



Magazin



Der Schlaganfall

Wie ein Blitz aus heiterem Himmel?

- ▶ Diagnostik
- ▶ Pflege
- ▶ Rehabilitation



Adressen und Kontakte auf einen Blick

Michels Kliniken

- **Michels Kliniken Zentralverwaltung**
Robert-Bosch-Straße 5 · 48153 Münster
Telefon (02 51) 78 00 00 · Telefax (02 51) 780 00 50
info@michelskliniken.de · www.michelskliniken.de
- **Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin**
Brandenburgallee 1 · 16321 Bernau bei Berlin
Telefon (03 33 97) 30
AHB-Hotline* 01805 008541 3030 · Telefax (03 33 97) 333 44
info@brandenburgklinik.de · www.brandenburgklinik.de
- **Orthopädie**
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Wolfram Zacharias
Telefon (03 33 97) 312 00 · Telefax (03 33 97) 339 01
zacharias@brandenburgklinik.de
- **Kardiologie**
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Evelin Lieback
Telefon (03 33 97) 326 00 · Telefax (03 33 97) 333 79
lieback@brandenburgklinik.de
- **Neurologische Frühbehandlung**
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Michael Jöbges
Telefon (03 33 97) 341 73 · Telefax (03 33 97) 340 44
joebges@brandenburgklinik.de
- **Neurologie AHB**
Ärztliche Leitung: CA Prof. Dr. med. habil. Stephan Bamborschke
Telefon (03 33 97) 315 00 · Telefax (03 33 97) 319 18
bamborschke@brandenburgklinik.de
- **Psychotherapie und Psychosomatik**
Ärztliche Leitung: CA Privatdozent Dr. med. Tom-Alexander Konzag
Telefon (03 33 97) 331 00 · Telefax (03 33 97) 333 43
konzag@brandenburgklinik.de
- **Pädiatrische Kardiologie (AHF) und Onkologie**
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Joachim von der Beek
Telefon (03 33 97) 334 57 · Telefax (03 33 97) 336 13
vdbeek@brandenburgklinik.de
- **Herzog-Julius-Klinik**
Kurhausstraße 13-17 · 38667 Bad Harzburg
AHB-Hotline* 01805 008542 701
Telefon (0 53 22) 79 00 · Telefax (0 53 22) 79 02 00
info@herzog-julius-klinik.de · www.herzog-julius-klinik.de
Ärztliche Leitung: CA Dipl.-med. Waldemar Czosnowski
Telefon (0 53 22) 79 07 00 · Telefax (0 53 22) 79 07 05
czosnowski@herzog-julius-klinik.de
- **Nordseeklinik Norderney**
Bülowlallee 6 · 26548 Norderney
Telefon (0 49 32) 880 · Telefax (0 49 32) 88 12 00
info@nordsee-klinik-norderney.de · www.nordsee-klinik-norderney.de
Ärztliche Leitung: CA Dr. Axel Schlieter
Telefon (0 49 32) 88 17 00 · Telefax (0 49 32) 88 17 02
schlieter@nordsee-klinik-norderney.de
- **Hanseatic Haus I und II**
Gartenstraße 47 · 26548 Norderney
Telefon (0 49 32) 88 19 07 · Telefax (0 49 32) 88 12 00
info@nordsee-klinik-norderney.de · www.nordsee-klinik-norderney.de
Ärztliche Leitung: Dr. Stefan Hammann
Telefon (0 49 32) 88 45 10 · Telefax (0 49 32) 88 42 00
hammann@nordsee-klinik-norderney.de
- **Sachsenklinik Bad Lausick**
Parkstraße 2 · 04651 Bad Lausick
Telefon (03 43 45) 30 · Telefax (03 43 45) 312 00
sak@sachsenklinik.de · www.sachsenklinik.de
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Heike-Kathrin Gansen
Telefon (03 43 45) 317 00 · Telefax (0 34 25) 316 56
gansen@sachsenklinik.de
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. habil. Horst Hummelsheim
Telefon (0 34 25) 88 88 10 · Telefax (0 34 25) 88 88 10
hummelsheim@sachsenklinik.de

NRZ Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig

Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz
Telefon (0 34 25) 88 80 · Telefax (0 34 25) 88 88 88
nrz@sachsenklinik.de · www.nrz-leipzig.de
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. habil. Horst Hummelsheim
Telefon (0 34 25) 88 88 10 · Telefax (0 34 25) 88 88 10
hummelsheim@sachsenklinik.de

- **Tagesklinik am NRZ Leipzig**
Waldstraße 14 · 04105 Leipzig
Telefon (03 41) 58 98 80 · Telefax (03 41) 589 88 55
tagesklinik@sachsenklinik.de · www.tagesklinik-nrz.de

Michels Pflegeheime

- **Seniorenresidenz Lindenhof**
Offenbachstraße 160 · 16321 Bernau bei Berlin
Telefon (03 33 97) 329 00 · Telefax (03 33 97) 329 01
Leitung: Roswitha Reimer
reimer@brandenburgklinik.de
info@seniorenresidenz-lindenhof.de · www.seniorenresidenz-lindenhof.de
- **Wachkomazentrum „Regine-Hildebrandt-Haus“**
Kurallee 45 · 16321 Bernau bei Berlin
Leitung: Diana Francke
Telefon (03 33 97) 328 00 · Telefax (03 33 97) 328 28
info@wachkomazentrum-rhh-bernaue.de
www.wachkomazentrum-rhh-bernaue.de
- **Wachkomazentrum „Hannelore-Kohl-Haus“**
Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz
Telefon (0 34 25) 88 85 60 · Telefax (0 34 25) 88 85 90
Leitung: Ramona Springsguth
Telefon (0 34 25) 88 87 00 · Telefax (0 34 25) 88 87 99
hkh@muldentalpflege.de · www.wachkomazentrum-hkh-bennewitz.de
- **„Haus Muldental“**
Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz
Telefon (0 34 25) 88 87 01 · Telefax (0 34 25) 88 87 99
Leitung: Ramona Springsguth
Telefon (0 34 25) 88 87 00 · Telefax (0 34 25) 88 87 99
hmtl@muldentalpflege.de · www.muldentalpflege.de
- **Pflegeheim „Parkblick“ Taucha**
Am Schmiedehöfchen 1 · 04425 Taucha
Telefon (03 42 98) 35 20 · Telefax (03 42 98) 352 70
Leitung: Christel Trotte
Telefon (03 42 98) 352 11 · Telefax (03 42 98) 352 70
parkblick@muldentalpflege.de · www.pflegeheim-parkblick-taucha.de
- **Senioren-Residenz am Theater Solingen**
Konrad-Adenauer-Straße 63 · 42651 Solingen
Telefon (02 12) 22 23 30 · Telefax (02 12) 222 33 49
Leitung: Christine Werchan
info@michels-altenpflege.de
- **Pflegezentrum „Birkenhof“**
(ab 3. Quartal 2008)
Kurallee · 16321 Bernau bei Berlin
Telefon (03 33 97) 328 21 · Telefax (03 33 97) 333 44
info@birkenhofpflege.de

Inhalt

Der Schlaganfall Wie ein Blitz aus heiterem Himmel?	4
Zurück ins selbstbestimmte Leben Rehabilitation	8
Die therapeutische Pflege	9
Das Therapieangebot der Brandenburg Klinik Sprachtherapie bei Aphasie	11
Selbsthilfegruppe für Aphasiker	14
Schlaganfallvermeidung Die richtige Ernährung	15
Qualitätsmanagement in den Michels Kliniken Zufriedene Patienten und Mitarbeiter	16
Portrait Neue Mitarbeiter	18

Impressum

- Herausgeber**
 Michels Kliniken
 Fasanenstraße 5 · 10623 Berlin
 Telefon (030) 800 92 91 00 · Telefax (030) 800 92 91 11
 info@michelskliniken.de · www.michelskliniken.de
- V.i.S.d.P.**
 Kurt Michels · Kurt-Josef Michels · Kai-Uwe Michels
- Redaktion**
 Dr. med. Michael Jöbges · Telefon (03 33 97) 341 73
 Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin
 Prof. Dr. med. habil. Horst Hummelsheim · Telefon (0 34 25) 88 80
 NRZ Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig
 Bettina Schaarschmidt · Telefon (030) 800 92 93 00
 MMK Mediatas Media-Kontor GmbH
- Gestaltung, Satz und Produktion**
 MMK Mediatas Media-Kontor GmbH · Ann-Katrin Supiran
- Fotografie**
 MMK Mediatas Media-Kontor GmbH · Holger Ahrens, Henning Lüders
- Auflage**
 5.000 Exemplare

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen die 1. Ausgabe des Magazins der Michels Kliniken präsentieren zu können. Künftig möchten wir Sie viermal im Jahr über das vielfältige Leistungsspektrum unserer Rehabilitationskliniken – an fünf Standorten in Deutschland – informieren. Die Indikationen reichen von der Kardiologie, Neurologie, Pädiatrische Onkologie und Kinderkardiologie, über die Orthopädie, Psychosomatik bis zur Dermatologie und Pulmologie. Eine Übersicht erhalten Sie auf den Seiten 16/17, auf denen wir über das Qualitätsmanagement berichten.

Jedes Heft wird sich mit einem speziellen Krankheitsbild befassen. In unserer ersten Ausgabe informieren wir ausführlich über die Rehabilitation nach einem Schlaganfall. In Deutschland erleiden jährlich 165.000 Menschen einen Schlaganfall, 64.000 von ihnen bleiben anschließend pflegebedürftig. Deshalb ist es nach einem Schlaganfall für die Betroffenen enorm wichtig, kompetente Hilfe zu erfahren. Wir bieten diese hochspezialisiert in der Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin und im Neurologischen Rehabilitationszentrum Leipzig und künftig auch in der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg an.

Wir hoffen, Sie neugierig gemacht zu haben und wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.



Kurt Michels

Kurt Michels



K.-J. Michels

Kurt-Josef-Michels



Kai-Uwe Michels

Kai-Uwe Michels

Der Schlaganfall

Wie ein Blitz aus heiterem Himmel?

Der Schlaganfall hat in den letzten Jahren zunehmend an medizinischer, aber auch gesundheitspolitischer Bedeutung gewonnen. Er ist die dritthäufigste Todesursache in der westlichen Welt. Im Jahre 2000 starben in Deutschland 43.035 Menschen an einem Schlaganfall.* Dies entspricht 5,1% aller Todesfälle. Damit liegt der Schlaganfall in der Statistik noch vor den Krebserkrankungen.



Schlaganfall ist dritthäufigste Todesursache in der westlichen Welt. Ein Schlaganfall kann wie ein sprichwörtlicher Blitz aus heiterem Himmel einschlagen.

Betrachtet man diese Zahlen in Abhängigkeit des Geschlechtes, so zeigt sich, dass Frauen im Vergleich zu Männern etwas seltener einen Schlaganfall erleiden (ca. 43% aller Schlaganfälle), jedoch ca. 64% der Todesfälle durch Schlaganfall Frauen betreffen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen und damit das – mit zunehmendem Alter steigende – Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden.

Nach den Ergebnissen der Deutschen Schlaganfall-Datenbank behalten innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 90 Tagen nach dem akuten Ereignis 57% der Patienten eine leichte, 9,4% eine mittelschwere und 18,6% eine schwere Behinderung. 14,7% der Schlaganfallpatienten versterben. Gerade ältere Patienten werden häufig auf Dauer hilfsbedürftig und müssen in Pflegeeinrichtungen betreut werden.

Bei jüngeren Patienten kommen noch psychosoziale Probleme durch Verlust der Arbeitsfähigkeit, soziale Einschränkungen (un-

ter anderem Verlust der Mobilität), aber auch finanzielle Einbußen und familiäre Schwierigkeiten durch die veränderte Rolle innerhalb der Familie hinzu. Der Schlaganfall ist überwiegend eine Erkrankung des höheren Lebensalters. So verdoppelt sich das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ab dem 55. Lebensjahr alle 10 Jahre. 2/3 aller Schlaganfälle ereignen sich ab dem 65. Lebensjahr. Allerdings bleiben auch junge Menschen nicht verschont.

Was ist ein Schlaganfall?

Ein Schlaganfall ist Ausdruck einer akuten regionalen Durchblutungsstörung des Gehirns mit Auftreten einer neurologischen Störung, welche reversibel (rückläufig) oder dauerhaft sein kann. Er lässt sich im Wesentlichen in zwei Gruppen

aufteilen: Hirninfarkte (ca. 85%) und Hirnblutungen (ca. 15%). Hirninfarkte und Hirnblutungen können die gleichen klinischen Symptome hervorrufen und sind daher ohne eine Computertomographie (CT) des Kopfes nicht voneinander zu unterscheiden. Da jedoch – je nach Ursache – die notwendigen therapeutischen Maßnahmen stark voneinander abweichen können, ist die Durchführung einer CT in der Frühphase bei jedem Schlaganfall zwingend notwendig.

Ursachen für den Hirninfarkt

Etwa 50% aller Hirninfarkte werden durch einen lokalen Verschluss der das Hirn versorgenden Blutgefäße hervorgerufen. Hauptursache hierfür ist die Arteriosklerose. 30% der Hirninfarkte werden durch Thromben (Blutgerinnsel) ausgelöst, die aus dem Herzen stammen, in die Blutbahn eingeschwemmt werden und ein hirnversorgendes Blutgefäß verstopfen. Auch eine Reihe von zum Teil genetisch bedingten Störungen im Gerinnungs-

* Quelle: Statistisches Bundesamt

system des Blutes können zu einem erhöhten Schlaganfallrisiko führen. Bei zirka 20 % lässt sich keine genaue Ursache finden.

Bei der Hirnblutung kommt es zum Platzen von Hirngefäßen, die meist durch einen Bluthochdruck vorgeschädigt sind. Andere mögliche Ursachen sind Blutungen aus Hirntumoren oder aus Gefäßmissbildungen im Gehirn.

Symptome

Die Symptome des Schlaganfalles sind sehr variabel und hängen von der Lokalisation der Hirnschädigung und somit von der Funktion des betroffenen Hirnabschnittes ab. **Am häufigsten tritt eine meist schmerzlose Lähmung einer Körperseite auf.** Da die Körperseiten von der jeweils gegenüberliegenden Hirnhälfte versorgt werden, tritt nach einem Schlaganfall der linken Hirnhälfte eine Lähmung der rechten Körperhälfte auf und umgekehrt. Betroffen ist neben Arm und Bein meist auch der Mundwinkel. Dieser hängt herunter und kann zu einer verwaschenen Sprache führen. Der Augenschluss ist beidseits meist problemlos möglich.

Arm ist stärker betroffen

In den meisten Fällen ist der Arm stärker gelähmt als das Bein. Während das Bein häufig noch willkürlich bewegt werden kann und der Patient in der Lage ist, zu stehen oder sogar ein paar Schritte zu laufen, hängt der Arm oft leblos herunter. Zusätzlich kann sich auch ein Taubheitsgefühl in der betroffenen Körperhälfte ausbilden. Dies wird von den Patienten als sehr unangenehm erlebt und birgt eine große Verletzungsgefahr in sich, da auch die Schmerzempfindung ausgefallen sein kann.

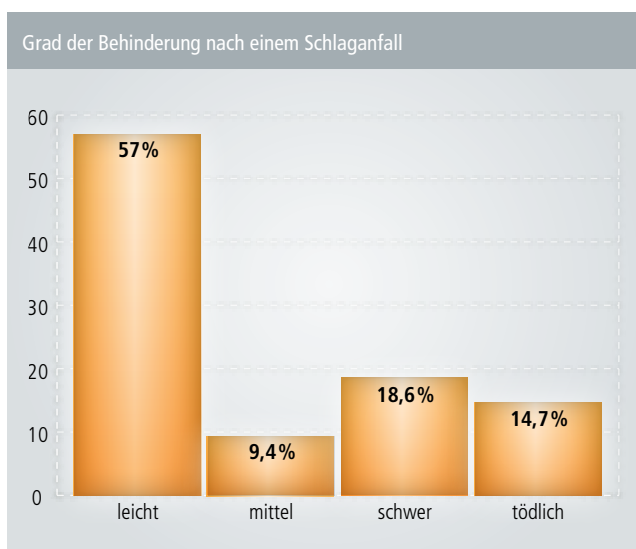
Wenn das Temperaturempfinden ebenfalls betroffen ist, besteht die Gefahr, dass sich die Patienten Verbrennungen oder Verbrühungen zuziehen, ohne dies zu bemerken. Die Heilungsvorgänge sind ebenfalls gestört, Wunden verheilen nur schlecht und langsam.

Wenn der Schlaganfall den Hinterhauptslappen des Gehirns betrifft, kann es zu Halbseitensehstörungen kommen. Da auch die Weiterleitung der Seheindrücke im Gehirn gekreuzt abläuft, führt die Schädigung des linken Hinterhauptslappens zu einem Ausfall des rechten Gesichtsfeldes. Die Patienten sehen nun nicht etwa die betroffene Seite als schwarze Fläche, sondern sie sehen in diesem Bereich einfach nichts, können ihn nicht wahrnehmen.

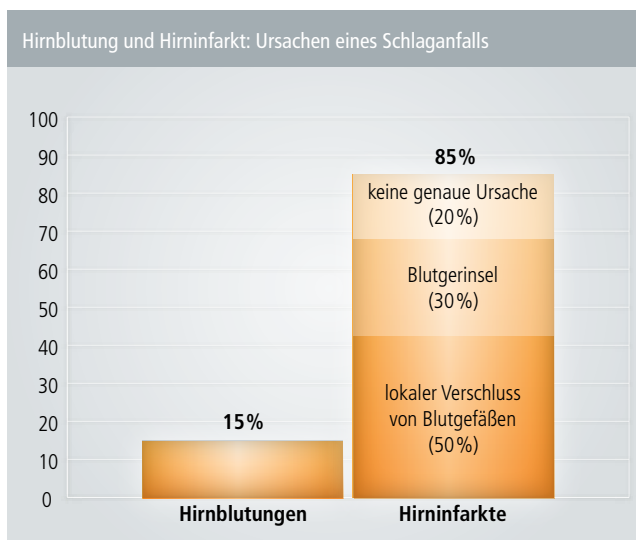
Dies ist beim sogenannten Neglect, der insbesondere nach Schädigung der rechten Hirnhälfte auftreten kann, anders. **Beim Neglect ist der Patient sehr wohl in der Lage, die betroffene Seite zu sehen, er ist jedoch nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage, seine Aufmerksamkeit auf diese Seite zu lenken.** Dies führt unter anderem zu einer Vernachlässigung der betroffenen Körperhälfte.

Der betroffene Arm wird beispielsweise nicht eingesetzt, auch wenn der Patient eigentlich in der Lage wäre, ihn willkürlich zu bewegen.

Ein Neglect wirkt sich daher ungünstig auf die Funktionserholung der gelähmten Seite aus. Auch der entsprechenden Raumhälfte wird nicht genügend Beachtung geschenkt; beim Rollstuhlfahren werden Gegenstände, die sich auf der vom Neglect betroffenen Seite befinden, ignoriert und oft angefahren.



Die Läsion der rechten Hirnhälfte kann zudem zur Unfähigkeit führen, Abstände, Winkel oder Geschwindigkeiten zu schätzen. Derart betroffene Patienten haben Schwierigkeiten, gezielt nach Gegenständen zu greifen oder aber auch Gegenstände in einer bestimmten Beziehung zueinander abzulegen. Sie schaffen es zum Beispiel nicht, den Telefonhörer richtig auf die Gabel zu legen. Das Zimmer eines solchen Patienten ist häufig durch bemerkenswerte Unordnung gekennzeichnet. Schon allein das Anziehen eines Pullovers stellt ein unlösbares Problem dar, da es den Patienten nicht möglich ist, den Pullover so zurechtzulegen, dass er nach dem Über-Den-Kopf-Ziehen tatsächlich richtig ange-



zogen ist. Die Schädigung der linken Hirnhälfte kann neben der Halbseitenlähmung rechts zu Sprachstörungen, der Aphasie, führen. Ausprägung und Art der Aphasie sind vielgestaltig.

Ein Teil der Patienten weist eine Störung der Sprachproduktion auf, während das Sprachverständnis sowohl des gesprochenen als auch des geschriebenen Wortes relativ gut erhalten sein kann. Diese Patienten sprechen meist sehr wenig und abgehackt.

Computer unterstützen den Therapieprozess.



Die Worte werden wie im Telegrammstil ohne Beachtung grammatikalischer Regeln aneinandergesetzt. Eine andere Form der Aphasie führt zur Störung des Sprachverständnisses bei gleichzeitig flüssiger, jedoch gestörter Sprachproduktion. Oft kommt es zu Wortverwechslungen oder zur Verwendung falscher oder neu kreierter Worte ohne kommunikativen Wert. Dies kann soweit gehen, dass die Patienten völlig ungebremst erzählen, die Sätze jedoch absolut keinen Sinn ergeben. Es ist oft sehr schwer, mit diesen Patienten zu kommunizieren, da sie weder den Gesprächspartner verstehen noch sich selbst verständlich machen können.

Apraxie: zielgerichtete Handlungen sind nicht mehr möglich

Ein weiteres mögliches Symptom der Schädigung der linken Hirnhälfte ist die Apraxie. Patienten mit Apraxie können aus der Form eines Gegenstandes nicht mehr seine Funktion ableiten. Dies führt zu falschem Gebrauch der Gegenstände. Ein harmloser Effekt ist noch, dass versucht wird, mit der Gabel ein Brötchen zu schmieren. Gravierendere Folgen kann jedoch der Versuch haben, sich mit dem Rasiermesser die Zähne zu putzen.

Schlaganfall – die ersten 3 Stunden zählen!

Jeder Schlaganfall ist ein absoluter medizinischer Notfall und bedarf der sofortigen Einweisung in ein möglichst auf die Behandlung des Schlaganfalles spezialisiertes Akutkrankenhaus!

Dies umso mehr, da wir heute die Möglichkeit haben, Blutgerinnsel, die ein hirnversorgendes Blutgefäß verstopfen, über einen bis zu diesem Gerinnsel vorgeschobenen Katheter aufzulösen (lokale Lyse). Im günstigsten Fall lassen sich dadurch die Folgen eines Schlaganfalles nahezu vollständig verhindern.

Allerdings bleiben vom Auftreten der Symptome bis zur Lyse nur drei Stunden Zeit.

Auch wenn sich die Möglichkeit der Lyse nicht mehr ergibt, ist eine sofortige Diagnostik und qualifizierte Akuttherapie absolut notwendig. **Die ersten Stunden nach einem Schlaganfall sind entscheidend für die Ausprägung der funktionellen Folgen.** In dieser Zeit müssen Parameter wie Blutdruck, Blutzucker und Elektrolyte (wie zum Beispiel Natrium und Kalium) streng kontrolliert werden. Bei ausgedehnten Defekten, die mit Bewusstseinsstörungen einhergehen, ist eine künstliche Beatmung zur Sicherung der Sauerstoffversorgung des Gehirns notwendig. **Zusätzlich muss der Hirndruck überwacht werden.** So kann ein großer Hirninfarkt aufgrund einer Flüssigkeitsansammlung im Hirngewebe (Ödem) zu einer erheblichen Hirnschwellung mit Anstieg des Hirndruckes führen.

Ein erhöhter Hirndruck führt zum Absterben des Hirngewebes und muss unbedingt vermieden werden. Eine Hirnblutung muss ab einer bestimmten Größe operativ entlastet werden, da sie sonst ebenfalls lebensbedrohlich werden könnte.

Neben der Beherrschung der Akutsituation muss die behandelnde Klinik eine genaue Diagnostik der Schlaganfallursache durchführen. Von dieser hängt das weitere Vorgehen hinsichtlich der Sekundärprophylaxe, der Verhinderung weiterer Schlaganfälle, ab. In einer gut organisierten, sogenannten „stroke unit“, können die notwendigen Maßnahmen innerhalb von zirka fünf Tagen durchgeführt werden.

Für die meisten Patienten kommt der Schlaganfall aus heiterem Himmel. Doch häufig kündigt er sich durch vorübergehende, oft nur wenige Minuten anhaltende Symptome an. Dieser vorübergehende Zustand wird als **transitorische ischämische Attacke (TIA)** bezeichnet und ist ein wichtiges Warnsignal.

Das höchste Schlaganfallrisiko besteht innerhalb der ersten drei Monate nach einer TIA. Häufige Symptome der TIA sind vorübergehende, meist schmerzlose Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen oder auch Sehstörungen bis hin zur vorübergehenden Erblindung auf einem Auge. Eine TIA zwingt zu einer gründlichen Diagnostik, um eventuell einen Schlaganfall verhindern zu können.

Da auch die Handlungsplanung gestört ist, können normale Alltagshandlungen, wie Waschen und Anziehen nicht mehr alleine durchgeführt werden. Die Patienten bleiben in der Handlung stecken und bringen sie nicht zu Ende. Auch das Nachahmen bestimmter Gesten ist Patienten mit einer Apraxie nicht möglich. Nicht selten treten Aphasie und Apraxie kombiniert auf, was zu einer erheblichen Verschlechterung der Kommunikationsfähigkeit führt, da neben der Sprachstörung auch noch die Kommunikation über Gestik gestört ist.

Gedächtnis und Orientierung sind gestört

Eine häufige Folge eines Schlaganfalles sind Gedächtnisstörungen. Sie können nach Schädigung sowohl der rechten als auch der linken Hirnhälfte auftreten. Dabei ist vor allem das Kurzzeitgedächtnis betroffen. Die Patienten sind nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, neue Gedächtnisinhalte zu bilden, während länger zurückliegende Ereignisse gut erinnert werden. Dementsprechend vergessen sie Termine, wissen nicht mehr, wo sie etwas abgelegt haben und haben Probleme mit der zeitlichen Orientierung.

Die Schädigung des Kleinhirnes führt zu Koordinationsstörungen, Schwindel und kann Störungen der Augenbewegungen hervorrufen. Die Bewegungen der Extremitäten wirken fahrig, ungeordnet und sind von einem Zittern (Tremor) begleitet. Wenn auch die Muskeln des Sprechapparates von der Koordinationsstörung betroffen sind, kann die Sprache sehr undeutlich bis nicht mehr verständlich werden.

Im Hirnstamm befindet sich eine Vielzahl von Regulationszentren, die unsere vegetativen Funktionen wie zum Beispiel Atmung und Herz-Kreislauf-System steuern. Auch die sogenannten Hirnnervenkerne sind im Hirnstamm lokalisiert. Zusätzlich ziehen alle Leitungsbahnen, die das Gehirn mit den jeweiligen Zielorganen im Körper verbinden, durch den Hirnstamm. Diese Strukturen müssen auf relativ engem Raum Platz finden. Dementsprechend können Schädigungen, die den Hirnstamm betreffen, verheerende Folgen haben. So können Lähmungen sowohl aller Extremitäten als auch des Schluck- und Sprechapparates auftreten. Infarkte des Hirnstammes, die die vegetativen Regulationszentren betreffen, sind häufig lebensbedrohlich.

Risikofaktoren

Der wichtigste Risikofaktor sowohl für den Hirninfarkt als auch für die Hirnblutung ist der erhöhte Blutdruck (Hypertonus). Ein systolischer Blutdruck (erster Wert) von >150 mm Quecksilbersäule (Hg) erhöht das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden um das Achtfache. Eine Minderung des systolischen Blutdruckes um lediglich 10-12 mm Hg reduziert die Schlaganfallhäufigkeit bereits um 38%.

Weitere wesentliche Risikofaktoren sind die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), das Rauchen, Fettstoffwechselstörungen und Herzrhythmusstörungen. Nicht selten treten diese Risikofaktoren kombiniert auf, was zu einer erheblichen Steigerung des Schlaganfallrisikos führt.

Risikofaktor Nummer 1: der erhöhte Blutdruck



Prophylaxe

Neben der Beeinflussung der genannten Risikofaktoren stehen uns für die Sekundärprophylaxe sogenannte Thrombozytenaggregationshemmer zur Verfügung. Diese hemmen die Fähigkeit der Thrombozyten (Blutplättchen) miteinander zu verkleben und Blutgerinnsel zu bilden. Es sind drei verschiedene Substanzen verfügbar: Acetylsalizylsäure (ASS), Aggrenox® (Kombination Acetylsalicylsäure und Dipyridamol) und Clopidogrel. Am häufigsten wird ASS eingesetzt.

Sollte eine Herzrhythmusstörung mit Vorhofflimmern vorliegen, die nachweislich zu einer Thrombenbildung im Herzen führt, so ist die Gabe von Medikamenten angezeigt, die die Blutgerinnung reduzieren. Hierzu zählen zum Beispiel Falithrom® oder Marcumar®. Wenn eine Verengung der Halsschlagader von >70% vorliegt und diese bereits neurologische Symptome verursacht hat (TIA oder Schlaganfall), ist eine Gefäßoperation zu empfehlen.

Ein Schlaganfall ist also nicht nur ein schicksalhaftes Ereignis, man kann in der Vorbeugung vieles selber tun. Regelmäßige Kontrollen und ggf. diätetische oder medikamentöse Therapien eines Bluthochdrucks, einer Zuckerkrankheit, einer Erhöhung der Cholesterin- beziehungsweise Harnsäurewerte sind wichtige Bausteine einer eigenverantwortlichen Schlaganfallvorbeugung.

Dr. Hartwig Woldag
Leitender Oberarzt

Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig



Zurück ins selbstbestimmte Leben

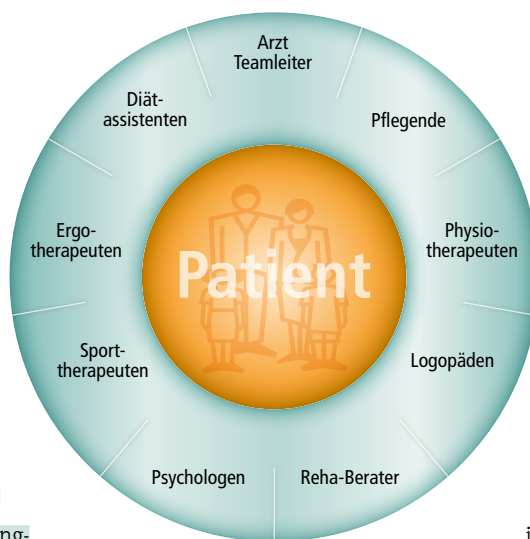
Rehabilitation

Nach der Akutbehandlung sollte möglichst rasch die Rehabilitation der erlittenen Funktionsstörungen erfolgen. In Deutschland existieren eine Reihe hochspezialisierter Rehabilitationskliniken wie das Neurologische Rehabilitationszentrum Leipzig (NRZ Leipzig) oder die Brandenburg Klinik in Bernau bei Berlin. Ziel der Rehabilitation ist die Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit und/oder Selbsthilfefähigkeit.

Dieses Ziel geht von einem ganzheitlichen Konzept des Menschen als bio-psycho-sozialer Einheit aus. Die übergeordnete Grundlage der neurologischen Rehabilitation bildet die enorme Plastizität des Gehirns. Im Gegensatz zu der lange Zeit angenommenen Unverrückbarkeit neuronaler Verschaltungen, ist das Gehirn in hohem Maße befähigt, sich auf veränderte Bedingungen, seien es Umweltbedingungen oder krankheitsbedingte Veränderungen, durch funktionelle, plastische Anpassungsvorgänge einzustellen. Unser Wissen über diese Prozesse hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Ein wesentliches Ziel der praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeit am NRZ Leipzig und an der Brandenburg Klinik besteht darin, diese Erkenntnisse für die Rehabilitation neurologisch erkrankter Patienten nutzbar zu machen.

Die neurologische Rehabilitation ist in Deutschland nach einem Phasenmodell organisiert. Die Phase A entspricht dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus. Die Schwere der Erkrankung beziehungsweise die notwendigen medizinischen und therapeutischen Maßnahmen bestimmen die Aufnahme auf eine Station der Phase B, C oder D.

Schwer betroffene Menschen, die zum Beispiel eine erhebliche Störung von Wachheit und Bewusstsein erlitten haben, werden auf einer Phase B Station aufgenommen. Hier werden intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeiten vorgehalten und die beteiligten Berufsgruppen sind im Umgang mit Trachealkanülen, Ernährungssonden, Orientierungsstörungen, Störungen der Sprache und des Sprechens erfahren. Rehabilitanden, die diese Umgebung nicht mehr benötigen, aber noch deutlich von einer Selbstständigkeit im Alltag entfernt sind, können auf einer Station der Phase C aufgenommen werden.



In beiden Phasen sind die Therapeuten im NRZ Leipzig und in der Brandenburg Klinik fest den jeweiligen Stationen zugeordnet. In der Phase D sind die Rehabilitanden dann zum größten Teil im Alltag selbstständig, es bestehen jedoch noch Fähigkeitsstörungen, die sie zum Beispiel von einer Rückkehr in den Beruf abhalten. In dieser Phase sind dann auch zunehmend Gruppentherapien sinnvoll, die in der Regel zentral organisiert sind, das heißt, die Rehabilitanden arbeiten im Laufe eines Tages ihren Therapieplan ab.

Sowohl das NRZ Leipzig als auch die Brandenburg Klinik sind in der Lage, ihren Rehabilitanden diese drei Phasen der neurologischen Rehabilitation anzubieten, so dass bei einem „Phasenwechsel“ kein erneuter Klinikwechsel stattfinden muss und die Rehabilitanden in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Das therapeutische Team der neurologischen Rehabilitation besteht aus Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und Sozialarbeitern, sowie Heilpädagogen, Musiktherapeuten, Sporttherapeuten und Medizinischen Bademeistern/Masseuren.

Einen großen Stellenwert nimmt zudem die therapeutische Pflege (siehe nachfolgender Artikel) ein. Durch den behandelnden Arzt werden anhand der Untersuchungsbefunde, die insbesondere auf Art und Grad der Funktionsstörungen ausgerichtet sind, das Rehabilitationsziel und die dafür notwendige therapeutische Strategie festgelegt. Ihm obliegen die Überwachung und die Anpassung dieser Strategien in enger Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team. Es ist inzwischen wissenschaftlich gut belegt, dass eine Reihe von Medikamenten Vorgänge der Plastizität des Gehirns fördern, aber auch stören können.

Es gibt jedoch einige Grundprinzipien, die für Lernvorgänge allgemein gültig sind und die wir versuchen, in allen Therapien zu berücksichtigen.

- 1. Das repetitive Element:** Repetition – Wiederholung – ist eine der wichtigsten Voraussetzung, um überhaupt Lernprozesse in Gang zu setzen. Für die Rehabilitanden ist es gelegentlich schwer einzusehen, wenn gewisse Übungen immer wiederholt werden. Dies ist jedoch notwendige Bedingung für das Erzielen eines stabilen Therapieerfolges.
- 2. Aktives Üben:** Insbesondere für den Bereich der Motorik gilt, dass einem Therapieerfolge nicht geschenkt werden, man muss sie sich erarbeiten. Alle passiven Therapien haben nur dann eine Berechtigung, wenn sie die Voraussetzungen zur Teilnahme an aktiven Therapien schaffen.
- 3. „Shaping“:** Unter „Shaping“ versteht man das ständige Üben an der Leistungsgrenze. Wenn man in diesem Intensitätsbereich trainiert, erzielt man die effektivsten Verbesserungen von Funktionsstörungen.
- 4. Alltagsnahes, aufgabenbezogenes Üben:** Wenn eine definierte Fähigkeitsstörung, zum Beispiel eine Einschränkung der Gangstrecke, vorliegt und diese im Rahmen der Rehabi-

tation gebessert werden soll, so ist es sinnvoll, diese auch zu trainieren und nicht andere Fähigkeiten.

- 5. Frühzeitiger Hilfsmiteleinsetz:** Durch gezielten Hilfsmiteleinsetz sollte versucht werden, aktives Üben so früh und so intensiv wie möglich zu gewährleisten.

Sollten die Rehabilitanden nicht in ihr angestammtes Umfeld zurückkehren können oder sind sozialrechtliche Fragen zu klären (Pflegestufe, Schwerbehindertenausweis), so steht unser Sozialdienst zur Verfügung. Kompetente Sozialarbeiter beraten zu rechtlichen Fragen und unterstützen bei der Wahl beziehungsweise Gestaltung des richtigen neuen Wohnumfeldes (Hilfsmittelversorgung, ambulanter Pflegedienst etc.).

Prof. Dr. med. habil. Horst Hummelsheim

*CA und Ärztliche Leitung
Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig*



Dr. med. Michael Jöbges

*CA Neurologische Frührehabilitation und Ärztliche Leitung
Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin*



Die therapeutische Pflege

Ins NRZ Leipzig und in die Brandenburg Klinik kommen Patienten mit neurologischen Erkrankungen nach ihrem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Phase A). Hier betreuen wir Menschen, die auf umfassende pflegerische Hilfe angewiesen sind (Phase B und C), weil sie unter schwerwiegenden Lähmungen, Gangstörungen, Sprach-, Sprech-, und Schluckstörungen oder unter Störungen des Bewusstseins oder der Orientierung leiden.

Unser Ziel ist, den Rehabilitanden ins bewusste Leben zurück zu holen und eine Grundlage für eine weitere kooperative Mitarbeit am Rehabilitationsprozess zu schaffen. Im Unterschied zum Akutkrankenhaus besteht der Arbeitsalltag nicht nur aus Maßnahmen der medizinischen Versorgung, sondern schließt auch zahlreiche Elemente der therapeutischen Pflege ein. Darüber hinaus arbeitet die Pflege als Teil eines multiprofessionellen Teams. Die Teammitglieder sind jeweils einer Station fest zugeordnet und arbeiten aufeinander abgestimmt.

Eine patientenzentrierte und zugewandte Pflege fördert den Genesungsprozess



Wir gewährleisten eine effektive und sinnvolle Zusammenarbeit im ganzen Team durch tägliche Übergabebesprechungen und wöchentliche Teambesprechungen sowie regelmäßige Stationsvisiten. Zu Beginn seines Aufenthaltes wird der Rehabilitand durch

Teambesprechung



den Stationsarzt und ein Mitglied des Pflegeteams aufgenommen, die Mitglieder des Stationsteams, die Räumlichkeiten, die Abläufe und therapeutischen Angebote werden vorgestellt.

Persönliche Daten werden erfasst, Vitalfunktionen gemessen (Blutdruck, Puls, Körpertemperatur, Körpergewicht), der Hautzustand dokumentiert, die Pflegedokumentation wird angelegt. Dann erfolgt die Aufnahme durch das therapeutische Team.

Zusammen mit dem Betroffenen legen wir dann die Rehabilitationsziele und ein individuell auf ihn abgestimmtes Therapieprogramm fest. Die therapeutische Pflege ist ein wichtiger Baustein dieses Therapieprogramms. Unser übergeordnetes Ziel ist die Wiedererlangung größtmöglicher Selbständigkeit in den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

In folgenden Teilbereichen bringen wir uns in Phase B aktiv ein:

- die Mobilität und Belastbarkeit steigern, zum Beispiel durch zunehmende Mobilisation in den Rollstuhl
- Aufbau von Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, zum Beispiel durch Trainieren des Ja/Nein-Codes oder Anwendung einer Buchstabentafel
- ggf. Mitarbeit bei der Entwöhnung von der Trachealkanüle
- Aufbau der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme durch Ess-training
- Ausbau der Selbständigkeit beim Waschen und Anziehen durch gezieltes Training
- Erlernen der Vor- und Zubereitung der Nahrung, zum Beispiel durch Unterweisung im Einsatz von Hilfsmitteln
- Verbesserung der Kontinenz, zum Beispiel durch Toiletten-training
- Ausbau der kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, zum Beispiel durch Gedächtnis- und Wahrnehmungstraining

- Integrierung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess, zum Beispiel durch Miteinbeziehung der Angehörigen in die Pflege im Rahmen von Pflegetagen
- Hilfe bei der Krankheitsbewältigung durch stützende Gespräche

Während eines Aufenthaltes auf einer Phase C- beziehungsweise postprimären Station können dann zusätzliche Teilziele gesetzt werden:

- Selbständigkeit in der Körperpflege, zum Beispiel durch erweitertes Wasch- und Anziehtraining
- selbständige Vor- und Zubereitung der Nahrung, zum Beispiel in der „Frühstücksgruppe“
- vollständige Kontinenz beider Qualitäten
- selbständiger Transfer in den Rollstuhl und selbständige Fortbewegung mit dem Rollstuhl, zum Beispiel durch Transfer-training und Rollstuhltraining

Verbesserung der Bewegungsfunktionen in der Physiotherapie



- Verbesserung der Gangsicherheit, zum Beispiel mit Hilfe eines Rollators und Begleitung der Rehabilitanden zum Essen
- Unterstützung bei der Entlassungsvorbereitung, zum Beispiel durch Beratung der Angehörigen

Um all diesen Zielen gerecht werden zu können, müssen wir umfangreiche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben, diese anwenden können und uns ständig weiterbilden. Der Beruf einer Pflegekraft im Bereich der Rehabilitation ist also keinesfalls durch Routine und Monotonie geprägt, sondern fordert von uns eine große Flexibilität und Einsatzbereitschaft. Motiviert werden wir durch Erfolge unserer Rehabilitanden und positive Rückmeldungen der Angehörigen.

Nadine Collowino
Abteilungsschwester

Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin



Das Therapieangebot der Brandenburg Klinik

Sprachtherapie bei Aphasie

Das Aufgabengebiet von Sprachtherapeuten umfasst neben den Sprachstörungen auch Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Dabei ist bei allen Störungsbildern eine exakte und ausführliche Diagnostik und die daraus resultierende, auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Therapie, für die Behandlung ausschlaggebend.

Im Zentrum jeder therapeutischen Intervention steht der Patient nicht nur als erkrankter Mensch; sein persönliches soziales Umfeld, seine Angehörigen und seine individuellen Ziele und Wünsche an die gesamte Rehabilitationsmaßnahme und hier im speziellen an die Sprachtherapie werden bedacht.

Was sind Sprachstörungen?

Der Fachbegriff für eine Sprachstörung ist „Aphasie“. Er kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Sprachverlust“. Viele Patienten mit einer Schädigung des Sprachzentrums, welches sich bei rechtehändigen Personen zumeist in der linken Hirnhälfte befindet, sind in der Akutphase tatsächlich „ohne Sprache“. Bei einem Drittel der Patienten bilden sich die sprachlichen Defizite in den ersten Tagen und Wochen zurück. Nach sechs Wochen schließt sich die postakute Phase an. Die meisten unserer Patienten kommen am Ende der akuten und beginnenden postakuten Phase zur Rehabilitation. Eine effektive Diagnostik ist nun richtungweisend für eine gezielte Arbeit an den sprachlichen Defiziten. Je nach Schweregrad und unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes des Patienten können verschiedene Testverfahren zur genauen Überprüfung der Sprachstörung durchgeführt werden. Sie dienen der korrekten Einschätzung der Kommunikationsstörung und bilden die Basis für eine angemessene Therapie. Es soll festgestellt werden, inwiefern die vier Modalitäten (Bereiche) der Sprache gestört sind: Sprechen, Verstehen, Schreiben und Lesen.

Eine Aphasie ist keine:

- Störung des Denkens oder Intelligenzminderung
- Verwirrtheit oder geistige Behinderung
- Gedächtnisproblem
- Hörstörung



Die Sprachtherapeuten gehen gezielt auf die sprachlichen Defizite des Patienten ein.

Die vier Modalitäten von Sprache: Sprechen, Verstehen, Schreiben, Lesen

Eine gestörte Sprechweise wird von den Kommunikationspartnern des Patienten am prägnantesten wahrgenommen. Eine Störung des Sprechens kann sich in völliger Sprachlosigkeit aber auch durch eine überschießende, zum Teil entstellte Sprechweise darstellen. Manchmal benutzt der Patient Wörter, die nicht zur Situation oder zum Kontext passen. Oder aber die einzelnen Wörter sind so entstellt, dass man nicht erkennen kann, was einem der Sprachgestörte mitteilen möchte. Das ständige Wiederholen nur eines Wortes oder einer Silbe (zum Beispiel „ich, ich, ich“ oder „da, da, da“) ist ebenfalls ein häufiges Symptom von schweren Sprachstörungen.

Die Beeinträchtigung des Verstehens von gesprochener Sprache ist oft nicht auf den ersten Blick erkennbar und für Angehörige am schwersten nachzuvollziehen. Daher wird dieses Symptom einer Sprachstörung in der Schwere und Bedeutung für ein Gespräch häufig unterschätzt.



Verbesserung der Bewegungsfunktionen in der Physiotherapie

Zu diesem Thema werden in unseren Angehörigengruppen die meisten Fragen gestellt: „Wieso antwortet mir mein Mann nicht, wenn ich ihn frage, ob er ein Stück Kuchen möchte?“, „Warum schüttelt meine Frau den Kopf, wenn ich von zu Hause erzähle?“ Häufig werden die verbalen und auch nonverbalen Reaktionen (Kopfschütteln, Schweigen) der Patienten als Ablehnung gedeutet. Dabei hat der Patient die Frage vielleicht nicht verstanden, weil durch die Hirnschädigung die Fähigkeit verloren gegangen ist, die Bedeutung beziehungsweise den Sinn von Wörtern oder Sätzen zu erfassen.

Lesen und Schreiben können, ähnlich wie das Sprechen und Verstehen, gestört sein. Dem Patienten ist es zum Beispiel nicht mehr möglich, den Buchstaben „a“ oder das Wort „Bett“ zu lesen oder selber zu schreiben. Wenn alle vier Modalitäten der Sprache betroffen sind, spricht man von einer sprachsystematischen Störung – einer Aphasie. Dabei können diese Modalitäten

Tipps und Regeln für den Umgang mit dem aphasischen Patienten:

- Aphasische Personen sind keine Kinder – Sie sprechen mit einem Erwachsenen
- Benehmen Sie sich normal
- Sprechen Sie in kurzen, einfachen Sätzen
- Sprechen Sie nicht lauter
- Halten Sie beim Gespräch Blickkontakt
- Unterstützen Sie Ihre Worte durch Gesten
- Unterbrechen Sie den Patienten nicht, beziehungsweise nehmen ihm nicht das „Wort“ weg
- Sprechen Sie nicht für den Patienten
- Korrigieren Sie nicht
- Regen Sie den Aphasiker zum Sprechen an
- Vermeiden Sie Hintergrundgeräusche

unterschiedlich stark betroffen sein. Wichtig ist ein frühzeitiges und hochfrequentes Einsetzen der Therapie.

Einzel- und Gruppentherapien

In den täglich stattfindenden Einzeltherapien gehen die Sprachtherapeuten gezielt auf die sprachlichen Defizite des Patienten ein. Es wird systematisch an den Symptomen der Sprachstörung gearbeitet: Zum Beispiel werden bei Verständnisstörungen von gesprochenen oder geschriebenen Wörtern seitens des Patienten Übungen angeboten, in denen der Rehabilitand den gehörten Lautfolgen (zum Beispiel B-R-O-T = Brot) wieder eine, beziehungsweise die richtige Bedeutung zuordnen lernt. In einigen Fällen ist es Patienten leider nicht mehr möglich, die vor der Er-

Weitere Therapien in der Neurologischen Rehabilitation

In der Brandenburg Klinik und im Neurologischen Rehabilitationszentrum Leipzig steht der kranke Mensch als aktiv Handelnder im Mittelpunkt. Im Vordergrund stehen aktivierende und motivierende Therapiemethoden. Diese dienen dem Ziel, die funktionellen Beeinträchtigungen der Rehabilitanden und deren Auswirkungen auf Alltag und Beruf zu beseitigen oder zu mindern.

Neben der ärztlichen Behandlung, der pflegetherapeutischen Betreuung und der detailliert vorgestellten Logopädie, existieren nachfolgend beschrieben folgende Therapieangebote:

● Krankengymnastik/Physiotherapie

In der physiotherapeutischen Behandlung liegt der Schwerpunkt auf der Verbesserung der Bewegungsfunktion bei Lähmungen, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen. Neben Einzeltherapien kommen wenn möglich motivierende Gruppentherapien zum Einsatz. Unter Einsatz von Hilfsmitteln wird eine möglichst rasche Mobilisierung der Rehabilitanden angestrebt, um im Verlauf der Rehabilitation ein größtmögliches Ausmaß an Mobilität zu erreichen. Ein wichtiger Bestandteil dieser Therapieprogramme ist ggf. das Laufbandtraining.

● Ergotherapie

In der Ergotherapie stehen bei bewusstseinsgeminderten Rehabilitanden eine Verbesserung der Wachheit und eine beginnende Kontaktaufnahme im Zentrum der therapeutischen Bemühungen. Des Weiteren soll durch den Einsatz ergotherapeutischer Verfahren zusammen mit den Rehabilitanden eine möglichst große Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens erarbeitet werden (zum Beispiel Waschen, Kleiden, Nahrungsaufnahme).

Außerdem liegt ein Behandlungsschwerpunkt der Ergotherapie in der Funktionsanbahnung beziehungsweise im Funktionsausbau einer ggf. gelähmten oberen Gliedmaße (Hand und Arm). Auch

krankung erworbenen sprachlichen Fähigkeiten zu regenerieren. Hier müssen rechtzeitig kompensatorische Maßnahmen wie beispielsweise ein Kommunikationsbuch oder ein Schreibgerät zum Einsatz kommen. Ein wichtiger Bestandteil unseres sprachtherapeutischen Konzepts sind Gruppentherapien. Differenziert nach den verschiedenen Symptomen und deren Schweregrad erhalten die Patienten die Möglichkeit, die Erfolge der Einzeltherapie praktisch anzuwenden.

Aphasie-Station: Kommunikation fördern und stützen

Ein besonderes Angebot sind die Aphasiestationen in der Neurologischen Abteilung der Brandenburg Klinik sowie dem NRZ

hier kommen sowohl einzel- als auch gruppentherapeutische Verfahren zum Tragen, die an den neuesten rehabilitationsneurologischen Erkenntnissen ausgerichtet sind (Stichworte „repetitives Üben“, „Shaping“, etc.).

Sozialdienst

Der Sozialdienst unterstützt die Wiedereingliederung der Rehabilitanden in ihr soziales Umfeld. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten und unterstützen bei sämtlichen Fragen bezüglich der Versorgung im Anschluss an die Rehabilitation. Somit wird für einen reibungslosen Übergang aus der Rehabilitationsklinik entweder in die häusliche Umgebung, eine entsprechende Pflegeeinrichtung oder in eine weitere Therapieeinrichtung gesorgt.

Psychologie

Neuropsychologen erkennen und behandeln Defizite in Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Handlungsplanung etc.. Störungen in diesen Bereichen wirken sich oft ganz erheblich auf den Alltag aus. Zur Therapie kommen unter anderem auch Computergestützte Verfahren zum Einsatz. Weitere Schwerpunkte der Neuropsychologie sind die Angebote zur Unterstützung der Betroffenen und der Angehörigen im Prozess der Krankheitsverarbeitung.

Musiktherapie

Schwer Bewusstseinsgestörten Rehabilitanden sollen durch Unterstützung der Musiktherapeutin eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit ihrem Umfeld geschaffen werden. Darüber hinaus wird auch bei leichter Betroffenen die motivierende Wirkung von Musik zur Erreichung von therapeutischen Zielen zum Einsatz gebracht.

Sporttherapie

Sporttherapie gewinnt einen immer größeren Einfluss in der neurologischen Rehabilitation. Neben einer allgemeinen körperlichen Konditionierung sind ein gezielter Muskelaufbau und eine Verbesserung der Koordinationsleistung ihre vorrangigen Ziele. Fortschritte in diesen Bereichen wirken sich auch unmittelbar positiv auf das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität aus.



Ergotherapie: Mehr Selbständigkeit im Alltag

Leipzig. Hier werden jeweils intensive fachspezifische Therapieprogramme umgesetzt. Patienten mit Sprachstörungen werden nicht nur hochfrequent durch den Sprachtherapeuten in Einzel- und Gruppentherapien gefördert.



Musik als Therapie

Das gesamte Rehabilitationsteam unterstützt und fördert den Patienten bei der Wiederherstellung seiner Kommunikationsfähigkeit. Dazu wurden alle Teammitglieder umfangreich zum Thema Aphasie und Kommunikationsstörung geschult und es finden regelmäßig Weiterbildungen statt.

Durch dieses Wissen über die Ursachen und die Folgen von Sprachstörungen für den Betroffenen und sein soziales Umfeld kann das Personal besser mit dem Kommunikationsverlust der



Beim Korbflechten die Beweglichkeit der Hände trainieren

Patienten umgehen. Dadurch fühlt sich der Patient auf unserer Aphasiestation angenommen und verstanden. Außerdem übernimmt zum Beispiel die Pflege im Stationsalltag das jeweilige sprachtherapeutische Konzept des einzelnen Patienten und hilft somit bei der systematischen Verbesserung und Festigung der sprachlichen Fortschritte. Kommunikative Alltagskompetenz wird gefördert und einem sozialen Rückzugsverhalten nach dem Abschluss der stationären Rehabilitation vorgebaut.

Angehörigenarbeit

Nicht nur die Patienten liegen uns am Herzen: Wir versuchen auch, die Angehörigen bei der Krankheitsverarbeitung und im Verstehen der veränderten sprachlichen Zustände zu unterstützen. Neben Einzelgesprächen finden monatlich Angehörigentreffen statt. Es werden Hintergrundinformationen zu Aphasien vermittelt, Freunde und Familienmitglieder erhalten Tipps und Regeln für den Umgang mit ihren sprachgestörten Angehörigen. Wir vermitteln Adressen von niedergelassenen Sprachtherapeuten und von Selbsthilfegruppen in der Nähe des Wohnortes unserer Patienten und – bei Notwendigkeit und Wunsch – direkt eine Weiterbehandlung an einen Logopäden. Wir möchten den Patienten und seine Angehörigen bestmöglich auf die Zeit nach der Rehabilitation vorbereiten. Ziel unserer Arbeit ist



Sporttherapie: Verbesserung der Koordinationsleistung

nicht nur die Verbesserung beziehungsweise Wiederherstellung der sprachlichen Fähigkeiten, sondern auch die Schaffung von Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Vermittlung von Kommunikationsstrategien für die Gestaltung des persönlichen Alltags unserer Rehabilitanden.

Anett Dittrich

Koordinatorin der Aphasiestation

Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin



Selbsthilfegruppe für Aphasiker

Christian Schwarze kennt das Leiden und die Probleme, die ein Mensch durchlebt, der Aphasiker ist. Herr Schwarze ist selbst Betroffener. Als ehemaliger Patient im NRZ Leipzig hat er dort eine Selbsthilfegruppe für Aphasiker gegründet.

Christian Schwarze ist 66 Jahre alt und verheiratet. Er hat vier Kinder und ist siebenfacher Großvater. Als er im Oktober 2002 mit einer Hirnblutung in die Klinik muss, ist er gerade mal 61 Jahre

alt. „Als Folge des Herzschlags hatte ich unter einer schweren Aphasie zu leiden“, erzählt Herr Schwarze. Die Anschlussheilbehandlung fand im NRZ statt, hier nimmt er seither regelmäßig an ambulanten Therapien teil.

Als Betroffener wollte er seine Erfahrungen mitteilen, anderen Betroffenen im Umgang mit Aphasie helfen. Trotz noch bestehender Aphasie füllt Herr Schwarze ehrenamtlich eine „Tutorenfunktion“ im NRZ aus.



Christian Schwarze (rechts)

Sein Einsatz ist bewundernswert: er sucht Kontakt zu Aphasikern im NRZ, führt motivierende Gruppen durch, in denen über die eigene Erfahrung gesprochen wird, lässt an seinen eigenen Erfahrungen teilhaben und motiviert so manchen Patienten.

Er sucht den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und vermittelt Aphasiker, die noch stationär behandelt werden, an diese Gruppen. Herr Schwarze berät aber auch Angehörige im Umgang mit Aphasikern, oder hält per Email Kontakt zu ehemaligen Patienten.

Die Liste seines Engagements ließe sich fortsetzen...

Für sein eigenes Feedback nimmt er regelmäßig an Tutorenschulungen im Aphasikerzentrum Westsachsen in Stollberg teil. Die einhellige Meinung von Patienten wie Mitarbeitern des NRZ: „Herr Schwarze und sein Engagement sind eine unverzichtbare Hilfe und Bereicherung für die Betroffenen und deren Angehörige.“

Schlaganfallvermeidung

Die richtige Ernährung

Zielführend ist das Motto: „Weniger fett, weniger süß, weniger salzig, mehr Ballaststoffe.“ Der Einfluss der Ernährung auf die Lebenserwartung und Häufigkeit von Herz-Kreislauferkrankungen steht schon seit den 50er Jahren im Mittelpunkt der medizinischen Forschung. („7-Länder-Studie“)

Im Ergebnis der 10 Jahre andauernden Studie wurde festgestellt, dass die Ernährungsweise, die in den Mittelmeerländern – vor allem in Griechenland und Süditalien – Anfang der 60er Jahre vorherrschte, der Arteriosklerose und somit nicht nur Herzerkrankungen, sondern auch Schlaganfällen vorbeugt. Die Lebenserwartung war insgesamt erhöht.

Die mediterranen Essgewohnheiten, vor allem aber die antioxidativ wirkenden Vitamine Provitamin A, Vitamin C und Vitamin E, verhindern die Schädigung der Gefäße und stehen bis heute im Mittelpunkt der Forschung. Sie sind vor allem enthalten in Paprika und Zitronen. Die Vorteile der Mittelmeerküche gehen auf die für sie typische Auswahl und Zusammensetzung ihrer verschiedensten Zutaten zurück:

- reichlich frisches Obst und Gemüse
- Getreide und Getreideprodukte
- Fisch und Meeresfrüchte
- Oliven- und Rapsöl



Provitamin A sowie Vitamin C und E verhindern Gefäßschädigung



Fisch liefert die wichtigen Omega-3-Fettsäuren

Diese Nahrungsmittel verfügen über eine Vielzahl wertvoller Inhaltsstoffe, die die Gesundheit fördern und damit auch die Lebensqualität deutlich erhöhen. Frisches Obst und Gemüse, Hülsenfrüchte, Vollgetreide, Nüsse, Seefisch, Joghurt und Käse sollten täglich auf dem Tisch stehen. Alle Zutaten sollten frisch und möglichst schonend zubereitet sein. Auch reichlich Kräuter und Knoblauch sind erlaubt.

In Meeresfisch sind wertvolle Mineralstoffe wie Jod enthalten. Fisch ist außerdem ein wichtiger Calcium- und Phosphorlieferant. Die fettreichen Fische wie Makrele, Lachs oder Hering enthalten außerdem die wichtigen Omega-3-Fettsäuren. Diese machen die Gefäße elastisch, senken den Blutdruck und verbessern somit die Fließeigenschaften des Blutes.

Sowohl Olivenöl wie auch Rapsöl enthalten Vitamin E und Alpha-Linolensäure, die nützlich gegen Gerinnselbildung sind. Zentraler Punkt ist die Verwendung von Rapsöl, Olivenöl und Margarinen aus Rapsöl, anstelle von herkömmlichen Fetten wie Butter oder Sahne. Rapsöl und Olivenöl sind in der Küche vielseitig zu verwenden und für alle Zubereitungsarten gut geeignet. Kaltgepresste Raps- und Olivenöle empfehlen sich für Marinaden und Salatsoßen. Das Ergebnis: Der positive Einfluss der mediterranen Ernährung, für die Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen und Schlaganfällen, ist in den letzten Jahren immer deutlicher geworden.

Sandra Krieblin

Leitende Diät-Assistentin

Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin

Qualitätsmanagement in den Michels Kliniken

Zufriedene Patienten und Mitarbeiter

„Der Kunde ist König“ – diesen Spruch kennt „Hänschen“ und „Hans“ weiß: Ohne entsprechende Qualität und einen hervorragenden Service kommt er nicht weit. Diese Parameter – Qualität und Service – gelten auch, wenn vom Qualitätsmanagement im Krankenhaus die Rede ist: Nicht nur um die Verbesserung einer medizinischen Einzelleistung geht es. Der Schwerpunkt liegt auf einer kundenorientierten Darlegung und Optimierung der ineinandergreifenden Prozesse: Eine Leistungsverbesserung – und damit erhöhte Kunden(Patienten)zufriedenheit – ist das Ziel.



Synchronisierte Abläufe

Boston 1914: Ernst A. Codman analysiert die Resultate chirurgischer Operationen und identifiziert daraus die heute noch aktuellen Faktoren der Qualitätsförderung.

WHO Programm 1984: „Gesundheit für alle“. Nach Vorstellung der WHO sollen bis zum Jahr 1990 alle Mitgliedstaaten über effektive Verfahren zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung verfügen.

Deutschland seit 1993: Gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach dem Sozialgesetzbuch V. Diese gewinnt durch die GKV Gesundheitsreform 2000 und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2003 zunehmend an Bedeutung. War es zunächst nur ein Thema in

In der Medizin ist die Diskussion zum Thema Qualitätsverbesserung nicht neu::

London um 1860: Florence Nightingale legt die Grundlagen der Qualitätssicherung durch systematischen Aufbau von Krankenhausstatistiken, mit denen Unterschiede in der Mortalität zwischen Kliniken erkennbar und Ursachenforschung betrieben werden kann.

USA 1910: Abraham Flexner entwickelt ein Struktur-Analyse-Programm zur Anwendung in Krankenhäusern und veröffentlicht einen Bericht über die schlechte Qualität der medizinischen Ausbildung in den USA. Daraufhin werden 60 der 155 medizinischen Fakultäten geschlossen und die Ausbildung der Mediziner reformiert.



Bereits zertifiziert: Das Neurologische Rehabilitationszentrum Leipzig

den Kliniken und im Altenpflegebereich, so ist es nun auch für die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ein wichtiger Aspekt bei der Praxisausrichtung. So formulieren aktuell Kostenträger Forderungen nach einem QM-System und einer abschließenden Zertifizierung (Bestätigung der Abläufe auf Normenkonformität durch eine unabhängige Zertifizierungsgesellschaft), wenn es um den Abschluss individueller Verträge im Bereich der integrierten Versorgung geht. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Zertifizierung ist eben die Existenz eines systematischen Qualitätsmanagements.

Zur Einführung und Organisation eines solchen QM-Systems bedarf es einer Kommission, eines Teams, das die Aufgabe hat, Verbesserungspotenziale für Patienten und Mitarbeiter freizusetzen.



Herzog-Julius Klinik in Bad Harzburg: Zertifizierung bis Mitte 2008

Vereint in einem solchen QM-Team sind das notwendige Fachwissen und die unterschiedlichen Perspektiven der Mitarbeiter. Alle Mitglieder sind gleichberechtigt. Sie gestalten die Qualitätspolitik, -entwicklung und -sicherung verantwortlich mit, beraten die Krankenhaus-Leitung hinsichtlich der Qualität von Struktur, Prozessen und Ergebnissen. Die Vorbereitung auf eine Zertifizierung des Krankenhauses wird ebenfalls von der Qualitätskommission unterstützt.

Michels Kliniken bis Mitte 2008 zertifiziert

Die Michels Kliniken an allen fünf Standorten in Deutschland werden in naher Zukunft zertifiziert sein. Die Sachsenklinik hat diesen Weg bereits beschritten: Anfang 2005 entschied die Geschäftsführung der Sachsenklinik in den drei Betriebsstätten, Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig (NRZ), Tagesklinik Leipzig (TK) und Sachsenklinik Bad Lausick (SAK), ein strukturiertes Qualitätsmanagement-System einzuführen. Mit diesem Beschluss wurde den Vorgaben des Sozialgesetzbuches IX § 20 Absatz 2 Rechnung getragen, der von den Leistungserbringern die Einführung eines QM-Systems verlangt. Als Maßstab dienen die DIN EN ISO 9001:2000 und die Qualitätsgrundsätze der DEGEMED. Im August 2005 wurden die Mitarbeiter des NRZ



Mitten im Prozess: Die Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin

über das Projekt informiert, Mitte Dezember 2005 fand eine Informationsveranstaltung in der Sachsenklinik statt. In den folgenden Monaten bis April 2007 wurden die Geschäftsführung, die Klinikleitung und die Mitglieder der Qualitätsmanagement-Teams des NRZ und der SAK im Rahmen mehrerer Workshops auf die Einführung des QM-Systems vorbereitet. Ende April 2007 wurde die Projektarbeit mit dem externen Zertifizierungsaudit durch die Firma EQ-Zert erfolgreich abgeschlossen.



Die Sachsenklinik Bad Lausick: Zertifizierung abgeschlossen

Die Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin (BBK) befindet sich mitten in diesem Prozess und wird voraussichtlich Ende 2007 zertifiziert (ebenfalls nach DIN EN ISO 9001:2000 und den



Nordsee-Klinik Norderney: Zertifizierung bis Mitte 2008

Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED). Das Qualitätsmanagement-Team der BBK besteht aus 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der medizinischen Abteilungen und der Verwaltung. In der Herzog-Julius Klinik in Bad Harzburg sowie der Nordsee-Klinik Norderney mit den Standorten Haus Hanseatic I und II sind die Zertifizierungen bis spätestens Mitte 2008 angestrebt.

Ansprechpartner: Frank Hoffmann
BBK Qualitätsmanagement
hoffmann@brandenburgklinik.de



Portrait

Neue Mitarbeiter

Dipl. med. Waldemar Czosnowski

Chefarzt der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg



Dipl. med. Waldemar Czosnowski, 54, verheiratet und zwei Kinder, wurde in Stettin geboren. Dort studierte er ab 1978 Medizin. Anschließend erfolgte die weitere Ausbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie in der Pommerischen Akademie Stettin als Assistenzarzt. 1981 übersiedelte er nach Deutschland.

1982 begann er die zusätzliche Ausbildung im Fach Orthopädie im Herzogin-Elisabeth-Hospital Braunschweig in der Orthopädischen Abteilung unter Leitung von Prof. Dr. med. Stock. 1984 wurde er Oberarzt der Klinik. Chefarzt der Herzog-Julius-Klinik ist Herr Czosnowski seit dem 1.10.2006. Vorausgegangen waren Hospitationen in den Orthopädischen Abteilungen der Brandenburg Klinik und der Sachsenklinik Bad Lausick.

Dr. Axel Schlieter

Chefarzt der Nordseeklinik Norderney



Dr. Axel Schlieter, 43, ist seit April 2007 Chefarzt der Nordseeklinik Norderney. Der Facharzt für Dermatologie, Allergologie und Sozialmedizin ist verheiratet und hat zwei Kinder. Medizin studierte Dr. Schlieter 1983–1985 an der FU Berlin und 1985–1989 in Freiburg/Breisgau. Von Juni 1989 bis Juli 1991 arbeitete er an

der Fachklinik Bad Bentheim bei Dr. Ständer als Arzt im Praktikum und Assistenzarzt. Seine Facharztanerkennung für Dermatologie erhielt Herr Dr. Schlieter im September 1993 (Facharztanerkennung für Allergologie im August 1994, für Sozialmedizin im Juni 2005). Ab September 1993 bis März 2007 war er als dermatologischer Oberarzt an der Klinik Norderney der LVA-Westfalen tätig.

Gerlind Kubatz

Pflegedienstleiterin am NRZ Leipzig



Gerlind Kubatz, 36, ist seit Anfang September 2007 die „neue“ Pflegedienstleiterin am Neurologischen Rehabilitationszentrum Leipzig.

Ihren beruflichen Weg begann die diplomierte Pflegewirtin 1990 als Krankenschwester an der Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Infek-

tionsmedizin, am Städtischen Klinikum St. Georg in Leipzig. Von 1996–2000 war sie dort Stellvertretende Stationsleiterin. Anschließend wechselte sie in gleicher Funktion auf die Chirurgische Intensivtherapiestation im Städtischen Klinikum St. Georg und übernahm ab Mai 2004 die Pflegedienstleitung der nunmehr gemeinnützigen GmbH Klinikum St. Georg.

Annette Bothe

Verwaltungsleiterin der HJK und Hoteldirektorin



Annette Bothe, 38, ist gebürtige Bad Harzburgerin und verbrachte hier ihre Kinder- und Jugendzeit. Ihre schulische Laufbahn vollendete sie 1988 mit dem Abitur auf dem Niedersächsischen Internatsgymnasium. Anschließend ging sie für ein paar Monate als Volontärin in einen Kibbuz nach Israel.

Die Ausbildung zur Hotelfachfrau absolvierte Frau Bothe in Berlin. Berufserfahrung sammelte sie in verschiedenen Großstädten und im Ausland. Seit sieben Jahren arbeitet sie im Kurhotel Vier Jahreszeiten in Bad Harzburg und ist seit 2002 Hoteldirektorin. Anfang 2007 übertrug ihr die Geschäftsleitung der Michels Unternehmensgruppe zusätzlich die Verwaltungsleitung der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg.

MICHELS
SENIOREN- UND
REHABILITATIONS-
PFLEGE
BERNAU



MULDENTAL
THERAPIE UND
PFLEGE
BENNEWITZ



PFLEGEHEIM PARKBLICK
TAUCHA

SENIOREN-RESIDENZ
AM THEATER
SOLINGEN



PFLEGEZENTRUM
BIRKENHOF
BERNAU



„Regine-Hildebrandt-Haus“

Das Betreuungszentrum für Menschen im Wachkoma bietet aktivierende Intensivpflege für 30 Menschen im Wachkoma (20 Plätze für Erwachsene, 10 für Kinder), die nach neuesten Erkenntnissen pflegetherapeutisch liebevoll versorgt werden.

Regine-Hildebrandt-Haus · Pflegezentrum für Menschen im Wachkoma

Kurallee 45 · 16321 Bernau-Waldsiedlung · Telefon (03 33 97) 328 00 · Telefax (03 33 97) 328 28
info@wachkomazentrum-rhh-bernau.de · www.wachkomazentrum-rhh-bernau.de



„Hannelore-Kohl-Haus“

Das Pflegeleit- und Betreuungszentrum für Menschen im Wachkoma bietet 20 Patienten im Wachkoma aktivierende und liebevolle Pflege und Betreuung nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Hannelore-Kohl-Haus · Pflegeleit- und Betreuungszentrum für Menschen im Wachkoma

Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz
Telefon (03425) 88 85 60 · Telefax (03425) 88 85 90 · info@muldentalpflege.de



Pflegeheim „Parkblick“ Taucha

Im Pflegeheim stehen 63 Plätze (31 Einzel- und 16 Doppelzimmer) für Pflegebedürftige der Pflegestufen 1–3 zur Verfügung, 30 weitere Plätze in Einzelzimmern nach Abschluss des zweiten Bauabschnitts 2008. 23 Pflegekräfte (Altenpfleger und Krankenschwestern), eine Beschäftigungstherapeutin, sieben Hauswirtschaftskräfte, und eine Verwaltungsmitarbeiterin sorgen für das Wohl der Bewohner.

Pflegeheim „Parkblick“ Taucha · Am Schmiedehöfchen 1 · 04425 Taucha

Telefon (03 42 98) 35 20 · Telefax (03 42 98) 352 70 · parkblick@muldentalpflege.de



„Haus Muldental“ Bennewitz

Im „Haus Muldental“ werden pflegebedürftige Menschen mit neurologischen Erkrankungen aufgenommen. Alle Pflegestufen (1–3) werden auf hohem Niveau betreut. Den Bewohnern stehen 70 modern eingerichtete Zimmer zur Verfügung, davon für Demenzkranke eine eigene Wohngruppe mit zehn Einzelzimmern.

„Haus Muldental“ · Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz

Telefon (0 34 25) 88 87 00 · Telefax (0 34 25) 88 87 99 · hmtl@muldentalpflege.de



Senioren-Residenz am Theater Solingen

In der Seniorenresidenz leben die Bewohner in Wohngruppen in 115 komplett ausgestatteten Ein- und Zweibettzimmern mit Bad, Waschbecken, behindertengerechter Dusche und WC. Normal- oder Diätkost werden in der hauseigenen Küche täglich frisch zubereitet.

Seniorenresidenz am Theater Solingen · Konrad-Adenauer-Straße 63 · 42651 Solingen

Telefon (02 21) 22 23 30 · Telefax (02 21) 222 33 49 · info@michels-altenpflege.de



Pflegezentrum „Birkenhof“ (ab 3. Quartal 2008)

Im Pflegezentrum „Birkenhof“ werden pflegebedürftige Menschen, unabhängig von Grad und Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit – unter anderem mit neurologischen Erkrankungen – aufgenommen. Alle Pflegestufen (1–3) werden auf hohem Niveau betreut. Die Bewohner leben in 99 geschmackvoll eingerichteten Einzelzimmern.

Pflegezentrum „Birkenhof“ · Kurallee · 16321 Bernau bei Berlin

Telefon (03 33 97) 328 21 · Telefax (03 33 97) 333 44 · info@birkenhofpflege.de



MICHELS HOTELS



Unsere citynahe Oase liegt inmitten von wunderschönem Grün in Berlin-Charlottenburg. Olympiastadion, Waldbühne, Grunewald und öffentliche Verkehrsmittel sind zu Fuß erreichbar. Unser Business-Hotel verfügt über 38 großzügig und elegant eingerichtete Komfort-Zimmer, Apartments mit Kitchenetten, Suiten und 2 Penthäuser – besonders auch für Langzeitlogis mit Kindern geeignet – mit Südbalkon oder Terrassen.

Michels Apart Hotel Berlin

Heerstraße 80 · 14055 Berlin-Charlottenburg · Telefon (030) 300 00 60 · Telefax (030) 30 00 06 66



Mitten in Köpenick, Berlins grünstem und wasserreichstem Bezirk, liegt unser Hotel mit einem herrlichen Panoramablick auf den Fluss Dahme und das Schloss Köpenick. Das Hotel hat eine eigene Dampfanganlegestelle und 8 Bootsanleger. Sechs Veranstaltungs- und Konferenzräume für bis zu 150 Personen, eine Lobbybar und ein Restaurant für bis zu 70 Personen runden das Angebot ab. Wir freuen uns auf Sie!

Best Western Michels Hotel am Schloss Köpenick

Grünauer Straße 17–21 · 12557 Berlin · Telefon (030) 65 80 50 · Telefax (030) 65 80 54 50



Die idyllische Kurstadt Bad Lausick liegt zwischen den sächsischen Metropolen Dresden, Leipzig und Chemnitz. Durch die ausgedehnten Wälder und vielfältigen Sehenswürdigkeiten ist sie zu allen Jahreszeiten eine Reise und einen Kuraufenthalt wert. In unserem Haus finden Sie alles unter einem Dach: 120 Hotelzimmer, das Kurmittelhaus, Restaurants, den großen Kursaal, Gesellschaftsräume, Bibliothek und Heimatstube. Unser Haus verfügt über elegant eingerichtete Einzel- und Doppelzimmer, Appartements und Suiten.

Michels Kurhotel Bad Lausick · Badstraße 35 · 04651 Bad Lausick

Telefon (03 43 45) 321 00 · Telefax (03 43 45) 322 00 · kurhotelbadlausick@michels-hotels.de



Norderney, das älteste deutsche Nordseebad mit 200-jähriger Tradition, ist eine der schönsten und beliebtesten Nordseeinseln. Wir bieten unseren Gästen eine ganz spezielle Mischung aus Urlaub und Kur in anspruchsvollem Ambiente. Das Kurhotel liegt unmittelbar an der „Kaiserswiese“ direkt am Meer und bietet Ihnen neben Doppelzimmern/Appartements sowie Zweiraum-Kombinationen auch verschiedene Einzelzimmer – teils mit Meerblick – an.

Michels Kurhotel Germania · Kaiserstraße 1 · 26548 Nordseebad-Norderney

Telefon (0 49 32) 88 20 00 · Telefax (0 49 32) 88 22 00 · kurhotelgermania@michels-hotels.de



Das Kurhotel Norderney, einst königliche Sommerresidenz Georg V. von Hannover, verfügt über 19 wunderschöne Gästezimmer mit Bad/Dusche und WC. Die Farbharmonie aus edlen Hölzern, hochwertigen Stoffen und Teppichen wartet darauf, von Ihnen entdeckt zu werden. Eine gemütliche Sitzecke – teilweise in einem separaten Wohnbereich – lädt zum Lesen oder Fernsehen ein. Genießen Sie das edle Ambiente und den Luxus des Hauses. Erleben Sie die schönsten Tage des Jahres im Kurhotel Norderney.

Michels Kurhotel Norderney

Weststrandstraße 4 · 26548 Norderney · Telefon (04932) 883 000 · Telefax (04932) 883 333



Bad Harzburg liegt, eingebettet von Wäldern und Berghängen des nördlichen Harzes, im Herzen Deutschlands. Durch die Stadt ziehen sich Kurparks und Badeparkanlagen bis hin zum angrenzenden Nationalpark. Im historischen Badepark liegt das „Michels Kurhotel Vier Jahreszeiten“ in einem restaurierten Prachtbau der Jahrhundertwende. Es verfügt über 74 Komfortzimmer inklusive 14 Suiten, die keinen Wunsch offen lassen.

Kurhotel Vier Jahreszeiten

Herzog-Julius-Straße 64 · 38667 Bad Harzburg · Telefon (0 53 22) 78 70 · Telefax (0 53 22) 78 72 00