



Rhein-Sieg-Klinik

Neurologie, Orthopädie und Osteologie
Früh-/Rehabilitation, Diagnostik, Prävention

Leitfaden

zur Anleitung von

Gesundheits- und
Krankenpflegeschüler/-innen
und
Altenpflegeschüler/-innen



Inhaltsverzeichnis

1	ZIELSETZUNG	1
2	GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER REHABILITATION	2
3	REHABILITATION	3
3.1	Definitionen.....	3
3.1.1	Rehabilitation	3
3.1.2	Behinderung.....	3
3.1.3	Aktivierende Rehabilitationspflege.....	3
3.2	Das interdisziplinäre Rehabilitationsteam	4
4	DAS BOBATH-KONZEPT	5
5	PRÄVENTION, BERATUNG UND ANLEITUNG	6
6	KENNENLERNEN DER ORGANISATION	7
7	ARBEITSABLÄUFE IM FRÜH-, SPÄT- UND NACHTDIENST	8
8	ASSESSMENTINSTRUMENTE ZUR FESTSTELLUNG DER SELBSTPFLEGEFÄHIGKEITEN	8
8.1	Barthel-Index	9
9	TEAMSITZUNG UND VISITE	10
10	KENNENLERNEN DES QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEMES	11
10.1	Einleitung – Definition QMS	11
10.2	Pflegekonzept.....	11
10.2.1	Pflegeleitbild.....	11
10.2.2	Pflegemodell	11
10.2.3	Pflegesystem	11
10.2.4	Übergabe am Patientenbett.....	11
10.2.5	Pflegestandards	11
10.2.6	Dokumentationssystem	11
11	DIE 5 HÄUFIGSTEN EINWEISUNGSDIAGNOSEN IN DER NEUROLOGIE	12
11.1	Hirnfarkt (Apoplex, ischämischer Insult)	12
11.2	Hirnblutung	12
11.3	Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	12
11.4	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)	13
11.5	Parkinson-Syndrom	13
12	KENNENLERNEN DES THERAPIE-ANGEBOTES	14
12.1	Pflegetherapeutische Leistung – Anleitung zur Körperpflege	14
12.2	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage.....	15
12.3	Rollstuhltraining	16
12.4	Ergotherapie – Wasch- und Anziehtraining	17
12.5	Sprachtherapie	18
13	EINSATZ AUF DER POST-AKUT-STATION	19
14	PRAXISANLEITER-TAG	19
15	ABSCHLUßGESPRÄCH/ BEURTEILUNG	20
16	LITERATURHINWEISE	21



Rhein-Sieg-Klinik

Neurologie, Orthopädie und Osteologie
Früh-/Rehabilitation, Diagnostik, Prävention

1 ZIELSETZUNG

Dieser Leitfaden soll Orientierungshilfe, sowohl für die, in der Rhein-Sieg-Klinik eingestzten, Schüler als auch für die Praxisanleiter bieten.

Die Tätigkeiten von Pflegekräften in der Rehabilitation weicht – trotz etlicher Überschneidungen – vom Tätigkeitsfeld der Pflege im Akutbereich qualitativ ab. Das besondere Anforderungsprofil der Pflege in der Rehabilitation ist ein, an ganzheitlichen, teilhabeorientierten Pflegeerfordernissen ausgerichtetes Pflegehandeln für akutmedizinisch Versorgte oder chronisch Erkrankte.

Mit diesem Leitfaden sollen dem Schüler die Besonderheiten der rehabilitativen Pflege vermittelt werden. Jedem Kapitel ist ein Lernziel zugeordnet, um dem Schüler und seinem Praxisanleiter eine Erfolgskontrolle zu ermöglichen.

Dieser Leitfaden wurde erarbeitet von den Praxisanleitern der Rhein-Sieg-Klinik.

Jessica Pilz

Lina Miglionico

Christian Kollhossler

Marina Falk



2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER REHABILITATION

Die gesetzliche Grundlage der Rehabilitation ist das neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX). Grundgedanke des SGB IX ist es, Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zu ermöglichen, ihre Belange möglichst selbst und eigenverantwortlich zu gestalten und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen.

Leistungen aus dem SGB IX sind:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (Diagnostik und Therapie, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Beratung, Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Belastungserprobung und Arbeitstherapie)
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes, z. B. technische Hilfen, Förderung von Umschulungen und Weiterbildungen, Zahlung von Übergangsgeldern, Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen)
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen** (Krankengeld, Beiträge zur Sozialversicherung, Reisekosten, Haushaltshilfe und Kinderbetreuung)
- **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** (Versorgung mit Hilfsmitteln, Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt, Hilfen bei der Beschaffung einer bedürfnisentsprechenden Wohnung, Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben)

Leistungsträger sind, je nach Zuständigkeit:

- Rentenversicherung
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Berufsgenossenschaften
- Sozialämter
- Versorgungsämter

Lernziele:

Der Schüler kennt Leistungsträger der Rehabilitation	✓
--	---





3 REHABILITATION

Als Rehabilitation werden alle medizinischen, schulisch-beruflichen und sozialen Maßnahmen bezeichnet, die darauf ausgerichtet sind eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen, bzw. die Auswirkungen auf ein Minimum zu reduzieren. Ziel der Rehabilitation ist die soziale Integration des behinderten Menschen. Die Maßnahmen der Rehabilitation müssen auf alle Lebensbereiche ausgerichtet sein.

Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme wird der individuelle Reha-Bedarf durch alle beteiligten Disziplinen ermittelt. Für den Pflegebereich bedeutet dies die Erhebung einer ausführlichen Pflegeanamnese, um die Defizite in den einzelnen ADL-Bereichen festzustellen und gemeinsam mit dem Rehabilitanten ein erreichbares Reha-Ziel festzulegen. Der Rehabilitand erhält am Abend des Anreisetages einen individuellen Therapieplan; bei Selbstpflegedefiziten wird zusätzlich ein Pflegeplan erstellt. Beide Pläne werden wöchentlich evaluiert und ggf. angepasst.

3.1 Definitionen

3.1.1 Rehabilitation

Der Begriff „Rehabilitation“ leitet sich aus dem Lateinischen „rehabilitare“ ab und bedeutet Wiederherstellung, Wiedereingliederung

Rehabilitation umfasst die Gesamtheit aller erforderlichen Maßnahmen, um Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, bzw. drohender Behinderung und Menschen, die die Behinderung oder deren Folgen selbst überwinden können, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört vor allem die Teilnahme am Arbeitsleben

(Quelle: Fachpflege Rehabilitation, Martina Vohs, Ilse Winter (Hrsg.), Verlag Urban & Fischer, 1. Aufl. 1999, Seite 8)

3.1.2 Behinderung

Eine Behinderung liegt dann vor, wenn der Patient durch eine Krankheit, ein angeborenes Leiden oder durch eine äußere Schädigung (Verletzung) mit funktionellen Einschränkungen körperlicher, geistiger oder seelischer Art in seiner persönlichen, familiären, beruflichen und gesellschaftlichen/sozialen Entfaltung beeinträchtigt ist.

(Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Deutscher Ärzteverlag Köln, 1984, S. 13)

3.1.3 Aktivierende Rehabilitationspflege

Aktivierende Pflege bedeutet Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Der Patient lernt mit Hilfe der Pflegenden, die Krankheit zu überwinden oder mit Krankheitsfolgen umzugehen.

(Quelle: Fachpflege Rehabilitation, Martina Vohs, Ilse Winter (Hrsg.), Verlag Urban & Fischer, 1. Aufl. 1999, Seite 13)



3.2 Das interdisziplinäre Rehabilitationsteam

Das Rehabilitationsteam umfasst Mitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen:

- Ärzte
- Psychologen
- Sprachtherapeuten
- Sozialarbeiter
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Sporttherapeuten
- Masseure
- Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen,
- Altenpfleger/-innen
- Arzthelfer/-innen
- Orthopädiemechaniker

Lernziele:

Der Schüler kennt die Berufsgruppen des Rehabilitationsteams	✓
Der Schüler kann den Krankenpflegeprozess im Rehaprozess umsetzen	✓
Der Schüler kennt die o. g. Begriffe und kann sie erläutern	✓



DAS BOBATH-KONZEPT

Das Bobath-Konzept ist ein Pflege- und Therapiekonzept für Menschen mit spastischen Lähmungen aufgrund von Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Ziel ist die Vorbeugung von spastischen Mustern sowie die Anbahnung von physiologischen Bewegungen.

Entwickelt wurde das Konzept in den 40er Jahren von der Physiotherapeutin Berta Bobath. Bei der Behandlung von Kindern mit zerebralen Störungen entdeckte sie, dass die Spastizität durch bestimmte Lagerungstechniken und Behandlungsmethoden zu beeinflussen war.

Grundannahmen des Bobath-Konzeptes:

- Plastizität des Gehirns, das bedeutet das Gehirn ist ein Leben lang lernfähig und kann sich reorganisieren, gesunde Hirnareale übernehmen verlorengegangene Fähigkeiten
- Spastizität ist durch Stellung und Bewegung des Körpers beeinflussbar

Ziele des Bobath-Konzeptes sind:

- Hemmung abnormer Haltungs- und Bewegungsmuster
- Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster
- Fördern von Haltung und Gleichgewicht
- Verbesserung der Körperwahrnehmung und Sensibilität
- Akzeptanz der Behinderung und Stärkung des Selbstvertrauens
- Erreichung der Unabhängigkeit
- Vermeidung von Komplikationen (Dekubitus, Pneumonie, Thrombose, Kontrakturen, Sturz)

Behandlungsprinzipien:

- Mit der Bobath-Behandlung so früh wie möglich beginnen
- Einheitliche Pflege und Therapie über 24 Stunden unter Beteiligung aller Berufsgruppen sowie der Angehörigen
- Motivierung und Anleitung des Patienten zur aktiven Mitarbeit
- Aktionen immer von der mehr betroffenen Seite ausführen (Ausnahme: Schwere Formen des Neglects)
- Bei allen pflege-therapeutischen Maßnahmen beide Körperseiten gleichermaßen miteinbeziehen
- Förderung der Körperwahrnehmung, z.B. durch basalstimulierende Methoden und spezielle Lagerungstechniken
- Anbahnung und Unterstützung physiologischer Bewegungsmuster (kein Zerren an Extremitäten, z.B. beim Lagern oder Aufrichten!)

Lernziele:

Der Schüler kennt die Ziele des Bobath-Konzeptes	✓
Der Schüler kennt die Behandlungsprinzipien des Bobath-Konzeptes	✓
Der Schüler kann selbstständig eine Lagerung n. Bobath durchführen	✓



4 PRÄVENTION, BERATUNG UND ANLEITUNG

Prävention bezeichnet alle Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheit zu fördern, Krankheiten und Unfälle zu verhüten und das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen.

(Quelle: Prävention und Rehabilitation, Annette Lauber, Petra Schmalstieg, Thieme Verlag, 2. Aufl. 2007, Seite 8)

Präventive Maßnahmen in der Rehabilitation sind z. B. :

- Erkennen von Risikofaktoren (gute Krankenbeobachtung)
- Durchführung prophylaktischer Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen (Dekubitus, Pneumonie, Kontraktur, Thrombose, Sturz, etc.)
- Vorträge zu gesundheitsförderlichen Themen
 - Gesunde Ernährung
 - Diabetikerschulung
 - Reduktionsschulung
 - Alltagsdrogen
 - Bluthochdruckschulung
 - Herz-Kreislauf-Risiko -Schulung
 - Rückenschule
 - Osteoporoseschule
 - TEP-Schule Hüfte
 - TEP-Schule Knie
 - etc.
- Erlernen von Entspannungstechniken

Einen weiteren wichtigen Bestandteil der Rehabilitation stellen **Beratung** und **Anleitung** dar, z. B.

- Sozialberatung (Hilfestellung bei Anträgen zu Leistungen aus der Sozialversicherung, Beantragung einer Pflegestufe, Einleitung nachstationärer Versorgung, wie Heimunterbringung, ambulante Pflege, etc)
- Hilfsmittelberatung und -anpassung
- Anleitung zur Selbstpflegefähigkeit (z.B. Versorgung eines Stomas, selbständiges An- und Auskleiden, Körperpflege, Vermeidung von Komplikationen wie z.B. Sturz, etc.)
- Anleitungen zu Maßnahmen der Selbstdiagnostik (z.B. INR-Messung, RR-Messung)

Beratung erfordert neben der methodischen Kompetenz eine Beratungsbeziehung herzustellen auch Fachkompetenz. Beratung bezieht sich nicht nur auf den Rehabilitanten selbst, sondern umfasst ggf. auch die Beratung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen.

Lernziele:

Der Schüler kennt die Begriffe Prävention, Anleitung und Beratung	✓
Der Schüler hat an einem Vortrag teilgenommen	✓



5 KENNENLERNEN DER ORGANISATION

Innerhalb der ersten drei Tage soll der Schüler folgende Organisationseinheiten und -strukturen der Klinik kennenlernen.

Bezeichnung / Aktivität	Einweisungsdat.	HZ Schüler	HZ PA
Kennenlernen der Klinik			
Rezeption / Empfang			
Aufnahmebüro und Verwaltung (Postfächer intern, Postfächer Pat.)			
Diagnostik / Labor			
Therapiebereich			
Clin-Catering (Speisesaal, Küche) und Cafeteria			
Kennenlernen der Organisation			
QM-System (grob erklären)			
CL Pflegedienst, RL Datenschutz, A-Z,			
Dokuthek (Formularwesen)			
Leitbild / Hausordnung			
Pflegekonzept			
Pflegestandards			
Kennenlernen des Arbeitsplatzes (Allgemeines)			
Personal der Stationseinheit			
Räumlichkeiten auf der Station (St.-Zimmer, Küche, Lager, etc.)			
Patientenbegleitedienst (Funktion, Aufgaben)			
Struktur Tag- und Nachtdienst			
Abfallentsorgung (Mülltrennung, RL Abfallentsorgung)			
Pflegearbeitsraum (Steckbeckenspüle)			
Wie funktioniert ...			
der Notruf (5-01-4- eigene Nr.) s. RL Notfall			
die Rufanlage (Pat.-Klingel, Klingelverlängerung, Spezialsensor)			
die Telefonanlage (RL Telefongespräche, Telefonliste)			

Lernziele:

Der Schüler kennt sich in der Klinik aus	✓
Der Schüler weiß, wie im Notfall der Notruf ausgelöst wird	✓
Der Schüler kennt die Hausordnung und das Klinikleitbild	✓



6 ARBEITSABLÄUFE IM FRÜH-, SPÄT- UND NACHTDIENST

Dem Schüler sollen die Routinearbeiten der einzelnen Schichtformen in der Praxis vermittelt werden (siehe QM-System: CL Pflegedienst)

Lernziele:

Der Schüler kennt die CL Pflegedienst	✓
Der Schüler kennt die routinemäßigen Abläufe der einzelnen Schichten	✓

7 ASSESMENTINSTRUMENTE ZUR FESTSTELLUNG DER SELBSTPFLEGEFÄHIGKEITEN

Der Barthel-Index ist ein Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Entwickelt wurde der Barthel-Index im Jahre 1965 von Florence I. Mahoney, M.D. und Dorothea W. Barthel, BA, PT in Baltimore als Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären oder muskuloskelettalen Erkrankungen. Es werden Punktwerte verteilt für die wichtigsten "Aktivitäten des täglichen Lebens", wobei minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte (Selbstständigkeit) erreicht werden können.

Der Aussagewert des Barthel-Index ist beschränkt. So gibt ein Score-Wert von 100 Punkten lediglich an, dass ein Patient in der Lage ist, alle im Score aufgeführten Aktivitäten durchzuführen. Daraus ergibt sich jedoch nicht zwangsläufig, dass der Patient in der Lage ist, sein Leben selbständig und eigenverantwortlich zu führen. Komplexe Tätigkeiten wie Einkaufen, Haushaltsführung, Behördengänge werden vom Barthel-Index nicht erfasst.

Bewertet wird nur, was der Patient tatsächlich aus eigenem Antrieb in seiner aktuellen Situation tut, nicht was er von seiner Motorik theoretisch oder unter anderen äußeren Bedingungen könnte!

Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

Diese Bewertung wird im Pflegeteam einmal wöchentlich am Tag vor der Visite erhoben und im gesamten interdisziplinären Team während der Teamsitzung evaluiert.



7.1 Barthel-Index

		Dat.	Dat.	Dat.	Dat.	Dat.	Dat.
Aktivitäten des täglichen Lebens (bitte zutreffende Punktzahl einkreisen und Summe berechnen)							
Essen	unabhängig	10	10	10	10	10	10
	braucht etwas Hilfe, z. B. Brot oder Fleisch schneiden, Hilfe bei PEG	5	5	5	5	5	5
	nicht selbständig, Speisen werden eingegeben, keine PEG	0	0	0	0	0	0
Bett / (Roll-) Stuhltransfer	unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15	15	15	15	15	15
	geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	10	10	10	10	10	10
	erhebliche Hilfe beim Transfer(Bett/Rollstuhl, Rollstuhl/WC, etc.)	5	5	5	5	5	5
	Pat. kann nicht aus dem Bett transferiert werden	0	0	0	0	0	0
Waschen	unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, beim Kämmen, Zähneputzen	5	5	5	5	5	5
	nicht selbständig bei o. g. Tätigkeit	0	0	0	0	0	0
Toilettenbenutzung	unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung, Kleidung)	10	10	10	10	10	10
	benötigt Hilfe z. B. wg. unzureichenden Gleichgewichtes o. bei Kleidung/Reinigung	5	5	5	5	5	5
	nicht selbständig, Pat. benutzt weder WC noch Toilettenstuhl	0	0	0	0	0	0
Baden	unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5	5	5	5	5	5
	nicht selbständig bei o. g. Tätigkeit	0	0	0	0	0	0
Gehen auf Flurebenen bzw. Rollstuhlfahren	unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Rollator	15	15	15	15	15	15
	geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmitteln 50 m gehen	10	10	10	10	10	10
	nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5	5	5	5	5	5
	nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	0	0	0	0	0
Treppensteigen	unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe über mind. 1 Stockwerk	10	10	10	10	10	10
	Kann unter Aufsicht oder mit Laienhilfe ein Stockwerk bewältigen	5	5	5	5	5	5
	nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen	0	0	0	0	0	0
An-/Auskleiden	unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder MTS)	10	10	10	10	10	10
	Benötigt Hilfe, kann aber mind. 50% der Tätigkeit selbst durchführen,	5	5	5	5	5	5
	Nicht selbständig	0	0	0	0	0	0
Stuhlkontrolle	ständig kontinent	10	10	10	10	10	10
	gelegentlich inkontinent, max. 1x / Woche, Hilfe bei rektalen Abführmaßn.	5	5	5	5	5	5
	Häufiger (häufiger als 1x pro Woche) / oder ständig stuhlinkontinent	0	0	0	0	0	0
Urinkontrolle	ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	10	10	10	10	10	10
	gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5	5	5	5	5	5
	Häufiger (häufiger als 1x pro Tag) oder ständig harninkontinent	0	0	0	0	0	0
Summe Barthel-Index (max. 100 Pkt.)							
intensiv-medizinischer überwachungspflichtiger Zustand		- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50
absaugpflichtiges Tracheostoma		- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50
beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit bzw. Orientierungsstörung		- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigengefährdung		- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50
schwere Sprach- und Kommunikationsstörung		- 25	- 25	- 25	- 25	- 25	- 25
Summe Früh-Barthel-Index (min. – 275 Pkt.)							
Unterschrift (Handzeichen)							

Lernziele:

Der Schüler kann selbständig den Barthel-Index erheben





8 TEAMSITZUNG UND VISITE

Einmal wöchentlich werden alle neurologischen Patienten visitiert. An der Visite nehmen Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt und Bereichspflegekraft teil. Vorab findet eine Fallbesprechung aller Patienten im interdisziplinären Team statt. Hier wird anhand der vorab festgelegten Ziele ermittelt wo der Patient zu Zeit steht. Sind bereits Teilziele erreicht, waren die bisher durchgeführten Maßnahmen effektiv oder müssen ggf. Anpassungen im Therapieplan vorgenommen werden? Für den Pflegebereich bedeutet dies, die Selbstpflegefähigkeit des Patienten anhand des erhobenen Barthel-Index zu bewerten und ggf. den Pflegeplan anzupassen.

Lernziele:

Der Schüler hat an mind. einer Teamsitzung und Visite teilgenommen	✓
--	---



9 KENNENLERNEN DES QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEMES

9.1 Einleitung – Definition QMS

Die Rhein-Sieg-Klinik ist nach DIN ISO Norm 9001:2000 und den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) zertifiziert. Darüberhinaus nehmen wir am Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen – QS Reha – teil.

Das Qualitätsmanagementsystem (QMS) dient der Beschreibung aller Prozesse und gewährleistet standardisierte Abläufe. Durch die jährlichen Überprüfungen (Audits) ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gesichert.

9.2 Pflegekonzept

Dem Schüler sollen die Inhalte des Pflegekonzeptes vermittelt werden und der Bezug zur praktischen Tätigkeit erläutert werden (siehe QM-System: Anlagen > Konzepte > Pflegekonzept)

9.2.1 Pflegeleitbild

9.2.2 Pflegemodell

9.2.3 Pflegesystem

9.2.4 Übergabe am Patientenbett

(siehe auch QM-System: Anlagen > Anweisungen > Arbeitsanweisung und Gesprächsleitfaden zur ÜAP)

9.2.5 Pflegestandards

(siehe auch QM-System: Anlagen > Pflegestandards DBKG)

9.2.6 Dokumentationssystem

(siehe auch QM-System: Anlagen > Dokumentationshandbuch)

Um das QMS kennenzulernen hospitiert der Schüler an einem Tag für ca. 1,0 – 2,0 Stunden bei der QMB.

Lernziele:

Der Schüler kennt das Pflegekonzept	✓
Der Schüler hat aktiv an einer Übergabe am Patientenbett teilgenommen	✓
Dem Schüler sind die Dokumentationsregeln bekannt	✓



10 DIE 5 HÄUFIGSTEN EINWEISUNGSDIAGNOSEN IN DER NEUROLOGIE

10.1 Hirninfarkt (Apoplex, ischämischer Insult)

Ein ischämischer (wörtlich: durch Blutleere bedingt) Hirninfarkt ist eine plötzlich auftretende Durchblutungsstörung des Gehirns. Ursache sind Ablagerungen in den hirnversorgenden Gefäßen, Thrombosen oder Embolien. Durch den akuten Verschuß wird der dahinterliegende Teil des Hirngewebes nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Dies führt zu Störungen der Hirnfunktion in dem betroffenen Gebiet. Dauert die Minderdurchblutung längere Zeit an, stirbt das Hirngewebe ab und es kommt zu anhaltenden Ausfällen.

Symptome können sein:

Sensibilitätsstörungen, Lähmungen, Sprachstörungen, Bewußtseinstörung bis hin zur Bewußtlosigkeit

Risikofaktoren:

Arterielle Hypertonie
Diabetes mellitus
Rauchen
Feststoffwechselstörungen
Ovulationshemmer

10.2 Hirnblutung

Eine Hirnblutung ist ein Bluterguß im Hirngewebe, verursacht durch das Platzen eines Blutgefäßes. Ursache sind meist arteriosklerotisch vorgeschädigte Arterien oder ein Aneurysma. Durch das Einbluten in das Hirngewebe kommt es zu Ausfällen der betroffenen Region.

Symptome:

Siehe 11.1. Schlaganfall, darüberhinaus kann es zu sehr starken Kopfschmerzen und Übelkeit kommen

Risikofaktoren:

Arterielle Hypertonie
Angeborene Gefäßfehlbildungen
Gerinnungsstörungen

10.3 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Sammelbezeichnung für alle Schädelverletzungen mit Gehirnbeteiligung, verursacht z.B. durch Verkehrsunfälle oder Stürze. Durch den Aufprall des Kopfes kann es zu Verletzungen der Gehirnstruktur oder von Hirngefäßen kommen, oft kommt es zu einer Bewußtlosigkeit, die je nach Ausprägung der Verletzung unterschiedlich lang andauern kann.



Je nach Dauer der Bewußtlosigkeit unterscheidet man drei Grade des SHT:

Grad 1: Leichtes SHT (Gehirnerschütterung)

nur kurze Bewußtlosigkeit unter 5 Min., Erinnerungslücke, Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Rückbildung aller Symptome innerhalb von 5 Tagen

Grad 2: Mittelschweres SHT (leichte Hirnprellung)

Dauer der Bewußlosigkeit 5 – 30 Min., leichte organische Hirnschäden, völlige Rückbildung innerhalb von 30 Tagen

Grad 3: Schweres SHT (schwere Gehirnprellung, Gehirnquetschung)

Dauer der Bewußtlosigkeit über 30 Min., Substanzschädigung des Gehirns, schwere neurologische Störungen, Defektheilung mit bleibenden Funktionsstörungen bis hin zum apallischen Syndrom

10.4 Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark), bei der es zur Entmarkung (Demyelinisierung) bestimmter Nervenfasern kommt. Das Mark (Myelin) ist eine fetthaltige Schicht, welche die Nervenfasern umschließt.

Multiple Sklerose bedeutet wörtlich „vielfache Vernarbung“ in der weißen Substanz von Gehirn und Rückenmark.

10.5 Parkinson-Syndrom

Bei der primären Parkinson'schen Krankheit kommt es zu einem fortgeschrittenen Verlust bestimmter dopaminproduzierenden Nervenzellen im Gehirn. Der Nervenzellbotenstoff Dopamin wird nicht mehr in ausreichender Menge produziert, wodurch es zu einer Fehlsteuerung der Bewegungen kommt.

Symptome:

Hypo- oder Akinese: Bewegungsarmut mit reduzierter Mimik (Maskengesicht), Fehlen der normalen Mitbewegungen, kleinschrittiger Gang, Körper nach vorn gebeugt (Propulsion), leise monotone Stimme

Rigor: Erhöhter Muskeltonus mit wächsernem Widerstand bei passivem Durchbewegen (Zahnradphänomen)

Tremor: Zittern, vor allem an den Händen (Münzenzählertremor)

Zusätzlich können auftreten:

Vegetative Störungen, wie Speichelfluß, Schwitzen, abnorme Talgsekretion (Salbengesicht)

Psychische Störungen, wie depressive Verstimmungen, Denkverlangsamung

Lernziele:

Der Schüler kennt die 5 häufigsten Krankheitsbilder in der Neurologie	✓
---	---



11 KENNENLERNEN DES THERAPIE-ANGEBOTES

Das Rehabilitationskonzept umfasst eine Vielzahl von therapeutischen Angeboten. Diese werden vom Arzt über den sog. Verordnungsbogen (siehe Verordnungsbogen, Dok. 004) verordnet.

Der Schüler soll während des praktischen Einsatzes an mindestens drei Therapieangeboten teilnehmen, diese sollten vorrangig aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie ausgewählt werden. Der Praxisanleiter koordiniert die Einsätze.

In den folgenden Kapiteln sind exemplarisch einige Therapien gemäß Therapiemittelkatalog erläutert.

11.1 Pflegetherapeutische Leistung – Anleitung zur Körperpflege

Waschtraining versucht den Patienten bei Problemen in dem Bereich Körperpflege Hilfestellungen bei der Ausführung dessen aufzuzeigen

Wirkung/ Ziel:

- Hinführung des Patienten zu einer größtmöglichen Selbstständigkeit in der Körperpflege
- Wohlbefinden des Patienten
- Entwicklung und Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Entwicklung und Verbesserung der Sensomotorik, der Gleichgewichtsfunktion und der Haltung
- Kennenlernen von verschiedenen Hilfsmitteln
- Selbständiges Waschen des Oberkörpers/Unterkörpers
- Entsprechend angepasst / orientiert an den Ressourcen des Patienten soll eine weitgehende Selbstständigkeit erreicht werden
- Verbesserung der Handlungsplanung, Neglectsymptomatik, Konzentration, Merkfähigkeit, Orientierung und der räumlich-konstruktiven Fähigkeit
- Luxationsvermeidung des Schultergelenks

Indikationen:

- Schlaganfall (Apraxie, Neglect, Hemiparese, Hemiplegie, Hemianopsie)
- MS
- Parkinson
- ALS
- SHT

Kontraindikationen:

- extrem reduzierter Wachheitsgrad
- extrem reduzierter Allgemeinzustand
- akute starke Schmerzen



Leistungen:

- Hilfsmittel erklären und ausprobieren:
- Greifzange (zum Aufheben von Gegenständen)
- Duschstuhl mit und ohne Rollen
- Therapeutisches Führen → betroffene Seite wird von Hilfsperson geführt, Gesunde Seite wird so gewaschen
- Wahrnehmungstraining nach Bobath und/oder Affolter Konzept, ansprechen, Transfer, Lagerung, WAT, etc. wird alles über die Betroffene Seite ausgeführt → Bewusstmachung der betroffenen Seite
- Patienten zur selbständigen Durchführung anleiten

11.2 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage

Therapiebeschreibung:

Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage umfasst alle Behandlungsmethoden und -techniken unter Berücksichtigung der neurophysiologischen Kontrollmechanismen am Bewegungssystem einerseits sowie der funktionellen Steuerungsmechanismen der Organsysteme andererseits, mit bewusster Ausnutzung der vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems zur Förderung der sensomotorischen Funktionen.

Therapeutische Wirkung

- Verbesserung der Funktion funktionsgestörter Gelenke
- Aktivierung und Kräftigung geschwächter Muskulatur
- Dehnung verkürzter Weichteilstrukturen
- Wiederherstellung des Muskelgleichgewichtes
- Durchblutungsförderung und Entstauung
- Wirkung auf Herz- Kreislaufsystem, Atmung und Stoffwechselsystem

Indikationen

- Passive Bewegungsstörungen mit Bewegungsverlust, -einschränkung, -instabilität im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, angeboren oder erworben (traumatisch, postoperativ, entzündlich, degenerativ, funktionell)
- Aktive Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen, -insuffizienz, atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen, angeboren oder erworben
- Spastische Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt)
- Schlanke Lähmungen
- Abnorme Bewegungen/ Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane
- Funktionelle Störungen von Organsystemen (z. B. Herz- Kreislauferkrankungen, Lungen/ Bronchialerkrankungen)

Kontraindikationen

Keine, da die Intensität und der Behandlungsumfang individuell auf die Möglichkeiten des Patienten abgestimmt werden.



Therapieziel

- Verbesserung der aktiven Beweglichkeit, Steigerung der Muskelkraft, Ausdauer, Schnellkraft
- Verbesserung der Koordination, der Haltung und des Gleichgewichts
- Zunahme der passiven Beweglichkeit der Gelenke und der Wirbelsäule
- Schmerzlinderung
- Verbesserung der kardiopulmonalen Kreislauf- und anderer Organfunktionen
- Beeinflussung der Atmungsmechanik und Atmungsregulation (Atemtherapie)
- Beseitigung oder Verminderung von Fähigkeitsstörungen im täglichen Leben mit Erarbeitung und der Beherrschung bestmöglicher ökonomischer Bewegungsabläufe

Leistungen

- Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan
- Behandlung von Organfunktionen (z. B. Atemtherapie)
- Behandlung ggf. unter Anwendung von Geräten (z. B. auch Seilzug- und Sequenztrainingsgeräten)
- Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung von im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung
- Ergänzende Beratung im Bezug auf das Krankheitsbild und die Aktivitäten des täglichen Lebens mit bestmöglicher Erarbeitung und Beherrschung ökonomischer Bewegungsabläufe

11.3 Rollstuhltraining

Therapiebeschreibung

Das Rollstuhltraining ist eine Therapieform, bei dem die Patienten lernen sollen ihr Alltagsleben mit dem Rollstuhl sicher zu meistern.

Therapeutische Wirkung

Rollstuhl sicher und selbstständig bewegen

Indikationen

- Patienten im Rollstuhl, mit Funktionen in mindestens 2 Extremitäten und kognitiven Verständnis

Kontraindikationen

- Patienten ohne Funktion, oder Funktionen in nur einer Extremität
- Kreislauf labilität
- hohes Fieber

Therapieziel

- Förderung der Selbstständigkeit
- Erweiterung der Bewegungsspielräume (auch überwinden von Hindernissen)
- Bessere Alltagsbewältigung
- Steigerung der Geschicklichkeit im Umgang mit dem Rollstuhl
- Vorbereitung der bedarfsorientierten Versorgung

Leistungen

- Seitenteile und Fußrasten selbstständig ab- bzw. anbauen
- Bremsen feststellen und lösen
- Kurven fahren



- Hindernisse umfahren
- Fahren auf unebenen Gelände
- Überwindung von Hindernissen (Gefälle und Steigungen)

11.4 Ergotherapie – Wasch- und Anziehtraining

Therapiebeschreibung

Wasch- und Anziehtraining versucht den Patienten bei Probleme in dem Bereich Hilfestellungen und Tricks bei der Ausführung dessen aufzuzeigen.

Therapeutische Wirkung

- Entwicklung und Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas
- Entwicklung und Verbesserung der Sensomotorik, der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung

Indikationen

- bei neurologischen Patienten mit Hemiparese, Hemiplegie, Apraxie, Neglect, Hemianopsie
- bei Patienten mit orthopädischen Krankheitsbildern, Amputation. Hüft-, Knie- und Schulter- TEP, etc.

Kontraindikationen

- Extrem reduzierter Wachheitsgrad
- Stark eingeschränkte kognitive Funktion

Therapieziel

- Selbständigkeit

Selbständiges Waschen und Anziehen des Ober-/ Unterkörpers, Prothese
Selbständiger Transfer (z. B. aufsetzen, Transfer Bett - Rollstuhl, Rollstuhl - Toilette, etc.)

- Motorik

Tonusregulation

Gelenkmobilisation

Anbahnen von Bewegung

Muskelkräftigung (obere-, untere Extremitäten, Rumpf)

Ausdauer und Belastungsfähigkeit steigern

Auge -/ Hand- Hand- Koordination verbessern

- Sensorik

Schulung von Oberflächensensibilität, Tiefensensibilität und Körperschema

Weitere Verbesserung der Handlungsplanung, Neglect- Symptomatik, Konzentration, Merkfähigkeit, Orientierung, und der räumlich – konstruktiven Fähigkeiten

Leistungen

- Selbsthilfetraining
- Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- Training der Alltagskompetenzen unter Berücksichtigung des Einsatzes von temporären Schienen und zur Verfügung stehender Hilfsmittel (wie z. B. Prothesen)
- Hilfsmittel erklären und ausprobieren
- Pat. zur selbständigen Durchführung anleiten
- Evtl. Versorgung mit Hilfsmittel sicherstellen



11.5 Sprachtherapie

Therapiebeschreibung

Die Logopädie in der Neurologie befasst sich mit Störungen der Sprache, Stimme, Artikulation, dem Schlucken sowie sonstiger myofunktioneller Störungen des orofacialen Bereiches. Folgende Funktionsstörungen können als Logopädie Einzel verordnet werden.

Aphasie

Therapiebeschreibung

Die Aphasie (Sprachstörung) wird nach Huber als zentrale Sprachstörungen definiert, die alle expressiven (Sprechen, Schreiben) und rezeptiven (auditives Sprachverständnis, Lesesinnverständnis) Modalitäten der Sprachverarbeitung betrifft. Linguistisch können Formen der Aphasie als Störungen der unterschiedlichen Komponenten des sprachlichen Systems – Phonologie, Lexikon, Syntax und Semantik dargestellt werden.

Aphasien, die durch Schlaganfälle entstehen (etwa 80% der Fälle), werden in vier Standardsyndrome unterteilt:

- amnestische Aphasie
- Broca-Aphasie
- Wernicke-Aphasie
- globale Aphasie

Daneben werden vier Sonderformen (Leitungsaphasie, transkortikal sensorische A., transkortikal motorische A., transkortikal gemischte A.) und die nicht klassifizierbaren Aphasien unterschieden.

Therapeutische Wirkung

Durch eine möglichst früh einsetzende Sprachtherapie können Sprachstörungen verbessert werden.

Indikationen

- Apoplex linke Hemisphäre
- S- H- T
- Hirntumore

Kontraindikationen

keine

Leistung

- Neben Bild-, Text- und gegenständlichen Materialien kommen auch computergestützte Verfahren als Therapiebegleitung zum Einsatz.
- Die Einzeltherapie wird nach Möglichkeit durch eine Gruppentherapie mit anderen Aphasiepatienten komplettiert.

Lernziele:

Der Schüler hat an mindestens drei Therapieangeboten teilgenommen	✓
---	---



12 EINSATZ AUF DER POST-AKUT-STATION

Die Post-akut-Station ist eine Einrichtung zur Frührehabilitation schwer betroffener neurologisch erkrankter Patienten, die eine intensive Pflege und Überwachung benötigen.

Die Post-akut-Station in der Rhein-Sieg-Klinik verfügt über 4 Behandlungsplätze, eigenem Pflegestützpunkt und Patientenbad. Alle Behandlungsplätze sind mit Monitor und Sauerstoffanschluß ausgestattet.

Die hier behandelten Patienten haben eine hohe Läsionslast (z.B. Zustand nach SHT, Hirnblutung, Schlaganfall, etc.)und bedürfen einer intensiven zunächst kompensatorischen, im Verlauf aktivierenden Rehabilitationspflege. Darüberhinaus ergeben sich intensiv-behandlungspflegerische Maßnahmen, wie z.B. Versorgung eines Tracheostomas, einer PEG, Verabreichung von Sauerstoff, etc. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit des therapeutischen Teams, zwischen Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten Pflegedienst und Ärzten. Täglich finden zweimal Visiten mit Chefarzt, Oberarzt, Internist und Bereichspflegekraft statt.

Lernziele:

Der Schüler kennt die Post-akut-Station	✓
Der Schüler kann einen Monitor bedienen	✓
Der Schüler kennt den Pflegestandard Tracheostoma-Versorgung	✓
Der Schüler hat an mindestens einer Visite teilgenommen	✓
Der Schüler kennt die Formulare zur Dokumentation	✓

13 PRAXISANLEITER-TAG

Für jeden Schüler wird ein Tag geplant, an dem er und sein Praxisanleiter aus dem Stationsablauf ausgeplant werden.

Dieser Tag dient der gezielten Anleitung und sollte bereits im Zwischengespräch für die letzte Einsatzwoche geplant werden.

Das Lernziel wird klar definiert und dem Schüler bekannt gegeben, z.B. „Der Schüler soll einen Verbandwechsel bei liegender PEG selbständig durchführen können“

Einen Tag vor dem eigentlichen Anleitungstag treffen sich Schüler und Praxisanleiter zu einer Vorbesprechung. Es wird ein geeigneter Patient ausgewählt, dieser wird informiert und um seine Einwilligung gebeten.

Der Praxisanleiter erklärt welche Materialien vorbereitet werden müssen und benennt diese. Danach führt der Praxianleiter die korrekte Maßnahme durch. Der Schüler hat im Rahmen einer Nachbesprechung die Gelegenheit Fragen zu stellen.



Am Praxisanleiter-Tag bereitet der Schüler die Maßnahme vor und benennt die benötigten Materialien. Danach führt der Schüler die Maßnahme selbständig durch und erklärt dabei die einzelnen Schritte.

Der Praxisanleiter achtet auf folgende Kriterien:

- Wird der Patient ausreichend informiert?
- Wie erfolgt die Durchführung?
- Wird die genannte Reihenfolge eingehalten?
- Werden die hygienischen Maßnahmen beachtet, wird steril gearbeitet?

- Geht der Schüler auf die Bedürfnisse des Patienten ein?
- Wird handlungsbegleitend gesprochen?

In der Nachbesprechung soll der Schüler schildern, wie er die Anleitungssituation beurteilt, wie schätzt er sich selbst ein?

Der Praxisanleiter gibt dem Schüler ein gezieltes Feedback, zeigt Stärken und Schwächen auf gibt ggf. Tipps.

14 ABSCHLUßGESPRÄCH/ BEURTEILUNG

Mit jedem Schüler wird am letzten Einsatztag ein Abschlußgespräch in ungestörter Atmosphäre geführt. In diesem Gespräch werden die Lernerfolge während des Einsatzes beurteilt. Das Ergebnis wird dokumentiert. Die hierfür erforderlichen Formulare werden vom schulischen Ausbildungsträger bereitgestellt. Bei der Beurteilung sollte der Praxisanleiter die Meinung des gesamten Teams berücksichtigen. Auch der Schüler soll die Möglichkeit erhalten seinen Einsatz zu reflektieren und den Mitarbeitern seines Einsatzortes ein Feedback geben.

Eine Kopie des Beurteilungsbogen wird bei der Pflegedienstleitung archiviert.



15 LITERATURHINWEISE

Lauber, Annette, Schmalstieg, Petra

Prävention und Rehabilitation

2. Aufl., Thieme Verlag 2007

Beckmann, Marlies

Die Pflege von Schlaganfallbetroffenen

Schlütersche Verlag & Druckerei GmbH&Co.KG Hannover 2000

Friedhoff, Michaela, Schieberle, Daniela

Praxis des Bobath Konzeptes

Grundlagen – Handlings – Fallbeispiele

Thieme Verlag 2007

Markus Vieten, Anja Schramm (Hrsg.)

Pflege konkret

Neurologie/ Psychiatrie

Urban& Fischer