen zu koordinieren, Therapieziele und Therapieinhalte zu modifizieren sowie aktuelle Probleme der Rehabilitanden zu besprechen.

Die zu besprechenden Rehabilitanden werden über einen Aushang in der Poststelle der Klinik spätestens einen Tag vorher benannt. Anwesend sind die betreuenden Therapeuten, die Krankenpflege sowie die betreuenden Ärzte. Die Auswahl der Rehabilitanden erfolgt spätestens in der zweiten Aufenthaltswoche oder bei aktuellem Bedarf durch Anregung der Therapeuten, der Pflege oder des Arztes. Funktionsdefizite, welche zum Teil aus der aktuellen Erkrankung, zum Teil aber auch aus vorbestehenden Einschränkungen bestehen, werden oft erst im Rahmen der Therapien erkannt.

Zugrunde liegende Eigenschaften, wie Motivation und Geschwindigkeiten des Lernens werden häufig ebenfalls erst im therapeutischen Prozess erfahren und untermauern die Bedeutung der Therapeuten in der Therapieplanung und Zielsetzung. Somit besteht hier die institutionalisierte Möglichkeit, anzusteuern Ziele zu korrigieren bzw. neu festzulegen.

Hauptaugenmerk gilt neben dem aktuellen Rehabilitationsprozess der sozialmedizinischen Bewertung. Es stellen sich folgende Fragen:

Ist eine Änderung im wohnlichen Umfeld erforderlich? Muss eine Betreuung organisiert werden und kommt der Rehabilitand eigenverantwortlich mit den postrehabilitativen Gegebenheiten zurecht? Was muss seitens des Sozialdienstes in der Nachsorge organisiert werden und wie sehen die funktionellen Einschränkungen in Bezug auf die berufliche Situation aus? Müssen die Therapien eventuell auf spezielle Inhalte des Berufsbildes angepasst werden? Kann der Rehabilitand seine Arbeit wieder aufnehmen und welche weitere Rekonvaleszenzzeit wird erforderlich und empfohlen? Wird eine Arbeitsplatzanpassung erforderlich? Ist der zeitliche Umfang der Arbeitszeit vertretbar? Werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich? Werden weitere ambulante Therapien notwendig oder ist von einer negativen Erwerbsprognose auszugehen mit den daraus resultierenden folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

Auf einem eigens dafür vorgesehenen Dokumentationsbogen werden die Ergebnisse dokumentiert und die Planung der weiteren rehabilitativen Konsequenzen vorgemerkt.

Abteilungsbesprechung

Diese findet einmal wöchentlich statt, es nehmen alle Ärzte sowie die Bereichsleiter und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen teil. Es geht hier um organisatorische Probleme der Arbeitsabläufe zwischen den Berufsgruppen, Therapieorganisation an Feiertagen, Fortbildungsplanung, Urlaubsplanung, Probleme innerhalb der einzelnen Berufsgruppen, Probleme zwischen den Berufsgruppen, Mitarbeiterzufriedenheit usw..

Des Weiteren erfolgen hier die hausinterne Mitarbeiterinformation, die Informationen über die Besprechungen der Geschäftsleitung, der kommunikative Austausch von Verbesserungsvorschlägen und die Planung von längerfristigen Maßnahmen, die kritische Auswertung von eventuellen Rehabilitandenbeschwerden sowie alle weiteren Inhalte des Qualitätsmanagements.

Leitungskonferenz (LEIKO)

Wöchentlich findet eine Besprechung der Klinikleitung (Chefärzte beider Abteilungen, Oberärztinnen, Verwaltungsdirektorin, Qualitätsmanagementbeauftragte Oberärztin sowie Pflegedienstleiterin) zur Abstimmung der grundlegenden Strategie- und Maßnahmenplanung statt. Abhängig von der aktuellen Situation werden Mitarbeiter weiterer Berufsgruppen, welche mit der gegebenen Fragestellung betraut sind, eingeladen. Die Ergebnisse der Leitungskonferenz werden in den jeweiligen Abteilungsbesprechungen kommuniziert.

Klausurtagung

Ein- oder zweimal pro Jahr findet extern eine Klausurtagung statt, um die Entwicklung der Klinik und Zukunftsplanung abzusprechen, Zeitpläne aufzustellen und eine Gewichtung der durchzuführenden organisatorischen Maßnahmen festzulegen. Hier nehmen die Mitglieder der Klinikleitung sowie die leitenden Mitarbeiter beider Fachabteilungen teil. Berichte aus allen therapeutischen Bereichen sind ein grundlegender Bestandteil der Tagungen genauso wie die aktuelle wirtschaftliche Lage der Klinik.

4.4 Ärztliche Aufgaben

4.4.1 Rehabilitandenbetreuung

Der betreuende Stationsarzt nimmt den Rehabilitanden am Anreisetag auf und plant mit ihm zusammen den Rehabilitationsablauf.

Für den Verlauf der gesamten Behandlung besteht eine Arzt-Rehabilitanden-Bindung. Er verordnet die notwendigen Medikamente, die Kostform und die notwendige pflegerische Betreuung. Die verordnete medikamentöse Therapie im Bereich neurologischer Erkrankungen erfolgt nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Die Therapieziele werden im Aufnahmegespräch und im Verlauf während der Visiten gemeinsam mit dem Rehabilitanden festgelegt bzw. modifiziert.

Bestehende Komorbiditäten werden erfasst und dokumentiert, eine hier erforderliche spezielle Diagnostik und Therapie wird mit dem Oberarzt abgestimmt. Eine interdisziplinäre Betreuung durch die kardiologisch/ angiologische Abteilung wird ebenfalls durch den Stationsarzt initiiert. Begleitende Angehörige werden von einem Stationsarzt und dem Pflegepersonal über die Modalitäten der Behandlung informiert.

Am nächsten Morgen oder bei Problemen am Aufnahmetag wird der Rehabilitand dann fachärztlich vorgestellt (Ober- oder Chefarzt), und es werden erneut mit dem Rehabilitanden der Therapieplan, die Rehabilitationsziele sowie bestehende Probleme erörtert.

In diesem Rahmen wird dann auch eine notwendige weitergehende medizinische Diagnostik geplant, um eventuelle Gesundheitsschäden zu diagnostizieren bzw. qualitativ darzustellen. Hierunter fallen die spezifische neurologische Diagnostik sowie die erforderliche Diagnostik aus anderen Fachgebieten bei Komplikationen oder Begleiterkrankungen. Häufig wird auch eine Kooperation mit den ambulant tätigen Ärzten oder Konsiliarärzten erforderlich.

Die Einteilung des Schweregrades sowie die Dokumentation des Krankheitsverlaufes erfolgt neben den im Rehabilitationsverfahren üblichen Skalen wie Barthel- (Kontinenz, Mobilität, Körperversorgung), Frühreha-Barthel-Index (für die Frührehabilitation relevante Items: Schluckstörung, Verhaltens- und Orientierungsstörung, schwere Sprachstörung, absaugpflichtiges Tracheostoma) und erweitertem Barthel-Index für psychosoziale Kompetenzen (Sprache, Verhalten, Problemlösen im Alltag, Gedächtnis).

Weitere genutzte spezifische Skalierungen bezogen auf das jeweilige Krankheitsbild oder die Funktionsstörung sind: EDSS bei Multipler Sklerose, UPDRS-Score bei Morbus Parkinson, Kommunikationsskala nach Goodman und Kaplan bei Aphasien sowie die Ashworth-Spastik-Skala (Bewertung der Tonuserhöhung in 5 Stufen).

Weiterhin ist der Stationsarzt für die Erstellung des Reha-Assessments in der Frührehabilitation zuständig, welches in den ersten 10 Tagen unter Begutachtung der

Erwerbsprognose zu erstellen ist, für die Bearbeitung von Verlängerungsanträgen, die Erstellung von Betreuungsgutachten und letztlich für die zeitnahe Verfassung des ausführlichen Rehabilitationsentlassberichtes nach Vorgabe der GRV und der GKV.

Die Visiten finden einmal pro Woche unter fachärztlicher Supervision statt, die Termine werden den Rehabilitanden im Therapieplan vermittelt und sind für jede Station konstant. Neben medizinischen Fragestellungen werden die Ergebnisse der Teamsitzungen mit dem Rehabilitanden erörtert und seine häusliche Situation mit eventuell erforderlichen Anpassungsvorgängen sowie seine berufliche Perspektive in Hinblick auf die Erkrankung diskutiert. Während der Visite wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden und Pflegepersonal wöchentlich der Barthel-Index erstellt, die Dauer der Rehabilitation und bei weiterem Rehabilitationspotential die Verlängerung der Maßnahme erörtert.

Einmal pro Woche wird eine Kurvenvisite durchgeführt, um die medikamentöse Therapie und erforderliche therapeutische und medizinische Maßnahmen zu überprüfen und anzupassen. Die Rehabilitanden werden zu Beginn der Rehabilitation und im Einführungsseminar darauf hingewiesen, dass bei Bedarf (Wünsche, Sorgen, Fragen, Beschwerden) über das Pflegepersonal ein Kontakt mit dem zuständigen Arzt/Oberarzt hergestellt werden kann. Um die Erreichbarkeit des Stationsarztes zu gewährleisten, ist jeder Arzt mit einem Mobiltelefon ausgerüstet.

Der Arzt begleitet den Rehabilitanden mit Empathie, Information und Beratung durch den Rehabilitationsprozess. Dabei ist das Erfragen des Befindens ebenso wichtig wie die Überprüfung der Wirksamkeit der durchgeführten medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungen, die Feststellung der gemachten Fortschritte und die Kontrolle der Therapiepläne.

Der aufgestellte Therapieplan kann auch im Verlauf entsprechend der Belastbarkeit des Rehabilitanden und Wirksamkeit der Therapieverfahren nach Rücksprache in den Visiten und wöchentlich stattfindenden Stationsteams modifiziert werden.

Der Rehabilitand hat die Möglichkeit, seine persönlichen Themen, Wünsche und Sorgen mit dem Arzt zu besprechen. Die Krankheitsbegleitung trägt wesentlich zur Vermittlung eines adäquaten Störungsmodells, zum Abbau von Ängsten und persönlichen Einschränkungen sowie die Entwicklung einer aktiven Bewältigungsstrategie bei.

Zur Diagnostik von Körperschädigungen und Funktionsstörungen können die oben aufgeführten apparativen Untersuchungen in der Klinik durchgeführt werden. Der behandelnde Arzt ist für die Organisation des therapeutischen Teams zuständig und federführend in der Leitung der Teamsitzungen.

Wundvisiten erfolgen gemeinsam mit der Wundschwester, die Hilfsmittelversorgung erfolgt durch den behandelnden Arzt nach Rücksprache mit den jeweiligen therapeutischen Bereichen.

Zum Ende des Rehabilitationsprozesses erfolgt eine Abschlussuntersuchung und das Abschlussgespräch mit Erörterung der erreichten Therapieziele und der weiter notwendigen therapeutischen und sozialen Maßnahmen, der Diskussion der beruflichen Leistungsfähigkeit und den Möglichkeiten der Wiederaufnahme der Tätigkeit aber auch weiterer erforderlicher Maßnahmen die das Berufsleben oder das Alltagsleben betreffen. Die erforderlichen Medikamente werden abschließend mit den Rehabilitanden erörtert und seine Eigenverantwortlichkeit bezüglich seines Gesundheitszustandes betont.

4.4.2 Notfallmanagement

Für akute Komplikationen steht die Wachstation zur Verfügung. Hier kann ein entsprechendes Monitoring der wesentlichen Herz-Kreislauf-Parameter (EKG, RR, O₂-Sättigung) erfolgen, ggf. auch die notfallmäßige kurzfristige Beatmung. Die Station wird in enger Zusammenarbeit primär von der kardiologischen Abteilung betreut.

Rehabilitanden mit schwerwiegenden Komplikationen oder solche, welche einer intensivmedizinischen Therapie bedürfen, werden je nach Indikation in das Krankenhaus Angermünde, Martin-Gropius-Krankenhaus Eberswalde, Werner-Forßmann-Krankenhaus Eberswalde oder dem Klinikum Uckermark Schwedt verlegt. Ggf. erfolgt auch die Rückverlegung in das einweisende Krankenhaus – jeweils abhängig vom aufgetretenen Störungsbild und den erforderlichen medizinischen Gegebenheiten.

Im Tagesdienst existiert festgehalten im Dienstplan weiterhin ein Notfallteam, bestehend aus jeweils einem Arzt jeder Abteilung sowie Pflegemitarbeiter der Wachstation. Wird im Haus ein spezieller Notruf ausgelöst, eilen diese drei mit Notfalltrage und Notfallkoffer schnellstmöglich zu dem entsprechenden Ort und leiten die Erstversorgung ein und falls notwendig den Transport auf die Wachstation, wo dann die weiteren medizinischen Maßnahmen erfolgen.

In allen therapeutischen Bereichen ist die Notfallnummer hinterlegt und in entsprechenden Schulungen wird das Notfallmanagement regelmäßig kommuniziert. Der diensthabende Arzt ist sowohl tagsüber als auch nachts über eine identische Rufnummer jederzeit erreichbar. Außerhalb der regulären Dienstzeiten ist weiterhin jeweils ein Hintergrunddienst erreichbar (Fachärzte der Abteilungen Neurologie und Kardiologie).

Bei schwerwiegenden Notfällen wird weiterhin ggf. der Notarzt der Region gerufen. Notfälle im Gelände unterliegen ebenfalls dem Notfallmanagement: im Rahmen des Terraintrainings nehmen die entsprechend geschulten Therapeuten sowohl einen Notfallrucksack als auch ein mobiles Defibrilliergerät mit, hier ist bei einem Notfall ggf. ebenfalls der Notarzt zu verständigen.

4.4.3 Internistische Mitbetreuung

Rehabilitanden mit komplizierten internistischen Erkrankungen oder so genannter Doppelindikation (Hirnfarkt nach Herzoperation usw.) werden zeitnah der kardiologischen Abteilung vorgestellt, i. d. R. am Morgen nach der Ankunft im Rahmen der Frühbesprechung beider Abteilungen. Es erfolgt dann beispielsweise im Verlauf die Beurteilung der kardiologischen Belastbarkeit des Rehabilitanden, bzw. eine internistische Konsiliaruntersuchung mit Diagnostik- und Therapieempfehlung.

Entsprechend sind internistische Konsile und Mitbetreuungen während des gesamten Aufenthaltes des Rehabilitanden gewährleistet, bzw. können Rehabilitanden welche dann als „interdisziplinäre Rehabilitanden“ eingestuft werden, an den Therapien der jeweils anderen Abteilungen teilhaben.

Für diese interdisziplinären Rehabilitanden stehen farblich besonders gekennzeichnete Therapiehefte zur Verfügung sowie ein eigens anberaumtes Team einmal pro Woche, an welchem dann jeweils die zuständigen ärztlichen Mitarbeiter beider Abteilungen teilnehmen.

In Hinblick auf die berufliche Leistungsfähigkeit bei Rehabilitanden der GRV erfolgt bei Erfordernis die Beurteilung aus Sicht beider Fachgebiete.

4.4.4 Sozialmedizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung begleitet von Anbeginn den Rehabilitationsprozess. Die Anamneseerhebung beinhaltet bereits alle Aspekte des Berufes, Arbeitsplatzes und die Einschätzung des Rehabilitanden selber bezüglich seiner beruflichen Tätigkeit.

Der Stationsarzt muss die Therapien entsprechend ausrichten, die Ergebnisse der therapeutischen Interventionen der einzelnen Bereiche des Rehabilitationsteams zusammenführen und unter Supervision des Facharztes die sozialmedizinische Beurteilung erstellen. Diese wird dann mit dem Rehabilitanden erörtert und bei Diskrepanzen mit dem Rehabilitanden diskutiert und dokumentiert, bei komplizierten Gegebenheiten erfolgt dies durch den Oberarzt oder Chefarzt.

Die sozialmedizinische Beurteilung ist somit letztlich das Ergebnis der Befunde aus allen therapeutischen Bereichen, zusammengeführt vom ärztlichen Bereich.

4.4.5 Fort- und Weiterbildung

Die internen Weiterbildungsveranstaltungen finden zum einen im ärztlichen Bereich statt, zum anderen im gesamten therapeutischen Team. Jeden Mittwoch nach der ärztlichen Frühbesprechung findet eine halbstündige Fortbildungsveranstaltung im ärztlichen Bereich statt. Federführend sind hier beide Abteilungen abwechselnd. Für die Fortbildungen werden bei der Landesärztekammer Brandenburg Fortbildungspunkte

beantragt. Die Themen umfassen aktuelle medizinische Inhalte aus beiden Bereichen, aber auch sozialmedizinische Themen, Notfallmanagement und Qualitätssicherung. Es werden verschiedene Krankheitsbilder vorgestellt, aktuelle Leitlinien erörtert oder Artikel aus Fachzeitschriften kommuniziert.

Ebenfalls am Mittwoch findet die Klinik-Fortbildung statt. Hier wird zum Anfang des Jahres ein Fortbildungsplan erstellt, der neben medizinischen und therapeutischen Inhalten sämtliche Pflichtschulungen umfasst (beispielsweise Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz, Datenschutz) neue Therapiemethoden und -konzepte vorstellt, interessante Fälle vorstellt, aber auch Selbsterfahrung von Therapien für die Mitarbeiter ermöglicht.

Externe Fortbildungen werden in allen Bereich ermöglicht und gefördert. Im Rahmen der Investitionsplanung werden die anstehenden Fortbildungen unter Zugrundelegung des allen therapeutischen Bereichen zur Verfügung stehenden Fortbildungsbudgets geplant.

Im Vordergrund stehen für die Klinik notwendige Weiterbildungen wie beispielsweise Ausbildungen zur Hygiene, zum Qualitätsmanagement, zur Abteilungsleitung. Die nächste Priorität umfasst Weiterbildungen mit dem Ziel der Therapieoptimierung bzw. –erweiterung (Bobathkurse, Yogaausbildung, Hippotherapie, Musiktherapie und viele andere). Je nach Gewichtung werden die Kosten vollständig, anteilmäßig oder in Form von Fortbildungsurlaub übernommen. Nach Durchführung der Fortbildung wird ein Evaluationsbogen ausgefüllt, um eine Bewertung der Veranstaltung durchzuführen. Das geschieht im Hinblick auf die Teilnahme anderer Mitarbeiter in der Zukunft.

4.5 Behandlungselemente

4.5.1 Berufsgruppen/ therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

Physiotherapie

In der initialen Befunderhebung erfolgt die sensomotorische Funktionsdiagnostik, die Diagnostik der Beeinträchtigungen und Behinderungen und deren Auswirkung auf die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben:

Im Vordergrund der Physiotherapie stehen:

- vor allem Aspekte der Motorik, Bewegungskoordination und Ganganalyse, der Sensibilität und der Wahrnehmung, des Muskeltonus und der trophischen Situation,
- die Erfassung von Schmerzzuständen und deren Bedingtheit durch Störungen sensomotorischer Funktionen oder gestörte Bewegungsabläufe: neurale, arthromuskuläre oder zentrale Schmerzen, Traumata,
- die Beurteilung der Schmerzqualität, der Lokalisation des Schmerzes, Zeitpunkt des Auftretens, verstärkende und reduzierende Faktoren,
- die Erfassung von Störungen der Kognition,

- die Beeinflussung durch neuropsychologische Defizite (beispielsweise Apraxien oder räumliche Wahrnehmungsstörungen),
- die Beeinflussung der Befindlichkeit durch Stimmung und Motivation,
- die Erfassung des Herz-Kreislauf-Trainingszustandes.

Basis ist die Rehabilitandenbeobachtung bzw. die Bewegungsbeobachtung mit den Fragestellungen: „Was kann der Rehabilitand, wie macht er das, bestehen Kompensationsmechanismen? Sowie die Interpretation: „Warum macht er etwas, wie er es macht?“

Neben den allgemeinen Bewegungen, werden unter Einbeziehen des gesamten Körpers aktive Bewegungen beurteilt. Kriterien sind hier das aktive Bewegungsausmaß und der sichere Bewegungsradius, die Kraftprüfung, die Selektivität von Bewegungen und der Bewegungsfluss. Weiterhin der Muskeltonus, Ausgleichsbewegungen, Kompensationsmechanismen, assoziierte Bewegungen, Zielgenauigkeit und Feinmotorik, visuelle Steuerung, Achsenverhältnisse, Gleichgewicht und Einsatz von Schutzreaktionen.

Um Beeinflussbarkeit der Bewegungsabläufe zu beurteilen, erfolgen aktiv-assoziierte Bewegungen, die passive Bewegungsüberprüfung dient der Tonusprüfung und der Prüfung der Gelenkbeweglichkeit.

Für die physiotherapeutische Befunderhebung sind einheitliche Befundbögen in einem Qualitätszirkel ausgearbeitet worden mit Schwerpunktbildung auf den funktionellen Beeinträchtigungen Sitz, Transfer, Stand, Gang. Die Ganganalyse ist im Bereich der Physiotherapie besonders wichtig: werden Hilfsmittel oder Hilfspersonen benötigt und sind diese bereits vorhanden?

Eine wichtige Beurteilung ist auch die Schrittlänge und Spurbreite, der Gangrhythmus und Gehgeschwindigkeit, Hindernisbewältigung, Schutzmechanismen, Richtungswechsel, Gehstrecke sowie die Pausenfrequenz- und -dauer. Aber auch die Beurteilung der Einzelbewegungsaspekte der Stand- und Spielbeinphase inklusive der Beurteilung der Einordnung aller Körperabschnitte zueinander (Armpendeln, Rumpfrotation) und dem Funktionsgebrauch der oberen Extremitäten.

Die Muskelkraftprüfung bei peripheren oder muskulären Schädigungen wird anhand einer normierten Skalierung von 1-5 nach Janda auf einem schematisiertem Körperbild dokumentiert, ebenso Sensibilitätsstörungen, Schmerzen und Tonusveränderungen. Die Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit werden nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert.

Außerdem werden vorhandene oder notwendige Hilfsmittel dokumentiert. Schließlich werden die Therapieziele mit dem Rehabilitanden abgesprochen und ebenfalls auf dem Befunderhebungsbogen dokumentiert.

Auch im Verlauf werden Veränderungen dokumentiert, in den Teamsitzungen der jeweiligen Stationen besprochen und die Ziele ggf. modifiziert. Zum Therapieende erfolgt

eine erneute Befunderhebung unter Bezugnahme des Ausgangsbefundes und Anwendung verschiedener Assessments zur Beurteilung des Rehabilitationsverlaufes.

Dokumentiert werden regelmäßig die Gehstrecke, die erreichte Belastbarkeit auf dem Fahrradergometer oder Laufband sowie der 10 m-Gehtest. Zur Beurteilung der Wegefähigkeit findet weiterhin die Teilnahme am Terraintraining Einsatz, 500 m, 1000 m oder 1500 m jeweils in 30 Minuten.

Die physiotherapeutischen Behandlungsangebote bzw. Bausteine:

- erfolgen auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, PNF, Voijta), als Einzelbehandlung,
- reflektorische Atemtherapie als Einzelbehandlung
- krankengymnastisch geleitete Kleingruppenarbeit zur Stabilisierung der in den Einzeltherapien erworbenen Mobilität und Bewegungsfähigkeit, Gangschule, Gleichgewichtstraining,
- Wirbelsäulengymnastik in der Kleingruppe,
- allgemeine medizinische Trainingstherapie (Stehbrett, Motomed, Laufband, Ergometertraining),
- Sport- und Bewegungstherapie in der Kleingruppe zur Stabilisierung und Verbesserung der körperlichen Fitness und im Rahmen des Gesundheitstrainings zur Sekundärprophylaxe und Steigerung der allgemeinen körperlichen Belastbarkeit (Nordic Walking, Bewegungsbad, Spiele in der Kleingruppe, Terraintraining, Fahrradfahren, Reha-Golf),
- Lokomotionstherapie (Laufband mit Patientenaufhängung zur Gewichtsübernahme zur Gangtherapie bei nichtvorhandener Geh- oder Stehfähigkeit),
- ADL-Training: Transfer (Rollstuhl-Toilette-Bett), Rollstuhltraining,
- in Zusammenarbeit mit Ärzten und Ergotherapeuten: Auswahl, Anpassung und Schulung von Hilfsmitteln,
- Tägliche Lagerung bei schwer betroffenen Patienten in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal,
- Yoga – nach einem ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung des Zusammenspiels von Körper, Geist, Seele und Atem,
- QiGong in der Kleingruppe (Training der Gleichgewichtsfunktion, und der Körperwahrnehmung, Entspannung),
- Hippotherapie – zur Behandlung von spastischen Muskeltonuserhöhungen und zur Stabilisierung der Rumpf- und Beckenmuskulatur durch entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten unserer Klinik auf einem Reiterhof in Angermünde (findet nicht im Winter statt),
- Gangstudio, Gangrehabilitation durch computergestützte Robotik-Verfahren (s. robotikgestützte Therapie in der Ergotherapie)

Wichtig sind jeweils die wiederholte und hochfrequente Therapie sowie eine alltags- und berufsorientierte Übungsauswahl.

Maßnahmen im Bereich der Physikalischen Therapie:

- Massagetherapie (Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Unterwasserdruckmassage, entstauende Lymphdrainage, Reflexzonenmassage),
- Hydro- und Balneotherapie (Wärme- und Kälteanwendungen, medizinische Bädertherapie, Inhalationstherapie, Kneipp'sche Anwendungen,
- Elektrotherapie (schmerzlindernde oder muskelaktivierende elektrotherapeutische Verfahren, transkutane Nervenstimulation),
- Sensibilitätstraining,
- Hydrojet Entspannungsliege,
- Shiatsu-Fingerdruckmassage (Reintegration der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens).

Motorische Rehabilitation:

Hier wird die Bedeutung des interdisziplinären Teams deutlich: Zwar liegt der Schwerpunkt im Bereich der Physiotherapie, jedoch sind Egotherapie, Sprachtherapie, Neuropsychologie, aktivierende Pflege, Sozialdienst, Ernährungsberatung in unterschiedlichem Ausmaß an den unten formulierten Zielen mitbeteiligt.

Indikation:

Hemi-, Para-, Tetraparesen, zentrale Störungen des Bewegungsablaufes (M. Parkinson, Gangstörungen bei SAE, u.a.), Spastik und Rigor, periphere Paresen, Sensibilitätsstörungen, Körperschemastörungen, Wahrnehmungsstörungen (Neglect), Gleichgewichtsstörungen (Ataxien usw.), Apraxien.

Auswirkungen auf den Alltag:

Mobilitätseinschränkung: Unfähigkeit zu Sitzen, Stand- und Gangunfähigkeit und Einschränkung der Gehfähigkeit. Eingeschränkter Werkzeuggebrauch der Hände: funktionelle Einhändigkeit, Verlust der Greif- und Haltefunktion, Feinmotorikstörungen, Unselbstständigkeit bzw. Hilfsbedarf in den ATL, Haushaltsführung, Berufsleben. Schmerzsyndrome bei Fehlbelastung, Tonuserhöhung und Muskelverspannungen.

Rehabilitationsziele:

- Befähigung zu Transferleistungen
- Rollstuhlmobilität
- Wiederherstellung der sicheren Gehfähigkeit, ggf. mit Hilfsmitteln
- Befähigung zum sicheren Treppensteigen
- Verhinderung von Schmerzzuständen, Deformitäten und Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit
- Befähigung zum Werkzeuggebrauch der Hände
- Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Ausziehen
- Verbesserung der psychophysischen Belastbarkeit und des Trainingszustandes
- Verbesserung der Partizipation im Alltags- und Berufsleben

Körperfunktionen:

Bewegungsanbahnung, Rumpfkontrolle, Gleichgewicht, Koordination, Reproduzierbarkeit von sinnvollen Bewegungsfolgen und -mustern, Kontrolle von Grob- und Feinbewegungen der Extremitäten, Kraft, Ausdauer, Minderung von erhöhtem Muskeltonus, gezieltes Training der an der oralen Nahrungsaufnahme beteiligten facio-oralen Muskulatur, Vermeidung von Sekundärkomplikationen: Gelenkkontrakturen, Muskelabbau, Infektionen, Thrombosen usw.

Aktivitäten:

- Aktives Drehen im Bett, Sitzkontrolle, Aufstehen, Hinsetzen, Gleichgewichtsverlagerung von einem Bein zum anderen, Transferleistungen vom Bett in den Rollstuhl, vom Rollstuhl zur Toilette und zurück, Gehen in wechselnden Geschwindigkeiten, Umdrehen, Abbremsen, Treppensteigen.
- Werkzeuggebrauch der Hände: Halten, Greifen, Anziehen, Körperpflege, Haushaltsführung, Schreiben, Schlucken, Essen.

Teilhabe (Autonomie/Behinderung):

- Mobilität auf Zimmerebene, Stationsebene, im Haus, im Freien, ebenes/unebenes Gelände, Fahrradfahren, Teilnahme am Straßenverkehr, Einkaufen, Haushaltsführung, Behördengänge, Freizeitaktivitäten, Kraftfahreignung, berufliche Erfordernisse, Alltagsautonomie (Körperpflege, selbständige orale Nahrungsaufnahme, An- und Ausziehen).

Ergotherapie

Ergotherapie in der Neurologie beschäftigt sich mit den Rehabilitanden, die aufgrund einer Schädigung des Nervensystems eine vorübergehende oder andauernde Herabsetzung ihrer Handlungsfähigkeit im Alltags- und/oder Berufsleben erlitten haben.

Die Störungen bestehen im Bereich der Sensomotorik, der neuropsychologischen und kognitiven Fähigkeiten und haben Auswirkungen auf psychosoziale Bereiche und die Selbstversorgungskompetenz eines Menschen. Sie beeinträchtigen ihn in der Gesamtheit seiner Handlungsfähigkeit. In die Behandlung mit einbezogen werden die Lebenszusammenhänge sowie die psychosozialen Fähigkeiten und die umgebenden Umweltfaktoren. Die Aufgabe der Ergotherapie besteht darin, dem Patienten zu mehr Aktivität und Teilhabe zu verhelfen.

Indikationen:

Rehabilitanden mit Beeinträchtigungen im Bereich der alltäglichen Verrichtungen (ATL) und im Weiteren in der Haushaltsführung und am Arbeitsplatz, aufgrund von:

- gestörter sensomotorischer Arm- und Handfunktion,
- gestörter Bewegungsabläufe und Bewegungsplanung (Apraxien),
- Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen,

- Beeinträchtigung kognitiver und neuropsychologischer Fähigkeiten – die Diagnostik erfolgt hier in Zusammenarbeit mit den Neuropsychologen

Auswirkungen auf den Alltag und den Beruf:

Eingeschränkter Werkzeuggebrauch der Hände: funktionelle Einhändigkeit, Verlust der Greif- und Haltefunktion, Unselbständigkeit in den ATL und der Haushaltsführung, Beeinträchtigung der Fingerfeinmotorik und der Selektivität der Fingerbewegungen mit Beeinträchtigung beruflicher und häuslicher Aktivitäten (Schnürsenkel binden, Beeinträchtigung der Schreibleistung, des Schriftbildes und spezifischer beruflicher Anforderungen an die Handfunktion: Schreiben auf einer Tastatur, Spielen eines Musikinstrumentes, Hantieren mit Werkzeugen,...).

Beeinträchtigung der sensomotorischen, taktilen sowie visuellen Wahrnehmung mit räumlicher oder körperlicher Vernachlässigung (Nichtbeachten des betroffenen Armes, Exploration vorwiegend auf eine Raumhälfte). Störung der kognitiven Leistungen mit reduzierter Orientierung für Zeit Raum und Person mit Verlust der Selbständigkeit.

Rehabilitationsziele:

Den Rehabilitanden dabei zu unterstützen, die Handlungskompetenz zu erweitern, neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlernen und die Anforderungen der Handlung anzupassen. Das Umfeld zu verändern, um ausreichende Unterstützung zu erreichen und somit Verbesserung der Handlungsmöglichkeiten im täglichen Leben und im Beruf unter Berücksichtigung der Basisfähigkeiten zu erlangen.

- Training der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Ausziehen), falls erforderlich in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen,
- Hemmung und Abbau krankhafter Haltungs- und Bewegungsmuster und Erlernen und Üben normaler Bewegungen,
- Verbesserung der Körperwahrnehmung sowie der Sensorik,
- Verbesserung von Gleichgewichtsempfindungen und der Gleichgewichtsreaktionen,
- Lagerung zur Vermeidung von pathologischen Haltungsmustern, Reduktion von Wahrnehmungsstörungen wie Pushersymptomatik, Neglect und zur Dekubitus- und Pneumonieprophylaxe,
- Transfertraining zur Verbesserung der Eigenständigkeit,
- Behandlung von Störungen der Grob- und Feinmotorik, Gebrauchsfähigkeit der Arme und der Hände, möglichst Wiederherstellen der Beidhändigkeit, ggf. Kompensation durch Erlernen der Einhänderkompetenz und den Gebrauch von Hilfsmitteln, Schreibfunktion,
- Verbesserung von neuropsychologischen Defiziten und Einschränkungen der geistigen Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis oder Lesesinn-Verständnis, das Erkennen von Gegenständen, Handlungsplanung oder das Erfassen von Räumen, Zeit und Personen,
- Verbesserung der Belastungsfähigkeit,
- Verbesserung beruflicher Fertigkeiten, Training berufsspezifischer Funktionen, Üben an einem ergonomisch gestalteten Büroarbeitsplatz und Organisation desselben,
- in eigener Regie spezielle Strategien zur eingeschränkten Handfunktion beüben, neue Hobbys finden, Erfahrungen unter alltagsähnlichen Bedingungen, „Werktherapie“,
- Verbesserung der psychischen Belastbarkeit, Tagesstrukturierung, Eigeninitiative und Motivation,
- Verbesserung im Verhalten und den zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Training von Alltagsaktivitäten im Hinblick auf die persönliche, häusliche und berufliche Selbstständigkeit,
- Beratung bezüglich geeigneter Hilfsmittel und Änderungen im häuslichen und beruflichen Umfeld, eventuell Anpassung von Hilfsmitteln,
- Angehörigenberatung zur Absicherung im eigenen häuslichen Umfeld,

Aktivitäten:

Bewegungsaktivitäten des Körpers: Handhabung von Gegenständen (Greifen, Halten, Bewegen), Lagerung, Transfer, Gang und Stand im Kontext von Alltagsaktivitäten
 Selbstversorgung: Körperpflege (Waschen, Anziehen, Nahrungszubereitung, Haushaltsführung, Einkauf), Aktivitäten des Lernens und der Wissensanwendungen (Lösen von Problemen, Entscheidungen, Lernen,...), berufsspezifische Anforderungen (Schreibmaschineschreiben, Schrauben einschrauben usw.).

Teilhabe:

Persönliche Selbstversorgung (Pflege, Ernährung, Gesundheit), häusliches Leben, Teilhabe an Mobilität, Ausbildung, Erwerbsarbeit, Freizeit.

Befundung:

Die Befunderhebung und –dokumentation erfolgt auf dem hauseigenen Ergotherapie-Befundbogen am ersten Einzeltherapientag: Gesamteindruck, Befundung der Sensomotorik, neuropsychologische Störungen, Alltagshandlungen, spezifisch gestaltete Aufgaben, Fähigkeitsbefundung für den Arbeitsplatz, Einschränkungen der Partizipation, Therapieziele, Nah- und Fernziele.

Therapiemethoden:

Die angewandten Therapiemethoden erfolgen nach: Bobath, PNF und Perfetti. Neben der neuromuskulären Elektrostimulation kommt auch das medizinische Taping, Spiegeltherapie, die Force Use- oder auch Taubsche Therapie und die Lagerung nach LIN zum Einsatz. Es erfolgen sowohl Einzeltherapie, Co-Therapie mit anderen Berufsgruppen, als auch Gruppentherapien in den Bereichen: Wahrnehmung, Feinmotorik, Schreibtraining und Kognition. Wasch- und Anziehtraining sowie Haushaltstraining sind weitere Therapiebausteine im Bereich Ergotherapie.

Armlabor (Robotik- und computergestützte Gerätetherapie)

Anfang 2017 haben wir im Bereich der Ergotherapie mit dem „Armlabor“ und seit Juni 2020 auch im Bereich der Physiotherapie mit dem „Ganglabor“ unser Therapieangebot modernisiert und erweitert. Neu eingeführt wurden modernste Robotik- und computergestützte Therapiegeräte. Die neuartigen Technologien ermöglichen vielfältige Therapiemöglichkeiten für alle Phasen der Rehabilitation der gesamten oberen und unteren Extremität, sowie für Gleichgewicht und Rumpf, Wahrnehmung und Kognition. Wir haben mit diesen Geräten die Möglichkeit, unsere Therapie auf neuste wissenschaftlich evidente Ergebnisse zu stützen und können so passende, sinnvolle und relevante Übungen in der Rehabilitation bieten.

Zahlreiche Studien bestätigen die hohe Evidenz der Robotik- und computergestützten Gerätetherapie. Ein weiterer Effekt, ist der nicht unerhebliche Benefit für die Therapeuten. Die immer steigende körperliche Belastung durch pflegebedürftigere Patienten kann durch die Unterstützung der Geräte spürbar reduziert und der Erhalt der gesunden Arbeitskraft subventioniert werden.

Vor Allem geht es uns nicht darum, unsere Therapeuten durch Geräte zu ersetzen, vielmehr möchten wir mit diesen modernen computergestützten Geräten die Therapiemöglichkeiten erweitern und die Übungsintensitäten erhöhen. In zahlreichen Studien konnte wissenschaftlich belegt werden, dass die Anzahl der Wiederholungen von Bewegungsabläufen ein wesentlicher Faktor für die Wiederherstellung verlorengangener Funktionen ist.

„Die Hände sind unser wichtigstes Werkzeug und entscheidend für unser Alltags- und Berufsleben“.

Die modernen Geräte unterstützen unsere Therapeuten dabei, durch gezielte Auswahl der Programme, die Effizienz der Rehabilitation individuell für jeden Patienten und dem Krankheitsverlauf angepasst, zu erhöhen, Fortschritte sichtbarer zu machen und genau darauf aufzubauen. Ein großer Pluspunkt hierbei ist die beeindruckende und bedienungsfreundliche Software des Systems, die sowohl unseren Rehabilitanden als auch unseren Therapeuten eine effektive, flexible und motivierende Therapie bietet. Die Therapiespiele bringen eine Menge Spaß in den Therapiealltag und machen das Training noch wirksamer. In Zeiten zunehmender Digitalisierung im Alltag und Beruf haben wir somit eine zusätzliche moderne Behandlungsoption.

Die Therapiegeräte in unserem Haus wurden entwickelt von der Firma Tyromotion, sie gehört zu den weltweit führenden Herstellern und Distributoren für Robotik- und Computer-gestützte Rehabilitationsgeräte. Der Fokus des Unternehmens liegt auf der Forschung & Entwicklung von neuartigen Technologien durch den Einsatz von leistungsfähigen mechatronischen Therapie-Systemen in der Rehabilitation der oberen Extremitäten.

AMADEO®

- Roboter- und sensorgestütztes Finger-Hand-Rehabilitationsgerät zur beidseitigen Nutzung
- passive, assistierte und interaktive Therapien für Bewegungen einzelner Finger und Daumen
- Nutzung für Patienten mit Spastiken oder hohem Tonus
- Objektive Messungen und Berichte
- vier Messprogramme (Stärke, Bewegungsumfang, Tonus, Spastizität)

DIEGO®

- Robotik- und sensorbasiertes Rehabilitationsgerät für Arm und Schultern mit intelligenter Gewichtsentslastung
- Uni- und bilaterale Therapie
- Assistierte und interaktive Therapien für den ganzen Arm
- Endeffektor-System (Hands-on möglich)
- Ermöglicht aufgabenorientiertes Training

PABLO®

- Sensorbasiertes Rehabilitationsgerät für unilaterales und bilaterales Training
- Interaktive Therapien mit vielfältigen Möglichkeiten für den ganzen Körper (Hand, Finger, Arme, Beine, Rumpf, Kopf)
- zusätzliche Therapieoptionen für die Rumpf-Kontrolle und das Balance-Training



- Objektive Assessments und Berichte
- Unterstützung und Bewegungsführung mit Sensoren, Multiboard und Multiball

TYMO®

- Sensorbasiertes Rehabilitationsgerät mit Posturographiesystem für statische und dynamische Assessment- und Therapieanwendung
- Interaktive Therapien mit vielfältigen Möglichkeiten
- Flexible Anwendung zur Verbesserung des Gleichgewichts und der posturalen Kontrolle, von Stützaktivitäten der oberen und unteren Extremitäten

Myro®

- Sensorbasiertes Rehabilitationsgerät mit einer interaktiven Therapiefläche zum Training von unter anderem grobmotorischen und feinmotorischen Fähigkeiten, Rotationsbewegungen, Auge-Hand-Koordination und motorische Koordination
- Interaktive Anwendung, alltagsnahes, motorisches Training mit realen Objekten auf reaktionsfähiger Oberfläche
- Hemisphärenstimulation durch bilaterales Training
- Speziell für Patienten mit Defiziten der motorischen Funktion, der selektiven und der visuell-räumlichen Wahrnehmung, der Graphomotorik sowie der Kognition, Konzentration und Aufmerksamkeit

Gangstudio (Robotik- und computergestützte Gerätetherapie)

Aufgrund der überaus erfreulichen zusätzlichen Therapiemöglichkeiten für die Armrehabilitation haben wir 2020 unser „Gangstudio“, wo ebenfalls mit robotikunterstützten modernen Therapiegeräten der Schwerpunkt auf das Stehen und Gehen gelegt wird, eröffnet und damit unser Therapieangebot im Bereich Physiotherapie modernisiert und erweitert. Hier können in allen Phasen der Gangrehabilitation sowohl schwer bis hin zu gangunfähige als auch leichtgradig betroffene Rehabilitanden behandelt werden. Im Gangstudio sind die folgenden Therapiegeräte und -optionen enthalten:

Lexo®

- Endeffektorsystem ermöglicht ein aktives Training und fördert die Eigenaktivität des Patienten schon ab der Frühphase der Rehabilitation
- Extreme Erweiterung der Gehstrecke, Verbesserung der Schrittzahl und Gewichtsverteilung
- hohe Repetition während des Neulernens des Gehens durch Dynamische Gewichtsentlastung mit Gurtsystem oder Sattel- und Rumpffixierung
- Rückenlehne für rumpfinstabile Patienten
- intelligentes Liftsystem reduziert die körperliche Belastung der Therapeuten und erhöht das Sicherheitsgefühl der Patienten

- Aktives Gehen im passivem oder assistiertem Unterstützungsmodus
- Variable Schrittlänge, Schrittfrequenz, Geschwindigkeit (elektrisch verstellbar)
- Virtual Reality
- Augmented Performance Feedback

Omega® und Omega® Plus

- robotergestütztes Therapiesystem für die unteren Extremitäten schon ab der Frühphase der Rehabilitation
- Pre Gait Therapie
- durch den Omega Chair sind Aktivitäten im Liegen, Sitzen und Stehen möglich
- Stepper
- Beinpresse
- Sensorisches Training
- Radfahren
- Assessments
- Gamification
- Sprunggelenk-Training
- Rhythmus-Training

Tymo®

- Sensorbasiertes Rehabilitationsgerät mit Posturographiesystem für statische und dynamische Assessment- und Therapieanwendung
- Interaktive Therapien mit vielfältigen Möglichkeiten
- Flexible Anwendung zur Verbesserung des Gleichgewichts und der posturalen Kontrolle, von Stützaktivitäten der oberen und unteren Extremitäten

Pablo® Lower Extremity

- Sensorbasiertes mobiles Rehabilitationsgerät zur Ganganalyse
- Gang-Assessment mit Parametermessung zur Verbesserung des Gangbildes
- Objektive Messung von pathologischen Gangparametern oder Asymmetrien im Gangbild
- Verlaufskontrolle
- Überprüfung der Wirksamkeit von Therapieanwendungen

Balo®

- Sensorbasiertes Rehabilitationsgerät mit interaktiven Therapieprogrammen
- Dynamischer Steh- und Balancetrainer
- Training in bestimmten Bewegungsausmaßen durch eingebaute Balance-Einheit mit Federelement
- Training von Stand und Gleichgewicht auch in der frühen Phase der Rehabilitation durch Gurtsystem und Rumpffixierung

Lait gait®

- Rehabilitationsgerät mit der Möglichkeit zum kontrollierten Training der Haltung und des Gleichgewicht bei gleichzeitiger Gewichtsentlastung über ein Gurtsystem
- Gewichtsverteilung von null bis zu voller Belastung uni- und bilateral steuerbar
- Training koordinierter Bewegungen der unteren Extremitäten und des Rumpfes auf einem Laufband oder Boden
- flexibler Einsatz im „Ganglabor“ als auch auf dem Flur oder anderen Therapieräumen möglich

Sprachtherapie

„Das Menschlichste, was wir haben, ist doch die Sprache.“ (Theodor Fontane)

Sprache ist die wichtigste Grundlage des menschlichen Informationsaustausches. Wird die Sprache aufgrund einer neurologischen Erkrankung gestört, betreffen die Folgen nicht nur die Sprachfähigkeit sondern aufgrund der gestörten Kommunikationsfähigkeit den gesamten psychosozialen Bereich.

Indikationen:

- Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit jeglicher Art
- Sprachstörungen (Aphasien)
- Sprechstörungen (Dysarthrien)
- Schluckstörungen (Dysphagien)
- Stimmstörungen (Dysphonien)
- Sprechapraxien
- Atemstörungen
- Fazialispareesen und Mundastschwächen

Auswirkungen auf den Alltag:

Psychosoziale Folgen:

Gespräche sind erheblich erschwert, zeitaufwendig und erfordern viel Geduld und Einfühlungsvermögen vom Gesprächspartner. Da den Betroffenen die Kommunikationsbeeinträchtigung häufig unangenehm ist und sie äußerst unzufrieden sind, weil sie sich entweder nicht wie gewohnt ausdrücken können oder nicht verstanden werden, münden erfolglose Mitteilungsversuche oftmals in Verzweiflung, Sprachverarmung bis hin zu sozialem Rückzug, Einsamkeit oder Depression.

Außerdem sind oftmals weitere Bereiche der sprachlichen Kommunikation betroffen. Defizite im Lesen, Schreiben und im Umgang mit Zahlen können sowohl das soziale als auch das berufliche Leben einschränken.

Ebenso wirkt sich eine Schluckstörung je nach Schweregrad auf das soziale Leben aus. Das gemeinsame Essen mit der Familie und Freunden sowie Restaurantbesuche können

schambehaftet sein und die Genussfähigkeit einschränken. Letztlich kann ein gestörter Schluckvorgang die orale Nahrungsaufnahme unmöglich machen und lebensgefährliche Komplikationen hervorrufen (z.B. durch Hervorrufen einer Lungenentzündung oder Erstickten).

Auswirkung von Sprachstörungen auf den Betroffenen:

- Beziehungsstörungen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis
- Selbstaufgabe, Verhaltensstörung als sekundäre Folge
- Abnahme der Lern- und Kooperationsbereitschaft
- Behinderung der Fähigkeit zur Bedürfnis- und Willensäußerung führt zu Abhängigkeit und Bevormundung durch andere

Rehabilitationsziel:

Das Ziel der Therapie ist, die weitest gehende Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit, als basale Funktion zur Teilhabe am sozialen Leben. Die Betroffenen sollen die Fähigkeit wiedererlangen, mit ihrer persönlichen Ausdrucksweise die eigenen Bedürfnisse zu formulieren, Dialoge zu führen, Informationen auszutauschen und Neues erlernen zu wollen.

Gegliedert nach **den Teilsymptomen** ergeben sich folgende Fähigkeitsstörungen und Zielstellungen:

Verbale Sprachproduktion

Fähigkeit: freie Rede, dialogische Intervention, Benennen auf Wort- und Satzebene, Nachsprechen

Ziel: die eigenen Bedürfnisse mitzuteilen, Dialogfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit als Grundlage für soziale Beziehungen sowohl im privaten als auch ggf. im beruflichen Bereich

Verbales Sprachverständnis

Fähigkeit: Verstehen und Verarbeiten von gehörten Sprachinformationen (Worte, Sätze, Fragen, Anweisungen)

Ziel: Informationen aufzunehmen, zu verstehen und ggf. umzusetzen (z.B. Gespräche, Telefonate, Fernsehen, Radio hören)

Lesen

Fähigkeit: Lesen und Verstehen von Wörtern, Sätzen und Texten, Zuordnung von Laut- zur Schriftsprache

Ziel: Aufnahme und Verstehen von schriftsprachlichen Informationen jeglicher Art (z.B. Textnachrichten, Zeitung, Bücher lesen etc.)

Schreiben

Fähigkeit: aktive Schreibleistung, Rechtschreibung, Satzbau

Ziel: schriftsprachliche Kommunikation (z.B. Mitteilungen, Texte schreiben handschriftlich oder mit der Tastatur, Ausfüllen von Formularen)

Umgang mit Zahlen

Fähigkeit: Zahlenverarbeitung

Ziel: Erfassen, abschätzen und vergleichen von Mengen, auditives Verstehen, lesen und schreiben von Zahlen, Mengenangaben, Daten etc., Umgang mit Uhrzeiten (z.B. Lesen von Fahrplänen) und Geld, rechnen

Artikulation und Sprechmotorik

Fähigkeit: Sprechatmung, Artikulationsschärfe, Artikulationsbasis, Sprechmelodie, -tempo, Betonung, Beweglichkeit der Lippen, der Zunge und des Kiefers

Ziel: verständliche Artikulation, Kommunikationsfähigkeit (Gespräche, Telefonieren)

Stimmklang

Fähigkeit: gesunder, belastungsfähiger Stimmklang in der mittleren Sprechstimmlage

Ziel: Stimmqualität, Stimmstabilität, Resonanz, Stimm-belastung

Schlucken

Fähigkeit: Sichere Nahrungsaufnahme, sicheres Schlucken, Schutz der Atemwege, Mundhygiene

Ziel: optimaler Ablauf der Nahrungsaufnahme und des Schluckens: präoral (Vorbereitung der Nahrung), oral (Bolusformung Bolustransport), pharyngeal (Schutz der Atemwege, Bolustransport) und ösophageal. Sicherstellung der Ernährung, Vermeidung von Aspiration

Diagnostik:

Therapierelevante Diagnostik bei neurologischen Sprach-, Sprech-, Stimm-, Atem- und Schluckstörungen:

- **Aphasie:** routinemäßig durchzuführende Standard-Test-Untersuchungen (Bsp.: Aachener-Aphasie-Test). Bei Relevanz der Störung werden zusätzliche Aufgabenbatterien zur Alexie/Agrafie, Wortabruf, zum komplexen Benennen oder zum Verarbeiten von Zahlen durchgeführt.
- **Dysarthrie:** Klinische Untersuchung von Mundmotorik, Atmung, Artikulation und Phonation.
- **Schluckstörungen:** Untersuchung der Mundmotorik und -sensibilität, des Schluckvorganges und der beteiligten Muskulatur, Schlucktestung,
- **Konsistenzbestimmung** der zuzuführenden Nahrung, Schluckendoskopie durch entsprechend ausgebildete Sprachtherapeuten oder in Zusammenarbeit mit einem Oberarzt.

Therapie:

- **Aphasie:** Einzeltherapie, ggf. Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt Kommunikationstraining, Angehörigenberatung. Die Behandlung erfolgt nach kommunikativ-pragmatischen, syndromorientierten und neurolinguistischen Ansätzen. Als spezielle Methoden werden angewandt: MODAK (Modalitätenaktivierung), PACE (Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness), REST (Reduzierte Syntax Therapie).
- **Sprechapraxie:** Behandlung durch ganzheitliche Stimulierungsansätze und segmentorientierte Ansätze (v.a. Luzatti und Springer; TAKTKIN).
- **Dysarthrie:** Behandlung von Dysarthrien v. a. nach verhaltensmodifiziertem Ansatz mit speziellen Behandlungsmaßnahmen der Haltung, Atmung, Artikulation und Prosodie wie z. B. Eisenson, Darley-Aronson-Brown, LSVT (Lee Silverman Voice Treatment),
- **Behandlung oro-fazialer Störungen** nach PNF, ORF (Orofaciale Regulationstherapie nach C. Morales), in Anlehnung an F.O.T.T.
- **Neurologische Stimmstörungen** u.a. nach Froeschel, Herman-Roettgen, Pahn, Fernau-Horn
- **Behandlung von Atemstörungen** u. a. nach Coblenzer-Muhar (v.a. atemrhythmisch angepasste Phonation), Middendorf
- **Behandlung neurologischer Schluckstörungen** (in Zusammenarbeit mit Physiotherapie, Diätassistenten und dem Pflegepersonal) nach PNF, F.O.T.T. – Mundhygiene, Kopf- und Rumpfkontrolle, Konsistenzauswahl (konsistenzdefinierte Schlucksonderkost), Kaubewegungen, koordinierte Bewegungen von Mund und Zunge, Sensibilitätsstimulation, Schutz der Atemwege, Führen eines Schluckprotokolls
- **Entspannungsverfahren** (progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)
- **Angehörigenberatung** mit Vermittlung von Strategien zum Umgang (Zuhören, Sprechen) mit kommunikations-beeinträchtigten Betroffenen.
- **Klangschalenthherapie** zur basalen Stimulation bei schwer betroffenen Patienten in der Frührehabilitation sowie bei Rehabilitanden der Phase D als Entspannungsverfahren

Schluckstörungen

Aufgrund der Relevanz soll hier die Behandlung von Schluckstörungen genauer dargestellt werden. Aus ihnen ergeben sich vielfältige Probleme wie inadäquate Nahrungszufuhr, Mangelernährung und Dehydratation, Aspirationen und Aspirationspneumonien, Reduktion der sozialen Kompetenz durch Speichelaustritt, etc. Die Diagnostik erfolgt ggf. mit einer Schluckendoskopie (s.oben)

Schluckgestörte Patienten erhalten eine ihrer Schluckstörung angepasste Sonderkost, durch die ihre Ernährung sichergestellt werden kann.

Es wurden entwickelt:

- ein Speisenkatalog geordnet nach Schlucksonderkostphasen,
- ein Notfallspeiseplan für die Instantversorgung,
- ein Wochenspeiseplan für alle Schlucksonderkostphasen orientiert am Klinikspeiseplan,
- ein Verfahrensablauf für die Verordnung von Schlucksonderkost mit Regelung der Verantwortungen,
- Dysphagiestandards zum Umgang mit Dysphagiepatienten
- eine Symptomliste
- sowie ein Schluckprotokoll zur Dokumentation von Vorkommnissen bei der Nahrungsaufnahme und Essensversorgung

Des Weiteren wurden spezielle Kostanforderungen mit Diätphasen für Patienten mit Schluckstörungen, Kostanforderungen zur Essensbestellung sowie eine Wandtafel in der Küche entwickelt (Speisepläne für schluckgestörte Patienten).

Die Verordnung von einer Schlucksonderkost erfolgt über die Kostverordnung durch den Arzt und die Sprachtherapeuten. Die Sprachtherapeuten informieren die Diätassistenten über die Schlucksonderkost. Diese wiederum erstellen die Speisepläne für die schluckgestörten Patienten und geben sie an den Küchenchef weiter. Die Sprachtherapeuten behandeln die Patienten in der Einzeltherapie in ihren Zimmern. Die Essensbetreuung erfolgt ansonsten durch entsprechend geschulte Mitarbeiter in den Speiseräumen der Station.

Sollte die Anlage eine PEG notwendig werden, erfolgt dieses in der Inneren Abteilung des Medizinisch-Sozialen-Zentrums Uckermark GmbH (Krankenhaus Angermünde).

Neuropsychologie

Der Bereich Neuropsychologie ist als Teil des interdisziplinären Rehabilitationsteams spezialisiert auf die Behandlung Neuropsychologischer Leistungsstörungen und daraus resultierender Konsequenzen für die berufliche und soziale Reintegration. Hierunter fallen kognitive Leistungseinbußen, organisch bedingte Wesensänderungen, ein reduziertes Störungsbewusstsein. Der Behandlungsansatz muss hier der Chronizität vielfach vorhandener körperlicher und insbesondere kognitiver und persönlichkeitsbezogener Störungen unter Einbeziehung des sozialen und beruflichen Umfeldes Rechnung tragen.

Die Abteilung Neuropsychologie besteht aus einem Team von 6 in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfahrenen Psychologen und klinischen Neuropsychologen. Die Abteilung ist als Ausbildungsstätte für klinische Neuropsychologie zertifiziert.

Weiterhin sind ambulante neuropsychologische Therapien nach entsprechender Verordnung durch einen niedergelassenen Neurologen/Nervenarzt möglich.

Indikationen:

Vigilanzstörungen, qualitative Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Antriebsstörungen, Störungen der Exekutivfunktion (Planen und Problemlösen), Verhaltensstörungen, organische Psychosen, neurovisuelle Störungen (Gesichtsfelddefekte, Diplopie, Fusionsstörungen), räumliche Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Objekterkennung, Störungen der visuellen Exploration, verminderte Störungseinsicht, Probleme bei der Krankheitsbewältigung, Angst, Depression.

Auswirkungen auf Alltags- und Berufsleben:

Eingeschränkte Kooperationsfähigkeit, Hilfsbedürftigkeit im ATL-Bereich (Anziehen, Körperpflege, usw.), Gefahr von Fehlhandlungen und Selbstgefährdung (Stürze, Gefahr im Straßenverkehr), sich Verirren in bekannter und fremder Umgebung, Schwierigkeiten eine Uhr zu lesen, im Umgang mit Zahlen und Geld, Verpassen von Terminen, planloses Handeln, traurige Verstimmtheit, Interesselosigkeit, Beziehungsprobleme, sozialer Rückzug, sozial inadäquates Verhalten, Vernachlässigungserscheinungen, Motivationsmangel, verminderte Lernleistungen und bleibende Abhängigkeit von

anderen, Einschränkungen der räumlichen Orientierung bei Gesichtsfelddefekten, Gangunsicherheit, Beeinträchtigung des Lesens bei Diplopie, Vernachlässigung einer Raumhälfte (häufig der linken) trotz intakter visueller Funktionen (Neglect), Fusionsstörungen bzw. Winkelfehlsichtigkeit (belastungsabhängige Augenfehlstellung mit Verschwommensehen bei längerem Lesen, Augenbrennen, Augenschmerzen oder Kopfschmerzen, erhöhte visuelle Ermüdbarkeit, Doppelbilder, Schwindel).

Eine *inadäquate Krankheitsverarbeitung* führt zu Verleugnung von Krankheitsfolgen, verminderter Compliance bei Therapiemaßnahmen und Medikamenteneinnahme, reaktiver Depression, sozialem Rückzug, Verschlechterung des erreichten Aktivitätsniveaus.

Übergeordnete neuropsychologische Rehabilitationsziele:

Verbesserung der Kooperationsfähigkeit, der kognitiven Leistungen, realistische Selbsteinschätzung, Selbststeuerungskompetenz, bleibende Therapie- und Lernmotivation, kreative Anpassung an die evtl. bleibenden Krankheitsfolgen, emotionale Stabilität, Selbstvertrauen, gesundes Lebensgefühl, Selbstvertrauen, Autonomie, Wiedererlangen einer guten Lebensqualität.

Nach Funktionsbereich gegliederte Rehabilitationsziele:

Wahrnehmung

Fähigkeit: Sehen, Wahrnehmen, Erkennen von Schrift, Zahlen, Symbolen, Gegenständen, Gesichtern. Abschätzen von Entfernungen und Raumverhältnissen, Bewegung im Raum, räumliches Vorstellungsvermögen, gezielte visuelle Suche.

Ziel: Erhöhung der Mobilität, Erkennen von Hindernissen und Sturzvermeidung, Lesen von Büchern und Zeitungen, Ausfüllen von Formularen, Korrespondenz führen, Lesen von Aufschriften, Verpackungen, Kalendern, Uhren, Bedienen von Geräten (Haushalt, Beruf), Anziehen von Kleidungsstücken, Zusammenlegen von Wäsche, Rangieren mit dem Rollstuhl, Finden von Gegenständen.

Konzentration und Aufmerksamkeit

Fähigkeit: Aufnehmen von Informationen, Aufrechterhaltung von Aktivität, Grundlage für alle andauernden Tätigkeiten, Verminderung der Ablenkbarkeit.

Ziel: Achten auf potentiell gefährliche Situationen, Ausführen länger dauernder Tätigkeiten, Gesprächen mit einzelnen oder mehreren folgen können, Textverständnis beim Lesen, Verhinderung von Überlastungsreaktionen wie Kopfschmerzen, Stress, Angst, Müdigkeit.

Orientiertheit

Fähigkeit: Einordnen der Wahrnehmungen in einen vertrauten Bezugsrahmen, Wissen über Situation, Ort, Zeit, über die eigene Identität und Lebensgeschichte.

Ziel: Wissen, wer ich bin, was ich bin und was um mich herum passiert, Zeit und Datum richtig einschätzen, Voraussetzung für angemessenes selbständiges Handeln.

Gedächtnis

Fähigkeit: Behalten neuer Informationen, Abruf von (semantischem Wissen) Bedeutungszusammenhängen zum Erkennen und Einordnen von Informationsinhalten, Abruf von biografischem Wissen.

Ziel: Telefonanrufe entgegennehmen, Absprachen einhalten, Angehörige, Therapeuten wieder erkennen und gedanklich einordnen, Medikamente selbständig nehmen, Gebrauchsgegenstände wieder finden, Behalten von Textinformationen (Briefe, Zeitungen usw.), Folgen der Handlung eines Films.

Exekutive Störungen

Fähigkeit: Planen und Ausführen von Handlungen, Abschätzen von Handlungsfolgen, Problemlösen.

Ziel: Umgang mit Geld, Regelung finanzieller und behördlicher Belange, Zubereitung von Mahlzeiten, Bedienen von Geräten, Wäsche waschen, Handarbeiten, komplexere Freizeitaktivitäten, schnelles adäquates Reagieren in Gefahrensituationen, Einhalten sozialer Normen, adäquates Kommunikationsverhalten.

Krankheitsverarbeitung, Störungsbewusstsein

Fähigkeit: Einsicht und Wissen über Ursachen und Folgen der Erkrankung und deren Auswirkungen, emotionaler Umgang mit erlebtem Verlust von Fähigkeiten, Bewältigung der Lebenskrise einer schweren Krankheit und bleibender Behinderung.

Ziel: „Den Patienten zum Experten seiner Krankheit bzw. seiner Behinderung machen“, Förderung einer adäquaten Wahrnehmung eigener Fähigkeiten und Vertrauen in eigene Kompetenz, Förderung eines aktiven Bewältigungsstils, Verhinderung reaktiver psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, Integration von erlebtem Verlust und Behinderung in die eigene Identität.

Diagnostik:

Neuropsychologische Diagnostik:

Am Beginn erfolgt eine umfangreiche personenbezogene Diagnostik mittels moderner z. T. computergestützter, standardisierter und normierter psychometrischer Verfahren zur Erstellung eines differenzierten neuropsychologischen Funktionsprofils.

- Bei nichterwerbstätigen Rehabilitanden bei begründetem Verdacht eingeschränkter Selbständigkeit im Alltag aufgrund neuropsychologischer Funktionsstörungen,
- Bei fraglicher Fahreignung aufgrund neuropsychologischer Defizite, sofern medizinische Gründe diese nicht ausschließen.
- Berufsrelevante neuropsychologische Diagnostik bei Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter zur Klärung von Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgrund neuropsychologischer Störungen. Klinik interne oder externe berufliche Belastungserprobung in klinikinternen Arbeitsbereichen.

Neurovisuelle Diagnostik (teilweise in Kooperation mit einer erfahrenen Augenoptik Meisterin/Optometristin):

- Diagnostik visuell-räumlicher und räumlich-konstruktiver Leistungen inklusive Gesichtsfeldprüfung (statische und kinetische Perimetrie)
- Diagnostik von Störungen des binokularen Sehens (Doppelbilder, Fusionsstörungen, Visuseinschränkungen)

Psychologische Diagnostik:

Bei problematischer Krankheitsverarbeitung, bei Rehabilitanden in akuter privater Problem- oder Belastungssituation, bei unrealistischer Selbsteinschätzung („Awareness“) neuropsychologischer Leistungsveränderungen.

Therapiemaßnahmen:

- *Neuropsychologisches Kompensationstraining*
Erlernen des Einsatzes von Hilfsmitteln zum Ausgleich von Leistungsschwächen (unter Zuhilfenahme von Kalendern, schriftlichen Notizen, kontinuierlichem Darbieten von orientierungskritischen Informationen, Gedächtnistagebuch, ...).
- *Neuropsychologisches Funktionstraining*
Computergestütztes Training neuropsychologischer Funktionen wie Aufmerksamkeit und Konzentration.
- *Training visuell-räumlicher Wahrnehmungsleistungen*
Computergestütztes Training bei Gesichtsfeldausfällen und Neglect (kompensatorisches Sakkadentraining, optokinetische Stimulation bei Neglect, Lesetraining)
Prismatischer Ausgleich von Doppelbildern und bei Winkelfehlsichtigkeit.
Visualtraining (Training von Augenbewegungen, Fusion und Akkomodation auf funktionaloptometrischer Basis).

Beratung hinsichtlich optometrischer Korrekturmöglichkeiten (Prismenkorrektur, Brillenanpassung) sowie einer neurovisuell adaptiven Arbeitsplatzgestaltung bei Sehstörungen.

- *Neuropsychologische Musiktherapie*
Überwiegend im Gruppensetting durchgeführte Therapie zur Verbesserung von Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktion unter Nutzung von Trommel und Orff'schen Musikinstrumenten.
- *Mobilitätsberatung/ Fahreignung*
Für den Rehabilitanden ist eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit in der Regel mit weitreichenden Konsequenzen verbunden, die nicht nur seine Mobilität sondern häufig auch seine berufliche Perspektive betreffen. Entscheidungen zur Fahreignung können hier nur auf der Grundlage eines soliden Wissens um die Auswirkungen neurologischer/neuropsychologischer Störungen, ihrer Diagnostik und Therapie sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen getroffen werden.

Wir bieten eine vertrauliche Beratung durch einen Facharzt mit verkehrsmedizinischer Zusatzqualifikation zu den Auswirkungen der neurologischen Erkrankung auf die Fahreignung an. Weiterhin kann eine Untersuchung verkehrsrelevanter neuropsychologischer Basisleistungen mit standardisierten Testverfahren durchgeführt werden. Dazu gehören im Wesentlichen:

Eine verkehrsrelevante neuropsychologische und neurovisuelle Diagnostik (z.B. Überprüfung des Gesichtsfeldes, der Sehschärfe, des Kontrastsehens usw.), Diagnostik von Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Reaktionsleistungen (z.B. Reaktionsschnelligkeit und Reaktionsfähigkeit unter Zeitdruck, Aufmerksamkeitsteilung, Daueraufmerksamkeit, usw.), Exekutiven Leistungen (Leistungen, die taktischen und strategischen Fahrfähigkeiten zugrunde liegen).

In Kooperation mit einer Fahrschule in Angermünde kann bei Bedarf eine praktische Fahrverhaltensprobe mit einem erfahrenen Fahrlehrer auf einer standardisierten Fahrstrecke von ca. 70 km Länge und einer Dauer von ca. 1 bis 2 Stunden durchgeführt werden. Die Fahrleistung wird durch den Fahrlehrer anhand eines standardisierten Beurteilungsschemas eingeschätzt.

Anhand der verkehrsmedizinischen, neuropsychologischen und fahrpraktischen Ergebnisse beraten wir unsere Rehabilitanden dann vertraulich zu Ihrer Fahreignung, bestehenden Therapiemöglichkeiten und geben Empfehlungen zum weiteren Vorgehen, um Ihre Mobilität zu sichern.

- *Verhaltensmanagement*
Im jeweiligen pflegerischen/ therapeutischen Kontext bei Rehabilitanden mit Verhaltensstörungen (aggressives Verhalten, mangelnde Kooperation, scheinbar mangelnde Kooperation).

- *Neuropsychologische Beratung und Psychotherapie*
Förderung der Wahrnehmung, des Verstehens und der emotionalen Bewältigung der Folgen der Hirnschädigung. Begleitende, problemspezifische und klar lösungsorientierte psychotherapeutische Maßnahmen zielen auf die Vermeidung ungünstiger Stile und daraus resultierender langfristig chronifizierender Krankheitsverläufe. Das Angebot richtet sich auch an die Angehörigen der Betroffenen.
- *Entspannungsgruppe*
Bei Rehabilitanden mit emotionalen Spannungszuständen bzw. die Schwierigkeiten haben „abzuschalten“ und eine einfache Entspannungsmethode (Progressive Muskelrelaxation) erlernen möchten.
- *Gruppe zur Rauchentwöhnung*
Für Rehabilitanden, die den nachvollziehbaren Wunsch haben, ihren Nikotinkonsum zu beenden oder bereits beendet haben, wird diese Gruppe, welche mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien arbeitet, angeboten.
- *Gruppe zum Stressmanagement*
Das Stressbewältigungstraining hat zum Ziel, für alltägliche Belastungen alternative Formen des Umgangs zu erkennen und zu erlernen. Bei noch berufstätigen Rehabilitanden liegt der Schwerpunkt dabei auf der Unterstützung einer angemessenen Work-Life-Balance.

Ernährungsberatung

In einer Klinik mit zahlreichen Rehabilitanden, die an Gefäßkrankheiten leiden oder bei denen ein metabolisches Syndrom vorliegt, spielt die Ernährungsmedizin eine wichtige Rolle. Zum einen soll eine optimale Behandlung der Risikofaktoren eine möglichst gute Sekundärprophylaxe gewährleisten, zum anderen sehen wir auch bei Rehabilitanden mit anderen Diagnosen hier eine Möglichkeit eine gesunde Lebensweise zu „erlernen“. Wir bieten unseren Rehabilitanden verschiedene Möglichkeiten, sich mit dem Thema Ernährung auseinanderzusetzen und nützliche Informationen zu erhalten.

Die Verordnung erfolgt zum einen durch den behandelnden Arzt zum anderen hat der Rehabilitand die Möglichkeiten seine Wünsche und Fragestellungen in einem Fragebogen der Ernährungsberatung zu äußern, mit anschließender Kontaktaufnahme durch die Ernährungsberaterin.

Die ernährungstherapeutischen Maßnahmen werden in Einzelsitzungen oder Gruppentherapien durchgeführt. Praktische Anwendungen (Lehrküche) unterstützen hier das theoretisch Erfahrene.

Bestandteile der Ernährungsberatung sind:

- Vortrag: „Gesunde Ernährung“ – Grundnährstoffe, Mengenverhältnisse, Ernährungsphysiologie, ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse
- Vortrag: „Gefäßschutz“ – Ernährung bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Atherosklerose und metabolischem Syndrom
- Vortrag: „Bluthochdruck“ - Risikofaktor 1. Ordnung, Ernährung und andere Einflussfaktoren
- Seminare zum Thema Gewichtsreduktion, Diabetes mellitus, purinarmer Ernährung, Vitamin-K, Post- Covid in denen das nötige Wissen zu den jeweiligen Krankheitsbildern vermittelt wird. Die Rehabilitanden lernen Zusammenhänge kennen und erfahren wie die Ernährung ihre Erkrankung positiv bzw. negativ beeinflussen kann.
- Das gemeinsame Kochen in der Lehrküche erfolgt in kleinen Gruppen. Die Rehabilitanden erhalten hier verschiedene Rezepte, Ideen, Anregungen und Tipps.
- Einzelberatungen zum Thema metabolisches Syndrom und bei spezifischen Fragestellungen (z.B. Lebensmittelallergien, Magen- Darmerkrankungen, Kachexie, Übergewicht, andere spezielle Diäterfordernisse), hier wird gezielt auf die persönlichen Probleme im Alltag eingegangen. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie das bisherige Essverhalten optimiert werden kann.
- Die Kostabsprache dient der adäquaten Versorgung während des Rehabilitationsaufenthaltes und ist für die Rehabilitanden gedacht, die Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme bzw. Nahrungsverwertung oder andere Probleme wie z.B.: Kau- und Schluckstörungen, Mangelernährung, Appetitlosigkeit, Lebensmittelallergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Erkrankungen des Magen-Darm- Traktes oder Stoffwechselerkrankungen haben.
- Schulungsbuffet: Frühstück und Abendbrot werden in Buffetform angeboten. Das Schulungsbuffet findet in der 1:1- Situation statt. Am Buffet im Patientenrestaurant wird die Auswahl für die Zeit des Rehabilitationsaufenthaltes besprochen.
- Riechtraining: Anleitung zum selbstständigen Riechtraining mittels 4 verschiedener Duftproben bei Hyposmie oder Anosmie.

Pflegetherapie

Pflege ist die Unterstützung und Hilfe, den Lebensalltag bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu bewältigen und Sekundärschäden zu verhindern, die spezielle rehabilitative Pflege erfolgt nach den Grundlagen der Bobathlehre und nach an die Klinik adaptierten Pflegestandards und der basalen Stimulation. Die Einhaltung von Hygienevorschriften (Hygieneordnung) ist hierbei unabdingbar. Um einen ganzheitlichen Ansatz zu gewährleisten erfolgt die Pflege in der Fachklinik Wolletzsee in der Gruppenpflege.

Beobachtungen des Pflegepersonals über das Verhalten der Rehabilitanden auf Stationsebene sind ein wesentlicher Parameter. Sie geben Auskunft, ob es einem

Rehabilitanden gelingt, in den einzelnen Bereichen erarbeitete therapeutische Ansätze in den Alltag umzusetzen. Ein ganzheitliches Pflegekonzept ist hierfür Voraussetzung.

Alle Berufsgruppen arbeiten in multiprofessionellen Pflege-/Ärzte-/Therapeutenteams zusammen, um den individuell erstellten Rehabilitationszielen des einzelnen Patienten bzw. Rehabilitanden gerecht zu werden bzw. diese zu erreichen.

Rehabilitationsziele:

- Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), ggf. Teilselbstständigkeit und Minderung der Pflegebedürftigkeit, vorhandene und erlernte Strategien auf der Stationsebene umsetzen,
- Selbstständigkeit in Bezug auf medizinische Maßnahmen (Blutdruckmessung, Injektionen, Medikamentenstellung und –einnahme),
- Rückkehr in den häuslichen Bereich,
- Verbesserung der Dauerbelastbarkeit,
- Verbesserung des gesundheitsbewussten Verhaltens,
- Verminderung krankheitsbezogener Beschwerden,
- Verbesserung der Stimmungslage und psychische Stabilisierung,
- Verbesserung des Krankheitsverständnisses und der Krankheitsbewältigung
- Funktionsverbesserung.

Pflegespezifische diagnostische Fragestellungen:

- Selbstständigkeit auf Stationsebene, Hilfebedarf,
- durchzuführende Behandlungsmaßnahmen (Injektionen, Verbände) und Maßnahmen zur Prophylaxe von Komplikationen (Dekubitusprophylaxe, korrekte Lagerung),
- Überwachung und Schulung der Medikamenteneinnahme,
- neuropsychologische und psychosoziale Basisleistungen,
- Miterstellung des FR-Barthel-Index.

Pflegemaßnahmen:

- Es erfolgen die teilkompensatorische Übernahme der Selbstpflegedefizite der Rehabilitanden: „Aktivierende therapeutische Krankenpflege“: entwicklungsfördernde Unterstützung und Anleitung bei der Pflege, bis der Betroffene selbstständig handeln kann und langfristig von pflegerischen Leistungen soweit möglich unabhängig wird, sowohl für Verrichtungen des alltäglichen Bedarfs (Waschen, Anziehen, Essen) als auch für notwendige medizinische Maßnahmen (Injektionen, Katheterisieren).
- Kontinuierliche Mobilisation, repetitive Übung von Bewegungsabläufen in Alltagssituationen (Alltagstransfer), um noch vorhandene und wiedererlernte Strategien und Fertigkeiten auf der Station umzusetzen. Pflegerische Maßnahmen werden gezielt zur Förderung der gesundheitlichen Entwicklung des Rehabilitanden genutzt. Förderung von im Team abgestimmten Lernzielen des Rehabilitanden (motorisch, kognitiv), psychosoziale Betreuung, Gruppenpflege, Behandlungspflege.

- Ausgebildete Wundexperten auf jeder Station legen gemeinsam mit dem Arzt nach einem standardisierten Wundmanagement, die weiteren Maßnahmen fest, fotografische Dokumentation der zu versorgenden Wunden am Aufnahmetag.

Behandlungsaufgaben im Bereich der Pflgeherapie:

- Sichtung am Aufnahmetag, Erstanamnese: Welche Beeinträchtigungen hat der Rehabilitand, wo benötigt er Hilfe und Unterstützung, welche Hilfsmittel werden in der Pflege benötigt (Rollstuhl, Rollator, Bettgitter, Lifter, Stehbrett, usw.)? Ermittlung des Gesamtpflegebedarfs.
- Das Sturzrisiko wird durch die Pflegefachkraft ermittelt
Dies erfolgt in der Phase C und D mittels eines klinikinternen Assessments.
- Erfragen von Schmerzen
- Ermittlung der Vitalwerte, Größe, Gewicht und BMI
- Mitgebrachte Hilfsmittel
- Einrichtung des Zimmers nach Krankheitsbild (nach dem Bobath-Prinzip): Benötigt der Rehabilitand ein behindertengerechtes Zimmer? Welche Körperhälfte ist betroffen? Erfordernis der Zugänglichkeit von drei Pflegeseiten, Lagerungseinschätzung, muss eine Begleitperson untergebracht werden?
- Einschätzung zu Allgemeinzustand und Besonderheiten: Körperlicher Zustand, Pflegezeit, ist eine Therapiebegleitung notwendig? Erforderliche Ruhezeiten für den Rehabilitanden zur Therapieplanung, bestehen Schluckstörungen? Absprache mit Arzt oder Logopäden (Schluckdiagnostik)?
- Anlegen einer Krankenakte, Vorbereitung des Therapieheftes
- Erstellung einer Pflegeanamnese, Barthel-Index-Einschätzung aus der Sicht des Pflegepersonals
- Einschätzung zur Grundkrankenpflege und Pflgeherapieplanung nach ATL´s und Hilfsmittelerfordernis: Welche Prophylaxen sind notwendig? Welche Behandlungspflege ist notwendig (Toilettentraining, Dauerkatheter, Ernährungssonde, Profile: Blutzucker, Blutdruck usw.)? Absprache mit dem zuständigen Arzt
- Erste Pflgeherapie: Transfer Bett, Hilfsmittel, Lagerung, erste Zielsetzung in der Pflege
- Einschätzung ob eine Ernährungsbegleitung erforderlich ist
- Ausarbeitung und Dokumentation der ärztlichen Anordnungen, Vorbereitung der angeordneten Diagnostik, Weiterleitung der Therapieverordnungen an alle Therapeuten, diese geben den Therapieplan weiter an zentrale Therapieplanung
- Information des Rehabilitanden zu Tagesablauf, Diagnostikterminen, Therapieablauf, Gepflogenheiten der Klinik, wenn möglich unter Einbeziehung der Angehörigen, Aufklärung über Hausordnung und Verwahrung von Wertgegenständen
- Zusatzleistungen für Angehörige: Einbeziehung in die Pflege? Einbeziehung in den Therapieablauf?
- Sichtung der Hautverhältnisse auf eventuelle Wunden, Dekubitalgeschwüre
- Einschätzung Dekubitusrisiko in der Phase C Norton- Skala Einschätzung
- Im Bedarfsfall Anlegen einer Wunddokumentation(mit Foto)

Am ersten Behandlungstag:

- Diagnostik: Blutabnahme, RR- und ggf. BZ-Profil
- Grundpflege, Wasch- und Anziehtraining, Gedächtnisprüfung
- Absprache mit dem Rehabilitanden zu Lebensgewohnheiten und wenn möglich Überprüfung, ob gestellte Hilfsmittel richtig benutzt werden oder noch weiterer Einweisungsbedarf besteht
- Miteinbeziehen in den Pflege- und Therapieablauf des Tages
- Nochmals Informationen zu Tagesabläufen und Stationsbefindlichkeiten
- weitere Einschätzung zu den ATL`s innerhalb von 24 Stunden
- Übergabe zum Spätdienst mit kompletter Einschätzung des Rehabilitanden
- bei Problemen: Rücksprache mit entsprechender Therapeutengruppe, Korrektur und Abstimmung zum Therapieziel
- Koordination: Diagnostik, Therapie, Therapiebegleitung, Rehabilitandenbedürfnis, Pflegemaßnahmen, Behandlungspflege, Freizeitangebote, Verwaltungsangelegenheiten, Kontaktaufnahme zu Angehörigen (Besuchszeiten, Bedarf persönlicher Sachen, Fußpflege, Frisör, ...)
- Planung und Durchführung von notwendigen Prophylaxen nach Hausstandard

Im weiteren Verlauf:

- komplette Therapiebegleitung nach angeordnetem Bedarf, erlernte Fähigkeiten im Pflegealltag umsetzen
- in der Visite Barthel-Index überprüfen
- Abstimmung mit Arzt und Therapeuten zum allgemeinen Zustand und den ATL`s und daraus sich ergebenden Therapieveränderungen
- Teambesprechungen
- Erstellung einer kompletten Pflegeplanung innerhalb der ersten 7 Tage
- Wöchentliche Evaluation der Pflegeplanung, um Erfolge der Therapien nachweislich zu dokumentieren bzw. Verschlechterung des Zustandes mit neuen Maßnahmen zu planen
- Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen können durch eine „Pain Nurse“ (speziell geschulte Pflegekraft) im Rehabilitationsverlauf engmaschig betreut werden, diese steht immer in engem Kontakt mit dem behandelnden Arzt
- Evt. Diabetessprechstunde /Diabetesberatung
- Angehörige mit in die pflegerischen Tätigkeiten einzubeziehen, sie über den Gesundheitszustand zu informieren und Ihnen Strategien zu zeigen, die der aktivierenden Förderung und Pflege ihres Verwandten zugute kommen, gehören zum Gesamtkonzept der GLG-Fachklinik Wolletzsee.

Weitere Therapieangebote

Neben den klassischen Therapieangeboten kommen weitere „alternative“ Therapieangebote zum Tragen:

- **Atemregulation mit Klang:** Zur Entspannung und Verbesserung der Körperwahrnehmung unter Zuhilfenahme von Klangschalen.
- **Atemmeditation mit Klang:** Entspannungsverfahren bei Rehabilitanden mit gestörter Atemregulation (z.B.: Post-Covid)
- **Musiktherapie:** In der Gruppe oder als Einzelbehandlung (Gesang, Orff'sche Instrumente, Entspannung, als Zugang für schwer sprachgestörte Rehabilitanden).
- **Kunsttherapie:** Als Einzelbehandlung oder in der kleinen Gruppe (Feinmotoriktraining, Entspannung, Körperwahrnehmung).

Sozialdienst

Schwerpunkt des Bereiches Sozialdienst ist die Hilfestellung für die Anpassung und Veränderung der Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogenen Faktoren) für den Zeitraum nach der Rehabilitation und somit der weitere Umgang mit der Behinderung. Im Rahmen des Entlassmanagements spielt der Sozialdienst eine entscheidende Rolle.

Hierzu sind erforderlich:

- Analyse der häuslichen Situation und der Anforderungen des beruflichen Umfeldes,
- Analyse der Wohnsituation und des sozialen Bezugsrahmens,
- Analyse der Art und Qualität von familiären Beziehungen sowie weiterer Beziehungen,
- Berufsanamnese, Arbeitswelt, ökonomische Verhältnisse, Anforderungen des Arbeitsplatzes und berufliche Rahmenbedingungen,

Ziele:

- Beratung bezüglich beruflicher und sozialer Wiedereingliederung des Rehabilitanden, Vermittlung des Reha-Beraters,
- Beratung und Einleitung der Schwerbehinderteneigenschaft,
- Vermittlung von Sozialstationen,
- Vermittlung von Selbsthilfeorganisationen, karitativen Organisationen,
- Behindertenfahrdienst,
- Weitere Nachsorge.

Ablauf:

Patienten werden ärztlicherseits dem Sozialdienst vorgestellt, bei Phase-C-Rehabilitanden erfolgt die sofortige Ausgabe eines Infoblattes an den Rehabilitanden oder Angehörigen mit Angaben zum Sozialdienst (Telefonnummer, Sprechzeiten). Alle anderen Rehabilitanden erhalten einen Termin entsprechend den Erfordernissen über die zentrale Terminplanung. Daneben gibt es freie Sprechstunden.

Zwei Seminare jeweils für Rehabilitanden der Rentenversicherung und der Krankenkasse bieten ebenfalls die Möglichkeit, Fragen zu klären bzw. seitens der Rehabilitanden Einzelberatungstermine anzumelden. Mittels eines Gespräches mit dem Patienten und dem behandelnden Arzt erfolgt die sozialarbeiterische Anamnese und Festlegung der Rehabilitationsziele (Häusliche Umgebung, berufliche Zukunft, Pflegehilfe, Selbsthilfegruppe, ...).

Das *Leistungsspektrum* unseres Sozialdienstes umfasst folgende Bereiche:

- Beratung von Rehabilitanden und Angehörigen bei der Organisation rechtlicher und finanzieller Ansprüche (Sozialhilfe, Pflegegeld, Haushaltshilfe, etc.) Rechtsgrundlagen SGB I-III, V, VI, IX-XII
- Information des Rehabilitanden über Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation (§ 16 – 19 SGB VI, § 44 SGB V, § 56 AFG, § 30/40 BSHG)
- Beratung zum IRENA-Nachsorgeprogramm der Rentenversicherung
- Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung bzw. Hamburger Modell
- Hilfestellung und Information bei der Absicherung der Nachsorge (Hauskrankenpflege, Rehabilitationsmittel, orthopädische Hilfsmittel, evtl. stationäre Kurzzeitpflege, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt)
- Beratung zu Rechtsansprüchen für Patienten nach dem Schwerbehindertengesetz, Unterstützung bei der Beantragung von Schwerbehindertenausweisen (SchwbG)
- Hilfe und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Ansprechpartnern in Ämtern, Behörden und Institutionen (Versorgungs- und Sozialamt, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger).

Behandlungsziele:

- Hilfen zur Eingliederung, Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf (berufliche Rehabilitation)
- Hilfen zur Orientierung, Unabhängigkeit, sozialen Integration, z.B. bei der Freizeitgestaltung und sonstiger Teilnahme am kulturellen Leben (soziale Rehabilitation)
- Erleichterung der Anpassung an Krankheit, Behinderung und veränderte Lebenssituation
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Erhaltung bzw. Wiedergewinnung einer möglichst hohen Lebensqualität und Lebensempfindung.

4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

Medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation: MBOR

Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation stellt gesundheitsrelevante Faktoren des Arbeitslebens und deren frühzeitige Identifikation und Behandlung in den Mittelpunkt des Rehabilitationsprozesses. Es ist im Interesse der DRV, Erwerbstätige solange wie möglich im Berufsleben zu halten.

Durch das Angebot von geeigneten Rehabilitationsleistungen soll der Verbleib, respektive die Wiedereingliederung des Rehabilitanden in Arbeit und Beruf gefördert werden. MBOR ist insbesondere für Erwerbstätige mit einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) geeignet. Diese Menschen profitieren besonders von den über den Basisangeboten hinausgehenden MBOR-Kernmaßnahmen. Schließlich werden darüber hinaus von einigen spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen spezifische MBOR-Angebote, meistens in Zusammenarbeit mit externen Anbietern, vorgehalten.

Ob ein Rehabilitand eine besondere berufliche Problemlage hat, die im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme behandelt werden soll, wird nach einem Screening-Verfahren der DRV festgestellt. Dafür werden die Einschränkungen des Rehabilitanden mit seiner Arbeitssituation abgeglichen. Das Screening wird zunächst von der DRV bei der Beantragung der Maßnahme vorgenommen.

Bei Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung wird der Rehabilitand mithilfe weiterer geeigneter Bewertungsmethoden erneut beurteilt, um den Befund zu reevaluieren und ggf. Ergänzungs- oder Korrekturbedarf zu identifizieren.

Die berufsbezogene medizinische Rehabilitation erfolgt unter Bezugnahme auf die zuletzt ausgeübte oder zukünftig angestrebte berufliche Tätigkeit.

MBOR-Leistungsstufen der DRV:

MBOR – Stufe A

Alle von der DRV belegten Rehabilitationskliniken in Deutschland müssen ein MBOR-Basisangebot vorhalten. Dies beinhaltet therapeutische Leistungen, die das Ziel verfolgen, den Rehabilitanden wieder in das Berufsleben einzugliedern. Daher kann jede Rehabilitationsmaßnahme, die von der DRV finanziert wird, als Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation betrachtet werden.

MBOR – Stufe B

Rehabilitanden mit einer besonderen beruflichen Problemlage profitieren zusätzlich von MBOR-Kernangeboten, wobei die vorgehaltenen therapeutischen Leistungen über das MBOR-Basisangebot hinausgehen, sodass hier gezielt auf besondere Probleme und Konflikte im Berufsleben eingegangen werden kann.

MBOR – Stufe C

Die höchste MBOR-Stufe bildet die Stufe C. Hier wird ein spezifisches MBOR-Angebot meistens in Zusammenarbeit mit externen Anbietern vorgehalten.

Procedere

Nach Angaben der DRV liegt bei bis zu 50% der Rehabilitanden ein MBOR-Bedarf vor. Diese Rehabilitanden benötigen spezifische Angebote, um ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wieder ausüben zu können oder einer anderen Tätigkeit erfolgreich nachzugehen.

Rehabilitanden mit einer besonderen beruflichen Problemlage haben typischerweise einen problematischen sozial-medizinischen Verlauf, eine negative subjektive Erwerbsprognose oder einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Alle genannten Faktoren können auch gleichzeitig vorliegen. Um diese Rehabilitanden zu identifizieren, findet in der Abteilung für Neurologie der Fachklinik Wolletzsee bereits in der Aufnahmeanamnese zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme in einem Arzt-Rehabilitanden-Gespräch eine eingehende Befragung in Bezug auf die Situation am Arbeitsplatz statt. Zur Selbsteinschätzung des Rehabilitanden wird zusätzlich ein in der Klinik erarbeiteter Selbstauskunftsbogen eingesetzt, in welchem der Rehabilitand aufgefordert wird, seinen beruflichen Werdegang, seinen aktuellen oder letzten Arbeitsplatz zu beschreiben und seine krankheitsbedingten Einschränkungen hierzu in Bezug zu setzen und seine Vorstellungen bezüglich seines weiteren Berufslebens unter Berücksichtigung der Funktionsstörungen zu dokumentieren.

Mit diesem Screening werden die beruflichen Belastungen, die subjektive Erwerbsprognose und das Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten erfasst. Mit Hilfe dieser Instrumente kann bereits zu Beginn der Rehabilitation abgeschätzt werden, ob bei einem Rehabilitanden berufliche Problemlagen und der Bedarf an berufsorientierten Angeboten vorliegen. Diese können Konflikte am Arbeitsplatz, hohe Stressexposition oder inadäquate körperliche oder geistige Belastungen sein. Auch psychosoziale Konflikte im Privatleben können die berufliche Leitungsfähigkeit einschränken oder gefährden.

Bereits im Aufnahmeteam werden mit den beteiligten therapeutischen Bereichen die entsprechenden Problemlagen erörtert und entsprechende Zielsetzungen erarbeitet, welche dann im weiteren Verlauf in den Teamsitzungen jederzeit modifiziert werden können, abhängig von den Ergebnissen der jeweiligen therapeutischen Interventionen.

Medizinisch-berufliche Angebote in der Fachklinik Wolletzsee

Die Angebote der Abteilung für Neurologie in der Fachklinik Wolletzsee umfassen neben den Basisangeboten auch MBOR-Kernangebote der Stufe B.

Erkrankungen des Nervensystems führen zu vielfältigen Funktionseinschränkungen, welche sich interindividuell in unterschiedlichster Weise quantitativ und qualitativ darstellen (Mobilitätseinschränkungen, Feinmotorikstörungen, Kommunikationseinschränkungen, kognitive Störungen, psychophysische

Belastungseinschränkungen psychische Veränderungen, usw.) Hierbei sind alle in der Rehabilitation involvierten Berufsgruppen gefordert. Jeder therapeutische Bereich erhebt in den Eingangsuntersuchungen die Anforderungen des Arbeitsplatzes und korreliert diese mit den erforderlichen Therapiemaßnahmen:

- *Physiotherapie:*

Beurteilung und Therapie der Gehfähigkeit und des Gleichgewichtes, der Körperhaltung sowie der allgemeinen körperlichen Kondition.

Dies findet sich in den standardisierten Klinikaufnahme- und Entlassbefunden wieder mit Dokumentation der Gehstrecke, der Gleichgewichtsfunktion und des Trainingszustandes.

Gangstörungen, Gleichgewichtsstörungen und Körperhaltungsstörungen werden in Einzeltherapien behandelt, in moderaten Fällen auch in der Kleingruppe (Wirbelsäulengymnastik, Gleichgewichtstraining, Bewegungsbad).

Der Trainingszustand wird im Terrain-, im Gehstrecken-, im Ergometer- und Laufbandtraining geübt und dokumentiert. Somit kann neben den individuellen Arbeitsplatzanforderungen die Arbeitsschwere mit der Dauerbelastung im Ergometertraining korreliert werden.

- *Ergotherapie:*

Beurteilung und Therapie der Arm- und Feinmotorik, Planen und Organisieren von Arbeitsabläufen, räumliche Wahrnehmung, Kognition und die Arbeitsplatzgestaltung bei Schreibtischarbeitsplätzen. Dies wird ebenfalls im ergotherapeutischen Befund evaluiert.

Bei schwerer betroffenen Rehabilitanden findet dies in einer Einzeltherapie statt, ansonsten in der Kleingruppe. Individuell wird den Anforderungen des Arbeitsplatzes entsprechend therapiert (handwerkliche Tätigkeiten, Umgang mit einer Tastatur, ergonomischer Schreibtischarbeitsplatz, räumliche Wahrnehmung und Kognition in der robotikgestützten Therapie im Armlabor). Diesbezügliche individuelle Arbeitserprobungen finden unter Supervision der Ergotherapeuten und Neuropsychologen in der Klinik statt.

- *Sprachtherapie:*

Beurteilung und Therapie der Kommunikationsfähigkeit, des Rechnens und des Schreibens. Hier wird in erster Linie in Einzeltherapien gearbeitet und ggf. die Therapie im Gruppenangebot (Wortfindungsgruppe, Fazio-orale Therapiegruppe) ergänzt.

Schwere Störungen sind mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit absehbar häufig nicht vereinbar, in leichteren Fällen sind aber Berufserprobungen gerade bei Berufen mit hohen sprachlichen Anforderungen denkbar und werden auch durchgeführt (Vorträge halten, Texte schreiben und bearbeiten).

- *Neuropsychologie:*

Beurteilung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, des Planens und Problemlösens. Beurteilung der neurovisuellen Funktion und räumlichen Wahrnehmung. Beurteilung der Motivation und des psychischen Befundes.

Der komplexe und umfangreiche neuropsychologische Aufnahmebefund berücksichtigt alle diese berufsrelevanten Einschränkungen. Die Therapie erfolgt in Einzeltherapien, im PC-Training und auch in der Gruppe (neuropsychologische Musiktherapie).

Eine Belastungserprobung der psychischen Belastbarkeit mit über den gesamten Tag verteilten Testungen ist möglich, ebenso wie in der Sprachtherapie auch eine individuelle Berufserprobung in der Klinik (bspw. Gesichtsfeldeinschränkungen und Tätigkeit in einer Küche).

Weiterhin ist die Überprüfung der Fahreignung für viele Berufstätige Voraussetzung, um ihren Arbeitsplatz zu erreichen, hier besteht neben der grundlegenden neuropsychologischen und neurovisuellen Diagnostik die Möglichkeit einer Fahrverhaltenserprobung in Zusammenarbeit mit einer ortsansässigen Fahrschule. In psychologischen Einzeltherapien wird auf die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz eingegangen, eine Stressbewältigungsgruppe ist in der Klinik etabliert.

Sozialmedizinisches Team zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Bereits im Aufnahmeteam wird die berufliche Situation und die aus der Krankheit resultierenden Funktionseinschränkungen und Kontextfaktoren kommuniziert, so dass alle Berufsgruppen sensibilisiert ihren Aufnahmebefund erheben und die Therapien entsprechend strukturieren können. Im Stationsteam wird dies dann im Verlauf und zum Abschluss evaluiert und entsprechend die Maßnahmen für das Entlassmanagement angestoßen. Die aus den Teambesprechungen resultierenden sozialmedizinischen Beurteilungen werden dann mit dem Rehabilitanden in der Visite bzw. im Abschlussgespräch kommuniziert und mit seinen Vorstellungen abgeglichen.

- *Sozialdienst: Organisation der Nachsorge*

Rehabilitanden mit aus der Erkrankung resultierenden beruflichen Problematiken werden bereits im Aufnahmeteam als Einzelberatung für den Sozialdienst geplant.

Der Rehabilitand kann selber über das Seminar der Sozialarbeiter bzw. in der offenen Sprechstunde Kontakt mit den Sozialarbeiterinnen aufnehmen.

Im Einzelgespräch wird der MBOR-Bedarf analysiert und der Rehabilitand dahingehend motiviert. Die aus der Rehabilitation resultierenden weiteren Maßnahmen werden vom Sozialdienst im Rahmen des Entlassmanagements organisiert:

Leitungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung bzw. Beratung zum Hamburger Modell, Beantragung der Schwerbehinderteneigenschaft, Organisation des IRENA-Nachsorgeprogrammes.

4.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung

Der Rehabilitationsprozess bietet eine besondere Chance, durch gezielte Informationen, Motivation und Training dem Rehabilitanden ein besseres Rüstzeug im Umgang mit seinen Funktionseinschränkungen zu vermitteln. Die Informations- und Seminarangebote (wie nachfolgend beschrieben) zum Gesundheitstraining werden vor dem Hintergrund der Erkrankung gesehen. Primär richtet sich daher das Interesse der Betroffenen auf alle weitergehenden Maßnahmen zur Reduktion der Krankheitsfolgen und des Fortschreitens der Erkrankung.

Darüber hinaus wird bezweckt, eine positive Grundhaltung zur aktiven Mitarbeit an der Rehabilitation aufzubauen und zu gesunder Lebensweise zu motivieren. Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit sollen gestärkt, sowie Fähigkeiten vermittelt werden, trotz Krankheit aktiv in Beruf und Alltag mitwirken zu können.

Die Rehabilitanden sollen den Krankheitsprozess verstehen, die Pathogenese in den Grundzügen überblicken, die Symptome der Verschlechterung erkennen sowie die Ziele und Details der Therapie begreifen. Der geschulte Rehabilitand wird auf diese Weise in die Selbstverantwortung und das Selbstmanagement der Krankheit eingebunden und ist im Stande, eine höhere Selbstkompetenz hinsichtlich der Erkrankung zu entwickeln. Ein wesentliches Ziel der Patientenschulung ist die angestrebte Compliance-Verbesserung.

Unsere Rehabilitanden sollen zu Experten ihre Gesundheit werden, hierzu bieten wir von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführte Seminare an, um Kenntnisse und Verhaltensmodifikationen zu vermitteln.

Interaktives Seminar: Neurologische Rehabilitation (Leben mit der Krankheit)

Thema	Darstellung der Zusammenhänge zwischen neurologischen Erkrankungen, den resultierenden Funktionsstörungen, der Notwendigkeit aktiven Übens in der Rehabilitation und Vorstellung der einzelnen Therapiebereiche mit ihren Möglichkeiten Funktionsstörungen zu behandeln.
Form	Schulung
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Rehabilitanden, Angehörige
Leitung	Facharzt
Indikation	neurologische Krankheiten
Raum	Gruppenraum
Teilnehmerzahl	maximal 15
Material	Beamer, Flipchart, Informationsmaterial
Ziele	Plastizität des Nervensystems als Grundlage einer Verbesserung von Funktionsstörungen und Verstehen der Notwendigkeit der aktiven Mitarbeit am Rehabilitationsprozess, grundlegendes Verständnis von neurologischen Erkrankungen, resultierenden Funktionsstörungen und Therapiemöglichkeiten in den jeweiligen therapeutischen Bereichen.
Frequenz	mindestens 1 mal pro Rehabilitation

Interaktives Seminar: Schlaganfall (Diagnostik und Therapie)

Thema	Definition des Schlaganfalls, Pathophysiologie, Akutversorgung im Krankenhaus, medizinische Therapie, Risikofaktoren der Arteriosklerose.
Form	Schulung
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Rehabilitanden, Angehörige
Leitung	Facharzt
Indikation	Schlaganfall, neurologische Krankheiten
Raum	Gruppenraum
Teilnehmerzahl	maximal 15
Material	Beamer, Flipchart, Informationsmaterial
Ziele	Verstehen des Krankheitsprozesses, der Akutversorgung und der Sekundärprophylaxe. Motivation zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil, Stärkung der Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit, Vermittlung von Wissen und Vermittlung sowie Einübung von Fertigkeiten zur aktiven Teilhabe an Beruf und Alltag, Planung der Nachsorge.
Frequenz	mindestens 1 mal pro Rehabilitation

Seminar zur Gesundheitsinformation und –förderung: Gesunde Ernährung

Thema	Auseinandersetzung mit den eigenen Ernährungsgewohnheiten, Reflektion von Einstellungen zu gesunder Ernährung, Erwartungen an gesunde Ernährung
Form	Schulung
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Rehabilitanden mit ernährungsassoziierten Risiken und Krankheiten, interessierte Rehabilitanden
Leitung	Diätassistent
Raum	Gruppenraum
Teilnehmerzahl	maximal 15
Material	Flipchart, Stifte, Beamer, Informationsmaterial
Ziele	Reflexion des eigenen Lebensstils, Diskussion spezifischer Fragestellungen, Vermittlung von Informationen zu einer gesunden Lebensführung, Motivation zur Verhaltensänderung, Planung der Nachsorge
Frequenz	mindestens 1 mal pro Rehabilitation

Ernährungsberatung in der Gruppe: Adipositas

Thema	Überblick über die Ursachen und Folgen des Übergewichtes und Basisinformationen zu Übergewicht
Form	Schulung
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Rehabilitanden mit Übergewicht/Adipositas
Leitung	Diätassistent
Raum	Gruppenraum, Adipositas geeignete Stühle im Halbkreis
Teilnehmerzahl	maximal 15
Material	Flipchart, Stifte, Arbeitsblätter, Beamer
Ziele	Information zu gesunder und krankheitsbezogen angemessener Ernährung, Motivation zu Verhaltensänderung
Frequenz	mindestens 1 mal pro Rehabilitation

Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Hypertonus

Thema	Information über die Erkrankung und Krankheitsfolgen
Form	Schulung
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Rehabilitanden mit Hypertonie
Leitung	Diätassistent
Raum	ruhiger Gruppenraum, Stühle im Halbkreis
Teilnehmerzahl	maximal 15
Material	PC, Beamer, Flip-Chart, gegebenenfalls Pinnwände und Moderationsmaterial, Informationsmaterial für Rehabilitanden
Ziele	Reflexion des eigenen Lebensstils, Diskussion spezifischer Fragestellungen, Vermittlung von Informationen zu einer gesunden Lebensführung, Motivation zur Verhaltensänderung, Planung der Nachsorge
Frequenz	Mindestens 1 mal pro Rehabilitation

Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Tabakentwöhnung

Thema	Vorstellung, Klärung der Erwartungen und Motivation, Informationen über Nikotinsubstitution, unterstützende Strategien zur Tabakentwöhnung
Form	Gruppenarbeit, Verhaltenstraining
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	alle Rehabilitanden, die bei Rehabilitationsbeginn noch rauchen und motivierte Rehabilitanden, die bei Ankunft bereits aufgehört haben, zu rauchen
Leitung	Psychologe (MA, Diplom)
Raum	ruhiger Gruppenraum, Stühle im Halbkreis
Teilnehmerzahl	maximal 12
Material	Flip-Chart, Stifte, Nikotin-Ersatz Präparate, gegebenenfalls Selbsthilfebroschüren zum Rauchstopp, Fagerström-Test, Beamer
Frequenz	mindestens 3 mal pro Rehabilitation

Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung

Thema	Theoretische Aspekte bezgl. Stress & Stressregulierung,
Form	Gruppenarbeit, Verhaltenstraining
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Probleme der Belastungs- und Lebensbewältigung
Leitung	Psychologe (MA, Diplom)
Ziele	Verbesserung des Problembewusstseins und der Änderungsbereitschaft, Erarbeitung von Problemlösungsstrategien, Aufbau von Selbstkontrolle, Verbesserung der Belastungsbewältigung, Reduzierung von Risikofaktoren
Raum	ruhiger Gruppenraum, Stühle im Halbkreis
Teilnehmerzahl	maximal 12
Frequenz	mindestens 3 mal pro Rehabilitation

Entspannungstraining in der Gruppe: Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe (PMR)

Thema	Förderung der emotionalen Balance & des Wohlbefindens
Form	Gruppenarbeit, Verhaltenstraining
Dauer	60 Minuten
Zielgruppe	Verspannungszustände, Nervosität, Unruhe
Leitung	Psychologe (BA, MA, Diplom)
Raum	ruhiger Gruppenraum, Stühle im Halbkreis
Teilnehmerzahl	Max. 15 Rehabilitanden
Frequenz	4 mal pro Woche
Ziele	Erlernen von Entspannungsfähigkeit, Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten im Alltag

Weiterhin werden folgende Seminare angeboten:

- Seminare Ernährungsberatung: purinarme Kost, Gefäßschutz, diabetische Ernährung
- Seminar Sozialarbeit (Leistungen DRV, Schwerbehinderung, Leistungen der Krankenversicherung, Vorsorgevollmacht)
- Diabeteschulungen 1,2, Diabetessprechstunde
- Schulung zur INR-Selbstmessung
- Rehabilitandeninformation

Die Seminare der Abteilung Kardiologie und Angiologie können ebenfalls besucht werden: KHK I-III, Schulung bei Herz-Kreislauf-Krankheiten: PAVK, Schulung Lungenarterienembolie.

4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen

Die Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess ist wichtig, da sie zum einen selbst psychisch und emotional mitbetroffen sind und zum anderen den gesamten Krankheits- und Genesungsprozess mit begleiten und jederzeit unterstützend einwirken können.

Die Angehörigen werden in der Fachklinik Wolletzsee bei Zustimmung des Rehabilitanden von Anfang an in jeder Phase der Rehabilitation mit eingebunden. Dies bezieht sich auch auf die Zeit vor und nach der Rehabilitation. Mit Unterstützung der Angehörigen können unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Krankheit, der Funktionseinschränkung und des Lebensumfelds Rehabilitationsziele besser abgestimmt werden und die erreichten Ergebnisse dauerhaft gefestigt werden.

In allen Therapiebereichen besteht die Möglichkeit für Angehörige teilzunehmen bzw. durch die Therapeuten beraten zu werden (beispielsweise in der pflegerischen Versorgung, im Umgang mit aphasischen Störungen oder im Verständnis von kognitiven Störungen und deren Auswirkungen auf Psyche und Sozialverhalten).

Viele unserer Rehabilitanden sind älter oder wohnen nicht im direkten Umfeld der Klinik. Die Angehörigen haben die Möglichkeit in der Klinik mit untergebracht zu werden bzw. eine preisgünstige Hotelunterkunft vermittelt zu bekommen. Außerdem besteht weiterhin die Möglichkeit, einen Transport zum Bahnhof in Angermünde zu organisieren.

4.6 Entlassmanagement

Bereits bei Aufnahme des Rehabilitanden zur stationären Rehabilitation steht der voraussichtliche Entlassungstag fest. Ist eine Verlängerung des Aufenthaltes zur Festigung des Rehabilitationserfolges oder aus medizinischen Gründen erforderlich, wird dies rechtzeitig vereinbart. In der Regel erfolgt die sozialmedizinische Beurteilung 1 Woche vor Entlassung. Ist eine Nachsorge erforderlich, wird diese rechtzeitig eingeleitet.

Spätestens in der letzten Visite und im Entlassgespräch werden die Rehabilitationsziele abschließend mit dem Rehabilitanden reevaluiert und die Vollständigkeit der diagnostischen und therapeutischen Leistungen wie Kontrolluntersuchungen überprüft.

Am Entlassungstag wird dem Rehabilitanden ein vorläufiger Arztbericht sowie der aktuelle Medikamentenplan zur Vorlage beim Hausarzt ausgehändigt. Die Notwendigkeit der medikamentösen Therapie wird dem Rehabilitanden dargestellt und mit ihm diskutiert, das Verständnis der Medikation ist wichtige Voraussetzung für eine gute Medikamentencompliance. Die notwendige Medikation für den Zeitraum direkt nach der Entlassung wird sichergestellt.

Der endgültige Brief wird binnen 2 Wochen mit Einverständnis des Rehabilitanden dem Hausarzt, dem Zuweiser, dem Rehabilitanden und dem Kostenträger (falls Rentenversicherung) zugestellt. Eine eventuelle Hilfsmittelversorgung wird über die jeweiligen Bereiche sichergestellt, eine Hauskrankenpflege ggf. über den Sozialdienst organisiert, der Pflegeübergangsbericht durch das Pflegepersonal dem Entlassbericht beigefügt und eine eventuelle Wund-, Sonden- oder Stomaversorgung ebenfalls durch den Pflege- und Sozialdienst organisiert.

4.7 Notfallmanagement

Das Notfallkonzept der Klinik ist im Qualitätsmanagement-Handbuch (QMH) und im roten Notfallhandbuch dargelegt. Das Notfallmanagement wurde 2017 qualitativ erweitert. Das gesamte medizinische Fachpersonal der Fachklinik Wolletzsee wird nun jährlich nach den aktuellen Leitlinien der AHA (American Heart Association) auf dem Gebiet der kardiovaskulären Notfälle und Reanimation geschult. Das nichtmedizinische Personal wird ab dem Jahr 2018 ebenfalls geschult. Ärzte und Pflegepersonal werden somit in die Lage versetzt, Notfälle sicher und souverän nach den aktuellen internationalen Standards unter Berücksichtigung nationaler Richtlinien und lokaler Gegebenheiten zu behandeln.

In der Fachklinik Wolletzsee besteht im Tagesdienst ein Notfall-Dienstplan für Ärzte und Pflegepersonal. In allen Rehabilitandenzimmern, Therapieräumen und alle anderen Räumen befinden sich Notfallrufe, welche in der Wachstation ankommen und dort von der diensthabenden Pflegekraft weitergeleitet werden bzw. die Notfallnummer auslöst. Bei Aktivierung der Notfallnummer werden Notfälle primär durch die diensthabenden Personen versorgt. Die Notfallbereitschaft während des Tages ist im Bereitschaftsdienstplan festgelegt. Das Notfallteam besteht aus 2 Ärzten, jeweils einem Arzt aus jeder Abteilung und einer diensthabenden Pflegekraft der Wachstation. Die Notfallnummer lautet 555 und ist an den Telefonen hinterlegt.

Es stehen in der Klinik mehrere Notfallausrüstungen zur Verfügung. Insgesamt 3 Defibrillatoren (ITS, Station 4/5, Speisesaal) und 4 Notfallkoffer (ITS, Station 2/3, 4/5, 6/7) stehen zur Verfügung. Notfälle werden dokumentiert und im Rahmen des Qualitätsmanagements ausgewertet.

Ereignet sich auf dem Klinikgelände ein Notfall, wird sofort die Notrufnummer des Arztes gewählt und mit den Erstmaßnahmen begonnen. Ist eine Reanimation erforderlich, wird diese sofort mittels Herzdruckmassage am Notfallort eingeleitet. Bei Eintreffen des Arztes und der Pflegekräfte erfolgt eine Übergabe mit Schilderung des Notfallgeschehens. Der Rehabilitand wird schnellstmöglich auf die Wachstation transportiert, wo die weitere Diagnostik und Therapie erfolgt. Bei Reanimationspflichtigkeit oder lebensbedrohlicher Erkrankung wird sofort zusätzlich der Rettungsdienst mit Notarzt alarmiert und die Reanimation vor Ort fortgesetzt bis diese eintreffen und Reanimationsmaßnahmen gemeinsam mit dem Klinikpersonal fortsetzen. Bei erfolgreicher Reanimation oder lebensbedrohlicher Erkrankung erfolgt der Transport in eine geeignete Akutklinik.

Im Anschluss an ein Notfallereignis erfolgt eine strukturierte Auswertung gemäß den Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften (AHA, ERC) zur Steigerung der Qualität der Notfallversorgung.

4.8 Hygiene

Die Hygienekommission setzt sich zusammen aus den Chefärzten beider Abteilungen, der Pflegedienstleiterin, der Hygienefachkraft, der Hygienebeauftragten Ärztin, dem Krankenhaushygieniker der GLG, der Verwaltungsdirektorin und der leitenden Oberärztin des Fachkrankenhauses (gleichzeitig QMB).

Die Hygienebeauftragte ist Oberärztin in der Abteilung Neurologie. Unterstützt wird sie durch eine Hygienefachkraft aus dem Pflorgeteam. Es bestehen Hygienestandards zur Erfassung und Umgang vor allem mit nosokomialen Infektionen aber auch dem Umgang mit multiresistenten Keimen (wie zum Beispiel MRSA, VRE, MRGN) oder Umgang mit hochinfektiösen Erregern wie zum Beispiel Noroviren oder Covid-19. Rehabilitanden mit bestehenden Problemkeimen können in der Klinik aufgenommen werden, der Umgang mit ist in unseren Standards und Verfahrensanweisungen festgelegt.

Mitarbeiter werden regelmäßig in der Anwendung der aktuellen Standards und Verfahrensanweisungen geschult, um den Hygieneanforderungen auch in besonderen Situationen gerecht zu werden. Die Hygienestandards sind im Hygienehandbuch dargestellt und liegen auf allen Stationen und im Intranet der Klinik für alle Mitarbeiter zugänglich aus. Die Bestimmungen zum Infektionsschutz sind wesentlicher Bestandteil der Konzeption zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

5. Dokumentation

Bei Aufnahme des Rehabilitanden wird die Patientenakte sowohl analog als auch digital angelegt. Die Dokumentation der Diagnosen, Therapiepläne, Befunde, Visiten und Pflege erfolgt in der Papierakte. Die Umsetzung der KTL-Vorgaben sowie Erfassung durchgeführter Leistungen wird digital im Rehabilitationsdokumentationsprogramm hinterlegt. Die Rehabilitanden erhalten jeweils am Vortag den Plan für den folgenden Tag. Der Planung zu Grunde liegt eine Wochenplanung, die aber bei Bedarf täglich modifiziert werden kann. Die Erstellung des Rehabilitations-Entlassungsberichts erfolgt gemäß Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und ist regelmäßiger Inhalt von ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen in der Klinik.

6. Datenschutz

Als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung sind wir gesetzlich verpflichtet, eine angemessene Sicherheit für die personenbezogenen Daten zu gewährleisten. Wir müssen durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherstellen, dass personenbezogene Daten nicht unbefugt oder unrechtmäßig verarbeitet werden. In der Rehabilitation werden hoch sensible Daten über Patienten, deren Krankheiten und soziales Umfeld bekannt. Diese Daten werden als besonderes Berufsgeheimnis durch § 203 StGB geschützt. Der Patient verlässt sich auf dieses absolute Vertrauen in die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, des medizinischen Personals und aller anderen Beschäftigten sowie weitere externe und interne Dienstleister.

Wir nehmen den Schutz der persönlichen Daten unserer Rehabilitanden sehr ernst und pflegen den Datenumgang gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie der Spezialregelungen zur Wahrung des Sozialgeheimnisses und der Ärztlichen Schweigepflicht.

Da unsere Mitarbeiter im Rahmen Ihrer Tätigkeit mit diesen hoch sensiblen personenbezogenen Daten in Berührung kommen, verpflichtet die Arbeitgeberin die Mitarbeiter bei Beschäftigungsbeginn zur Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere zur Wahrung der Vertraulichkeit durch Informationsmaterial und notwendige Schulung im Rahmen des Einweisungskonzeptes. Auf die gesetzlichen Grundlagen (DSGVO, BDSG, StGB, M-BO) wird umfassend eingegangen.

Die Verpflichtung besteht umfassend. Es wird weiterhin darauf hingewiesen, dass die Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber jedermann besteht, insbesondere auch gegenüber Familienangehörigen. Personenbezogene Daten dürfen selbst nicht ohne Befugnis verarbeitet und anderen Personen unbefugt mitgeteilt oder zugänglich gemacht werden. Die Verarbeitung der Daten ist nur im Rahmen und zum Zwecke der vertraglich vereinbarten Tätigkeiten zulässig.

Im Rahmen des internen Fortbildungsplanes finden regelmäßige Schulungen zum Datenschutz (mindestens 2x jährlich) statt. Die Durchdringungsquote wird jährlich im Rahmen des Internen Qualitätsmanagement erhoben.

Datenschutzbeauftragte nach dem BDSG ist Frau Prof. Dr. W. Angelika Kreitel.

7. Qualitätssicherung

Das Qualitätsmanagementsystem der GLG Fachklinik Wolletzsee ist rehabilitationsspezifisch ausgerichtet und nach ISO-9001: 2015 und den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED zertifiziert. Das Qualitätsmanagementsystem der GLG Fachklinik Wolletzsee ist von der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) anerkannt und erfüllt die Anforderungen nach § 37, Abs. 3 SGB IX.

Die Klinikleitung, ist verantwortlich für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems der GLG Fachklinik Wolletzsee. Sie wird dabei durch die speziell dafür qualifizierte Qualitätsmanagementbeauftragte, das QM-Team und die Leitungskräfte unterstützt. Für die Pflege des QM-Systems werden Ressourcen zur Verfügung gestellt. Als Instrument der ständigen Verbesserung werden jährlich interne Audits in allen Bereichen durchgeführt.

Jeder Mitarbeiter hat ein Qualitätsbewusstsein und leistet seinen Anteil an der Umsetzung des QM-Systems. Die Eignung und Wirksamkeit des Managementsystems wird in einer jährlichen Managementbewertung überprüft. Die Anforderungen der Leistungsträger an die Qualität der Leistungserbringung in der GLG Fachklinik Wolletzsee sind im Auditleitfaden der DEGEMED berücksichtigt. Die Leistungserbringung in der GLG Fachklinik Wolletzsee erfolgt unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung.

Die Fachabteilungen der GLG Fachklinik Wolletzsee nehmen regelmäßig an den externen Qualitätssicherungsprogrammen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) teil. Die Programme dienen der Sicherung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, aber zugleich auch ökonomisch rationellen Versorgung der Versicherten. Ein klinikvergleichendes Informationssystem sorgt für eine hohe Transparenz der Leistungen für alle Beteiligten. Die für die Qualitätssicherung benötigten Daten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden systematisch erhoben und wissenschaftlich ausgewertet.

Als Ergebnis erhält jede teilnehmende Klinik einen Qualitätsbericht, in dem das individuelle Auswertungsergebnis im Vergleich zu einer geeigneten Referenzgruppe mitgeteilt wird.

Die Ergebnisse unserer Leistungsprozesse werden jährlich in folgenden Qualitätsberichten veröffentlicht:

- Qualitätsbericht Fachkrankenhaus
- Qualitätskompass (nach DEGEMED)

Die Klinik fördert die Einarbeitung, sowie die Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter. Regelmäßige hausinterne Fortbildungsveranstaltungen und Arbeitskreise (Projektgruppen, Qualitätszirkel) zu definierten rehabilitationsspezifischen Fragestellungen dienen der Erweiterung der neurologischen, internistischen und sozialmedizinischen Kenntnisse sowie der Weiterentwicklung und ständigen Verbesserung der Therapieinhalte und -abläufe.

Die Themenauswahl berücksichtigt den Fortbildungsbedarf aller Arbeitsbereiche. Regelmäßige Patientenvorstellungen ergänzen den Fortbildungsplan. Gefördert wird außerdem die Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen. Die in Frage kommenden Veranstaltungen werden vom Chefarzt in Abstimmung mit den Bereichsleitern und der Abteilung Kardiologie/Angiologie abgestimmt und ausgewählt. Der Erfolg der externen Fortbildungen wird in einem Beurteilungsbogen durch den Mitarbeiter abschließend ausgefüllt und in der Klinik-Management-Bewertung ausgewertet.

Das Beschwerdemanagement ist ebenfalls ein etablierter Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems. Rehabilitanden werden schon zu Beginn des Aufenthaltes ermutigt, sich bei besonderen Anliegen, Unzufriedenheit oder Beschwerden zeitnah zu melden um eine Bearbeitung zur Zufriedenheit zu ermöglichen und den Aufenthalt in der Klinik für den Rehabilitanden möglichst profitabel zu gestalten. Alle Mitarbeiter sind für dieses Thema offen und sensibilisiert.

Als Ansprechpartnerin für die Rehabilitanden und als Vermittlerin zwischen Beteiligten kümmert sich eine Case-Managerin speziell um die Annahme und Bearbeitung von Anregungen und Beschwerden. Beschwerden, welche als schwerwiegend betrachtet werden bzw. sich wiederholen, werden auf einem eigens hierfür entwickelten Dokumentationsbogen festgehalten und dann bearbeitet.

Beschwerdebriefe werden beantwortet, ebenso wird auch in Internetportalen und sozialen Medien vorgetragene Klinikbewertungen und Beschwerden reagiert. Rückmeldungen von Rehabilitanden und Patienten werden auch regelmäßig in der Leitungskonferenz ausgewertet. Prinzipiell ist jeder Mitarbeiter dafür verantwortlich, sich um die vorgetragenen Anliegen der Rehabilitanden zu kümmern oder diese an die entsprechende Stelle weiterzuleiten. Ein in einem Qualitätszirkel erarbeiteter Leitfaden zum Umgang mit Patientenbeschwerden dient als Orientierungshilfe für die Mitarbeiter.

Die Patienten- und Rehabilitandenzufriedenheit wird regelmäßig mit Hilfe eines Fragebogens erfasst. Die Auswertung erfolgt jeweils zum Quartalsende und gesamthaft zum Ende des Jahres, wobei relevante freie Anmerkungen zeitnah bearbeitet bzw. auf Wunsch des Rehabilitanden auch beantwortet werden.

Bezüglich der Mitarbeiterzufriedenheit werden Mitarbeitergespräche geführt. In 3 jährigen Intervallen findet eine Mitarbeiterbefragung statt. Diese wird systematisch ausgewertet und Maßnahmen daraus abgeleitet.

Zur ständigen Evaluierung und Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems werden jährlich in allen Arbeitsbereichen interne Audits und eine Managementbewertung durchgeführt. Die Ergebnisse externer Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in die Managementbewertung und Maßnahmenplanung einbezogen.

Die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems der Fachklinik Wolletzsee erfolgt durch die LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft GmbH. Das Institut führt in der GLG Fachklinik Wolletzsee jährlich externe Überwachungsaudits durch, die der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems dienen. Alle 3 Jahre erfolgt ein Wiederholaudit zur Rezertifizierung.

Das aktuelle Zertifikat (ISO 9001:2015) ist gültig vom 01.04.2020 bis zum 31.03.2023. Die Rezertifizierung findet vom 06. – 09.03.2023 in unserer Klinik statt.

8. Schlusswort

Ziel dieses Konzeptes, ist die Beschreibung und Darstellung der therapeutischen Abläufe und Gegebenheiten in unserer Klinik. Daher soll hier allen Mitarbeitern ausdrücklich gedankt werden für ihren Einsatz und ihr Engagement in der Rehabilitandenbehandlung, ihrem Beitrag zur Konzeptentwicklung sowie für ihren Beitrag zu einer fruchtbaren und freudvollen Arbeitsatmosphäre in unserer Klinik.

9. Literaturverzeichnis

- Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie
- Sozialmedizinische Beurteilung für die gesetzliche Rentenversicherung Springer Verlag 2003
- Kurs und Lehrbuch Sozialmedizin, C.Diehl, C.Kreiner, R. Diehl, Deutscher Ärzteverlag 2021
- Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (A.Hillert, W. Müller-FAhrnow, F.Mf Radoschewsky), Deutscher Ärzteverlag 2009
- Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation; Ausgabe 2015
- Rehabilitation und Teilhabe, Deutscher Ärzteverlag 2005
- Neurologische Begutachtung, Suchenwirth, Kunze, Krasney, Urban F& Fischer 2000
- Neurologische Rehabilitation, Gereon Nelles, Thiemeverlag 2003
- Neuorehabilitation, Peter Frömmelt, Holger Grötzbach, Blackwell Wissenschaftsverlag 1999
- Neurologische Rehabilitation, F.Welter, P.W. Schönle, Gustav Verlag1997
- Schlaganfall Rehabilitation, Ch. Dettmers, P.Bülau, C. Weiller; Hippocampusverlag 2007
- Neuropsychologische Rehabilitation, Georg Prigatano, Springer Verlag 2004
- Leitfaden Physiotherapie, B.C. Kolster, G Ebelt-Paprotny, Urban & Fischer 2002, Gehen verstehen, K. Götz-Neumann, Thieme Verlag 2011
- Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie, C. Habermann, F. Kolster, Thieme Verlag 2002
- Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015, Deutsche Rentenversicherung

10. Mustertherapiepläne

Anlage 1 Mustertherapieplan: Schlaganfall

1. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30					Blutentnahme	
07.30-08.00						
08.00-08.30					Physiotherapie Sichtung	
08.30-09.00					Ergotherapie Sichtung	
09.00-09.30						
09.30-10.00						
10.00-10.30				Anreise		
10.30-11.00				Covid-19-Test		
11.00-11.30						
11.30-12.00						
12.00-12.30						
12.30-13.00						
13.00-13.30						
13.30-14.00					Rehabilitanden- Information	
14.00-14.30						
14.30-15.00						
15.00-15.30						
15.30-16.00						
16.00-16.30						
16.30-17.00						
17.00-17.30						
17.30-18.00						
18.00-18.30						

2. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30						
07.30-08.00						
08.00-08.30	Wandern	Soziales Seminar DRV	Wandern	Wandern	Seminar Schlaganfall	
08.30-09.00						
09.00-09.30	Seminar Hypertonus	Laufband	Physiotherapie	Neuropsychologie		
09.30-10.00						
10.00-10.30						Schwimmen
10.30-11.00	Visite	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	
11.00-11.30						
11.30-12.00		Physikalische Therapie	Sprachtherapie	Sprachtherapie	Sprachtherapie	
12.00-12.30	Physiotherapie					
12.30-13.00						
13.00-13.30	PC - Training	PC - Training	PC - Training	PC - Training	PC - Training	
13.30-14.00			Physikalische Therapie			
14.00-14.30	Seminar Cholesterin			Seminar Ernährung	Freies Werken	
14.30-15.00		Sprachtherapie				
15.00-15.30	Sprachtherapie	Wasser- Gymnastik				
15.30-16.00			Freies Werken			
16.00-16.30	Laufband- Einweisung			Laufband	Laufband	
16.30-17.00						
17.00-17.30				Qi Gong	Qi Gong	
17.30-18.00						
18.00-18.30						

3. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30						
07.30-08.00						
08.00-08.30	Wandern	Wandern	Wandern	Wandern	Wandern	
08.30-09.00			Sprachtherapie			
09.00-09.30	Ergometer	Ergometer		Ergometer	Ergometer	
09.30-10.00	Sprachtherapie			Sprachtherapie		
10.00-10.30		Sprachtherapie			Sprachtherapie	Schwimmen
10.30-11.00	Visite	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	
11.00-11.30						
11.30-12.00						
12.00-12.30					Neuropsychologie	
12.30-13.00		Physiotherapie		Physiotherapie		
13.00-13.30						
13.30-14.00	Physikalische Therapie		Physikalische Therapie		Physikalische Therapie	
14.00-14.30		Freies Werken		Freies Werken		
14.30-15.00	Neuropsychologie		Yoga		Yoga	
15.00-15.30						
15.30-16.00						
16.00-16.30	Kunsttherapie	Seminar Neurologie	Laufband	Laufband	Laufband	
16.30-17.00						
17.00-17.30						
17.30-18.00						
18.00-18.30						

4. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
07.00-07.30				
07.30-08.00				
08.00-08.30	Wandern	Wandern	Wandern	Abreise
08.30-09.00				
09.00-09.30				
09.30-10.00	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	
10.00-10.30				
10.30-11.00	Visite	Laufband	Abschlussgespräch	
11.00-11.30				
11.30-12.00	Physikalische Therapie	Sprachtherapie	Sprachtherapie	
12.00-12.30				
12.30-13.00				
13.00-13.30	Physiotherapie	Freies Werken		
13.30-14.00				
14.00-14.30	Atemtherapie		Atemtherapie	
14.30-15.00				
15.00-15.30	Sprachtherapie	Physikalische Therapie	Physikalische Therapie	
15.30-16.00				
16.00-16.30		Kunsttherapie		
16.30-17.00				
17.00-17.30				
17.30-18.00				
18.00-18.30				

Anlage 2 Mustertherapieplan: Multiples Sklerose (MS)
1. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30		Blutentnahme				
07.30-08.00						
08.00-08.30		Ergotherapie Sichtung	Wandern	Wandern	Wandern	
08.30-09.00		Physiotherapie Sichtung		Sprachtherapie	PC - Training	
09.00-09.30	Anreise					Schwimmen
09.30-10.00			Physikalische Therapie	Wassergymnastik	Physikalische Therapie	
10.00-10.30	Covid-19-Test					
10.30-11.00			Physiotherapie	Wirbelsäulen- gymnastik	Gruppentherapie	Ergometer
11.00-11.30						
11.30-12.00			Neuropsychologie	PC- Training	Gruppentherapie (MS Gruppe)	
12.00-12.30						
12.30-13.00						
13.00-13.30				Physiotherapie		
13.30-14.00		Rehabilitanden- Information	Freies Werken			
14.00-14.30				Diabetes- sprechstunde	Physiotherapie	
14.30-15.00						
15.00-15.30			Ergometer	Physikalische Therapie	Ergometer	
15.30-16.00						
16.00-16.30						
16.30-17.00						
17.00-17.30						
17.30-18.00						
18.00-18.30						

2. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30						
07.30-08.00						
08.00-08.30	Wandern	PC - Training	Wandern	Wandern	PC Training	
08.30-09.00						
09.00-09.30	Seminar Hypertonus	Ergometer	Wassergymnastik	Ergometer	Wassergymnastik	
09.30-10.00				Sprachtherapie		Ergometer
10.00-10.30						
10.30-11.00	Visite	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	
11.00-11.30						Schwimmen
11.30-12.00	PC - Training	Neuropsychologie	Sprachtherapie	Neuropsychologie	Gruppentherapie (MS Gruppe)	
12.00-12.30						
12.30-13.00	Physiotherapie		PC - Training	PC - Training	Physikalische Therapie	
13.00-13.30		Sprachtherapie				
13.30-14.00	Sprachtherapie		Physikalische Therapie		Sprachtherapie	
14.00-14.30				Seminar Ernährung		
14.30-15.00		Musikgruppe	Freies Werken		Musiktherapie	
15.00-15.30	KHK III					
15.30-16.00						
16.00-16.30			Qi Gong			
16.30-17.00						
17.00-17.30		Seminar Neurologie				
17.30-18.00						
18.00-18.30						

3. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30						
07.30-08.00						
08.00-08.30						
08.30-09.00						
09.00-09.30	Wandern	Wandern	Sprachtherapie	Physikalische Therapie	Wandern	
09.30-10.00						Ergometer
10.00-10.30		Neuropsychologie				
10.30-11.00	Visite	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Gruppentherapie	Abschlussgespräch	
11.00-11.30						Schwimmen
11.30-12.00	Sozialberatung				Gruppentherapie (MS Gruppe)	
12.00-12.30	PC Training	PC - Training	PC - Training	PC - Training	PC - Training	
12.30-13.00						
13.00-13.30				Neuropsychologie		
13.30-14.00		Seminar Adipositas				
14.00-14.30	Physikalische Therapie		Physikalische Therapie	Freies Werken	Physikalische Therapie	
14.30-15.00		Physiotherapie				
15.00-15.30	Ergometer		Spaziergang	Physiotherapie	Logopädie	
15.30-16.00						
16.00-16.30		Freies Werken				
16.30-17.00						
17.00-17.30						
17.30-18.00						
18.00-18.30						

4. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag
07.00-07.30	
07.30-08.00	
08.00-08.30	
08.30-09.00	
09.00-09.30	
09.30-10.00	Abreise
10.00-10.30	
10.30-11.00	
11.00-11.30	
11.30-12.00	
12.00-12.30	
12.30-13.00	
13.00-13.30	
13.30-14.00	
14.00-14.30	
14.30-15.00	
15.00-15.30	
15.30-16.00	
16.00-16.30	
16.30-17.00	
17.00-17.30	
17.30-18.00	
18.00-18.30	

Anlage 3 Mustertherapieplan: Long Covid
1. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30					Blutentnahme	
07.30-08.00					Ergotherapie Sichtung	
08.00-08.30					Physiotherapie Sichtung	
08.30-09.00						
09.00-09.30						
09.30-10.00						
10.00-10.30						Schwimmen
10.30-11.00				Anreise		
11.00-11.30						
11.30-12.00				Covid-19-Test		
12.00-12.30						
12.30-13.00						
13.00-13.30						
13.30-14.00					Rehabilitanden- Information	
14.00-14.30						
14.30-15.00						
15.00-15.30						
15.30-16.00						
16.00-16.30						
16.30-17.00						
17.00-17.30						
17.30-18.00						
18.00-18.30						

2. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30						
07.30-08.00						
08.00-08.30	Wandern	Atemgymnastik	Wandern	Atemgymnastik	Wandern	
08.30-09.00						
09.00-09.30						
09.30-10.00		Kneippwandern		Sprachtherapie	Güsse	
10.00-10.30	Kneippwandern		Physiotherapie			Schwimmen
10.30-11.00		Ernährungs- beratung Covidrunde				
11.00-11.30	Visite					
11.30-12.00			Yoga	Arztvisite Covid	Neuropsychologie	
12.00-12.30						
12.30-13.00						
13.00-13.30		Massage		Atemmeditation		
13.30-14.00					Musiktherapie	
14.00-14.30				Seminar Ernährung		
14.30-15.00			Ergotherapie			
15.00-15.30				Klangschalen- therapie	Ergotherapie Covidgruppe	
15.30-16.00	Ergometer					
16.00-16.30						
16.30-17.00						
17.00-17.30						
17.30-18.00						
18.00-18.30						

3. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07.00-07.30						
07.30-08.00						
08.00-08.30	Atemgymnastik	Soziales Seminar DRV	Wandern	Wandern	Wandern	
08.30-09.00						
09.00-09.30	Wandern		Gruppensport		Gruppensport	
09.30-10.00		Physiotherapie				
10.00-10.30				Ergotherapie	Neuropsychologie	Schwimmen
10.30-11.00	Sprachtherapie		Sprachtherapie	Sprachtherapie		
11.00-11.30	Visite	Ergotherapie				
11.30-12.00			Physiotherapie	Arztvisite Covid	Physiotherapie	Ergometer
12.00-12.30		Sprachtherapie				
12.30-13.00			Güsse		Kneippwandern	
13.00-13.30			Neuropsychologie	Güsse		
13.30-14.00	Ergometer	Kneippwandern		Ergometer		
14.00-14.30					Sprachtherapie	
14.30-15.00			Ergometer			
15.00-15.30				Ernährungsberatung	Schwimmen	
15.30-16.00		Ergometer	Klang- schalenthherapie			
16.00-16.30				Sozialberatung		
16.30-17.00						
17.00-17.30	Schwimmen	Seminar Neurologie	Schwimmen	Schwimmen		
17.30-18.00						
18.00-18.30						

4. Woche:

Tag/Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
07.00-07.30				
07.30-08.00				
08.00-08.30	Atemgymnastik			
08.30-09.00				
09.00-09.30	Wandern	Wandern	Wandern	Abreise
09.30-10.00	Gruppensport	Gruppensport	Gruppensport	
10.00-10.30				
10.30-11.00	Ergotherapie	Ergometer	Abschlussgespräch	
11.00-11.30	Visite			
11.30-12.00			Neuropsychologie	Physiotherapie
12.00-12.30	Güsse			
12.30-13.00				
13.00-13.30	Yoga			
13.30-14.00				
14.00-14.30	Physiotherapie			
14.30-15.00		Ergotherapie		
15.00-15.30				
15.30-16.00				
16.00-16.30	Neuropsychologie			
16.30-17.00				
17.00-17.30	Schwimmen	Schwimmen	Schwimmen	
17.30-18.00				
18.00-18.30				