

Medizin, die integriert.



Weiterführende neurologische Rehabilitation der Phase C am Reha-Zentrum Roter Hügel in Bayreuth

Die Rehabilitationsphase C ist zentraler Bestandteil des rehabilitativen Gesamtkonzepts



Zusammenfassung

Die Rehabilitationsphase C ist zentraler Bestandteil eines rehabilitativen Gesamtkonzeptes bei neurologisch-neurochirurgischen Erkrankungen. Hierdurch ist in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten eine gezielte Zuordnung zur jeweiligen Rehabilitationsphase möglich. Dabei gilt der Grundsatz, Patienten zu jedem Zeitpunkt der bestmöglichen Rehabilitationsstufe zuzuordnen. Diese Zuordnung erfolgt neben klinischen Kriterien mit Hilfe standardisierter Scoresysteme, z.B. Barthel-Index oder FIM (Functional Independence Measure). Diese Messsysteme können auch zur Verlaufsdokumentation und Abgrenzung der verschiedenen Rehabilitationsphasen benutzt werden.

Am Standort Bayreuth sind mit Inbetriebnahme der beantragten Phase C-Abteilung im Reha-Zentrum Roter Hügel alle Voraussetzungen gegeben, in modellhafter Weise gezielte, individuelle und rationelle Behandlung sowie der Rehabilitation neurologisch-neurochirurgischer Erkrankungen durchzuführen:

Die Phase A und B (20 Betten) mit Schwerpunkt Schädel-Hirn-Verletzte im Krankenhaus Hohe Warte, die Phasen B (20 Betten) und C (20 Betten) mit Schwerpunkt Schlaganfall am Bezirkskrankenhaus Bayreuth sowie die Phasen C und D im Reha-Zentrum Roter Hügel.

Inhalt

■ Allgemeine Konzeption	3
Stellung der Phase C im Rehabilitationsprozess	
Abgrenzung der Rehabilitationsphasen	
Indikationen	
Ausschlusskriterien	
Patientenprofile	
Patienten-Zuweisung	
Verweildauer	
■ Therapeutische Grundsätze und Ziele	12
■ Diagnostische Möglichkeiten	17
■ Standortbeschreibung	19
■ Stationsaufbau Phase C im Reha-Zentrum Roter Hügel	21
Medizinische Betreuung und Unterbringung	
Personelle Ausstattung	
Organisations- und Ablaufstruktur	
Exemplarischer Ablaufplan	

Medizin, die integriert.



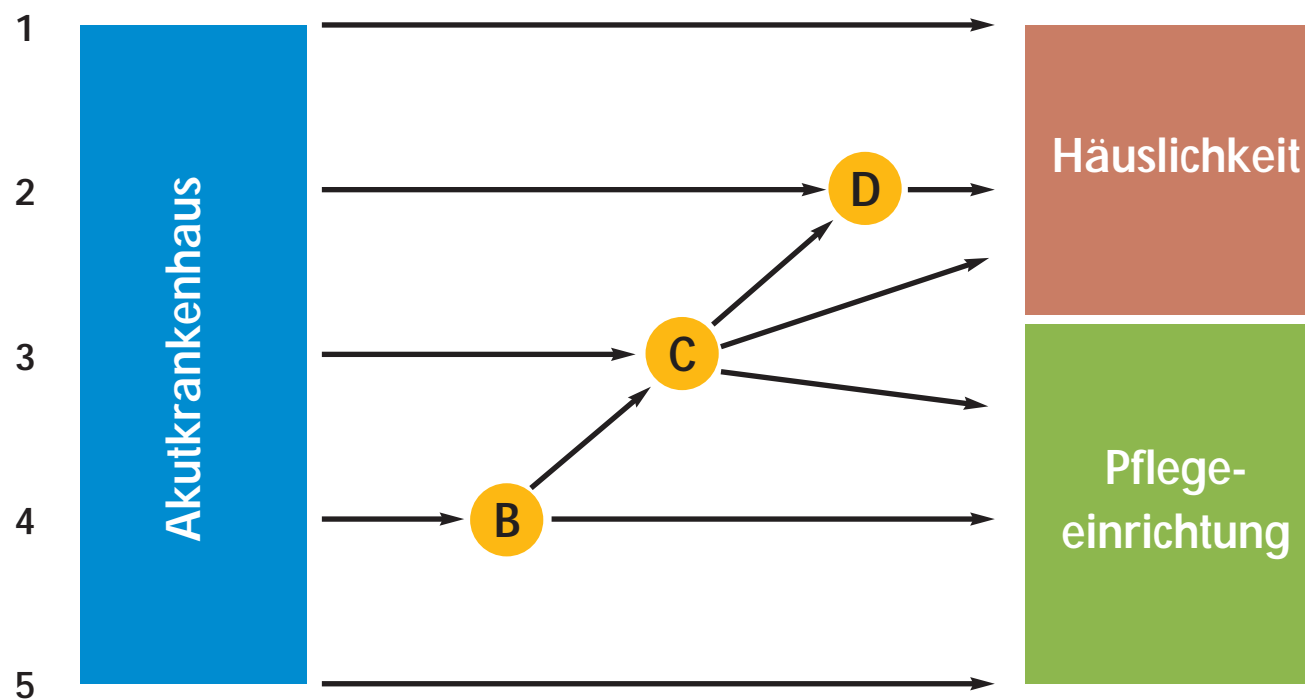
■ Allgemeine Konzeption

Bei schweren Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems bedarf es im direkten Anschluss an die Akutversorgung einer möglichst früh einsetzenden Rehabilitationsbehandlung mit differenzierten Konzepten von diagnostischen, rehabilitativen und psychosozialen Maßnahmen. Nur so können Regenerationsfähigkeit und Plastizität des Nervensystems therapeutisch optimal genutzt und das Ausmaß bleibender Funktionsstörungen minimiert werden.

Nach dem anerkannten Phasenmodell erfolgt nach Abschluss der **Akutbehandlungsphase A** je nach Ausmaß der noch bestehenden neurologischen Symptomatik und der Begleiterkrankungen die **Rehabilitationsphase B**, in der die Patienten komplett auf äußere Versorgung und Pflege angewiesen sind und eines hohen diagnostischen, pflegerischen sowie therapeutischen Aufwandes bedürfen. Daran schließt sich eine noch mit hohem Therapie- und Pflegeaufwand verbundene Behandlungs- und **Rehabilitationsphase C** an, in welcher die Patienten bereits aktiv mitwirken können. Auf diese Phase C folgen die **Anschlussheilbehandlung, Phase D**, sowie im weiteren Rehabilitationsverlauf teilstationäre und ambulante Behandlungsphasen.

Stellung der Phase C im Rehabilitationsprozess

Nach Abschluss der Akutbehandlung können vom Krankenhaus folgende Wege der weiteren Versorgung eingeleitet werden:



1. Vom Krankenhaus nach Hause

Diese Möglichkeit besteht bei unkompliziertem Heilungsverlauf, rascher Rückbildung der Funktionsstörungen, sodass eine spezielle Rehabilitation nicht erforderlich ist. In aller Regel kommt es zu einer Restitutio ad integrum.

2. Vom Krankenhaus in die Phase D

In diesem Falle liegen in aller Regel schwere bis mittelgradige Funktionsstörungen vor, wobei eine gute Rückbildungstendenz zu beobachten ist. Die Anschlussheilbehandlung (AHB oder Phase D) wird durchgeführt mit dem Ziel weitgehender beruflicher, sozialer und persönlicher Reintegration.

3. Vom Krankenhaus in die Phase C

Hier liegen schwere Funktionsstörungen vor, der Patient ist meist mehrfach erkrankt, die Rückbildungstendenz ist erheblich verzögert und es besteht die Notwendigkeit einer hohen Pflege- und Therapieintensität. Bei günstigem Verlauf ist das Ziel wie unter Punkt 2 zu definieren, ansonsten muss die Zielvorstellung reduziert

werden und eine Minimierung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes bei bestmöglicher Eigenständigkeit des Patienten angestrebt werden.

4. Vom Krankenhaus in die Phase B

Hier liegen schwerste Funktionsstörungen einschließlich Bewusstseinsstörungen vor. Es muss eine akutmedizinische Interventionsbereitschaft vorliegen, die Rückbildungstendenz ist mitunter rasch, mitunter aber auch stark verzögert. Bei günstigem Verlauf kann es zu einem raschen Übergang in die Phase C und anschließend evtl. in die Phase D kommen. Bei geringem Rehabilitationserfolg kann wiederum nur eine Minimierung des Pflegeaufwandes und Vermittlung in zustandserhaltende Pflegeeinrichtungen (Phase F) angestrebt werden.

5. Vom Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen

Auch hier liegen in aller Regel schwerste Funktionsstörungen vor. Auf Grund der klinischen Gesamtsituation ist kein realistisches Rehabilitationspotenzial gegeben und die Verlegung in eine Dauerpflegeeinrichtung erforderlich.

Es wird deutlich, dass der Rehabilitationsprozess nicht in aufeinander folgenden Stufen ablaufen muss, sondern in Abhängigkeit von klinischen Variablen eine oder mehrere Phasen überspringen kann. Selbstverständlich sind auch jederzeit wieder „Rückfälle“ möglich, sodass bei Verschlechterung der Gesamtsituation der Patient in eine niedrigere Rehabilitationsphase zurückgestuft werden muss.

In einem rationellen Rehabilitationskonzept sollten alle Stufen von Phase B bis Phase D verfügbar sein, um Patienten nach klinischen und prognostischen Kriterien gezielt zuweisen zu können. Hierdurch werden Rehabilitationschancen optimal genutzt, Fehlbelegungen vermieden, die Verweildauer minimiert und der gesamte Rehabilitationsprozess verkürzt. Über den gesamten Rehabilitationsverlauf kann dadurch auch eine Kostenersparnis erreicht werden.

Die obige Aufstellung verdeutlicht, dass dem Rehabilitationsprozess der Phase C eine zentrale Position zukommt. Sie ist Dreh- und Angelpunkt in der gesamten Rehabilitationskette.

Konzeptionelle, personelle, räumliche und apparative Voraussetzungen für eine frühzeitige neurologische Rehabilitation in der Behandlungsphase C sind im Reha-Zentrum Roter Hügel in Bayreuth gegeben.

Abgrenzung der Rehabilitationsphasen

Die Zuordnung der Patienten zur passenden Rehabilitationsstufe erfolgt anhand von Funktionskriterien. Die Diagnose spielt hingegen eine eher untergeordnete Rolle. Für die Erfassung des Funktionszustandes stehen standardisierte Messskalen zur Verfügung, wie z.B. der Barthel-Index sowohl in der erweiterten Form wie auch in der frührehaadaptierten Allensbacher-Form, der Functional Independence Measure (FIM). Neben der Bewertung klinischer Kriterien werden im Allgemeinen Patienten mit einem Barthel-Index von weniger als 35/100 der Phase B, zwischen 35/100 und 65/100 der Phase C und über 65/100 der Phase D zugeordnet. Regelmäßig erhobene Funktionsscores können somit den Rehabilitationsverlauf dokumentieren und Anhaltspunkte für die Phasenübergänge liefern.

Indikationen

- Sämtliche Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, insbesondere cerebrale und spinale Gefäßerkrankungen
- Zustand nach Operationen an Gehirn und Rückenmark
- schwere Schädel-Hirn-Traumata
- Hirntumoren
- Meningitis und Meningoencephalitis
- Encephalomyelitis disseminata
- Parkinson-Syndrom
- Polyradikulitis
- degenerative Systemerkrankungen des Nervensystems
- Myopathien und Querschnittsläsionen

Voraussetzung für eine Rehabilitation ist die prinzipielle Reversibilität und realistische Möglichkeit einer therapeutischen Beeinflussung der jeweils vorhandenen neurologischen Funktionsstörungen.

Ausschlusskriterien

- fehlende aktivtherapeutische Belastbarkeit, z.B. bei schwerer Herzinsuffizienz, Ventilationsstörungen, fortgeschrittenem demenziellem Abbau
- therapeutisch nur unzureichend zu beeinflussende Grunderkrankung wie Morbus Alzheimer und Endstadien neurodegenerativer Systemerkrankungen
- irreversible Defektzustände nach austherapiertem apallischem Syndrom
- Beatmungspflichtigkeit
- Konkrete Selbst- und Fremdgefährdung, schwere Störung des Sozialverhaltens

Patientenprofile

- Patienten mit höhergradigen Hemiparesen, Paraparesen und Tetraparesen mit weitgehender Pflege- und Hilfebedürftigkeit
- Patienten mit Harn- und Stuhlinkontinenz
- Patienten mit ausgeprägtem organischem Psychosyndrom sowie schweren neuropsychologischen Ausfällen
- Patienten mit ausgeprägten Schluckstörungen, liegenden Trachealkanülen, Notwendigkeit der Sondenernährung, wenn die Störung nicht so ausgeprägt ist, dass lebensbedrohliche Zustände auftreten und der Patient somit eher der Phase B zuzuordnen ist
- Patienten mit aphasischen Sprach- und ausgeprägten dysarthrischen Sprechstörungen
- Patienten mit akutmedizinisch versorgten, jedoch noch nicht vollständig abgeheilten Dekubitalulcera
- Patienten sind überwiegend bewussteinklar, kommen einfachen Aufforderungen nach und sind in der Lage, bei mehreren Therapieeinheiten täglich von ca. 30 Minuten Dauer mitzuarbeiten
- Patienten sind interaktions- und kommunikationsfähig, ggf. mit Hilfsmitteln
- Patienten sind teilmobilisiert
- Patienten sind für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen
- Patienten bedürfen keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine lebensbedrohlichen Komplikationen mehr bestehen

Patienten-Zuweisung

Die Anmeldung der Phase C-Patienten erfolgt durch das behandelnde Akutkrankenhaus zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Beratung und Hilfestellung beim Anmeldeverfahren kann durch das Reha-Zentrum Roter Hügel gegeben werden. Die Verlegung in die Rehaklinik sollte ohne Unterbrechung nahtlos erfolgen. Die stationäre Aufnahme im Reha-Zentrum Roter Hügel ist nach vorheriger Klärung der Kostenübernahme jederzeit von Montag bis Freitag möglich, in vereinbarten Einzelfällen auch an den Wochenenden.

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer kann auf fünf bis sechs Wochen eingeschätzt werden. Hierbei muss von einer erheblichen Streubreite ausgegangen werden, da einerseits Rehabilitationsmaßnahmen bei fehlenden Erfolgsaussichten bereits nach zwei bis drei Wochen beendet werden, andererseits eine hinreichende Ausschöpfung des Rehabilitationspotenziales in Einzelfällen durchaus einen Zeitraum von drei bis vier Monaten und mehr erforderlich machen kann.

 **Therapeutische Grundsätze und Ziele**

Der Patient soll therapeutisch auf möglichst vielen Ebenen entsprechend seiner klinischen Symptomatik erreicht und gefördert werden. Das Reha-Zentrum Roter Hügel hat deshalb alle therapeutischen Einrichtungen einer modernen Rehabilitationsklinik, von denen jede einzelne umfangreich mit therapeutischen Materialien und technischen Hilfsmitteln ausgestattet ist.

Das Rehabilitationsteam

Eine umfassende Rehabilitation in der Phase C erfordert das tägliche und enge Zusammenarbeiten von Therapeuten der nachfolgend beschriebenen Fachdisziplinen. Dabei erfolgt in vielen Fällen eine gleichzeitige gemeinsame Arbeit zweier oder gelegentlich auch dreier Therapeuten mit einem Patienten.

Dadurch ist für den Patienten die Therapie optimal abgestimmt und für die Therapeuten ein ständiger Wissensaustausch über den Zustand des Patienten gegeben. Dazu gehören auch regelmäßige Teambesprechungen sowie hausinterne Fortbildungen.

Rehabilitationspflege

Die Krankenpflege in der Rehabilitation wird im Sinne einer aktivierenden Behandlungspflege als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Unser Krankenpflegepersonal ist speziell ausgebildet und führt Wasch- und Anziehtraining sowie Selbsthilfettraining im Rahmen der pflegerischen Tätigkeiten durch. Von besonderer Bedeutung sind die Vermeidung von Sekundärkomplikationen durch regelmäßige und korrekte Mobilisation und Lagerung bettlägeriger Patienten. Selbstverständlich werden regelmäßig Dekubitus-, Thrombose- und Pneumonieprophylaxen durchgeführt. Mit speziellen Trainingsstrategien wird der Harn- und Stuhlinkontinenz entgegengewirkt.

Ziele sind neben der Anleitung zu den Alltagsfunktionen das Wecken von Aufmerksamkeit und Motivation, die Wiederherstellung der Orientierung und zwischenmenschlicher Kommunikation sowie die körperliche Mobilisation.

Physiotherapie

Die Physiotherapie erfolgt auf neurophysiologischer Grundlage. Dabei werden durch Einzeltherapie am Bett der gestörte Muskeltonus reguliert, physiologische Bewegungsmuster angebahnt und Gelenkkontrakturen vermieden. Die Therapiedauer und Häufigkeit werden individuell an die Belastbarkeit des Patienten angepasst. Bei reduzierter Ausdauer und Leistungsfähigkeit werden mehrere kurze Therapieeinheiten über den Tag verteilt angeboten.

Ergotherapie

Die Behandlung am Krankenbett schult Aufmerksamkeit und Vigilanz sowie konzentrierte Ausdauer. Durch den Einsatz verschiedener taktiler, visueller, akustischer und sonstiger Reize im Rahmen der basalen Stimulation wird der Patient auf ein höheres Aktivitätsniveau gebracht. Es folgen dann gezielte Übungen zur Feinmotorik der Hände und Gebrauchsfähigkeit der Arme. Schließlich wird ein spezielles ADL-Training (Aktivitäten des täglichen Lebens) durchgeführt mit dem Ziel möglichst weitgehender Eigenständigkeit des Patienten in den Alltagsverrichtungen.

Sprachtherapie

Bei Aphasien und Dysarthrien werden spezielle diagnostische Maßnahmen am Krankenbett eingesetzt sowie Sprachfunktionen frühzeitig gebahnt und gefördert. Hierbei sind kognitive Leistungseinschränkungen hinsichtlich Konzentrationsfähigkeit, Vigilanz und Ausdauer zu berücksichtigen. Bei den häufig noch vorhandenen Schluckstörungen wird durch orofaciale Therapie der physiologische Schluckakt wieder geübt. Im Bedarfsfall muss bei schweren Schluckstörungen vorübergehend eine Sondenernährung erfolgen.

Balneophysikalische Therapie

Wenn keine Kontraindikationen vorliegen, können Bäder verabreicht werden mit dem Ziel der Anregung der Mikrozirkulation und des Kreislaufs, der Beeinflussung des gestörten Muskeltonus und der psychophysischen Stimulation sowie Aktivierung des Patienten. Wichtiger Bestandteil ist zudem die Lymphdrainage und die fachgerechte Wicklung bei geschwollenen Extremitäten.

Wenn es die allgemeine Belastbarkeit und die Herz-Kreislaufverhältnisse zulassen, können physiotherapeutische Maßnahmen auch im Bewegungsbad mit verstellbarem Hubboden durchgeführt werden, um unter Reduktion der Schwerkraft den Muskeltonus günstig zu beeinflussen und Bewegungsübungen ohne großen Kraftaufwand durchzuführen.

Klinische Psychologie/Neuropsychologie

Im Sinne einer basalen Stimulation durch Einsatz multimodaler Reize können kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie visuelle Wahrnehmung gefördert werden.

Augenmotilitätsstörungen und Gesichtsfeldausfälle werden frühzeitig trainiert und evtl. durch Kompensationsstrategien, bspw. durch gezielte Blickwendung, rechtzeitig gebahnt. Von besonderer Bedeutung ist auch die Stabilisierung der Motivation des Patienten und die Behandlung depressiver Reaktionen im Rahmen der Krankheitsverarbeitung, welche den Rehabilitationsverlauf verzögern können.

Angehörigenbetreuung

Große Bedeutung kommt auch der Betreuung von Angehörigen der Patienten zu. In einer Angehörigengruppe werden von den Fachtherapeuten Fragen der weiteren Versorgung und Betreuung zu Hause beantwortet und Ratschläge zum Umgang mit erkrankungsbedingten Funktionsstörungen der Patienten gegeben. Nach Absprache erfolgen auch gezielte Anleitungen, um die Versorgung und pflegerische Betreuung des Patienten zu Hause korrekt umzusetzen.

Patientenschulungen

Regelmäßige Schulungen der Patienten sind integraler Bestandteil unserer Therapie. Dabei wird besonderer Wert auf folgende Themen gelegt:

- Risikofaktoren-Schulungen zum Genuss- und Suchtmittelgebrauch
- Schulungen zu Essverhalten und Bewegung
- Schulungen zum Umgang mit Stressfaktoren
- Diabeteschulungen einschließlich der betreuenden Angehörigen
- Schulungen im Gebrauch von Hilfsmitteln

Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung

Der Sozialdienst bereitet im Bedarfsfall die Betreuung durch ambulante Pflegedienste vor, vermittelt Plätze in Pflegeeinrichtungen und berät die Angehörigen und, wenn möglich auch den Patienten, bei allen sozialrechtlichen Fragestellungen.

Weiterbehandlung

Die Phase C der Rehabilitationsbehandlung ist abgeschlossen, wenn der Patient frühmobilisiert ist, für die alltäglichen Verrichtungen wie Körperpflege, Ankleiden, Toilettenbenutzung und Nahrungsaufnahme nur noch in geringem Umfang Hilfe benötigt und für eine aktive Teilnahme an der Therapie ausreichend belastbar ist oder nach Hause entlassen werden kann.

Im Reha-Zentrum Roter Hügel kann sich nahtlos die Phase D (Anschlussheilbehandlung, AHB) anschließen. Als Anhaltspunkt für das Erreichen der AHB-Fähigkeit wird bei den Phase C-Patienten bei Aufnahme, und weiterhin in regelmäßigen Abständen, eine Verlaufsdokumentation mit einer anerkannten und standardisierten Messskala wie z.B. dem Barthel-Index oder dem FIM durchgeführt. Die Übernahme der Patienten von der Phase C in die AHB erfolgt zum frühestmöglichen Zeitpunkt bei einem Barthel-Indexstand von 65/100.

 **Diagnostische Möglichkeiten**

Diagnostisch sind im Reha-Zentrum Roter Hügel folgende Möglichkeiten gegeben:

Eine umfassende neurophysiologische Diagnostik einschließlich EEG, EMG, ENG, evozierter Potenziale, transcranieller Magnetstimulation, Posturographie sowie die Neurosonologie einschließlich extra- und transcranieller Dopplersonographie sowie farbcodierter Duplexsonographie.

Auf internistischem Fachgebiet sind EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalldiagnostik sowie Monitoring von EKG, Blutdruck und kapillärer Sauerstoffsättigung möglich. Darüber hinaus ist eine konventionelle Röntgenanlage im Hause vorhanden.

Die klinische Chemie wird in enger, täglicher Zusammenarbeit mit einem großen örtlichen Labor durchgeführt. Die Möglichkeit von laborchemischen Notfalluntersuchungen ist im Hause selber vorhanden.

Im Bedarfsfalle können die bildgebenden diagnostischen Möglichkeiten mit Computertomographie und Kernspin-

tomographie im 300 m entfernten Klinikum Bayreuth genutzt werden, mit dem seit ca. acht Jahren eine vertraglich abgesicherte Kooperation besteht.

Durchgeführt wird eine rehabilitationsspezifische Funktionsdiagnostik auf der Ebene der Impairments, Disabilities und Handicaps mit besonderem Schwerpunkt auf alltags- und evtl. berufsrelevanten Funktionsstörungen. Diese Diagnostik wird selbstverständlich auch im Verlaufe des Rehabilitationsprozesses kontinuierlich wiederholt, um Fortschritte zu dokumentieren. Die Möglichkeit der intensiven Überwachung einschließlich Monitoring, Infusionstherapie sowie parenteraler Ernährung und Sondenernährung ist auf der drei Betten umfassenden Überwachungseinheit gegeben.

Akute Notfälle werden ohne Zeitverlust intensivmedizinisch versorgt, und durch die unmittelbare Nähe des Klinikums Bayreuth ist innerhalb von Minuten die Verlegung in ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe möglich.

Medizin, die integriert.



 **Standortbeschreibung**

Das Reha-Zentrum Roter Hügel ist seit 1989 integraler Bestandteil des Gesundheitsstandortes Bayreuth.

Seit 1989 werden Rehabilitationsleistungen in den Fachrichtungen Neurologie und Orthopädie (AHB, Heilverfahren, BGSW) für alle Kostenträger erbracht, seit 1995 in einem Neubau auch auf dem Gebiet der Geriatrie (GRB).

Dazu arbeiten am Reha-Zentrum Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Allgemeinmedizin. Vertreten sind eine Vielzahl von Zusatzbezeichnungen, so Psychotherapie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Physikalische Therapie, Sportmedizin und Chirotherapie.

Das Reha-Zentrum Roter Hügel ist eng eingebunden in die Krankenhausversorgung Bayreuths:

- ➔ Das Klinikum Bayreuth in ca. 300 m Entfernung als Krankenhaus der Maximalversorgung im Verbund mit dem
- ➔ Krankenhaus Hohe Warte mit Akutneurologie, Neurochirurgie und Urologie sowie Querschnittszentrum in ca. 4 km Entfernung
- ➔ Bezirkskrankenhaus Bayreuth mit Akutneurologie und Neuro-Reha in ca. 3 km Entfernung.

Der Weg zum Reha-Zentrum Roter Hügel ist in der Stadt gut ausgeschildert. Es besteht eine direkte Anbindung an den Stadtbusverkehr mit einer Haltestelle vor dem Haupteingang des Reha-Zentrums.

■ **Stationsaufbau Phase C im Reha-Zentrum Roter Hügel**

Medizinische Betreuung und Unterbringung

Die Station umfasst 20 Betten in Einzel- und Doppelzimmern, von denen zehn Betten für die Phase C dauerhaft vorgehalten werden. Die Betten sind von der bestehenden räumlichen Struktur getrennt. Neben den Patientenzimmern stehen eigenständige Therapieräume für Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und Neuropsychologie zur Verfügung. Intensivüberwachung und -pflege erfolgen in einer vom Gesamthaus genutzten 3-Betten Überwachungseinheit. Die auf der Station vorgehaltenen Therapieräume sind wie folgt ausgestattet:

1. Physiotherapieraum

- ▶ höhenverstellbare Bobath-Therapieliegen
- ▶ Bodenmatten
- ▶ Sprossenwand
- ▶ Spiegel körperhoch
- ▶ Gehbarren
- ▶ Stehgerät
- ▶ Kipptisch
- ▶ Elektro- und Elektromechano-Therpiegeräte

2. Ergotherapieraum

- ▶ Arbeitstische adaptierbar
- ▶ Arbeitsstühle adaptierbar
- ▶ Bobath-Therapieliege höhenverstellbar
- ▶ Stehgerät
- ▶ Thermotherapiegeräte
- ▶ Materialien und Geräte für Ess- und Haushaltstraining
- ▶ Spiele und Spielmaterial
- ▶ Material zur Schienenherstellung

3. Sprachtherapieraum

- ▶ Materialien zur Diagnostik und Therapie
- ▶ Computer mit Diagnostik- und Therapiesoftware
- ▶ Artikulationsspiegel
- ▶ Tonbandgerät
- ▶ Videokamera und Fernsehgerät
- ▶ Overheadprojektor

4. Neuropsychologieraum:

- ▶ Diagnostik- und Therapiematerial Papier/Bleistift
- ▶ Computer mit Diagnostik- und Therapiesoftware
- ▶ Overheadprojektor

Jedes Zimmer hat Krankenhausstandard. Jedes Doppelzimmer kann durch eine Schiebewand abgetrennt und als Einzelzimmer genutzt werden. Zu jedem Patientenzimmer gehört eine behindertengerecht ausgestattete Nasszelle mit erhöhtem Toilettensitz, beidseitigen Haltegriffen, in den Boden eingelassener Duschwanne, umlaufenden Haltegriffen mit Klappsitz in der Dusche sowie kippbarem Spiegel am Waschbecken. Die Zimmer sind ausgestattet mit höhen- und lageverstellbaren Betten sowie einer Notrufanlage.

Auf der Station liegt zentral das Pflegedienstzimmer sowie ein Arztdienstzimmer. In die Station integriert sind Therapieräume, in denen Physiotherapie, Ergotherapie sowie Sprachtherapie und neuropsychologische Behandlungen durchgeführt werden können.

Personelle Ausstattung

Die ärztliche Leitung unterliegt einem Arzt für Neurologie und Psychiatrie mit den Zusatzausbildungen in „Rehabilitationswesen“ und „Sozialmedizin“.

Ärztliche Leitung:

Dr. med. Günther Beer

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Rehabilitationswesen, Psychotherapie
Sämtliche Kurse Sozialmedizin absolviert
14 Jahre Leitungserfahrung in der neurologischen
Rehabilitation, davon drei Jahre Leitungserfahrung
Phase B und Phase C

Vertreter des Ärztlichen Leiters:

Oberarzt Dipl. Biologe Kurt-Dieter Loehr

Facharzt für Nervenheilkunde
17 Jahre Erfahrung in der neurologischen
Rehabilitation

Im Rahmen von Dienstplangestaltung und Urlaubsregelungen ist garantiert, dass immer ein Facharzt des nervenheilkundlichen Fachgebietes während der Dienstzeiten in der Klinik anwesend ist. Außerhalb der Dienstzeiten besteht eine Hintergrund-Rufbereitschaft, in der ebenfalls immer ein Neurologe Dienst hat.

Medizin, die integriert.



Die tägliche ärztliche Versorgung erfolgt durch einen in Rehabilitationsmedizin und Neurologie erfahrenen Assistenzarzt.

Darüber hinaus stehen die Fach-/Oberärzte des Reha-Zentrums mit den Fachbezeichnungen Neurologie, Innere Medizin und Orthopädie konsiliarisch und im Rahmen von Visiten zur Verfügung.

Sämtliche Fachrichtungen sind in Bayreuth durch niedergelassene Ärzte und Klinikärzte vertreten und stehen dem Reha-Zentrum seit 14 Jahren bei Bedarf jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Insbesondere sind hier zu nennen Neurochirurgen und Urologen des Krankenhauses Hohe Warte in Bayreuth, Hautärzte und Gynäkologen am Klinikum Bayreuth, niedergelassene HNO-Ärzte und Augenärzte. Mit allen Ärzten besteht eine langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Das der Station zugeordnete therapeutische und pflegerische Personal umfasst Krankenschwestern/-pfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, einen Masseur/Bademeister, einen Neuropsychologen und einen Sprachtherapeuten. Darüber hinaus steht eine Sozialpädagogin zur Verfügung.

Die therapeutischen Mitarbeiter müssen folgende Qualifikationen nachweisen:

1. Krankenschwestern:

- ▶ Staatliche Anerkennung als Krankenpflegefachkraft
- ▶ Erfahrung in der neurologischen Rehabilitation

2. Physiotherapeuten:

- ▶ Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut
- ▶ Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath-Ausbildung, PNF)
- ▶ Manuelle Lymphdrainage

3. Ergotherapeuten:

- ▶ Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut
- ▶ Bobath-Ausbildung
- ▶ Oro-faciale Therapie Ausbildung

4. Sprachtherapeut:

- ▶ Staatliche Anerkennung als Logopäde
- ▶ Oro-faciale Therapieausbildung

5. Psychologe:

- ▶ Diplom als Psychologe
- ▶ Anerkennung als Neuropsychologe oder mindestens zweijährige Tätigkeit im Bereich der klinischen Neuropsychologie

Organisations- und Ablaufstruktur

Therapieplanung:

Die Disposition der Therapien erfolgt dezentral auf der Station durch die jeweiligen Therapeuten. Dazu werden jeweils für den Folgetag die Therapien für jeden Patienten auf einer großen Magnetübersichtstafel terminiert.

Durch diese auf der Station stattfindende dezentrale Therapiedisposition lassen sich auch problemlos gemeinsame Therapien mit einem besonders schwer betroffenen Patienten durch zwei oder ggf. auch drei Therapeuten planen. Darüber hinaus trägt jeder Therapeut seine Therapie in den Wochenplan des Patienten ein. Zusätzlich erfolgt die Erfassung der Anzahl abgegebener Behandlungen in einem Computerprogramm. Ziel ist die Planung von ca. vier Stunden funktioneller Therapien pro Tag für jeden Patienten, wobei individuelle Leistungsfähigkeiten bzw. -einschränkungen berücksichtigt werden.

Ärztlich/medizinische Betreuung:

- Am Aufnahmetag Erhebung der Anamnese, ausführliche neurologische und internistische körperliche Untersuchung
- Festlegung noch erforderlicher diagnostischer Maßnahmen
- Festlegung der therapeutischen Maßnahmen
- Am Tag nach der Aufnahme Vorstellung des Patienten durch den Arzt im therapeutischen Team mit Besprechung von besonderen Schwierigkeiten sowie Festlegung eines therapeutischen Nahzieles und eines mittelfristigen therapeutischen Zieles

- Am 3. bis 5. Tag Komplettierung eines umfangreichen Assessments, welches in etwa dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebenen Assessments entspricht. Dabei auch Kategorisierung entsprechend dem Barthel-Index bzw. dem erweiterten Barthel-Index oder/und dem FIM
- Durchführung einer ausführlichen neurologischen und internistischen Zwischenuntersuchung nach drei Wochen
- Durchführung der Abschlussuntersuchung
- Tägliche Visiten
- Am Aufnahmetag bzw. am Tag danach Vorstellung des Patienten beim Oberarzt bzw. Chefarzt durch den Assistenzarzt
- Wöchentliche Oberarzt- und wöchentliche Chefarztvisite
- Teilnahme des Assistenzarztes an den täglichen Teambesprechungen
- Teilnahme des Oberarztes bzw. Chefarztes an den wöchentlichen großen Teambesprechungen
- Abhalten einer wöchentlichen Sprechstunde für Angehörige durch den Assistenzarzt
- Wiederholung des Assessments in der 3. und 6. Woche sowie des Abschlussassessments durch den Assistenzarzt in Zusammenarbeit mit den Therapeuten
- Erstellen des ausführlichen Entlassungsberichtes durch den Assistenzarzt einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung

Aktivierende Pflege:

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes leisten die übliche „versorgende Pflege“ und sind darüber hinaus im Rahmen der „aktivierenden Pflege“ eingebunden in das gesamttherapeutische Team durch:

- Teilnahme am therapeutischen Wasch- und Anziehtraining
- Teilnahme am Schluck- und Esstraining
- Teilnahme an der täglichen Bobathlagerung gemeinsam mit den Therapeuten
- Teilnahme an den täglichen Teambesprechungen sowie der wöchentlichen Teamkonferenz

Besprechungs- und Fortbildungsorganisation:

Die erforderliche Zusammenarbeit im Rahmen des Gesamtteams kann nur dann ohne Reibungsverluste funktionieren, wenn auch genügend Raum und Zeit vorhanden ist für gemeinsame Besprechungen und Informationsweitergabe. Dabei ist darauf zu achten, dass dadurch möglichst wenig von der zur Therapie zur Verfügung stehenden Zeit in Anspruch genommen wird. Deshalb sind die Besprechungen vorzugsweise in die Mittagsruhezeit der Patienten zu legen:

- Täglich stattfindende kleine Teambesprechungen mit einer Dauer von 15 bis 30 min. Hier sollen aktuelle Probleme bei einzelnen Patienten erörtert und gemeinsame Lösungen erarbeitet werden. Außerdem wird in dieser Runde der jeweils neue Patient kurz vorgestellt.
- Einmal pro Woche Teamkonferenz mit einer Dauer von 1 bis 1,5 Stunden. In diesem Rahmen wird kurz über den Stand jedes einzelnen Patienten berichtet, Therapieziele korrigiert und neu festgelegt sowie besondere Schwierigkeiten diskutiert.
- Einmal pro Woche interne Fortbildung mit einer Dauer von 45 min. In diesem Rahmen werden praxisrelevante Vorträge über neurologische Krankheitsbilder und deren internistische sowie orthopädische Komplikationen, Vorträge und Demonstrationen über neue Behandlungsverfahren und Techniken sowie über neue Diagnostikverfahren angeboten.

Dokumentationsorganisation:

- Ausführliches neurologisches Assessment entsprechend den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Verlaufsdokumentation durch regelmäßige Erfassung des Barthel-Index bzw. des erweiterten Barthel-Index
- Verlaufsdokumentation durch weitere symptom- bzw. funktionsorientierte Skalen
- Computergestützte Erfassung der abgegebenen Therapien
- Erstellung von therapeutischen Verlaufs- und Abschlussberichten
- Erstellung eines ausführlichen ärztlichen Abschlussberichtes einschl. sozialmedizinischer Beurteilung

Exemplarischer Ablaufplan

- **Morgen**

Aktivierende Pflege durch Krankenschwester/Pfleger ggf. in Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten.

In diesem Rahmen Waschtraining sowie Anziehtraining. Frühstück im Rahmen eines Ess- und Schlucktrainings ebenfalls in therapeutischer Zusammenarbeit mit Pflege und Ergotherapeuten.

- **Vormittag**

Einzeltherapien wie Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, neuropsychologische Therapie. Ärztliche Visite. Ggf. diagnostische Maßnahmen

- **Mittag**

Mittagessen. In diesem Rahmen ebenfalls – je nach Grad des Betroffenseins – Esstraining mit Einzelunterstützung bzw. gemeinsames Essen in der Gruppe unter Aufsicht von Pflege und Ergotherapie. Mittagsruhe. Dabei, wenn erforderlich, spezielle Lagerung, z.B. Bobathlagerung durch Krankengymnasten und/oder Pflegepersonal.

- **Nachmittag**

Wie am Vormittag Durchführung von überwiegend Einzeltherapien

- **Abend**

Abendessen. Auch hier je nach Betroffensein Durchführung von Schluck- und Esstraining bzw. betreutes Essen in der Gemeinschaft in Anwesenheit von Pflege oder/und Ergotherapeuten. Ausziehen und Waschen sowie Zu-Bett-Gehen im Rahmen der aktivierenden Pflege durch Pflegepersonal mit Unterstützung durch Physiotherapie und/oder Ergotherapie dabei auch wiederum spastikhemmende Lagerung im Bett.