

Behandlungsmodell für die Rehabilitation von neurologisch erkrankten Patienten mit organisch psychischen Störungen auf einer geschützten Station im Kontext der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Neurol Rehabil 2019; 25(4): 241–264
 © Hippocampus Verlag 2019
 DOI 10.14624/NR1910003

T. Dreyhaupt, K. Dreyhaupt, G. Grünewald, M. Pohl

Zusammenfassung

Organisch psychische Störungen sind sehr häufig bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation. Sie führen bei einigen Patienten mitunter zu erheblichen Orientierungs- und Verhaltensstörungen. Diese wiederum erfordern spezifische Anforderungen an das rehabilitative Konzept der Einrichtung.

Im Artikel wird das Konzept der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz zur Rehabilitation von neurologisch erkrankten kognitiv gestörten Patienten im Kontext der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation beschrieben. Das Konzept zeigt das Behandlungsmodell der Einrichtung für die Rehabilitation von Patienten mit organisch psychischen Störungen auf einer geschützten Station.

Das Konzept ist im Verlauf der Behandlung der Patienten über die Zeit entstanden und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es ist zudem kein in sich abgeschlossenes Konzept. Die Darstellung ist eine Momentaufnahme der aktuellen Behandlung von neurologisch erkrankten kognitiv gestörten Patienten auf einer geschützten Station.

Es gibt ähnliche Konzepte in anderen Einrichtungen.

Schlüsselwörter: Orientierungs- und Verhaltensstörungen, kognitive Störungen, organisch psychische Störungen, neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, geschützte Station, ICF

VAMED Klinik Schloss Pulsnitz

Inhalt

1	Einleitung und Problemstellung	242	2.1	Namensgebung der Station	250
1.1	Rahmenbedingungen und sozialrechtliche Grundlagen der neurologischen Rehabilitation	242	2.2	Räumliche, apparative und personelle Ausstattung ..	250
1.1.1	ICF und bio-psycho-soziales Modell	242	2.3	Zusammensetzung und Qualifikation des Behandler-teams	251
1.1.2	Sozialrechtliche Grundlagen der Medizinischen Rehabilitation	244	2.4	Patientencharakteristika, Aufnahmevoraussetzungen und Phasenzuordnung	253
1.1.3	Das Phasenmodell der BAR	244	2.5	Bio-psycho-soziales Grundverständnis und individuelle Zielsetzung	254
1.1.4	Konzept zur Rehabilitation von neurologisch erkrankten Patienten mit schweren organisch psychischen Störungen	244	2.6	Therapeutisches Spektrum/mehrdimensionale Therapie	254
1.2	Praktische Umsetzung in der in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz	245	2.7	Besonderheiten in der Pflege	255
1.3	Besondere Anforderungen und Problemstellungen bei der Behandlung von Patienten mit beaufsichtigungspflichtigen Orientierungs- und Verhaltensstörungen ..	246	2.8	Erfassung und Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs, ggf. notwendige Modifikation der Behandlungsstrategie und Anpassung der Rehabilitationsziele ...	257
1.3.1	Krankheitsbilder und Häufigkeit	246	2.9	Vorgehen bei interkurrenten Erkrankungen und medizinischen Komplikationen	258
1.3.2	Probleme im stationären Setting	246	2.10	Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen	259
1.3.3	Leistungsrechtliche Einordnung	246	2.11	Information und Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern	260
1.3.4	Spezifische therapeutische Ansätze	247	2.12	Behandlungsdauer, Abbruchkriterien und Entlassungsmanagement	261
2	Konzept der geschützten neuropsychiatrischen Station zur Behandlung von Patienten mit Orientierungs- und Verhaltensstörungen in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz	250	2.13	Qualitätssicherung	262
3	Literatur und Quellenverzeichnis	262			

1 Einleitung und Problemstellung

1.1 Rahmenbedingungen und sozialrechtliche Grundlagen der neurologischen Rehabilitation

1.1.1 ICF und bio-psycho-soziales Modell

Mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF [18]) hat die Weltgesundheitsorganisation 2001 ein mehrdimensionales Instrumentarium zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, sozialen Beeinträchtigungen und relevanten Umgebungsfaktoren geschaffen. Über die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses [28] und das Bundesteilhabegesetz von 2016 ist die ICF auch in Deutschland rechtlich verankert (Abb. 1).

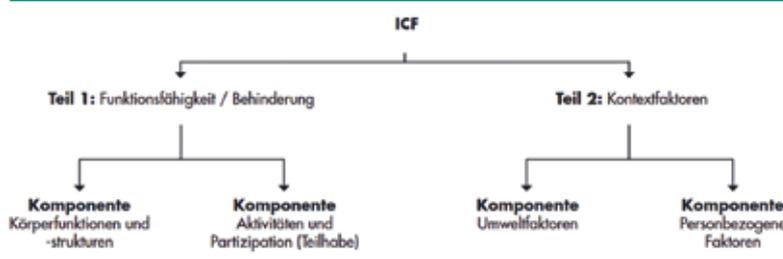


Abb. 1: Struktur der ICF

Die ICF verdeutlicht, dass bei der Erfassung gesundheitlicher Störungen die Wechselwirkungen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt berücksichtigt werden müssen. Hieraus lässt sich ein bio-psycho-soziales Modell gesundheitlicher Störungen ableiten, das vielfältige Interventionsmöglichkeiten zur Prävention und Rehabilitation aufzeigt. Die Notwendigkeit eines mehrdimensionalen Behandlungsansatzes in der neurologischen Rehabilitation lässt sich daraus unmittelbar ableiten (Abb. 2).

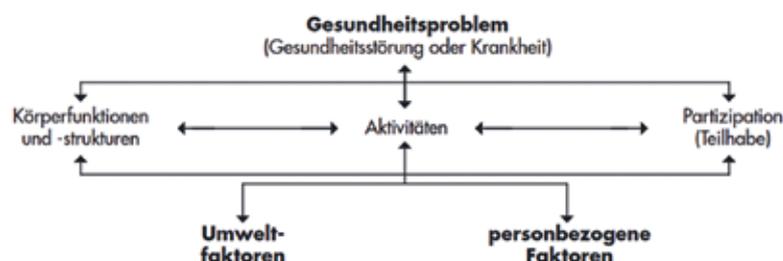


Abb. 2: Bio-psycho-soziales Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung – Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF

1.1.2 Sozialrechtliche Grundlagen der Medizinischen Rehabilitation

In Deutschland regelt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Als sozialpolitisches Ziel wird darin die Selbstbestimmung behinderter Menschen und ihre umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft genannt (§ 1). Das SGB IX legt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fest, die für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen zu erbringen sind (§ 42). Zielsetzungen sind dabei:

- die Beseitigung, Verringerung oder Verhütung von Behinderung (einschließlich chronischer Krankheiten),
- die Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit und / oder Erwerbsminderung,
- die Vermeidung des vorzeitigen Bezugs von Sozialleistungen oder die Minderung bereits laufender Sozialleistungen.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen ärztliche und medizinische Behandlungen, Arznei- und Verbandsmittel, Heil- und Hilfsmittel, Psychotherapie, Belastungserprobungen und Arbeitstherapie. Im Einzelfall sind weitere medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen möglich.

Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation können als stationäre Maßnahmen erbracht werden, wenn ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich ist, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen. Abhängig vom jeweiligen Träger wird der Zugang zu diesen Leistungen in den Sozialgesetzbüchern V, VI und VII geregelt.

Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Für die gesetzliche Rentenversicherung werden im SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen definiert, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen (§ 9). Unter Beachtung der »persönlichen Voraussetzungen« kann die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn begründete Aussicht besteht, dass dadurch Erwerbsminderung vermieden oder wesentlich gebessert werden kann (§ 10). Dies bezieht sich sowohl auf akute Gesundheitsstörungen, z. B. die Folgen eines Schlaganfalls, als auch auf chronische Erkrankungen. Im Sinne der Prävention kann die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung schon dann einsetzen, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

noch nicht gemindert, aber bereits erheblich gefährdet ist.

Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen gewähren ihren Versicherten medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach SGB V, §11, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine bestehende Behinderung zu bessern oder zu beseitigen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu verringern oder zu beseitigen. Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung steht dabei nicht die Erwerbsfähigkeit, sondern die unmittelbare Beseitigung oder Verringerung von Krankheitsfolgen im Vordergrund. Die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung schließt daher auch die Rehabilitation schwerbetroffener und pflegebedürftiger Kranker ein, bei denen eine Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit nicht absehbar ist oder die bereits Altersrentner sind.

Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Heilbehandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) wird im SGB VII geregelt und umfasst auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dadurch sollen Gesundheitsschäden beseitigt oder gebessert, ihre Folgen abgemildert oder eine weitere Verschlechterung verhindert werden (§26). Voraussetzung dafür ist, dass der Gesundheitsschaden durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde (§7). Auch bei einer drohenden Berufskrankheit können von den Unfallversicherungsträgern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden (BKV, §3).

Im Versicherungsfall umfasst die Zuständigkeit der GUV alle Leistungen von der Akutbehandlung über die medizinische und berufliche Rehabilitation bis hin zur sozialen Reintegration und Pflege. Das Problem der leistungsbezogenen Abgrenzung in den verschiedenen Rehabilitationsphasen (s. u.) ergibt sich daher nicht.

Aufgaben und Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation

Zwar weichen die gesetzlichen Vorgaben für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bei den einzelnen Leistungsträgern in Details voneinander ab, dennoch lassen sich auf der Basis des SGB IX allgemeingültige Anforderungen und Zielsetzungen formulieren. Danach sollen die Betroffenen durch die Rehabilitation in die Lage versetzt werden, mit ihrer Krankheit und deren Folgen adäquat und selbstbestimmt umzugehen und ihre Rolle in der Familie, Gesellschaft und Beruf wieder ausüben zu können. Wenn es nicht möglich ist, die Gesundheit völlig wiederherzustellen, soll durch die

Rehabilitation eine Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden, um bereits eingetretene Funktionsstörungen und Einschränkungen der Aktivitäten zu verringern oder zu kompensieren und ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses bzw. der Behinderung zu verhindern.

Konkrete Aufgaben und Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation, die aus diesen Vorgaben abgeleitet werden können, sind:

- die Vermeidung bzw. Verringerung von Pflegebedürftigkeit,
- eine bestmögliche soziale Reintegration,
- die Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben,
- die Prävention weiterer gesundheitsschädigender Ereignisse.

In Abhängigkeit vom zugrundeliegenden Krankheitsbild und den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren müssen die Rehabilitationsziele im Einzelfall, gemeinsam mit den Betroffenen individuell definiert werden.

Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose

Die Voraussetzungen für den Zugang zur Rehabilitation werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt [28]. Danach ist das Vorliegen einer medizinischen Indikation mit einem vorläufigen medizinischen Assessment zu prüfen, das Aussagen zum Rehabilitationsbedarf, der Rehabilitationsfähigkeit und zur Rehabilitationsprognose beinhaltet. Diesen Ansatz verfolgen auch die Unfallversicherungen [57] und die Gesetzliche Rentenversicherung [17]. Trägerunabhängig lassen sich danach folgende Begrifflichkeiten definieren:

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer gesundheitlichen Schädigung eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits eingetreten ist und über die kurativmedizinische Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Behandlungsansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.
- Rehabilitationsfähigkeit setzt voraus, dass eine ausreichende psychische und somatische Belastbarkeit für die Durchführung und Mitwirkung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben ist. Sie ist immer in Zusammenhang mit dem angestrebten Rehabilitations- bzw. Teilhabeziel zu bewerten.
- Die Rehabilitationsprognose ist eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Maßnahme und die Erreichbarkeit des festgelegten Rehabilitationsziels. Sie basiert auf der

Bewertung der bestehenden Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs und des Kompensations- oder Rückbildungspotentials unter Beachtung positiver und negativer Kontextfaktoren.

1.1.3 Das Phasenmodell der BAR

Das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung kann bei Erkrankungen und Schädigungen des Nervensystems stark variieren. Unabhängig vom Schweregrad der Fähigkeitsstörungen ist die neurologische Rehabilitation gleichwohl sinnvoll, um Krankheitsfolgen abzumildern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Aus rehabilitationsmedizinischen Gründen sollte die Rehabilitation bei akut aufgetretenen Erkrankungen möglichst frühzeitig einsetzen. Das bedeutet, dass schwerbetroffene Patienten, die noch bewusstseinsgestört und in hohem Maße hilfebedürftig sind, ebenso wie Menschen, die im Alltag bereits wieder selbstständig sind, in der stationären neurologischen Rehabilitation betreut werden müssen. Daraus ergeben sich naturgemäß erhebliche Unterschiede bei den Anforderungen an die medizinische Versorgung und an die spezifische Therapie.

Vor diesem Hintergrund wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der gemeinsamen Repräsentanz der wichtigsten Sozialleistungsträger in Deutschland, ab 1995 ein Stufenkonzept entwickelt, das phasenbezogene Zielsetzungen, Aufgaben und Leistungen der neurologischen Rehabilitation beschreibt [10]. Dieses Modell bildet die Basis für die leistungsrechtliche Zuordnung der verschiedenen Rehabilitationsphasen (Tab. 1).

Aus Sicht der Kostenträger und der neurologischen Rehabilitationskliniken ist die Schnittstelle zwischen den Phasen B und C besonders kritisch. Die intensiv- und akutmedizinischen Behandlungsphasen A und B werden als Krankenhausbehandlung mit Leistungen zur Frührehabilitation gewertet, für die in aller Regel die gesetzliche Krankenversicherung nach § 39 SGB V aufkommt (Ausnahmen gibt es in Sachsen und Nordrhein-Westfalen, hier erfolgt die Phase B im Kontext der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V in Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V). Dabei wird als Zusteuerungselement für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation im OPS 8-552 ein Frühreha-Barthel-Wert bis maximal 30 Punkte genannt [19].

Die Phasen C und D hingegen gelten als Leistungen der medizinischen Rehabilitation, für die entweder die GKV nach § 40 SGB V oder die Rentenversicherung nach § 9 SGB VI als Kostenträger in Frage kommt. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung setzt dabei eine positive Erwerbsprognose voraus, die in einer frühen Phase der Rehabilitation aber zumeist noch nicht absehbar ist.

Probleme ergeben sich immer dann, wenn Patien-

Tab. 1: Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation nach BAR

Phase A	Akutbehandlungsphase mit ersten rehabilitativen Ansätzen
Phase B	Behandlungsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
Phase C	Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Reha-beraterinnen und Reha-berater bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
Phase D	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne – stationär oder ambulant)
Phase E	Behandlungs- und /oder Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation: Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft
Phase F	Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustanderhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege)

ten nicht mehr akutmedizinisch behandlungsbedürftig sind, aber die Eingangskriterien für die medizinische Rehabilitation in der Phase C noch nicht erreichen. Die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Reha-Dynamik spielen bei einer Krankenhausbehandlung, bei der nach OPS abgerechnet wird, für die Bestimmung der Verweildauer keine Rolle. Hingegen werden in Rehakliniken, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, die Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose als kumulative Eingangskriterien vorausgesetzt.

Trotz vielfältiger Bemühungen existiert bisher keine tragfähige Definition der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Dies wäre aber notwendig, um den Übergang zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik bedarfsgerecht zu gestalten [41].

1.1.4 Konzept zur Rehabilitation von neurologisch erkrankten Patienten mit schweren organisch psychischen Störungen

Organisch psychische Störungen sind sehr häufig bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation. Sie führen bei einigen Patienten mitunter zu erheblichen Orientierungs- und Verhaltensstörungen. Diese wiederum erfordern spezifische Anforderungen an das rehabilitative Konzept der Einrichtung.

Im Artikel wird das Konzept der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz zur Rehabilitation von neurologisch erkrankten kognitiv gestörten Patienten im Kontext der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation beschrieben. Das Konzept zeigt das Behandlungsmodell der Einrichtung für die Rehabilitation von Patienten mit

organisch psychischen Störungen auf einer geschützten Station.

Es gibt ähnliche Konzepte in anderen Einrichtungen [51], auf die im Artikel nicht eingegangen wird. Den Autoren ging es in dem Artikel primär darum, das in der eigenen Klinik über Jahre etablierte Vorgehen zusammenzufassen und als Gesamtkonzeption darzustellen.

1.2 Praktische Umsetzung in der in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz

Die VAMED Klinik Schloss Pulsnitz ist eine moderne Rehabilitationsklinik mit historischen Wurzeln. Ihre Ursprünge gehen auf das 16. Jahrhundert zurück, als Eustachius von Schlieben den Auftrag zum Bau eines zweigeschossigen Renaissanceschlusses erteilte. Das Schloss befand sich mehrere Jahrhunderte, in denen es umgebaut und erweitert wurde, in Privatbesitz. Die letzte Schlossherrin, Margarete von Helldorf, wurde 1945 enteignet. Die Gebäude wurden anschließend als Lungenheilstätte, Kinderheim und Fachklinik für Innere Medizin und Pulmologie genutzt.

Im September 1990 erwarb die Wittgensteiner Kuranstalt GmbH das Gebäudeensemble und baute es zu einer zeitgemäßen Rehabilitationseinrichtung aus. Seit 1995 wird die Klinik als neurologisch-neurochirurgische Rehabilitationsklinik mit Ausrichtung auf die BAR-Phasen B, C und D betrieben. Im Juni 2001 ging der Besitz an die Fresenius SE über, innerhalb des Konzerns wechselte die Trägerschaft im Jahr 2006 zur Helios Kliniken Gruppe und am 01.06.2019 zur VAMED AG.

Die Klinik verfügt über insgesamt 330 Behandlungsplätze für neurologisch oder neurochirurgisch vorbehandelte Patienten. Zusätzlich wurde in der nahegelegenen VAMED Rehabilitationsklinik Schwedenstein eine Außenstation mit 34 Plätzen für vollständig mobile neurologische Patienten eingerichtet.

Das Indikationsspektrum umfasst

- alle primär neurologischen Erkrankungen und Diagnosen (ICD 10: G 00–G 99),
- erregungsbedingte Schädigungen des ZNS (ICD 10: A 80–A 89, A 17, B 22),
- Neubildungen des Gehirns und Rückenmarks (C 69–C 72, C 76.0, D 31, D 33, D 35.2, D 42, D 43)
- Schädel-Hirn-Traumata (S 00–S 09, T 07),
- Wirbelsäulenerkrankungen mit sekundärer Schädigung des Nervensystems (M 46–M 48, M 50–M 54).

In der Phase B werden Krankenhausleistungen nach § 108 SGB V einschließlich der post-primären Intensivtherapie und Beatmungsentwöhnung erbracht. Die Phasen C und D sind der medizinischen Rehabilitation nach § 111 SGB V zugeordnet. Die Phasenzuordnung erfolgt nach dem Frühreha-Barthel-Index, die Behandlungsinhalte und Zielsetzungen sind an den BAR-Kriterien und

sozialrechtlichen Vorgaben für die jeweiligen Rehabilitationsträger (vgl. 1.2.) ausgerichtet.

Spezialisierte Behandlungskonzepte gibt es für die Beatmungsentwöhnung, extrem adipöse Menschen und MS-Patienten. Eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationseinheit (MBOR) wird derzeit etabliert. Die Behandlung orientierungs- und verhaltensgestörter Patienten auf einer fakultativ geschlossenen Station wird bereits seit mehr als 15 Jahren praktiziert und hat sich inhaltlich seither kontinuierlich weiterentwickelt. Nach einer Phase konsequenter personeller und struktureller Anpassungen in den letzten drei Jahren wird die damit einhergehende Spezialisierung mit der vorliegenden Darstellung auch konzeptionell untermauert.

Entsprechend ihrer fachlichen Ausrichtung und der bei neurologischen Patienten häufig bestehenden Multimorbidität verfügt die Klinik über ein breites Spektrum diagnostischer Möglichkeiten:

- digitale Röntgendiagnostik einschließlich Angiographie und CT,
- Neuroelektrophysiologie mit EEG, multimodal evoked Potentials, Neurographie und EMG,
- Doppler-/Duplexsonographie der hirnversorgenden und peripheren Gefäße,
- Ultraschall-Sonographie des Bauchraums, der Schilddrüse und Gelenke,
- Neurosonographie der peripheren Nerven,
- Herz-Kreislaufdiagnostik einschließlich Belastungs- und Langzeit-EKG, 24-Stunden-Blutdruckprofil, transthorakaler und transösophagealer Echokardiographie,
- Spirometrie,
- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Koloskopie,
- Laryngoskopie zur funktionellen endoskopischen Evaluation des Schluckaktes (FEES).

Neben Fachärzten für Neurologie gehören auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Innere Medizin und Anästhesie zum festen Stamm der Ärzteschaft. Ein externer Urologe und ein Unfallchirurg/Orthopäde kommen regelmäßig konsiliarisch in die Klinik. Kooperationen bestehen mit einer großen radiologischen Praxis (u. a. zur teleradiologischen Befundung und MRT-Diagnostik) und einem neuro-urologischen Zentrum.

Das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten aufzuzählen würde den hier gesetzten Rahmen überschreiten. Diesbezüglich wird auf das Gesamtkonzept der Klinik verwiesen. Die spezifischen therapeutischen Ansätze auf der geschützten Station werden unter Punkt 2 näher dargestellt.

1.3 Besondere Anforderungen und Problemstellungen bei der Behandlung von Patienten mit beaufsichtigungspflichtigen Orientierungs- und Verhaltensstörungen

1.3.1 Krankheitsbilder und Häufigkeit

Neben fokalen neurologischen Defiziten treten organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen – im Weiteren wegen der besseren Lesbarkeit nach der alten Bezeichnung als »organische Psychosyndrome« bezeichnet – mit Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, kognitiven Defiziten, Affekt- und Antriebsstörungen als Folge akuter Hirnschädigungen in der neurologischen Rehabilitation häufig auf. Die Selbstwahrnehmung und die Krankheitseinsicht der Betroffenen sind dabei oft gestört, regelmäßig besteht Weglauf- oder Sturzgefahr. Impulskontroll- und Verhaltensstörungen, die mit Unruhe und Aggressivität einhergehen können, beeinträchtigen die soziale Akzeptanz und erschweren den Rehabilitationsverlauf erheblich. Schwerwiegende Orientierungs- und Verhaltensstörungen, bei denen eine potentielle Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, sind beaufsichtigungspflichtig und erfordern einen entsprechend hohen Personalaufwand.

Formal wird zwischen akuten (z. B. Delir) und chronischen (z. B. Demenz) organischen Psychosyndromen unterschieden. Neben diesen beiden Formen werden in der stationären Neurorehabilitation aber oft auch Mischbilder gesehen. Es wird geschätzt, dass mehr als 1,7 Mio. Menschen in Deutschland an einer Demenz leiden. Bei derzeit mehr als 300.000 Neuerkrankungen jährlich wird aufgrund der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme der Zahl Betroffener auf ca. 3 Mio. im Jahr 2050 gerechnet [9]. Für organische Psychosyndrome, die nach einer akuten ZNS-Erkrankung oder einem Schädel-Hirn-Trauma auftreten, liegen flächendeckend keine exakten Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz vor. Eine Erhebung der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation aus dem Jahr 2014 zeigt jedoch, dass ca. 56% der Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma und 36% der Patienten nach einem Hirninfarkt bei Aufnahme in die Phase B an einer beaufsichtigungspflichtigen Orientierungsstörung leiden. Auch beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörungen sind mit 52% nach Schädel-Hirn-Trauma bzw. 21% nach Hirninfarkt bei diesen Patientengruppen häufig [45].

Ätiologisch liegen den akuten organischen Psychosyndromen zumeist vaskuläre, hypoxische oder traumatische ZNS-Schädigungen zugrunde. Medikamentös-toxische Einflüsse nach einer vorangegangenen stationären Akutbehandlung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Je nach Schweregrad ihrer Grunderkrankung entwickeln 30–80% der Patienten auf Intensivstationen ein Delir [63]. Bei den chronischen Krankheitsbildern werden mehrheitlich degenerative Prozesse (Alzheimer-Demenz), chronisch-vaskuläre Krankheitsbilder (vaskuläre Demenz) oder toxische Ursachen (Alkoholenzephalopathie) als Auslöser eines Psychosyndroms gesehen.

Bei den chronischen Krankheitsbildern werden mehrheitlich degenerative Prozesse (Alzheimer-Demenz), chronisch-vaskuläre Krankheitsbilder (vaskuläre Demenz) oder toxische Ursachen (Alkoholenzephalopathie) als Auslöser eines Psychosyndroms gesehen.

1.3.2 Probleme im stationären Setting

Patienten, die unruhig sind und Verhaltensstörungen zeigen, werden auf Stationen mit Mischbelegung von ihren Mitpatienten und deren Bezugspersonen häufig schlecht toleriert. Gründe hierfür sind beispielsweise, dass sie die Nachtruhe stören, sozial nicht akzeptierte Fehlhandlungen begehen oder besonders viel Zuwendung des Personals beanspruchen. In einen »normalen« Stationsalltag sind sie nur schwer zu integrieren und auch für das Personal kann der Umgang mit verhaltensgestörten Patienten stark belastend sein. Für die Betroffenen besteht daher die Gefahr der sozialen Ausgrenzung, einer übermäßigen medikamentösen Sedierung oder leichtfertigen Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen.

Auch schwere Orientierungsstörungen, die klinisch mit Verwirrtheit einhergehen, stellen eine besondere Herausforderung für die Betreuung und Behandlung von Patienten in der Phase B dar. Dies gilt insbesondere, wenn sie mobil sind und sich verirren oder weglaufen können. Die Betroffenen müssen daher nahezu ständig beaufsichtigt und außerhalb des Stationsbereichs von einer Sicherungsperson begleitet werden.

An die fachliche Qualifikation des Personals sind beim Umgang mit verhaltens- und orientierungs-gestörten Patienten besondere Anforderungen zu stellen. Die Beurteilung der psychischen Entwicklung und das Erkennen psychotischer Symptome, die schweren Verhaltensstörungen vorausgehen können, setzt Erfahrung und Expertise in der Krankenbeobachtung voraus. Aus diesen Beobachtungen dann therapeutische Rückschlüsse zu ziehen, professionelle Strategien im Umgang mit den Betroffenen zu entwickeln und diese in die tägliche Routine einfließen zu lassen, ist auf einer Phase-B-Station mit Mischbelegung aus organisatorischen und strukturellen Gründen kaum möglich. Komplexe neuropsychiatrische Therapieansätze sind zudem personalaufwändig und erfordern spezifische fachtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, die vom sonst üblichen Spektrum in der Phase B teilweise deutlich abweichen (s. Punkt 2.6).

1.3.3 Leistungsrechtliche Einordnung

Patienten, die im Rahmen der neurologischen Rehabilitation auf einer geschützten neuro-psychiatrischen Station behandelt werden können, benötigen i. d. R. keine intensivmedizinische Überwachung mehr. Gerade die

Notwendigkeit, intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorhalten zu müssen, wird in den Empfehlungen der BAR aber als wesentliches Merkmal der Phase B in den Vordergrund gestellt (vgl. 1.1.3). In den näheren Ausführungen beschreibt die BAR dann jedoch als Patientencharakteristika /Eingangskriterien u. a.

- ... qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten ...
- ... nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit ...
- ... u. U. erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen ...

Im Frührehabilitations-Index nach Schönle werden diese Aspekte berücksichtigt, indem sowohl die beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung als auch beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörungen mit jeweils 50 Minuspunkten bewertet werden [50]. Dadurch erzielen die Patienten, die in aller Regel auch einen hohen Pflegeaufwand haben, im Frühreha-Barthel-Index einen niedrigen Gesamtwert von zumeist weniger als 35 Punkten. In Anwendung des OPS 8-552 entspricht die Behandlung also der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation /Phase B.

Ein Übergang in die Phase C ist bei anhaltenden schweren Orientierungs- oder Verhaltensstörungen nur dann möglich, wenn die Patienten bei basalen Alltagsanforderungen bereits wieder so selbständig sind, dass sie im Barthel-Index mindestens 85 Punkte erreichen. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass nach den BAR-Eingangskriterien für die Phase C keine konkrete Selbst- oder Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz oder aggressive Durchbrüche) mehr vorliegen dürfen [10].

1.3.4 Spezifische therapeutische Ansätze

Therapieempfehlungen für die mehrdimensionale Behandlung organischer Psychosyndrome beziehen sich nahezu ausnahmslos auf Demenzen, für deren Behandlung eine gemeinsame S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) vorliegt [2].

Für einzelne Symptome akuter Psychosyndrome, die als Folge anderer neurologischer Primärerkrankungen auftreten, wurden von der DGN symptomorientierte Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen [3], Gedächtnisstörungen [16] und exekutiven Dysfunktionen [4] entwickelt. Allerdings sind alle diese Leitlinien nicht mehr aktuell und werden derzeit überarbeitet.

Milieutherapie

Im Umgang mit dementen Patienten stellt die Milieu-therapie die Anpassung der materiellen und sozialen

Umwelt an die veränderte Wahrnehmung, Empfindung und Alltagskompetenz der Betroffenen dar [60]. Sie folgt einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis (vgl. 1.1.1) und bietet auf mehreren Ebenen Bezugspunkte für therapeutische Interventionen:

- *Architektonische Umgebung* (räumliches und bauliches Milieu): Architektur, Raumaufteilung, Einrichtung, Orientierungshilfen, Licht, Temperatur, Akustik
- *Soziale Umgebung* (räumliches und zwischenmenschliches Milieu): Gemeinschaftsbereiche, Rückzugsmöglichkeiten, Atmosphäre, Gruppengröße, Geräuschpegel
- *Tagesstrukturierung* (zwischenmenschliches Milieu): Umgangsformen, Kommunikationsstil, Kontinuität in der Betreuung, Tagesablauf, Rituale, Berücksichtigung individueller Gewohnheiten, Aktivitätsangebote

Aus der Gerontopsychiatrie ist hinlänglich bekannt, dass orientierungsgestörte und verwirrte Menschen häufig von einer überschaubaren, reizarmen Umgebung mit konstanten Bezugspersonen, festen Regeln und strukturiertem Tagesablauf profitieren. Die reale Umwelt sollte ihren eingeschränkten Kompetenzen angepasst sein und ihnen Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Überforderungen und Frustrationserlebnisse sind zu vermeiden [54].

Behandlung mit Antidementiva und psychotropen Medikamenten

In Deutschland sind derzeit drei Acetylcholinesterasehemmer (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) und der nichtkompetitive NMDA-Antagonist Memantin zur Behandlung der Alzheimer-Demenz in verschiedenen Stadien zugelassen. Für diese Substanzen konnte ein positiver Effekt auf die Kognition und Alltagsfunktionen nachgewiesen werden. Da es gute Gründe gibt, eine gemischte Demenz als das gleichzeitige Vorliegen einer vaskulären und einer Alzheimer-Demenz aufzufassen, wird in der aktuellen Leitlinie auch bei diesem Krankheitsbild der Einsatz von Antidementiva empfohlen. Bei Demenzen, die im Rahmen eines Parkinson-Syndroms auftreten, ist ausschließlich Rivastigmin zur Behandlung zugelassen. Bei vaskulären Demenzen und der Lewy-Körperchen-Demenz konnten in Studien bisher nur auf einige wenige Untersuchungsmerkmale positive Effekte nachgewiesen werden. Eine Zulassung erfolgte dementsprechend nicht, im Einzelfall kann jedoch ein individueller Heilversuch erwogen werden. Keinerlei Hinweise für die Wirksamkeit einer medikamentösen antidementiven Therapie gibt es bei der frontotemporalen Demenz.

Die Entscheidung für oder gegen eine medikamentöse antidementive Therapie muss sich also immer am

Demenz-Typ, dem aktuellen Krankheitsstadium und den Zielsymptomen ausrichten. Dies setzt eine genaue Diagnose und krankheitsbegleitende kompetente Beurteilung der klinischen Symptomatik voraus.

Neben der kognitiven Kernsymptomatik treten bei Demenzen ebenso wie bei akut ausgelösten organischen Psychosyndromen häufig auch affektive Störungen (z. B. Depression, Angst), Agitation und aggressives Verhalten auf. Ursächlich dafür sind strukturelle Hirnschäden und Störungen im Neurotransmittersystem, die unter bestimmten Bedingungen zu Veränderungen im Erleben und Verhalten führen [46]. Vor einer medikamentösen Behandlung sollte daher nach Möglichkeit versucht werden, die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren zu identifizieren und diese positiv zu verändern. Erst wenn psychosoziale Interventionen (s. u.) nicht effektiv oder ausreichend sind, oder eine anders nicht abwendbare Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, besteht die Indikation zur pharmakologischen Intervention.

Für den Einsatz psychotroper Medikamente (Antidepressiva, Antipsychotika, Antikonvulsiva und Tranquilanzien) bei dementen und hirnorganisch geschädigten Patienten ergeben sich allerdings grundsätzliche Besonderheiten:

- Medikamente mit anticholinergem Wirkung sollten wegen der Gefahr eines Delirs und negativer Effekte auf die Kognition vermieden werden.
- Medikamente mit sedierenden Eigenschaften sollten wegen negativer Effekte auf die Kognition und einer Zunahme der Sturzgefahr vermieden werden.
- Bei älteren Patienten ergeben sich weitere Einschränkungen bei der Medikamentenauswahl durch die PRISCUS-Liste potentiell inadäquater Medikamente [34].
- Wegen der häufig bestehenden Multimorbidität und damit einhergehender Polypharmakotherapie sind Medikamenten-Interaktionen besonders zu beachten.

Speziell für den Einsatz bei Demenzpatienten sind darüber hinaus weitere Fakten bei der Pharmakotherapie zu berücksichtigen:

- Antipsychotika erhöhen das Mortalitäts- [49] und Schlaganfallrisiko [47]. Wahrscheinlich beschleunigen sie auch den kognitiven Abbau im Rahmen der Grunderkrankung [58].
- Bei Demenzen im Rahmen von Parkinson-Syndromen oder Lewy-Körperchen-Demenz sind klassische und die meisten atypischen Neuroleptika wegen der Gefahr dramatischer Verschlechterungen der Vigilanz und Beweglichkeit kontraindiziert. Lediglich Clozapin und – mit deutlich geringerer Evidenz – Olanzapin können bei dieser Indikation gegeben werden.
- Der Einsatz von Benzodiazepinen ist wegen negativer

Effekte auf die Kognition, einer Zunahme der Sturzgefahr und des Abhängigkeitspotentials, das beim plötzlichen Absetzen zum Auftreten eines Delirs führen kann, problematisch.

- Klassische Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva) sollten wegen zentral-anticholinergem Effekte nicht gegeben werden. Ggf. müsste auf SSRI (außer Fluoxetin) ausgewichen werden.
- Agitiertes und aggressives Verhalten sollte mit Risperidon behandelt werden. Alternativ kann Aripiprazol angewandt werden, hierbei handelt es sich aber um eine Off-Label-Behandlung. Haloperidol wird für die Behandlung agitierten Handelns aufgrund fehlender Evidenz nicht empfohlen, bei aggressivem Verhalten ist ein gering positiver Effekt nachgewiesen.
- Es gibt auch Hinweise für eine günstige Wirkung von Carbamazepin auf Aggressivität und agitiertes Verhalten, so dass diese Substanz nach Ausschöpfung anderer Therapieoptionen eine Behandlungsalternative bietet. Für Valproat wurden derartige Effekte nicht nachgewiesen.
- Citalopram kann als Off-Label-Behandlung bei agitiertem Verhalten erwogen werden, es zeigt jedoch keinen Effekt auf Aggressivität.
- Bei schwerer psychomotorischer Unruhe ist ein zeitlich begrenzter Therapieversuch mit Risperidon gerechtfertigt. Es gibt jedoch keine wirksame medikamentöse Therapie gegen enthemmtes Verhalten (z. B. bei der Nahrungsaufnahme oder im Sozialverhalten, einschließlich sexueller Disinhibition).
- Für die Behandlung psychotischer Symptome wird Risperidon in einer Dosierung von 0,5 bis 2 mg täglich empfohlen. Die Datenlage für Aripiprazol ist heterogen. Für andere atypische Neuroleptika gibt es bei dieser Indikation keinen Evidenznachweis.
- Für Apathie und Schlafstörungen bei Demenz kann keine leitlinienbasierte medikamentöse Therapieempfehlung gegeben werden.

Die vorstehende Aufstellung macht deutlich, dass in der Pharmakotherapie bei neuro-psychiatrischen Patienten profunde Kenntnisse der Indikationen, Aufklärungspflichten, möglichen Nebenwirkungen und Interaktionen psychotroper Substanzen notwendig sind, zumal weitere mögliche Nebenwirkungen und Kontraindikationen (z. B. Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Epilepsie) zu beachten sind. Außerdem sind viele Patienten multimorbide erkrankt und benötigen zusätzlich auch noch andere Medikamente, die zentralnervöse Nebenwirkungen entfalten können.

Psychosoziale Interventionen

In der aktuellen S3-Leitlinie »Demenzen« wird neben der Pharmakotherapie auch die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen anhand vorliegender Studien

bewertet. Dabei wird auf eine häufig geringere Qualität der Studien im Vergleich zu pharmakologischen Prüfungen aufgrund methodischer Schwierigkeiten und einer fehlenden systematischen Finanzierung hingewiesen. Dennoch erreichten mehrere Behandlungsverfahren den Empfehlungsgrad B, der besagt, dass sie bei dementen Patienten angewandt werden sollten.

Bei leichten und mittelschweren Demenzen wird der kognitiven Stimulationstherapie [1] ein positiver Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit bescheinigt [61]. Die Realitätsorientierung (»Orientierungstraining«) und Reminiszenzverfahren/autobiographisches Arbeiten verbessern ebenfalls die kognitive Leistungsfähigkeit und wirken sich bei allen Schweregraden der Demenz zusätzlich positiv auf depressive Symptome und die Lebensqualität aus [44].

Ergotherapie, die inhaltlich an den Alltagsfunktionen und der Handlungsfähigkeit ausgerichtet ist, sollte mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe angeboten werden. Verbesserungen konnten insbesondere für individuell festgelegte Maßnahmen im häuslichen Bereich nachgewiesen werden, bei denen auch Bezugspersonen in die Behandlung eingebunden wurden [43].

Trotz einer insgesamt heterogenen Studienlage gibt es Hinweise dafür, dass die körperliche Aktivierung von Demenzkranken positive Auswirkungen auf kognitive Funktionen, Alltagsfunktionen, die psychische Verfassung und Verhaltenssymptome hat [23]. Ein leichtes körperliches Training sollte daher in die Behandlung einbezogen werden. Bisher gibt es allerdings noch keine ausreichende Evidenz für die Überlegenheit bestimmter körperlicher Aktivierungsverfahren.

Im Rahmen der mehrdimensionalen Therapie wird schließlich auch ein Angehörigentraining empfohlen, das Informationen zum Krankheitsbild und Strategien im Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen vermittelt. Dabei kommen auch verhaltenstherapeutische Elemente (z. B. Verhaltensmanagement, Stressbewältigung) zur Anwendung [36].

Weitere Therapieformen, die in der Leitlinie allerdings nur den Empfehlungsgrad 0 erreichen, bei der Behandlung von Demenzen also eingesetzt werden können, sind die Musiktherapie (aktiv und rezeptiv) [56] und die multisensorische Stimulation (»Snoezelen«) mit individualisierten, biographiebezogenen Stimuli im 24-Stunden-Ansatz [59]. Im Einzelfall lassen sich psychische Symptome (insbesondere Angst) und agitiertes Verhalten dadurch kurzfristig positiv beeinflussen. Dies gilt auch für Massagen und körperliche Berührungen, dabei ist jedoch stets das individuelle Bedürfnis der Patienten nach Distanz und Privatsphäre zu berücksichtigen.

Tiergestützte Therapieformen wurden in den Leitlinien von 2011 (noch) nicht berücksichtigt. Mehrere Studien weisen aber inzwischen positive Effekte, ins-

besondere für den Einsatz von Therapiehunden bei Demenzpatienten, nach. Eine aktuelle Übersicht kommt zu der Aussage, dass dadurch Agitation und Aggression abgemildert und Verbesserungen im Sozialverhalten, bei der körperlichen Aktivität, Nahrungsaufnahme und Lebensqualität erreicht werden können [62].

Therapie von Verhaltensstörungen

Agitiertes und aggressives Verhalten ist für die Erkrankten selbst oftmals sehr belastend und stellt für professionelle Helfer eine besondere Herausforderung dar. Es wird begünstigt durch sensorische Beeinträchtigungen, Desorientiertheit und Gedächtnisstörungen, die zu einer Fehlinterpretation der Umwelt und dadurch zu einer unangenehmen, schwierigen oder ängstigenden Situation für die Betroffenen führen [14]. Häufig tritt herausforderndes Verhalten im interaktionellen Kontext auf. Professionelle Helfer sind daher gefordert, ihr eigenes Verhalten und die Umgebung zu reflektieren und so zu modifizieren, dass die Situation möglichst aufgelöst werden kann.

Psychoziale Interventionen können hierbei besonders hilfreich sein und den Einsatz von Psychopharmaka verringern [24]. Anhaltend positive Effekte sind insbesondere für ein patientenzentriertes Verhaltensmanagement, die kognitive Stimulation, Angehörigenedukation und Schulungsprogramme für Mitarbeiter beschrieben [40]. Musiktherapie, Snoezelen und sensorische Stimulation sind während der Anwendung wirksam, zeigen aber keine überdauernden Effekte.

Im Kontext der stationären Pflege werden darüber hinaus ein validierendes, wertschätzendes und deeskalierendes Verhalten, Erinnerungspflege und tägliche Bewegungsförderung als wichtige Elemente im Umgang mit Patienten, die herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, empfohlen [6].

Therapie von Gedächtnisstörungen

Gedächtnisstörungen sind das Kernsyndrom fast aller dementiellen Erkrankungen. Auch im Rahmen akuter Psychosyndrome treten sie durchaus häufig auf und gehen dann zumeist mit Aufmerksamkeitsdefiziten und Störungen der Exekutivfunktionen einher.

In der Behandlung müssen die Zielsetzung und Methodenauswahl dem Schweregrad der Gedächtnisstörung angepasst werden. Patienten mit leichten bis mittelschweren Gedächtnisstörungen profitieren besonders von der Vermittlung von Lernstrategien (z. B. bildhafte Vorstellungen, semantische Kategorisierung, Elaborationsstrategien) [12]. Die Inhalte können dabei einzeln, in Kleingruppen oder PC-gestützt vermittelt werden, signifikante Unterschiede in der Effizienz gibt es dabei nicht. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapiesitzungen und dem Trainingserfolg

[31]. Für die klinische Praxis wird daher empfohlen, mindestens 10 Sitzungen über einen Zeitraum von zwei bis fünf Wochen durchzuführen [16].

Für den Gebrauch externer Gedächtnishilfen (z. B. Gedächtnisbuch, Smartphone) wurden bei allen Schweregraden von Gedächtnisstörungen positive Effekte nachgewiesen [53]. Bei Patienten mit schweren Gedächtnisstörungen, die Lernstrategien nicht umsetzen können, sind externe Gedächtnishilfen zur Kompensation der bestehenden Defizite die Methode der Wahl. Allerdings benötigen sie bei der Umsetzung im Alltag oftmals die Unterstützung von Angehörigen und/oder Bezugspersonen.

Als weiterer Behandlungsansatz wird bei schweren Gedächtnisstörungen die Vermittlung domänenspezifischen Wissens mit fehlerfreiem Lernen empfohlen. Inhaltlich kann es sich dabei um persönlich relevante Informationen (z. B. Namen von Bezugspersonen) oder auch um bestimmte Fertigkeiten (z. B. Smartphone-Gebrauch) handeln. Den Betroffenen werden zunächst die richtigen Handgriffe gezeigt, bzw. die richtigen Antworten vorgegeben und dann bei späteren Lerndurchgängen immer weniger Abrufhilfen gegeben, bzw. die Abrufintervalle

verlängert. Die Wirksamkeit dieser Methode wurde selbst bei schweren amnestischen Syndromen belegt [37].

Rehabilitation bei vorbestehender Demenz

Dass auch Demenzerkrankte, die eine körperliche Zweiterkrankung erleiden, von einer Rehabilitation profitieren, gilt als gesichert. Im Hinblick auf die Mobilität und Selbstversorgung erreichen sie ähnliche oder nur mäßig geringfügigere Therapieerfolge wie kognitiv Gesunde [35]. Die S3-Leitlinie kommt daher zu der Empfehlung, dass auch Patienten die an einer Demenz leiden, therapeutische Verfahren einschließlich einer Frührehabilitation nicht vorenthalten werden sollen.

Auf den grundsätzlichen Anspruch einer stationären Rehabilitation, trotz vorbestehender Demenz, wurde zuletzt vom Landessozialgericht Baden-Württemberg hingewiesen (Urteil vom 17.07.2018, Az L 11 KR 1154/18). Vor dem Hintergrund der individuellen Zielsetzung sind dabei die allgemeinen Zugangsvoraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose (vgl. 1.1.2) zu berücksichtigen.

2 Konzept der geschützten neuropsychiatrischen Station zur Behandlung von Patienten mit Orientierungs- und Verhaltensstörungen in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz

2.1 Namensgebung der Station

Ursprünglich wurde die Station als »fakultativ geschlossene Station« bezeichnet. Mit dieser Bezeichnung wollte man den damaligen Bemühungen der Psychiatrie, geschlossene Stationen regelmäßig auch zu öffnen, um die Verantwortung der Patienten zu stärken, Rechnung tragen. Nun sind die kognitiv gestörten Patienten in aller Regel nicht in der Lage, diese Verantwortung zu übernehmen, so dass im Ergebnis die Station immer geschlossen war. Der primäre Auftrag einer solchen Station ist es, die Patienten zu schützen vor bestehender Orientierungsstörung und/oder Verhaltensstörung. Darüber kam im Behandlungsteam der Wunsch auf, die Station als »Geschützte Station« zu bezeichnen, um diesem Aspekt besonders gerecht zu werden. Diese Bezeichnung hat sich dann am Standort auch in der Akzeptanz gegenüber den Angehörigen durchgesetzt.

2.2 Räumliche, apparative und personelle Ausstattung

Die geschützte Station ist L-förmig konfiguriert und befindet sich in einem räumlich abgeschirmten, endständigen

Bereich der Klinik mit kontrollierten Zugängen aus der Klinik heraus und von außen. Die Station verfügt über 10 Patientenzimmer mit eigenen, behindertengerechten Bädern, von denen 7 als Doppelzimmer und 3 als Einzelzimmer belegt werden können. Außer einem Pflegestützpunkt und einem Funktionsraum befinden sich auch ein Arztzimmer und ein multifunktionaler Therapieraum, der von verschiedenen Berufsgruppen genutzt werden kann, auf der Station. Ein großzügiger Speise- und Gemeinschaftsraum mit angrenzender Küche und ein eigener Hof-/Gartenanteil mit Sitzgelegenheiten und Therapiergarten stehen den Patienten als Aufenthaltsbereiche zur Verfügung (Abb. 3).

Der gesamte Stationsbereich ist hell und freundlich gestaltet, die Dekoration ist an die jeweilige Jahreszeit, bevorstehende Festtage oder besondere Ereignisse (z. B. Olympische Spiele, Fußball-WM etc.) angepasst. Als Orientierungshilfen dienen eine individuelle Farbgebung, Namensschilder und Fotos an den Zimmertüren, Tageskalender und Analoguhren im Aufenthaltsbereich und in den Patientenzimmern, Hinweistafeln mit großer Schrift und einfachen Piktogrammen sowie eine Fototafel, die das gesamte Stationsteam mit Namen und Funktion vorstellt.

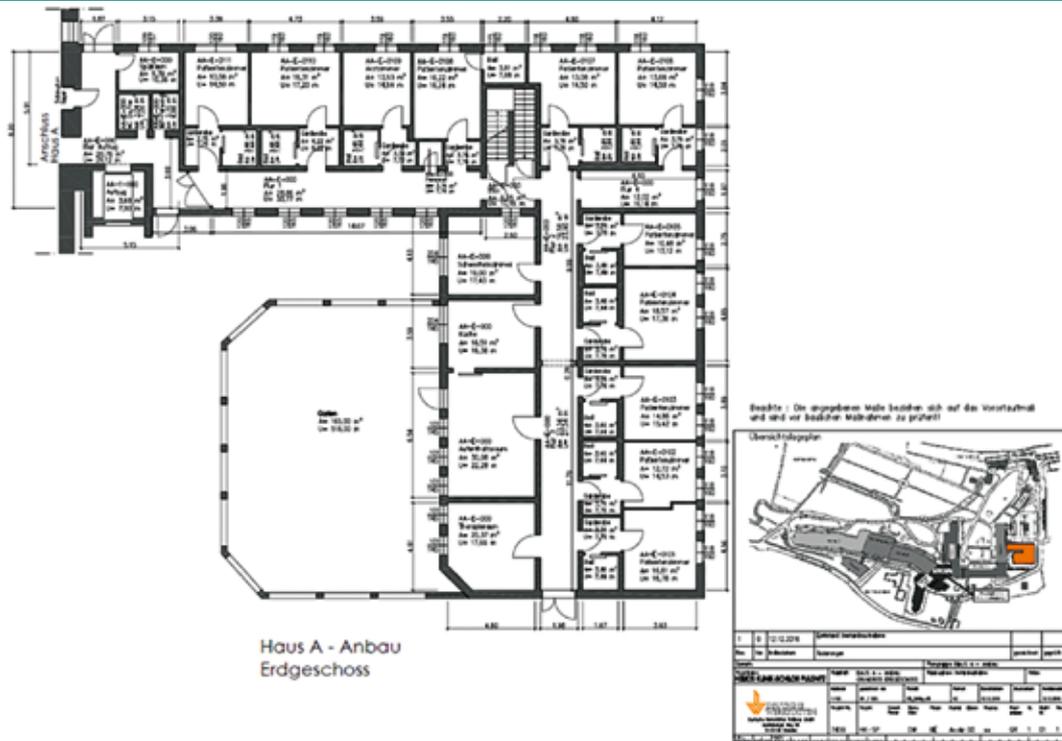


Abb. 3: Grundriss geschützte Station mit Hof-/Gartenanteil

Um die selbstständige Mobilität zu erleichtern, ist im Flur ein durchgehendes Geländer angebracht. Für agitierte Patienten mit ausgeprägtem Bewegungsdrang kann der Gartenbereich genutzt werden. Regelmäßig werden im Rahmen der Bezugspflege auch begleitete Spaziergänge im weitläufigen Klinikpark angeboten. Weitere Betätigungsmöglichkeiten, wie z.B. ein Boxsack und ein Motomed, können unter Aufsicht sinnvoll genutzt werden. Für bettläufige Patienten, die sturzgefährdet sind, werden Niederflurbetten und Sensor-Trittmatten zur Aufstehüberwachung vorgehalten. Um Intoxikationen im Rahmen von Fehlhandlungen zu vermeiden, wurde in allen Bereichen, die für Patienten zugänglich sind, auf das Anbringen von Desinfektionsmittelspendern verzichtet. Gegenstände, die als Stich- oder Schlagwaffen eingesetzt werden könnten, werden verschlossen aufbewahrt und nur unter Aufsicht zur Verwendung herausgegeben. Fenster und Schränke können nur vom Personal geöffnet werden.

Einige Behandlungsformen, die in der stationären Rehabilitation gebräuchlich sind, lassen sich auf der geschützten Station nicht durchführen. Dies betrifft beispielsweise die Sporttherapie mit medizinischen Trainingsgeräten, Bewegungstherapien im Wasser und die gerätegestützte Gangrehabilitation. Falls eine dieser Therapien bei einem Patienten der geschützten Station sinnvoll ist, kann sie im allgemeinen Therapiebereich der Klinik durchgeführt werden. Dazu werden die Patienten von ihrem Therapeuten oder einem Alltagsbegleiter auf der Station abgeholt und nach der Behandlung

auch wieder dorthin zurückgebracht. Gleiches gilt für die Hippotherapie, die auf einem Reiterhof im nahegelegenen Großnaundorf durchgeführt wird.

Die umfangreichen apparativ-diagnostischen Möglichkeiten der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz (vgl. 1.2) können in vollem Umfang genutzt werden.

2.3 Zusammensetzung und Qualifikation des Behandlerteams

Zum festen Stamm des Behandlerteams auf der geschützten Station gehören Ärzte und Pflegekräfte, Neuropsychologen, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Alltagsbegleiter. Hinzu kommt eine externe Therapiehundeführerin, mit der ein fester Kooperationsvertrag besteht. Bedarfsweise ergänzt werden kann das Team durch eine Reittherapeutin sowie Sport-, Kunst- und Musiktherapeuten aus dem allgemeinen Bereich der Rehabilitationsklinik.

Alle Mitarbeiter der Station verfügen über langjährige Erfahrung in der stationären Neurorehabilitation und haben sich für den Einsatz auf der geschützten Station freiwillig beworben. Bei der Stellenbesetzung wurde neben der fachlichen Qualifikation besonders auch die emotionale und charakterliche Eignung der Mitarbeiter berücksichtigt und das Behandlerteam in den Auswahlprozess mit einbezogen. Da im Umgang mit den zumeist älteren verwirrten Patienten auch die allgemeine Lebenserfahrung und Kenntnisse über gesell-

schaftlich wichtige Ereignisse in den zurückliegenden Dekaden bedeutsam sind, liegt der Altersdurchschnitt des Behandlerteams mit über 45 Jahren deutlich höher als auf anderen Stationen.

Die ärztliche Leitung und Primärbehandlung der Patienten obliegt einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die über eine 12-monatige Weiterbildungsermächtigung auf diesem Gebiet verfügt. Um auch neurologische und internistische Behandlungsstandards auf Facharztniveau abzusichern, sind ihr zwei entsprechend qualifizierte Ärzte aus dem allgemeinen Klinikbereich als feste Ansprechpartner und bedarfsweise Mitbehandler der Patienten zugeordnet.

Zu den vorrangigen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der behandelnden Ärzte gehören:

- Die Erhebung der vollständigen Anamnese (medizinisch und sozial in Bezug auf personen- und umweltbedingte Kontextfaktoren). Dies erfordert i. d. R. auch das Einholen einer ausführlichen Fremdanamnese.
- Die klinische Untersuchung, Beurteilung und Dokumentation des medizinischen Verlaufs.
- Die Anordnung und Steuerung der Pharmakotherapie.

- Die Indikationsstellung für medizinische Zusatzuntersuchungen.
- Die Information und Aufklärung der Patienten bzw. ihrer Rechtsvertreter über geplante Untersuchungen und das Einholen von Einwilligungserklärungen.
- Die Festlegung von Rehabilitationszielen und die gesamtverantwortliche Leitung des Behandlerteams.
- Die Anordnung, bzw. Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln.
- Die rechtskonforme Beantragung, Anordnung und Überwachung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen.
- Die Korrespondenz mit Kostenträgern und externen Behandlern.
- Die Information und Beratung von Patienten, bzw. deren Angehörigen/Rechtsvertretern über Untersuchungsergebnisse, medizinische Besonderheiten und den rehabilitationsmedizinischen Verlauf.

Das Team der Fachtherapeuten besteht aus einer Diplompsychologin / zertifizierten Neuropsychologin, die zur Weiterbildung in der Gesellschaft für Neuropsychologie

Tab. 2: Übersicht fachtherapeutische Behandlungen (Auswahl)

Neuropsychologie	
Diagnostische Methoden:	Strukturierte Verhaltensbeobachtung, psychologische Gespräche und neuropsychologische Testdiagnostik zur Erfassung von emotionalen, kognitiven und Verhaltensstörungen
Therapeutisches Spektrum:	Kognitive Stimulation, Orientierungstraining, autobiographisches Arbeiten, Anlernen des Gebrauchs externer Gedächtnishilfen, entlastende Gespräche zur Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, affektiven Aufhellung und Deeskalation
Weitere Aufgaben:	Angehörigen-Edukation, Mitarbeit bei der Erhebung des Cohen-Mansfield Agitation Inventory
Übergeordnete Zielsetzung:	Verbesserung der Voraussetzungen zur sozialen Integration und Teilhabe, Steigerung der Lebensqualität
Physiotherapie	
Diagnostische Methoden:	Fachspezifische Befunderhebung und Assessment (u. a. Functional Ambulation Categories, Timed Up and Go Test, 10-m-Gehtest, 6 Min.-Gehtest, De Morton Mobility Index, Neutral-Null-Methode)
Therapeutisches Spektrum:	Symptombezogene Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage, leichtes körperliches Training
Weitere Aufgaben:	Erprobung und Anlernen des Gebrauchs von Hilfsmitteln, Beratung von Angehörigen, Transfer-Schulung
Übergeordnete Zielsetzung:	Steigerung der physischen Belastbarkeit, Vermeidung von Folgeschäden (z. B. Kontrakturen, Schmerzen), Erlangung bestmöglicher selbstständiger Mobilität
Ergotherapie	
Diagnostische Methoden:	Fachspezifische Befunderhebung und Assessment (u. a. Box and Block Test [BBT], Nine Hole Peg Test [NHPT], Action Research Arm Test [ARAT])
Therapeutisches Spektrum:	Symptomorientierte funktionelle und alltagsorientierte Behandlung
Weitere Aufgaben:	Anlernen des Gebrauchs von Gedächtnishilfen und alltagsrelevanter Hilfsmittel für den häuslichen Bedarf, Angehörigenberatung
Übergeordnete Zielsetzung:	Verringerung des Pflegebedarfs, Ausbau der Selbstständigkeit im Alltag, Schaffung bestmöglicher Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Teilhabe
Logopädie	
Diagnostische Methoden:	Fachspezifische Befunderhebung und störungsspezifisches Assessment (z. B. Aphasie – Aachener Aphasie Test [AAT]; Wortfindungsstörungen – Regensburger Wortflüssigkeitstest [RWT]; Textverständnis – MAKRO; kognitive Dysphasie – Protocole Montréal d’Evaluation de la Communication [MEC]); Aphasie Check Liste (ACL).
Therapeutisches Spektrum:	Behandlung von Aphasien, kognitiven Kommunikationsstörungen und Dysarthrophonien, funktionelle Dysphagietherapie
Weitere Aufgaben:	Erprobung und Anlernen des Gebrauchs von Kommunikationshilfen
Übergeordnete Zielsetzung:	Verbesserung des (sprachlichen und nicht-sprachlichen) Kommunikationsvermögens, Förderung der sozialen Integration, Schaffung bestmöglicher Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Teilhabe

logie ermächtigt ist, einer Physiotherapeutin mit abgeschlossener Bobath-Grundausbildung, einer Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin mit Weiterbildungen im Bobath- und Affolter-Konzept sowie einer Logopädin B.Sc., die Zusatzqualifikationen in der Behandlung kognitiver Kommunikationsstörungen und in der funktionellen Dysphagietherapie erworben hat. Die Hauptaufgaben der Therapeuten liegen in der fachspezifischen Diagnostik und Therapie von Störungen auf ihrem Gebiet, an denen sich die in den Teambesprechungen festgelegten Behandlungsziele ausrichten (Tab. 2).

Das Team der Fachtherapeuten wird von einer erfahrenen Mitarbeiterin aus den eigenen Reihen koordiniert, die als Mittlerin zur Terminplanung und zu den anderen Berufsgruppen fungiert. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Dokumentation der Teambesprechungen und die Überwachung des therapeutischen Assessments.

Die Mitarbeiter der Pflege bilden das Grundgerüst der geschützten Station, denn nur sie sind täglich 24 Stunden anwesend und sorgen dabei für die Implementierung wiedergewonnener Fertigkeiten der Patienten in Alltagsabläufe. Zum Pflegepersonal gehören examinierte Kranken- und Gesundheitspfleger, examinierte Altenpfleger, ein Pflegehelfer, ein Alltagsbetreuer und eine Beschäftigungskraft. Die Stationsleiterin der Pflege verfügt über 20-jährige Vorerfahrung in der stationären Akut- und Langzeitpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtbehandlung. Auf die strukturellen und inhaltlichen Besonderheiten der Pflege im geschützten Bereich wird in Abschnitt 2.7 näher eingegangen.

Neben Ärzten, Fachtherapeuten und Pflegepersonal gehört auch eine Rehabilitations-Pädagogin als Sozialarbeiterin zum Stammpersonal der geschützten Station. Da ihre Tätigkeit über die allgemeine Sozialberatung deutlich hinausgeht, kann sie mit Blick auf die Modifikation umweltbezogener Kontextfaktoren als vollwertiges Mitglied des Behandlerteams angesehen werden. Zu ihren Aufgaben zählen u. a.:

- die ergänzende Erhebung der Sozialanamnese,
- das Einholen von Betreuungsbeschlüssen, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten,
- die sozialrechtliche Beratung und Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen,
- das Aufzeigen von Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige,
- die Information über regionale Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen der Landkreise,
- die Koordination der Hilfsmittelversorgung,
- die Vermittlung spezieller regionaler Nachsorgesysteme (z. B. Tageskliniken, Wohnstätten für psychisch Kranke, CMA-Einrichtungen),
- die Steuerung des Entlassungsmanagements.

Alle Mitglieder des Behandlerteams nehmen regelmäßig an externen Supervisionen und Deeskalationstrainings

teil. Die Themen »Demenz«, »Freiheitsentziehende Maßnahmen« und »Sturzprävention« werden bei internen Fortbildungsveranstaltungen regelmäßig wiederholt. Im Rahmen der betrieblichen Fortbildung sind die Mitarbeiter angehalten, jährlich ein Reanimationstraining zu absolvieren und werden im Brand- und Arbeitsschutz, Hygienemanagement und Datenschutz geschult.

Individuelle Fort- und Weiterbildungen werden seitens der Klinik durch Freistellungen und anteilige Kostenübernahmen gefördert. Knapp die Hälfte der Pflegekräfte hat Bobath- oder Kinästhetik-Kurse absolviert und an ganz- oder mehrtägigen Weiterbildungen zu Demenz und Wahrnehmungsstörungen nach SHT teilgenommen. Bei den Fachtherapeuten umfasst das Spektrum der mehrtägigen Weiterbildungen u. a. die Behandlungsmethoden nach Brunkow, Vojta und Affolter, gerontopsychiatrische Grundlagen und Demenztherapie, die Behandlung von Augenbewegungsstörungen und Kunsttherapie.

2.4 Patientencharakteristika, Aufnahmevoraussetzungen und Phasenzuordnung

In der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz werden erwachsene Patienten behandelt, die infolge einer neurologischen Erkrankung oder nach einem neurochirurgischen Eingriff noch an Krankheitssymptomen und funktionellen Störungen leiden, die den mehrdimensionalen Behandlungsansatz der Rehabilitation erfordern, um Krankheitsfolgen abzumildern, Pflegebedürftigkeit zu verringern und die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Teilhabe zu verbessern. Das Indikationsspektrum umfasst u. a. alle primär neurologischen Erkrankungen und Schädel-Hirn-Traumata (vgl. 1.2).

Für die Behandlung auf der geschützten Station ist neben der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positiven Rehabilitationsprognose (vgl. 1.1.2) das Vorliegen eines organischen Psychosyndroms mit beaufsichtigungspflichtiger Orientierungs- und/oder Verhaltensstörung grundlegende Voraussetzung. Hierbei kann es sich um ein akutes Krankheitsbild aufgrund einer aktuellen Hirnschädigung oder um eine vorbestehende Demenz handeln. Häufig sind auch die Selbstwahrnehmung und Krankheitseinsicht der Betroffenen schwer gestört. Aufgrund der aktuellen Erkrankung bestehen i. d. R. auch noch weitere neurologische Defizite und funktionelle Einschränkungen, die eine multiprofessionelle Behandlung erfordern. Eine intensivmedizinische Überwachung ist aber nicht mehr erforderlich.

Patienten, die die vorgenannten Kriterien erfüllen, sind in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt und benötigen Beaufsichtigung und Pflege. Selbst bei erhaltener Mobilität und Kontinenz erreichen sie im

Barthel-Index nach dem Hamburger Einstufungsmanual [19] in aller Regel weniger als 80 Punkte. Da beaufichtigungspflichtige Orientierungs- und Verhaltensstörungen im Frühreha-Index nach Schönle [50] mit jeweils 50 Minuspunkten bewertet werden, liegt der Gesamtwert des Frühreha-Barthel-Index somit unter 35 Punkten. Die Behandlung auf der geschützten Station ist daher der Rehabilitationsphase B zuzuordnen (vgl. 1.3.3).

Die Zuweisung auf die geschützte Station erfolgt klinikintern als Verlegung von anderen Stationen oder von außen auf Zuweisung der Kostenträger. Direkte Anfragen aus Akutkrankenhäusern werden an die zuständigen Kostenträger verwiesen.

Für die Behandlung auf der »geschlossenen« Station ist eine rechtsgültige Einwilligung des Patienten oder eine richterlich genehmigte Unterbringung nach dem Aufenthaltsbestimmungsrecht erforderlich (s. 2.10).

2.5 Bio-psycho-soziales Grundverständnis und individuelle Zielsetzung

Um die Auswirkungen eines Krankheitsgeschehens auf eine konkrete Person vollständig zu erfassen, ist es notwendig, neben medizinischen Sachverhalten auch Kenntnisse über ihre Biographie, Persönlichkeit und Lebensumstände zu erlangen. Im bio-psycho-sozialen Modell der funktionalen Gesundheit werden die komplexen Wechselwirkungen zwischen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren anschaulich dargestellt (s. 1.1.1). Dabei wird deutlich, dass sowohl der Gesundheitszustand als auch personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren die Ebene der Aktivitäten und Teilhabe beeinflussen. Ein einfaches Beispiel kann dies verdeutlichen: Ein Mensch, der aufgrund eines niedrigen Bildungsniveaus (personenbezogener Kontextfaktor) und einer schwierigen Situation auf dem Arbeitsmarkt (umweltbezogener Kontextfaktor) längere Zeit arbeitslos wird (Beeinträchtigung der Teilhabe), kann eine reaktive Depression oder eine Alkoholabhängigkeit entwickeln (Gesundheitsstörungen/Krankheit).

Kontextfaktoren können sich positiv (Förderfaktoren, Ressourcen) oder negativ (Barrieren) auf die Bewältigung eines Krankheitsgeschehens auswirken. Selbst wenn es nicht gelingt, das Ausmaß einer funktionellen Beeinträchtigung zu verringern (z. B. anhaltende Hemiparese), können durch die Schaffung positiver bzw. die Abwendung negativer Kontextfaktoren die Aktivitäten und Teilhabe verbessert werden. In der neurologischen Rehabilitation muss daher auch die Modifikation von Kontextfaktoren in die mehrdimensionale Therapie mit einbezogen werden. Bei der Festlegung von Rehabilitationszielen und Behandlungsstrategien ist dies entsprechend zu berücksichtigen (Tab. 3).

Tab. 3: Kontextfaktoren der ICF nach BAR-Praxisleitfaden [11]

Klassifikation der Umweltfaktoren		
1.	Produkte und Technologien (z. B. Hilfsmittel, Medikamente)	
2.	Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. Bauten, Straßen, Fußwege)	
3.	Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)	
4.	Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen in der Gesellschaft (z. B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen)	
5.	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)	
Personenbezogene Faktoren (bisher nicht klassifiziert)		
Alter	Erziehung	Lebensstil
Geschlecht	Bildung/Ausbildung	Erfahrung
Charakter	Beruf	Fitness
genetische Prädisposition	sozialer Hintergrund	Coping

Um relevante Kontextfaktoren zu erkennen, sind neben einer ausführlichen Sozialanamnese auch Kenntnisse über die realen Lebensbedingungen, charakterliche Eigenarten, Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen der Patienten notwendig. Neben der Eigenanamnese ist dazu auf der neuropsychiatrischen Station immer auch eine Fremdanamnese erforderlich. Die Selbsteinschätzung und aktuell geäußerten Wünsche und Vorstellungen der Patienten müssen mit diesen Informationen abgeglichen werden, um realistische Zukunftsperspektiven zu entwickeln, die Motivation der Patienten zu stärken und ihre Teilhabechancen nachhaltig zu verbessern. Im Einzelfall können sich dabei auch Konflikte zwischen Betreuern oder Vorsorgebevollmächtigten und den Patienten selbst ergeben. Aufgabe der Behandler ist es dann, beratend auf eine bestmögliche Wahrung der Selbstbestimmtheit und selbstempfundenen Lebensqualität der Patienten hinzuwirken.

2.6 Therapeutisches Spektrum/ mehrdimensionale Therapie

Grundvoraussetzungen und Umgebungsfaktoren/ Milieuthherapie

Das spezifische Milieu der geschützten Station bildet die Basis aller neuropsychiatrischen Interventionen. Es soll dazu beitragen, Sicherheit und Vertrauen zu schaffen, die Patienten vor Überforderungen schützen und ihr Selbstwertgefühl und die Eigeninitiative stärken.

Bezogen auf die drei Kernelemente der sozio-integrativen Milieuthherapie (vgl. 1.3.4) wurde die räumlich-architektonische Umgebung bereits unter Punkt 2.2 dargestellt.

Bei der Tagesstrukturierung wird auf gleichbleibende Abläufe mit festen Essens- und Ruhezeiten geachtet.

Um einen zusätzlichen zeitlichen Orientierungspunkt zu setzen, wird eine 4. Mahlzeit als Vesper angeboten. Fachtherapeutische Behandlungen finden mit ausreichendem zeitlichen Abstand zu den Mahlzeiten statt. Hierdurch werden Zeitdruck und Hektik vermieden. Außerhalb der Therapien sorgen Bezugspflegekräfte für eine angemessene soziale Aktivierung. Dabei werden individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patienten soweit wie möglich berücksichtigt (vgl. 2.7).

Die soziale Umgebung schafft maßgeblich die Voraussetzungen für den Aufbau persönlicher Beziehungen und die Teilhabe am Gemeinschaftsleben. Durch die endständige Lage und überschaubare Größe der geschützten Station wird eine Reizüberflutung vermieden und den Patienten Sicherheit vermittelt. Dazu tragen auch ein patientenzentrierter Pflegeansatz, eine weitgehende Konstanz des Behandlerteams und Einzelsettings, bzw. Gruppenstärken von maximal fünf Patienten in den Fachtherapien bei. Auf einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit den Patienten wird von allen Mitgliedern des Behandlerteams geachtet.

Fachtherapeutische Behandlungen

Bei der Erstellung des Rehabilitationsplans werden die individuellen Problemlagen (gesundheitliche Beeinträchtigung, funktioneller Status und Kontextfaktoren) ebenso wie die Zielsetzungen der Rehabilitation (Aktivitäten und Teilhabe) berücksichtigt. Da bei den Patienten der geschützten Station außer einem Psychosyndrom in aller Regel auch noch weitere neurologische Defizite bestehen (vgl. 2.4), ist ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten erforderlich, um im konkreten Einzelfall eine effiziente Auswahl für die Behandlung treffen zu können.

Grundsätzlich kann auch auf der geschützten Station auf alle Behandlungsverfahren zugegriffen werden, die in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz vorgehalten werden (s. Gesamtkonzept). Behandlungen in den allgemein zugänglichen Therapiebereichen stehen aber dem Prinzip der Vertrautheit und Überschaubarkeit auf der geschützten Station entgegen. Im Einzelfall muss daher der vermeintliche Nutzen solcher Therapien gegen ihre potentiellen Risiken abgewogen werden. In der Praxis führt dies dazu, dass Patienten der geschützten Station so wenig wie möglich im allgemeinen Therapiebereich behandelt werden.

Zur Behandlung sensomotorischer Defizite werden von den Physio- und Ergotherapeuten auf der geschützten Station die gleichen Methoden eingesetzt wie im allgemeinen Bereich der Klinik (s. Gesamtkonzept). Auch die Zielsetzungen einer Rückbildung von Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und Paresen, der Ausbau der Mobilität und die Wiedererlangung einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit im Alltag sind identisch. Auf der geschützten Station müssen motorisch-funktionelle Behandlungen bei verhaltensgestörten oder poten-

tiell sturzgefährdeten Patienten allerdings immer als Einzeltherapien erfolgen. Nur so ist es möglich, flexibel auf plötzliche Verhaltensänderungen oder Fehlhandlungen zu reagieren und die notwendige Sicherheit zu gewährleisten. Im Einzelsetting besteht zudem die Möglichkeit, auch auf kognitive Defizite angemessen einzugehen und sie, im Sinne einer erweiterten interdisziplinären Therapie (s. u.), Berufsgruppen-übergreifend mitzubehandeln.

Die neuropsychologische Diagnostik und Behandlung von Hirnleistungsstörungen orientiert sich an den Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie [27], den Leitlinien für Gedächtnisstörungen [16], Aufmerksamkeitsstörungen [3] und exekutiven Dysfunktionen [4] der Deutschen Gesellschaft für Neurologie sowie der S3-Leitlinie Demenzen [2]. Neben einer strukturierten Verhaltensbeobachtung kommen in der neuropsychologischen Diagnostik unterschiedliche Testverfahren zur Anwendung. Im Einzelfall müssen bei der Testauswahl die konkrete Fragestellung und die Kooperationsfähigkeit der Patienten berücksichtigt werden (Tab. 4).

Tab. 4: Neuropsychologische Testverfahren

Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensbeobachtung (Orientierung) • Mini Mental Status Test (MMST) • Uhrentest nach Shulmann • Montreal Cognitive Assessment (MOCA)
Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Screeningverfahren – Teile aus Syndrom-Kurztest (SKT) • Neglect-Test • Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)
Gedächtnis	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrom-Kurztest (SKT) • Lerntest nach Lurija • Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT) • Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) • Rey-Figur
Exekutivfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Teile aus Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrom (BADS) • Untertest Mosaiktest aus Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE) • Regensburger Wortflüssigkeitstest (RWT)
Visuelle Wahrnehmungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zeichen- und Kopieraufgaben • Untertest Gesichtsfeld aus der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)
Raumkognition	<ul style="list-style-type: none"> • Zeichenaufgaben • Rey-Figur • Testbatterie für visuelle Objekt- und Raumwahrnehmung (VOSP) • Untertest Mosaiktest aus Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE)

Zur Beurteilung von Leistungs- und Verhaltensänderungen werden außerdem Fragebögen zur Eigen- und Fremdbeurteilung eingesetzt (z. B. Dysexecutive Questionnaire-DEX aus BADS). Die Diagnostik kommunikativer Störungen erfolgt in enger Absprache mit der Logopädie.

In der neuropsychologischen Therapie von Orientierungs- und Gedächtnisstörungen stehen die kognitive Stimulation, das Realitäts-Orientierungstraining (ROT),

die Vermittlung von Lernstrategien und die Nutzung externer Gedächtnishilfen im Vordergrund (vgl. 1.3.4).

Im Mittelpunkt der Therapie steht die hochfrequente kognitive Stimulation in Kleingruppen. Sie findet fünfmal in der Woche statt und zielt vorwiegend auf Orientierungs- und Gedächtnisstörungen. Patientenbezogene Zielsetzungen sind die soziale Integration, eine allgemeine kognitive Aktivierung, die Reorientierung und Realitätsanpassung. Inhaltliche Schwerpunkte bilden dabei die Arbeit mit Therapieplänen, Tageszeitungen und Kalendern sowie einfache Spiele und Gedächtnisaufgaben.

Zusätzlich zu den Gruppenbehandlungen erhalten die Patienten kognitive Einzeltherapien, in denen ihnen die Nutzung externer Gedächtnishilfen, die Anwendung von Lernstrategien oder domänenspezifisches Wissen vermittelt werden. Störungsspezifische neuropsychologische Einzelinterventionen erfolgen auch bei Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der visuellen Wahrnehmung, Raumkognition oder Exekutivfunktionen.

Ergänzt werden die neuropsychologischen Therapien durch alltagsbezogene Einzelbehandlungen in der Ergotherapie (Wasch- und Anziehtraining, Haushaltstraining, Kochen) und ergotherapeutisch geleitete Kleingruppen, in denen u. a. auch kognitive Zielsetzungen verfolgt werden:

- *Frühstücksgruppe:*
Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, planerische Fähigkeiten, Sozialverhalten
- *Werkgruppe:*
Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, planerische Fähigkeiten, räumlich-konstruktives Denken
- *Gartentherapie:*
Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sozialverhalten

Eine Besonderheit der Logopädie auf der geschützten Station sind die bei neuropsychiatrischen Patienten häufig bestehenden kognitiven Kommunikationsstörungen. Diese nicht-aphasischen Sprachverarbeitungsstörungen können Folge von Störungen der Aufmerksamkeit (attentionale Dysphasie), des Gedächtnisses (amnestische Dysphasie) oder der Exekutivfunktionen (dysexekutive Dysphasie) sein [30]. Für die Diagnostik werden Teile der MEC-Testverfahren (Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication) eingesetzt. Die Therapie erfolgt in enger Abstimmung mit der Neuropsychologie und kann defizitorientiert (bei potentiell erhaltener Restituionsfähigkeit) oder kompetenzerhaltend (bei neurodegenerativen Erkrankungen) ausgerichtet sein.

Zur kognitiven Aktivierung, affektiven Aufhellung und Förderung der Kommunikation wird auf der geschützten Station außerdem Musiktherapie als Gruppenbehandlung angeboten. Außerdem wird die Station zweimal wöchentlich von Therapiehunden besucht, um

das Wohlbefinden und Sozialverhalten der Patienten zu stärken und Agitationen abzubauen.

Für alle Patienten wird ein leichtes körperliches Übungsprogramm erstellt, das an ihrem individuellen Leistungsvermögen ausgerichtet ist. In diesem Zusammenhang findet wöchentlich auch eine Sport- und Spielgruppe, ausschließlich für die Patienten der geschützten Station, in der Sporthalle der Klinik statt.

Erweiterte interdisziplinäre Therapie

Die Kombination eines organischen Psychosyndroms mit anderen neurologischen, z. B. sprachlichen oder sensomotorischen, Defiziten ist das gemeinsame Merkmal aller Patienten auf der geschützten Station. Die bei ihnen bestehenden kognitiven, emotionalen und/oder Verhaltensstörungen wirken sich nicht nur in der Neuropsychologie, sondern auch in allen anderen fachtherapeutischen Behandlungen aus. Die Patienten sind oftmals nicht in der Lage, komplexe Anweisungen zu verstehen oder adäquat umzusetzen. Häufig sind ihre Konzentrationsfähigkeit und die Aufmerksamkeitsspanne deutlich eingeschränkt.

Die Behandlungsmethoden und die therapeutischen Strategien müssen dem kognitiven Leistungsvermögen entsprechend angepasst werden. Im Sinne einer erweiterten interdisziplinären Therapie fließen in die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Musiktherapie aber auch Elemente der kognitiven Stimulation und des Realitäts-Orientierungstrainings ein.

Um Patienten bei der Einhaltung von Verhaltensregeln, bei der Nutzung externer Gedächtnishilfen oder beim Erlernen von Prozeduren zu unterstützen, sind verbindliche Absprachen und ein konzertiertes Vorgehen aller Mitglieder des multiprofessionellen Teams erforderlich. Auf wechselnde Motivationslagen und Zielsetzungen der Patienten muss tagesaktuell reagiert werden. Dieses Vorgehen erfordert die Bereitschaft zur Flexibilität und ein fundiertes fachliches Wissen aller Behandler.

2.7 Besonderheiten in der Pflege

Im Unterschied zu allen anderen Bereichen der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz ist die Pflege auf der geschützten Station am Modell der Bezugspflege ausgerichtet [48]. Zwar arbeiten die Pflegekräfte auch auf der geschützten Station in einem Schichtsystem, im patienten-zentrierten System der Bezugspflege werden ihnen aber vergleichsweise weniger Patienten zugeteilt und größere Entscheidungs- bzw. Handlungsspielräume eingeräumt als bei der Funktionspflege. Die Bezugspflegekraft kann ihre Pflegeplanung tagesaktuell an die individuellen Bedürfnisse »ihrer« Patienten anpassen. Dies dient dem Schutz vor Überforderungen und fördert den Aufbau von Vertrauen. Die Implementierung wiedererworbener

Fertigkeiten in Pflegeprozesse bzw. in den Alltag wird dadurch erleichtert.

Die mit der Bezugspflege einhergehende Eigenverantwortung und Notwendigkeit einer gewissenhaften Pflegedokumentation, die neuropsychiatrische Krankenbeobachtung und der Umgang mit herausforderndem Verhalten stellen besondere Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals auf der geschützten Station. Die Mitglieder des Pflgeteams verfügen daher alle über eine langjährige Berufserfahrung und nehmen regelmäßig an fachspezifisch ausgerichteten Fort- und Weiterbildungen teil (vgl. 2.3).

Für die Patienten bedeutet Bezugspflege, dass sie einen direkten Ansprechpartner haben, der sie durch den Alltag begleitet. Bezugspflegekräfte betreuen »ihre« Patienten auch bei den Mahlzeiten und sorgen für eine angemessene soziale Aktivierung im Tagesverlauf. Hierdurch können sowohl das Essverhalten als auch der Tag-Nacht-Rhythmus der Patienten positiv beeinflusst werden [2].

Eigenarten und Gewohnheiten der Patienten werden respektiert und soweit wie möglich bei der Tagesstrukturierung berücksichtigt. Dies bedeutet beispielsweise auch, dass Langschläfern die Möglichkeit zum Ausschlafen gegeben wird, Raucher unter kontrollierten Bedingungen in ausgewiesenen Bereichen rauchen dürfen und Bewegungsmuffel sich zurückziehen und Fernsehen schauen können. Eine mit Zwang verbundene Durchsetzung eines gesünderen Lebensstils wäre bei den Patienten auf der geschützten neuropsychiatrischen Station konfliktbehaftet, würde eher Widerstände hervorrufen als eine Veränderung der inneren Einstellung bei stark eingeschränkter Umstellungsfähigkeit bewirken und bliebe damit letztlich kontraproduktiv.

Der pflegerische Umgang mit den Patienten wird von Wertschätzung, Empathie und Respekt geleitet. Die Schaffung einer vertrauten Atmosphäre, verbale Unterstützung und positive Verstärkung können negativen Emotionen, Angst und Unsicherheit auf Seiten der Patienten entgegenwirken [54]. Auf der Basis von Vertrauen ist es möglich, in die Bezugspflege auch Elemente der Biographiearbeit mit positiv besetzten Inhalten im Sinne der Erinnerungspflege einfließen zu lassen [7].

Beim Auftreten von Agitation und herausforderndem Verhalten gehört es zu den wichtigsten Aufgaben des Pflegepersonals, die eigene Rolle zu reflektieren, nach auslösenden Ursachen zu suchen und deeskalierend auf die Situation einzuwirken [6]. Bei sexuell distanzgemindertem Verhalten ist es allerdings notwendig, den Patienten klare Grenzen zu kommunizieren [15]. In diesen Fällen hat es sich außerdem bewährt, zumindest vorübergehend eine zweite Pflegekraft bei der Grundpflege hinzuzuziehen oder eine gleichgeschlechtliche Pflege durchführen zu lassen.

Eine Besonderheit auf der geschützten Station ist es, dass Pflegekräfte teilweise auch in die therapeutischen Interventionen einbezogen sind. Dies geschieht

in Form von Co-Therapien beim alltagsnahen Wahrnehmungstraining, beim Realitäts-Orientierungs-Training im Außenbereich und bei der tiergestützten Therapie mit Hunden (vgl. 2.6). Die wöchentlich stattfindende Kochgruppe wird von Ergotherapeuten und Pflegekräften gemeinsam geleitet. Speziell mit Patienten, die von ihren Angehörigen nur selten besucht werden und daher die geschützte Station kaum verlassen können, unternehmen die Pflegekräfte mehrmals in der Woche Spaziergänge im angrenzenden Schlosspark der Klinik.

Auf die herausragende Bedeutung des Pflegepersonals bei der Implementierung wiedergewonnener Fähigkeiten der Patienten in den Alltag und bei der Nutzung externer Gedächtnishilfen wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen (vgl. 2.3 und 2.6).

2.8 Erfassung und Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs, ggf. notwendige Modifikation der Behandlungsstrategie und Anpassung der Rehabilitationsziele

Wöchentliche Patientenvisiten des multiprofessionellen Behandlerenteams, an denen der behandelnde Arzt, die Bezugspflegekraft und der fachtherapeutische Teamkoordinator teilnehmen, dienen der multiprofessionellen Verlaufsbeurteilung und werden zur Informationsgewinnung über rehabilitationsmedizinisch relevante Entwicklungen genutzt. Im direkten Austausch mit den Patienten können die Therapieinhalte und Behandlungsziele überprüft und ggf. notwendige Anpassungen gemeinsam festgelegt werden. Die damit einhergehende Transparenz und Stärkung der Eigenverantwortung fördern das Vertrauen und wirken sich positiv auf die aktive Mitwirkung der Patienten am Rehabilitationsprozess aus.

Zur kontinuierlichen Erfassung des medizinischen Verlaufs werden von den behandelnden Ärzten darüber hinaus tägliche Kurzvisiten durchgeführt. Einmal wöchentlich findet eine Arztvisite gemeinsam mit dem zugeordneten Facharzt für Neurologie oder Innere Medizin statt.

Veränderungen der Befindlichkeit und des Verhaltens werden im patientenzentrierten System der Bezugspflege zuverlässig erfasst. Auch die Fachtherapeuten sehen »ihre« Patienten im überschaubaren Rahmen der geschützten Station nahezu täglich. Die wiederholte Durchführung diagnostischer Tests und therapeutischer Assessments (vgl. Punkte 2.3 und 2.6) kann dazu beitragen, tagesaktuelle Schwankungen des Leistungsvermögens von rehabilitationsmedizinisch relevanten Entwicklungen zu unterscheiden.

Maßgeblich für die Verlaufsbeurteilung in der Rehabilitation sind funktionelle Assessments, die auf der geschützten Station in wöchentlichen Abständen erfasst werden.

Tab. 5: Gegenüberstellung von Barthel-Index und SINGER (Auszug nach SINGER-Entwicklungsgruppe [52])

	Barthel-Index	SINGER
Items	10	20
Leistungsstufen pro Item	3	6
Erfasste ICF-Domänen (für Aktivitäten und Teilhabe)	2	7
Beschreibung der Items	unter Nutzung des Hamburger Manuals gut definiert, auf Beurteilung durch Pflegekräfte ausgerichtet	gute Beschreibung, Abdeckung aller Kompetenzbereiche des therapeutischen Teams
Beschreibung der Leistungsstufen	unter Nutzung des Hamburger Manuals gut beschrieben	Abstufung erfolgt durch klar formulierte Leistungsinhalte
Abbildung des Rehaverlaufs	auf Mobilität und Selbstversorgung beschränkt, geringe Trennschärfe, ausgeprägter Bodeneffekt in Phase B, Deckeneffekt in Phase D	breites Spektrum reharelevanter Beeinträchtigungen, gute Trennschärfe, Boden- und Deckeneffekt gering
Formulierung von Rahazielen	nicht möglich	anhand konkreter SINGER-Stufen möglich

Der Frühreha-Barthel-Index [50] wird von Bezugspflegekräften und den behandelnden Ärzten gemeinsam erhoben. Er dient gegenüber den Kostenträgern als Basis für die Phasenzuordnung in der neurologischen Rehabilitation und ist damit auch in der neuro-psychiatrischen Rehabilitation verbindlich (vgl. 1.3.3).

Zeitgleich mit dem Frühreha-Barthel-Index wird von Pflegekräften und Therapeuten auch der Selbstständigkeitsindex für die geriatrische und neurologische Rehabilitation (SINGER) ermittelt. Dabei handelt es sich um ein ICF-basiertes Assessment, das Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe in sieben Domänen beschreibt [25]. Der SINGER bewertet 20 Items anhand einer sechstufigen Beurteilungsskala. Rehabilitationsrelevante Beeinträchtigungen werden damit zuverlässig erfasst und auch langfristige Verläufe übersichtlich dargestellt. Der klassische Barthel-Index lässt sich aus den SINGER-Items I-XI generieren. Gegenüber dem Barthel-Index bietet der SINGER eine Reihe von Vorteilen (Tab. 5).

Um herausforderndes Verhalten quantitativ zu erfassen, wird von Pflegekräften und Neuropsychologen das Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) [13] in einer modifizierten deutschen Version erhoben [42]. Darin wird in Teil A die Häufigkeit des Auftretens von 25 agitierten Verhaltensweisen festgehalten. Der Teil B dient zur freien Beschreibung etwaiger Antriebsstörungen.

Alle Assessments und diagnostischen Befunde, Pflege-, Therapie- und Arztberichte werden patientenbezogen in einem PC-gestützten modularen Dokumentationssystem erfasst und zur Verlaufsbeurteilung herangezogen. Dies geschieht in wöchentlichen Teambesprechungen, an denen Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Sozialdienst gemeinsam teilnehmen. Dabei

werden kurzfristige Zielsetzungen der Behandlung für die nächsten zwei Wochen formuliert und die therapeutischen Strategien aufeinander abgestimmt. Das Rehabilitationsziel wird gemeinsam überprüft, ggf. notwendige Anpassungen vorgenommen und das Entlassungsmanagement vorbereitet.

2.9 Vorgehen bei interkurrenten Erkrankungen und medizinischen Komplikationen

Außer der neuropsychiatrischen Grunderkrankung können auf der geschützten Station auch internistische Begleiterkrankungen fachärztlich mitbehandelt werden. Für chirurgische, orthopädische und urologische Beurteilungen und Verlaufskontrollen stehen externe Konsiliarärzte, die bedarfsweise in die Klinik kommen, zur Verfügung (vgl. 1.2).

Im Falle interkurrenter Erkrankungen oder medizinischer Komplikationen wird geprüft, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist, welche Therapien geeignet sind und ob diese Therapien im Rahmen der neuropsychiatrischen Rehabilitation angemessen durchgeführt werden können. Bedarfsweise werden für diese Beurteilung auch externe Fachärzte weiterer Disziplinen hinzugezogen. Dies geschieht zumeist durch eine Vorstellung der Patienten in entsprechenden Arztpraxen oder Ambulanzen, gelegentlich werden auch »Hausbesuche« in der Klinik durchgeführt.

Falls eine akutmedizinische stationäre Behandlung indiziert und unaufschiebbar ist und/oder der Allgemeinzustand und die Rehabilitationsfähigkeit aufgrund einer interkurrenten Erkrankung oder medizinischen Komplikation über einen Zeitraum von voraussichtlich mehr als drei Tagen erheblich beeinträchtigt sind, wird der Patient zur Behandlung in eine Akutklinik verlegt. Bei neurologischen Komplikationen, die eine intensivmedizinische Intervention und/oder ein vorübergehendes apparatives Monitoring erfordern (z.B. Status epilepticus), kann die Behandlung auch auf der Intensivstation der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz erfolgen.

Die Verlegung in eine neurologische Akutklinik ist indiziert bei ätiologisch nicht vollständig geklärt Grunderkrankung mit rasch progredientem Verlauf, zur Überprüfung interventioneller Behandlungsoptionen (z.B. intrathekale Baclofenapplikation) und zur Immunmodulation, Plasmapherese oder Chemotherapie bei immunvermittelten entzündlichen Krankheiten des Nervensystems.

Gründe für die Verlegung in eine psychiatrische Klinik können eine therapierefraktäre Depression, Katonie/Stupor und anhaltende Aggressivität mit Selbst- und/oder Fremdgefährdung sein. Akute Suizidalität führt in jedem Fall zum Rehabilitationsabbruch und zur Verlegung in die Akutpsychiatrie.

Angehörige, Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte werden über (geplante) Verlegungen vom zuständigen Arzt telefonisch informiert. Die Kostenträger erhalten hierüber eine Mitteilung der Belegungsabteilung. Eine Rückübernahme zur Fortsetzung der Rehabilitation ist binnen sieben Tagen problemlos möglich, danach muss ggf. ein neuer Rehabilitationsantrag beim Kostenträger gestellt werden.

Regional zugeordnete Kliniken der Regelversorgung sind die Asklepios/ASB-Klinik Radeberg und das Sächsische Krankenhaus Arnsdorf mit Akutkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Neurologische Intensivmedizin. Neurochirurgische Eingriffe sind in der Universitätsklinik Dresden und im Städtischen Klinikum Dresden-Friedrichstadt möglich. Da bei der Auswahl geeigneter Kliniken für die Weiterbehandlung vielfältige medizinische Aspekte zu berücksichtigen sind (z. B. diagnostisches und therapeutisches Spektrum, Möglichkeiten zur fachübergreifenden Zusammenarbeit), werden im konkreten Einzelfall aber auch weitere Kliniken für eine Übernahme der Patienten angefragt.

2.10 Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen

Auf der Ebene des Grundgesetzes und internationaler Menschenrechtsübereinkommen ist der Schutz der persönlichen Freiheit und insbesondere der Fortbewegungsfreiheit ein hohes und geschütztes Gut (GG, Art. 2, Abs. 2). Alle technischen, arzneimittelbasierten, kommunikativen und interaktiven Eingriffe, die die Fortbewegungsfreiheit einer Person beschränken, stellen demnach freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) dar, die einer rechtlichen Legitimation bedürfen [32].

Im klinischen Alltag gehören dazu insbesondere Bettgitter, Fixierungsgurte und Stecktsche («Therapeutische»), die am Rollstuhl angebracht werden und die Patienten am Aufstehen hindern. Aber auch die Ruhigstellung mit Psychopharmaka und der Einsatz von Signalsystemen, die dazu führen, dass Patienten gegen ihren Willen daran gehindert werden, sich frei zu bewegen, werden juristisch als freiheitseinschränkende Maßnahmen gewertet.

Zweifelloos stellt auch die medizinische Behandlung auf einer geschlossenen Station eine freiheitseinschränkende Maßnahme dar. Sie ist nur dann statthaft, wenn die Betroffenen einwilligungsfähig sind und der Aufenthalt freiwillig erfolgt oder ein Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigter, dem neben der Gesundheitsfürsorge auch der Aufgabenkreis der Aufenthaltsbestimmung übertragen wurde, einer geschlossenen Unterbringung zugestimmt hat und ein Richter dies nach §1906 BGB genehmigt. Dieses Vorgehen ist nicht gleichzusetzen mit einer Zwangsbehandlung nach dem Gesetz über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken

(Psych-KG). Ein vorbestehendes Psych-KG müsste für die Behandlung auf der geschützten neuropsychiatrischen Station daher ggf. in eine freiheitsentziehende Unterbringung nach dem Aufenthaltsbestimmungsrecht umgewandelt werden.

In der Praxis sind die Patienten der neuropsychiatrischen Station in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz in aller Regel nicht einwilligungsfähig (vgl. Punkt 2.4). Eine Betreuung wurde zumeist bereits während der vorangegangenen Akutbehandlung eingerichtet. In diesen Fällen wird vor der Aufnahme auf die geschützte Station die Einwilligung des Betreuers bzw. Vorsorgebevollmächtigten für die geschlossene Unterbringung eingeholt und binnen 24 Stunden eine richterliche Genehmigung beim regional zuständigen Amtsgericht Kamenz beantragt.

In Fällen, in denen noch keine Betreuung besteht oder der Aufgabenkreis der Aufenthaltsbestimmung nicht geregelt wurde, werden zeitgleich die Einrichtung bzw. Erweiterung einer Betreuung und die Unterbringung nach §1906 BGB beim Gericht beantragt.

Auf die Anwendung weiterer freiheitseinschränkender Maßnahmen (FEM) wird auf der geschützten Station nach Möglichkeit verzichtet. Neben juristischen und ethischen Gründen sprechen hierfür auch medizinische Überlegungen:

- Die Anwendung von FEM ist mit dem Auftreten von Dekubitus, verstärkter Inkontinenz, Stress, zunehmender Verwirrtheit, Aggressivität und herausforderndem Verhalten assoziiert [22].
- Nicht sachgerecht angebrachte FEM können zu schweren und auch tödlichen Verletzungen führen [8].

Einschränkend ist zu sagen, dass diesen Aussagen ganz überwiegend Studien und Beobachtungen zugrunde liegen, die sich auf Demenzkranke in der stationären Altenpflege beziehen. Für den Bereich der Krankenhausbehandlung liegen keine vergleichbaren Daten vor.

In Krankenhäusern und Pflegeheimen werden FEM häufig eingesetzt, um ein Verletzungsrisiko bei Sturzgefahr zu reduzieren. Nach wissenschaftlichem Kenntnisstand ist allerdings fraglich, ob FEM hierfür überhaupt geeignet sind. Aktuelle Leitlinien [38] sehen keine Evidenz dafür, dass die Anwendung von FEM zu einer Verringerung des Sturzrisikos führt. Umgekehrt führt auch die Verringerung von FEM nicht zu einer Zunahme von Stürzen. Weder die zitierte Leitlinie noch Expertenstandards zur Sturzprävention in der Pflege [21] empfehlen daher, FEM mit dieser Zielsetzung anzuwenden.

Auf die Patienten der geschützten neuropsychiatrischen Station in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz lassen sich diese Ergebnisse und Empfehlungen allerdings kaum übertragen. Neben einem organischen Psychosyndrom bestehen bei ihnen ja zumeist auch noch andere neurologische Ausfälle (z. B. Hemiparesen, Ataxien), die ein selbstständiges Gehen erschweren oder faktisch unmög-

lich machen. Wenn diese Patienten dann aufgrund einer krankheitsbedingt gestörten Selbstwahrnehmung nicht in der Lage sind, ihre Defizite zu erkennen und danach zu handeln, kommt es ohne Intervention von außen zwangsläufig zu Stürzen und Verletzungen.

Es gilt daher, die negativen Aspekte bei der Anwendung von FEM mit dem tatsächlich bestehenden, individuellen Sturz- und Verletzungsrisiko abzugleichen. Im Einzelfall werden daher Bettgitter oder Fixierungssysteme auch auf der geschützten Station nach ärztlicher Anordnung und richterlicher Genehmigung eingesetzt, auf Stecktische an Rollstühlen wird aber verzichtet. Art und Umfang der FEM müssen in einem speziellen Dokumentationsbogen protokolliert und die Notwendigkeit zur Fortsetzung der FEM täglich reevaluiert werden. Sofern die konkreten FEM nicht bereits im Zuge der Unterbringung richterlich genehmigt wurden, wird ein entsprechender Antrag bei Gericht gestellt.

In einer groß angelegten Studie in 36 Pflegeeinrichtungen in Deutschland konnte gezeigt werden, dass durch leitliniengestützte Schulungen des Pflegepersonals die Rate an FEM signifikant verringert werden kann, ohne das Risiko für Stürze und Frakturen zu erhöhen [39]. Derartige Schulungen werden in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz jährlich durchgeführt. Auf der geschützten Station wurde darüber hinaus auch eine FEM-beauftragte Pflegekraft etabliert.

Außer zur Sturzprävention werden FEM in Pflegeeinrichtungen häufig auch bei herausforderndem Verhalten eingesetzt [33]. Dabei ist bekannt, dass Pflegenden, die das Verhalten der Bewohnerin erklären oder nachvollziehen können, eher geneigt sind, keine FEM anzuwenden [29].

Auf der geschützten Station der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz stellt herausforderndes Verhalten keine Indikation für freiheitseinschränkende Maßnahmen dar. Zwar können zur Abwendung akuter Gefahren bei aggressiven Durchbrüchen im Notfall kurzzeitige Freiheitsbeschränkungen oder die Gabe sedierender Medikamente erforderlich sein. Eine dauerhafte Fortführung solcher Maßnahmen wird aber nicht praktiziert, da die Rehabilitationsfähigkeit in solch einem Fall aufgehoben und eine akut-psychiatrische Behandlung indiziert wäre (vgl. 2.9).

2.11 Information und Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern

Die Patienten der geschützten Station sind in aller Regel nicht in der Lage, verlässliche Angaben zum aktuellen Krankheitsverlauf und zu ihrer medizinischen Vorgeschichte zu machen. Auch die Sozialanamnese lässt sich oft nur bruchstückhaft erheben. Eine ausführliche Fremdanamnese ist daher unverzichtbar, um sich ein umfassendes Bild über ihre aktuelle gesundheitliche

Situation und die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu verschaffen. Nur wenn alle nötigen Informationen vorliegen ist es möglich, realistische Rehabilitationsziele festzulegen (vgl. 2.5).

Der Erstkontakt mit den Angehörigen bzw. Lebenspartnern erfolgt i.d.R. telefonisch durch die behandelnde Ärztin noch am Aufnahmetag, spätestens jedoch innerhalb der ersten 24 Stunden. Bei dieser Gelegenheit wird ein Termin für ein persönliches Gespräch vereinbart, in dem dann eine erste medizinische Einschätzung abgegeben wird und Informationen zum Rehabilitationsablauf auf der geschützten Station vermittelt werden. Soweit möglich, wird dabei auch bereits versucht, gemeinsame Rehabilitationsziele im Sinne der Betroffenen zu entwickeln.

Unmittelbar nach dem Arztgespräch werden die Angehörigen vom Pflegepersonal über die Station geführt, dabei erhalten sie weitere Informationen zu den Stationsabläufen. Ein Erstkontakt beim Sozialdienst wird vermittelt. Alle Folgetermine werden dann telefonisch vereinbart und nach individuellem Bedarf festgelegt.

Sofern gewünscht, werden Angehörige im Verlauf ausführlich über das beim Patienten vorliegende Krankheitsbild und die damit einhergehenden Funktionsstörungen informiert. Dabei werden ihnen auch Strategien im Umgang mit bestehenden Einschränkungen und Verhaltensstörungen vermittelt. Mehrere Studien belegen positive Effekte von Angehörigentrainings, Einzelberatungen und unterstützenden Gruppengesprächen auf das situationsgerechte Verhalten und den Umgang mit Depression und Ärger bei den Angehörigen [26]. Es gibt Hinweise dafür, dass sich Angehörigentraining auch bei den Patienten positiv auf Depressivität und Verhaltenssymptome auswirken kann [36].

Auf der geschützten Station werden daher verschiedene Informations- und Schulungsangebote für Angehörige bereitgehalten:

- Informationsbroschüren, u. a. zu den Themen »Schlaganfall«, »Demenz« und »Herausforderndes Verhalten«
- Medizinisch orientierte Einzelgespräche mit der Ärztin
- Entlastende Einzelgespräche mit der Psychologin
- Strukturiertes Angehörigentraining (Übungen zum Stressmanagement, Entlastungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien im Umgang mit auffälligem Verhalten)
- Information über regionale Selbsthilfegruppen (u. a. »Schlaganfall«, »Demenz«, »Aphasie« und »Pflegende Angehörige«)
- Sozialrechtliche Beratung

Die direkte Einbeziehung von Angehörigen in die Therapien ist hingegen oft weniger sinnvoll und wird auf der geschützten Station nicht routinemäßig praktiziert. Hierfür sprechen sowohl patienten-, als auch angehörigbezogene Gründe:

- Angehörige sind durch die aktuelle Situation häufig selbst stark belastet und im Umgang mit den Patienten verunsichert. Kognitive Defizite werden von ihnen nur laienhaft erfasst und können in ihren Auswirkungen auf die Motorik, Sprache und Alltagskompetenz nicht richtig eingeschätzt werden. Dadurch besteht die Gefahr, dass Angehörige die Patienten in gut gemeinter Absicht überfordern, wodurch Stress, Misserfolge und Frustration hervorgerufen werden.
- Da sie die komplexen Zusammenhänge nicht kennen, sind die in den Therapien festgelegten Belastungsgrenzen und Strategien zur »kognitiven Mitbehandlung« für Angehörige oft nicht nachvollziehbar.
- Verhaltensstörungen werden von vielen Angehörigen nicht ausschließlich rational als Teil des Krankheitsgeschehens betrachtet. Dadurch besteht die Gefahr situativer Fehleinschätzungen, bei denen den Patienten auch in den Therapien eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft und fehlender Wille zur Kooperation unterstellt werden.
- Angehörigen fällt es oftmals schwer, Negativerfahrungen, beispielsweise bei der Erprobung von Kompensationsstrategien, unkompliziert zu verarbeiten und weiter positiv auf die Patienten einzuwirken.
- Auch für die Patienten ist es teilweise belastend, in den Therapien mit eigenen Defiziten und Leistungseinbußen konfrontiert zu werden. Die Anwesenheit von Angehörigen kann in diesen Situationen aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Angst, Scham, falsche Erwartungshaltung) zusätzlichen Stress auslösen.
- Die Behandlung von Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen wird durch eine reizarme Umgebung erleichtert. Die zusätzliche Anwesenheit von Angehörigen wäre dabei kontraproduktiv.

Um Angehörigen einen Einblick in die Grundpflege, Transfertechniken und den Hilfsmittelgebrauch zu vermitteln, besteht im Einzelfall die Möglichkeit, dass sie »ihren« Patienten einen ganzen Tag im Stationsalltag begleiten. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn die Entlassung in die Häuslichkeit erfolgen soll und Angehörige beabsichtigen, einen Teil der notwendigen Weiterbetreuung selbst zu übernehmen. Die damit einhergehenden Anforderungen können so realistischer eingeschätzt und das Entlassungsmanagement ggf. bedarfsgerecht nochmals angepasst werden.

2.12 Behandlungsdauer, Abbruchkriterien und Entlassungsmanagement

Wie in der neurologischen Rehabilitation allgemein üblich, ist die Behandlungsdauer auch auf der geschützten Station am individuellen Verlauf, d. h. an der Reha-Dynamik und an der Erreichbarkeit funkti-

onell relevanter Zielsetzungen, ausgerichtet. Da Orientierungs- und Verhaltensstörungen in ihrer Ausprägung häufig fluktuieren und durch Überforderung, z. B. bei einem verfrühten Wechsel des Umfeldes oder der Bezugspersonen, rezidivieren bzw. dekomensieren können, sind in der neuropsychiatrischen Rehabilitation zumeist längere Konsolidierungsphasen nötig als bei rein motorischen Störungen. Andererseits können bei akuten Psychosyndromen gelegentlich auch recht schnelle Besserungen eintreten. In solchen Fällen kann die Behandlung auf der geschützten Station auch nur einige Tage bis wenige Wochen erforderlich sein.

Eine Weiterbehandlung im allgemeinen Phase B- oder Phase C-Bereich der Klinik wird angestrebt, wenn die Desorientiertheit und Verhaltenssymptome soweit abgeklungen sind, dass eine Beaufsichtigung nicht mehr erforderlich ist, infolge anhaltender Funktionsstörungen aber noch weiterhin Einschränkungen der Teilhabe bestehen, die durch eine Fortsetzung der mehrdimensionalen Rehabilitation voraussichtlich weiter abgemildert werden können.

Die Rehabilitation sollte beendet werden, wenn keine realistischen Behandlungsziele mehr erreicht werden können oder über einen Behandlungszeitraum von vier Wochen keine alltagsrelevanten funktionellen Verbesserungen mehr eingetreten sind. Persistierende Verhaltensstörungen dürfen einer Entlassung aus der stationären Behandlung (in der eine ständige ärztliche Interventionsbereitschaft gewährleistet ist) nicht entgegenstehen.

Eine zeitnahe Beendigung der stationären Rehabilitation wird angestrebt bei Patienten mit rasch progredienter Grunderkrankungen und infauster Prognose (z. B. Glioblastoma multiforme, Spätstadium der Chorea Huntington), wenn die Voraussetzungen für eine (häusliche) Weiterbetreuung geschaffen bzw. erreicht wurden. Ein Abbruch der Rehabilitation kommt von Seiten der Behandler nur dann in Betracht, wenn medizinische Gründe die sofortige Verlegung in eine Akutklinik erforderlich machen (vgl. 2.9). Ein Behandlungsabbruch ist auch dann zu erwägen, wenn sich ein Patient den Behandlungen über einen Zeitraum von mehr als einer Woche aktiv widersetzt und es nicht gelingt, einen therapeutischen Zugang zu ihm zu finden. Auch in diesen Fällen ist die Indikation zur stationären Akutbehandlung in einer psychiatrischen Klinik zu prüfen.

Reguläre Entlassungen folgen einem standardisierten Vorgehen, das im QM-Handbuch der Klinik festgelegt ist. Darin werden die Zuständigkeiten und Abläufe bei der Planung, Vorbereitung und Umsetzung der Entlassung aus der stationären Rehabilitation beschrieben (s. Gesamtkonzept). Bei Patienten, die zur Weiterbetreuung in eine Pflegeeinrichtung entlassen werden sollen, muss zumeist bereits im Vorfeld, d. h. durch den Sozialdienst der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz, die Kostenübernahme geklärt werden.

Treatment model for the rehabilitation of neurologically ill patients with organic mental disorders on a protected ward in the context of neurological-neurosurgical early rehabilitation

T. Dreyhaupt, K. Dreyhaupt, G. Grünewald, M. Pohl

Abstract

Organic mental disorders are very common in patients undergoing neurological-neurosurgical rehabilitation. They sometimes lead to considerable orientation and behavioral problems in some patients. These in turn require a specific rehabilitative concept of the facility.

The article describes the concept of the VAMED Clinic Schloss Pulsnitz for the rehabilitation of neurologically diseased cognitively disturbed patients in the context of neurological-neurosurgical early rehabilitation. The concept shows the treatment model of the institution for the rehabilitation of patients with organic mental disorders on a protected ward.

The concept has emerged over the course of treating patients and is not exhaustive. It is also not a self-contained concept. It is a snapshot of the current treatment of neurologically ill cognitively disturbed patients on a protected ward.

There are similar concepts in other facilities.

Keywords: Orientational and behavioral disorders, cognitive disorders, organic mental disorders, neurological-neurosurgical early rehabilitation, protected ward, ICF

Neurol Rehabil 2019; 25(4): 241–264, DOI 10.14624/NR1910003
© Hippocampus Verlag 2019

Für psychisch und suchtkranke Menschen bestehen einige spezielle Nachsorge- und Weiterbetreuungsangebote, die ggf. auch bei Patienten der geschützten Station geprüft und initiiert werden:

- Überleitung in Tagesklinik, Wohnstätte für psychisch Kranke oder CMA-Einrichtung

3 Literatur und Quellenverzeichnis

1. Aguirre E, Spector A, Streater A, Hoe J, Woods B, Orrell M. Kognitive Stimulationstherapie – ein evidenzbasiertes Gruppenprogramm für Menschen mit Demenz. Dortmund: Verlag modernes lernen 2018.
2. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. S3-Leitlinie »Demenzen«. AWMF-Registernummer 038/013. Langversion, Januar 2016. Im Internet: www.awmf.org (aufgerufen am 02.06.2019).
3. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V.: S2e-Leitlinie »Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen«. AWMF-Registernummer 030/135, Stand 07.12.2011. Im Internet: www.awmf.org (aufgerufen am 02.06.2019).
4. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. S2e-Leitlinie »Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen«. AWMF-Register-Nr. 030/125, Stand 18.11.2011. Im Internet: www.awmf.org (aufgerufen am 02.06.2019).
5. Arbeitsgruppe »Neurologische Rehabilitation« des VDR: Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung 2/1994.
6. Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C et al. Rahmempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2007.
7. Berendonk C, Stanek S, Schönit, et al. Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011; 44(1): 13–8.
8. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei Gurtfixierungen. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 27–32.
9. Bickel H. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin, Juni 2018. Im Internet: www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html (aufgerufen am 30.05.2019).
10. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt/Main: 1995.
11. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ICF-Praxisleitfaden 2: Träger-übergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt/Main: Februar 2008.
12. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. Arch Phys Med Rehabil 2011; 92: 519–30.
13. Cohen-Mansfield, J: Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. Journal of Gerontological Nursing 1999; 25(2): 42–51.

- Einbeziehung des sozialpsychiatrischen Dienstes in die ambulante Weiterbetreuung
- Anbindung an eine Suchtberatungsstelle

2.13 Qualitätssicherung

Die VAMED Klinik Schloss Pulsnitz erfüllt die von der BAR vorgegebenen Qualitätsanforderungen für ein internes Qualitätsmanagement-System gemäß §20, SGB IX und erhält regelmäßig das Gütesiegel »Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität«. Wesentliche Prozesse, wie das Aufnahme-, Beschwerde- und Entlassungsmanagement, unterliegen dem zentralen Qualitätsmanagement (QM) der Klinik. Dies betrifft auch grundlegende Abläufe im medizinischen Bereich, wie Aufklärungspflichten, das Hygienemanagement und den Umgang mit Verstorbenen. Zu weiteren Einzelheiten wird auf das Gesamtkonzept der Klinik und auf das QM-Handbuch verwiesen.

Ergänzend zum zentralen Qualitätsmanagement tragen themenzentrierte interdisziplinäre Mitarbeiterfortbildungen, berufsgruppenbezogene Weiterbildungen, das Deeskalationstraining und externe Supervisionen zur Qualitätssicherung auf der geschützten Station bei.

Weiterhin erfolgt ein regelmäßiger Austausch mit anderen Einrichtungen (z. B. mit der VAMED Klinik Hattungen), die ebenfalls über eine geschlossene Station für die neuropsychiatrische Rehabilitation verfügen. Dabei werden Probleme und Schwachstellen aus den Arbeitsbereichen systematisch analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet.

14. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for psychotic symptoms in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003; 16: 219–24.
15. Depauli C, Plaute W. »Stopp! Ich möchte das nicht«. Sexuelle Übergriffe und Belästigungen. *Die Schwester/Der Pfleger* 2016; 55(4), 34–7. Im Internet: www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwester-der-pfleger/heftarchiv (aufgerufen am 23.06.2019).
16. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen. AWMF-Registernummer 030/124, Stand 30.09.2012. Im Internet: www.dgn.org/leitlinien/inhalte-nach-kapiteln#rehabilitation (aufgerufen am 02.06.2019).
17. Deutsche Rentenversicherung. Infos für Ärzte zu Reha und Rente – Reha-Voraussetzungen > Reha-Bedarf > positive Reha-Prognose > Reha-Fähigkeit. Im Internet: www.reha-info-aerzte.de/de/Navigation/10_Reha-Voraussetzungen/reha-voraussetzungen_indexnode.html (aufgerufen am 25.05.2019).
18. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) & WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Internationale Klassifikation der Funktions-fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001, Genf). Deutsche Fassung 2008. www.dimdi.de (aufgerufen am 19.04.2019).
19. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Hamburger Manual zur Einstufung nach dem Barthel-Index. Aktuelle Fassung vom 05.09.2018. Im Internet: www.dimdi.de (aufgerufen am 13.06.2019).
20. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Onlinefassung, Version 2019. www.dimdi.de (aufgerufen am 19.04.2019).
21. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung, Hochschule Osnabrück, 2013.
22. Evans D, Wood J, Lambert L Fitzgerald M. Physical restraint in acute and residential care: a systematic review number 22. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, Adelaide 2002.
23. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, et al. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 (12):CD006489.
24. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006; 332: 756–61.
25. Funke UN, Schüwer U, Themann P, Gerdes N. Selbstständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation – SINGER – Manual zur Stufenzuordnung. Regensburg: S. Roderer Verlag 2009.
26. Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 37–51.
27. Gauggel S, Sturm W. Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie für neuropsychologische Diagnostik und Therapie. *ZNP* 2005; 16(4): 175–99.
28. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation. Fassung vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 17. Mai 2018. Im Internet: www.g-ba.de/richtlinien/23/ (aufgerufen am 25.05.2019).
29. Hantkainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 2001; 10: 246–56.
30. Heidler MD: Kognitive Dysphasien. Differenzialdiagnostik aphasischer und nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen. Verlag Peter Lang 2006.
31. Hildebrandt H, Clausen A, Janssen H et al. Rehabilitation of weak to moderate memory impairments – the amount of



DAS LEBEN NEU LEBEN LERNEN!

Ein Wasserglas halten, einen Brief schreiben, selbstbestimmt leben: Menschen, die eine Schädigung des Nervensystems erworben haben, stehen vor einer großen Herausforderung. Im P.A.N. Zentrum bieten wir diesen Menschen nach dem Ende der medizinischen Reha Anschluss: Schritt für Schritt wird individuell der Alltag zurückerobert.

NEUE WEGE IN DEN ALLTAG

Neurologen, Neuro-Psychologen, Neuro-Pädagogen und Therapeuten arbeiten in unserem Therapiezentrum interdisziplinär und an einem Ort. Das gemeinsame Ziel: Der Auszug der Rehabilitanden in ein möglichst selbstständiges Leben. Den meisten gelingt das nach 18 Monaten.

P.A.N. ZENTRUM FÜR POST-AKUTE NEUROREHABILITATION

Tel. +49 30 40 606-233
E-Mail: bamborschke.fdh@fdst.de
Rauentaler Str. 32 | 13465 Berlin
www.panzentrum.de



- treatment sessions is important, but which specific treatment helps more and why? *Neurol Rehabil* 2007; 13: 135–45.
32. Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis. Verlag C. F. Müller 2012.
 33. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs* 2014; 23: 3012–24.
 34. Holt S, Schmiedl S, Thümann PA. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Stand 01.02.2011. Im Internet: www.priscus.net (aufgerufen am 06.06.2019).
 35. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, et al. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ* 2000; 321: 1107–11.
 36. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.). Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19D, Köln, 2009. Im Internet: www.iqwig.de (aufgerufen am 02.06.2019).
 37. Kessels RP, de Haan EH. Implicit learning in memory rehabilitation: a meta-analysis on errorless learning and vanishing cues methods. *J Clin Exp Neuropsychol* 2003; 25: 805–14.
 38. Köpke S, Möhler J, Abraham J, Henkel A, Kupfer R, Meyer G: Leitlinie FEM – Evidenz-basierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 1. Aktualisierung 2015. Im Internet: www.leitlinie-fem.de (aufgerufen am 15.06.2019).
 39. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes. A randomized controlled trial. *JAMA* 2012; 307: 2177–84.
 40. Livingston G, Johnston K, Katona C, et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1996–2021.
 41. Loevenich A. Verwerfungen durch das DRG-System. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.: 20 Jahre Neurologisches Phasenmodell. BAR-Symposium 2015. Frankfurt/Main, 2016.
 42. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) 2009: Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf>(aufgerufen am 11.09.2019).
 43. Padilla R. Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther* 2011; 65: 523–31.
 44. Piquart M, Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 2012; 16: 541–58.
 45. Pohl M, Arbeitsgemeinschaft neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Rehabilitationsverlauf von Patienten nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. *neuroreha* 2017; 09 (03): 131–4.
 46. Robert PH, Verhey FR, Byrne EJ, et al. Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 490–6.
 47. Sacchetti E, Turrina C, Valsecchi P. Cerebrovascular accidents in elderly people treated with antipsychotic drugs: a systematic review. *Drug Saf* 2010; 33: 273–88.
 48. Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolf S (Hrsg.). Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 3. Auflage 2012.
 49. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 191–210.
 50. Schönle PW. Der Frühreha-Barthelindex (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Rehabilitation* (Stuttgart) 1995; 34: 69–73.
 51. Scholz A-K, Niepel A. Das CC®-Konzept Integratives Therapie-konzept für Menschen mit Gedächtnisverlust und neurokognitiven Störungen. Bern: Hogrefe Verlag 2019.
 52. SINGER-Entwicklergruppe. Vergleich BI und SINGER. PDF. Im Internet: www.singer-assessment.de/barthel-kritik/ (aufgerufen am 25.06.2019).
 53. Sohlberg MM, Kennedy M, Avery J et al. Evidence-based practice for the use of external aids as a memory compensation technique. *J Med Speech-Lang Pathol* 2007; 15: x-li.
 54. Staack S. Milieuthherapie: Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter. Hannover: Vincentz-Verlag 2004.
 55. Thomas S, Scheffler B, Elsner B, Mehrholz J. Testverfahren in der neurologischen Physio- und Ergotherapie. *neuroreha* 2016; 8: 76–85.
 56. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013; 628–41.
 57. Unternehmensleitung BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH: Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung. Stand 02/2018. Im Internet: www.bgludwigshafen.de/rehabilitation/rehabilitation-fuer-unfallversicherungstraeger-uv/ (aufgerufen am 25.05.2019).
 58. Vigen CL, Mack WJ, Keefe RS, et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 831–9.
 59. van Weert JC, van Dulmen AM, Spreuvenberg PM, et al. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 24–33.
 60. Wojnar J. Demenzkranke verstehen. In: Dürrmann P (Hrsg.). Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover: Vincentz Netzwerk 2001.
 61. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012(2): CD005562.
 62. Yakimicki ML, Edwards NE, Richards E, Beck AM. Animal-assisted intervention and dementia: a systematic review. *Clin Nurs Res* 2019; 28(1): 9–29.
 63. Zoremba N, Coburn M. Acute confusional states in hospital. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116 (7): 101–16. Im Internet: DOI: 10.3238/arztebl.2019.0101 (aufgerufen am 30.05.2019).

Interessenvermerk

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. habil. Marcus Pohl
VAMED Klinik Schloss Pulsnitz GmbH
Fachklinik für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation
Wittgensteiner Str. 1
01896 Pulsnitz
Marcus.Pohl@vamed-gesundheit.de