

Neurologische Frührehabilitation Neurologische Rehabilitation Geriatrische Rehabilitation Kopfschmerzbehandlung Affolter-Konzept Teilhabe an Lebensbereichen Biopsychosoziale Rehabilitation Autogenes Training Basale Stimulation Therapeutisch-aktivierende Pflege Partizipation Therapie nach Bobath Sprechtherapie Gehgärten Apraxiebehandlung Neuropsychologie Angehörigenarbeit Sprachtherapie Pflegeüberleitung Station Belchen Entlassmanagement Selbstständigkeit Ergotherapie ARMEO Zertifizierung Co-Therapie Aktivitäten des täglichen Lebens Kreativtherapie Verständigung Ruhe Krankheitsbewältigung Familie Therapie nach Brügger Teamarbeit Kochgruppe Überleitungsmanagement Wanderwege Armfähigkeitstraining Massage Klinikgarten Anziehtraining Selbsthilfe Frühstückstraining Visite Krankenpflegealdienstwünsche Manuelle Lymphdrainage ICF-orientierte Patientenbesprechung Ergotherapie Schauinsland Selbsthilfegruppe Erholungstation Rohrhards Koordination Entwicklung Ziele Feinmotorik Wahrnehmungstraining Strukturqualität Abhängigkeit EBtraining Seelsorge Neurotherapie Johns Gemeindefaust Kontrakturbehandlung Sport Gesellschaft Therapieplanung Dienstleistungen und heilsvorträge Logopäden Diätküche Haushaltstraining Arbeitsmittelsorgung Trinken Untersuchung Ernährungberatung Cofachmetstirpion Struktur Regeneration Fango Therapieplanungstuhltheatervivation Symposium Unterstützung Ödembehandlung Informationzuwendung Alltagsbewältigung Beweglichkeit Schwarzwald Lesen Ausblick Bezugspflege Leitbild Ärztliche Weiterbildung Interdisziplinarität Qualitätsmanagement Neubau Querspange Körperpflege Arzt Kompetenz Gehen Aufnahme Prozessqualität Verbesserung Manuelle Therapie Professionalität Hoffnung Autogenes Training Station Kandel Lebenssinn Medizinische Trainingstherapie Wollen Angebot Spaziergang Mut Kunsttherapie Selbstbestimmung Inhalation Beziehung Gemeinnützigkeit Sprechspiegel **Jubiläum** Wegenetz Schlucken Leistung Gottesdienste Waschtraining Gesundheits- und Krankenpflege Freizeit Station Feldberg Steigerung Notarzdienst Konzert Wasser Tönen Vertrauen Aktivität Gruppentherapie Kooperation Schreiben Interdisziplinäres Fortbildungsprogramm Qualitätsstandards **1961-2011** Therapie Elzach Problemlösung BDH Kraft Beratung Sitzen Handwerksgruppe Weiterbildung Station Lindenberg Ausblick Besuchskreis Empathie Therapieküche Neglecttherapie Migränebehandlung Atem Unterwasser massagen Können Cafeteria Förderverein Visuelles Training Ergebnisqualität Nordic Walking Laufband Ehrenamt Malen Osteopathie Stehen Perfetti-Konzept Freizeitprogramm Funktionelle Bewegungslehre Station **Festschrift** Schönberg Weiterentwicklung Menschlichkeit Erwartung Versorgung Rehakette Schmerztherapie Ausbildung Spezialisten Leben Fortbildung Anteilnahme Progressive Muskelentspannung Sensorik Begegnung Psychotherapie Vernetzung Förderung Prävention Kuraufenthalt Erkennen Rhythmus evidenzbasierte Medizin Ermutigung Licht Fahrradergometer Laufen Klinik Essen Ausdauer Rückenschule Perspektive

50

**BDH-Klinik Elzach**  
Klinik für Neurologische Rehabilitation





# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Grußworte .....  | 04 |
| Reha lohnt sich!<br>von Dipl.-Wirt.-Ing. (FH) Bernd Fey .....  | 15 |
| Entwicklungslinien der Neurologischen Rehabilitation<br>von Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch .....   | 21 |
| Die Geschichte der BDH-Klinik Elzach<br>von Dr. phil. Thomas Urbach .....  | 29 |
| Von der Kur zur Neurologischen Rehabilitation<br>Zur Geschichte der BDH-Klinik Elzach in den 1980er und 90er Jahren<br>von Dr. med. Karl-Heinz Hagel ..... | 41 |
| Die Geschichte des BDH<br>von Dr. phil. Thomas Urbach .....  | 51 |
| Rehabilitation für das Leben –<br>Die BDH-Klinik Elzach .....  | 59 |



# Ilse Müller



Es ist mir eine große Freude, der BDH-Klinik Elzach zu ihrer 50-Jahrfeier gratulieren zu dürfen.

Als Bundesvorsitzende des BDH Bundesverband Rehabilitation, der u. a. alleiniger Gesellschafter der BDH-Klinik Elzach ist, erfüllt es mich mit Stolz, dass nunmehr seit 5 Jahrzehnten insbesondere neurologisch erkrankten Patienten wertvolle Hilfe zuteil wird. Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die seit nunmehr einem halben Jahrhundert dazu beigetragen haben, dass die BDH-Klinik Elzach zu einer modernen neurologischen Fachklinik geworden ist.

Ganz besonders möchte ich darauf hinweisen, dass im Bereich der neurologischen Frührehabilitation Pionierarbeit geleistet wurde.

Wer hätte sich vor 50 Jahren vorstellen können, dass aus dem Sanatorium Elzach einmal eine bundesweit bekannte neurologische Fachklinik erwächst, die eng mit der Universitätsklinik Freiburg zusammenarbeitet?

Die BDH-Klinik Elzach ist Stein gewordener Ausdruck der Philosophie des BDH Bundesverband Rehabilitation, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, insbesondere neurologisch erkrankten Patienten eine allumfassende Rehabilitation zu gewähren.

In diesem Sinne wünsche ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein herzliches Glückauf.

Ihre

**Ilse Müller**

Bundesvorsitzende des BDH Bundesverband Rehabilitation



# Winfried Kretschmann



Die BDH-Klinik Elzach feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen und blickt nicht ohne Stolz auf das vergangene halbe Jahrhundert zurück. Begonnen als Kurheim vor allem für hirnverletzte Kriegssopfer, ist die Klinik heute eine moderne, innovative und anerkannte Einrichtung für die Rehabilitation in der Neurologie und der Geriatrie. Zu dem besonderen Jubiläum gratuliere ich den Verantwortlichen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich.

Unter der Trägerschaft des BDH Bundesverband Rehabilitation e. V. leistet die frei gemeinnützige Klinik in Elzach einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg und genießt auch über die Landesgrenzen hinaus einen hervorragenden Ruf. Moderne Rehabilitationsmöglichkeiten im Bereich der Neurologie und Geriatrie garantieren den Patienten eine qualifizierte und individuelle Behandlung auf hohem Niveau. Dabei bemüht sich die BDH-Klinik Elzach um einen ganzheitlichen Ansatz, der den Patienten helfen soll, wieder in ihr altes Leben zurückzukehren. Neben herkömmlichen Therapiemethoden werden Patienten und Angehörige durch spezielle Behandlungsangebote und eine gezielte Beratung auch auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorbereitet.

In Zukunft wird die Bedeutung der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation durch den demografischen Wandel weiter wachsen. Damit steht auch die BDH-Klinik Elzach vor Chancen, die es zum Wohle der Patienten zu nutzen gilt. Mit dem Universitätsklinikum Freiburg steht der Klinik für diese Aufgaben ein kompetenter und verlässlicher Partner an der Seite. Die Gesundheitspolitik steht in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. Klar ist dabei immer, dass das Wohlergehen der Patienten im Vordergrund stehen muss. Allen, die in der BDH-Klinik Elzach Tag und Nacht mit großem persönlichen Einsatz an der Verwirklichung dieses Ziels mitarbeiten, danke ich herzlich und wünsche für die Zukunft alles Gute.



**Winfried Kretschmann**

Ministerpräsident des Landes Baden-Württemberg



# Hanno Hurth



Die BDH-Klinik Elzach kann ihr 50-jähriges Bestehen feiern. In diesen 50 Jahren hat sich die Krankenhauslandschaft im ganzen Land und damit auch im Landkreis Emmendingen stark verändert und zu einer Konzentration und Spezialisierung geführt. Die Elzacher Klinik ist ein gutes Beispiel für diesen Prozess, denn das ehemalige Kurheim für Hirnverletzte hat sich im Laufe der Jahrzehnte zunächst zum Neurologischen Sanatorium und zur Neurologischen Klinik und schließlich zur heutigen BDH-Klinik Elzach – Klinik für Neurologische Rehabilitation für rund 200 Patienten entwickelt. Die über die Region hinaus anerkannte BDH-Einrichtung ist als Spezialklinik ein wichtiger Baustein in der Krankenhausversorgung und Rehabilitation im Landkreis Emmendingen und in der Region.

Aufgrund des demografischen Wandels mit einem starken Anstieg älterer Menschen, der vor allem im Klinik – und Krankenhausbereich zunehmend registriert werden kann, hat sich auch die Zusammenarbeit zwischen dem Kreiskrankenhaus und der BDH-Klinik in Elzach intensiviert. Diese Kooperation betrifft in erster Linie den 1994 eingerichteten Geriatrischen Schwerpunkt des Kreiskrankenhauses, wenn ältere Patienten nach der Erstaufnahme und akuten Behandlung zur Nachsorge in der BDH-Klinik weiter medizinisch betreut werden.

Eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen beiden Kliniken besteht seit rund zehn Jahren auch bei der Ausbildung. Schüler der Elzacher Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe erwerben einen Teil ihrer praktischen Erfahrung im Kreiskrankenhaus Emmendingen.

Nicht zuletzt trägt die BDH-Klinik mit ihren über 400 Arbeitsplätzen im Elztal dazu bei, dass der Landkreis mit über 5.000 Arbeitsplätzen einen außerordentlich hohen Anteil an Beschäftigungsstellen im Gesundheits- und Sozialbereich vorweisen kann. Jeder achte Arbeitsplatz im Landkreis entfällt inzwischen auf diesen Dienstleistungsbereich.

Der BDH-Klinik Elzach gratuliere ich recht herzlich zum 50-jährigen Bestehen und wünsche allen Verantwortlichen, Ärzten, Pflegekräften und Beschäftigten in der Verwaltung eine weiterhin erfolgreiche Arbeit zum Wohle der Menschen in der Region.

## Hanno Hurth

Landrat

Zum 50-jährigen Bestehen der BDH-Klinik Elzach – Klinik für Neurologische Rehabilitation – gratuliere ich im Namen der Stadt Elzach sehr herzlich. Aus den Anfängen der Klinik, kriegsbedingte Kopfverletzungen, wenn nicht zu heilen, dann zumindest zu lindern, ist es in beeindruckender Weise gelungen, eine hochspezialisierte Fachklinik aufzubauen, die einen hervorragenden Ruf genießt.

Diese Leistung ist einerseits dem Geschick der Klinikleitung und andererseits der gesamten Belegschaft zu verdanken, die kompetent und außerordentlich loyal zu ihrer Klinik steht.

Ich glaube, der Erfolg der BDH-Klinik Elzach ist vor allem in diesem besonders vertrauensvollen Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu finden. Denn das hieraus resultierende gegenseitige Vertrauen, gemeinsam auch schwierige Zeiten zu meistern, scheint sich merklich auch auf die Patienten „unserer“ Klinik zu übertragen.

Meine herzliche Gratulation zum 50-jährigen Bestehen richte ich stellvertretend für alle, die die Klinik in dieser Zeit begleitet und sich um die Klinik bemüht haben, an den Ärztlichen Direktor, Herrn Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch, an Herrn Geschäftsführer Dipl.-Wirt.-Ing. (FH) Bernd Fey sowie an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Namens der Stadt Elzach freue ich mich sehr, alles Gute und viel Erfolg für die nächsten 50 Jahre wünschen zu dürfen.

## Holger Krezer

Bürgermeister der Stadt Elzach



# Wolfgang Schweizer



Kranken Menschen Hilfe und Zuwendung zu geben – das war das Anliegen des „Bundes Hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer“, als er sich 1959 entschloss, im Schwarzwald ein Kurheim zu bauen. Im Januar 1961 konnte man in Elzach die ersten Patienten begrüßen. Heute heißt der Verband „BDH Bundesverband Rehabilitation“ – sein Anliegen, Menschen zu helfen, ist geblieben.

50 Jahre BDH-Klinik in Elzach bedeuten 50 Jahre Dienst am Patienten.

Was als Kurheim und Sanatorium für Hirnverletzte begann, präsentiert sich heute als moderne Fachklinik für Neurologische Rehabilitation. Dabei standen und stehen immer die Menschen im Mittelpunkt. Sie erleben eine sehr hochwertige medizinische Versorgung und ein umfassendes, hochqualifiziertes Angebot, welches speziell auf die besonderen Herausforderungen einer neurologischen Rehabilitation abgestimmt ist.

Neben dem Ärzteteam sind Tag für Tag viele Spezialisten in ihren Abteilungen im Einsatz, um den Patienten den Weg zu einem möglichst selbstständigen Leben zu zeigen. In der Physio- und Ergotherapie werden scheinbar normale Bewegungsabläufe wieder erlernt und in Alltagsaktivitäten integriert, in der Bäderabteilung dreht sich alles um eine Behandlung mit oder im Wasser. In der Sprachtherapie werden die sprachlichen Einschränkungen reduziert.

50 Jahre BDH-Klinik bedeuten aber auch 50 Jahre Zusammenarbeit mit der AOK. Die AOK hat die BDH-Klinik in Elzach als kompetenten und zuverlässigen Partner kennen und schätzen gelernt. Ich weiß, dass unsere Region um ein großes Stück medizinischer Versorgungsqualität ärmer wäre, wäre vor rund 52 Jahren die Entscheidung, sich in Elzach niederzulassen, nicht getroffen worden. Dafür bin ich den Verantwortlichen von damals heute sehr dankbar.

Ich gratuliere der BDH-Klinik in Elzach und all ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu diesem besonderen Geburtstag ganz herzlich und wünsche dem Haus alles Gute und weiterhin viel Erfolg bei ihrer wichtigen und wertvollen Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen

**Wolfgang Schweizer**

AOK – Die Gesundheitskasse  
Südlicher Oberrhein, Geschäftsführer





Der Mensch steht im Mittelpunkt

Es sind nicht die vergangenen oder die noch künftigen Jahre, die aus der BDH-Klinik Elzach etwas ganz Besonderes machen. Es ist das Gesamtbild, das sie sich in 50 Jahren erarbeitet hat und es sind die Visionen, die beständig in dieses Bild mit einfließen, es verändern und verbessern. Und jegliches Handeln steht immer unter dem Motto: Der Mensch steht im Mittelpunkt der Arbeit.

Aus dem ehemaligen Kurheim, gebaut in der reizvollen Landschaft im südlichen Schwarzwald, ist eine neurologische Rehabilitationseinrichtung entstanden, die weit über die Grenzen bekannt ist. Dynamisch ist sie verändert worden, hat sich den immer neuen Anforderungen gestellt und ich bin mir sicher, dieser Prozess wird auf einem hohen Niveau fortgesetzt.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben sich in 50 Jahren enorm verändert und es ist nicht abzusehen, wohin der Weg noch führen wird. Das sind Aufgaben, die eine Geschäftsführung nur mit einer motivierten und qualifizierten Mitarbeiterschaft bewältigen kann.

Wie gut Ihnen das in all den Jahren gelungen ist, beweisen die vielen zufriedenen Patienten. Denn wer krank ist, braucht Vertrauen, menschliche Nähe, Wärme und Zuversicht – Grundvoraussetzungen, um das eigentliche medizinische Rehabilitationsziel erreichen zu können.

Ich bedanke mich bei der BDH-Klinik Elzach für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Das Lob und die Anerkennung von unseren Versicherten sind für uns maßgebend. Darum wünsche ich Ihnen im Namen der BARMER GEK und im Namen der Versicherungsgemeinschaft alles Gute für die Zukunft und bleiben Sie Ihrem Gesamtbild treu: Der Mensch steht im Mittelpunkt.

Ihr

**Dirk H. Fischbach**

Regionalgeschäftsführer der BARMER GEK Südbaden



# Prof. Dr. med. Cornelius Weiller



Gerne nehme ich die Gelegenheit wahr, der BDH-Klinik Elzach zu ihrem 50jährigen Bestehen zu gratulieren. Schon bevor ich nach Freiburg kam, hatte die Klinik bundesweit einen hervorragenden Ruf. Ihre Entwicklung von der Kurklinik zur modernen Rehabilitationseinrichtung, die neben der klassischen neurologischen Rehabilitation auch über einen großen Akutbereich für schwer betroffene, auch koma-töse und beatmete Patienten verfügt, spiegelt ein halbes Jahrhundert Rehabilitationsgeschichte beispielhaft wider.

Der Bedarf an Phase-B-Betten in der neurologischen Reha-bilitation ist in ganz Deutschland nicht gedeckt und die Klinik in Elzach schon deswegen ein Segen für die Gegend um Frei-burg. Die gemeinnützige Trägerschaft ermöglicht eine Kon-zentration auf den Patienten und die Medizin, die in dieser Form selten geworden ist. Durch schlanke Leitungsstruktu-ren und kluge Leitung konnte die Klinik auch in einem von zunehmendem Kostendruck geprägten Umfeld sich am Markt behaupten und – nicht zuletzt durch den gelungenen Neubau – ihr Leistungsangebot noch erweitern.

Entsprechend engagiert und konzentriert handelten die bei-den ärztlichen Leiter, die ich kennenlernen durfte, Prof. Hülser und jetzt Prof. Wallesch. Mit beiden war und ist der Austausch über klinische und auch wissenschaftliche Fra-gen sehr fruchtbar. Im Rahmen des Regionalen Rehanetzes am Universitätsklinikum Freiburg ist die Elzacher Klinik einer unserer engsten Kooperationspartner für die neurologische Rehabilitation. Wir in Freiburg sind froh, dass wir durch den unkomplizierten und pragmatischen Informationsaustausch unsere Patienten nahtlos in einer Rehabilitationseinrichtung mit höchster Kompetenz weiter versorgt wissen. Wir wün-schen dem Team in Elzach das Allerbeste und hoffen, dass die Zusammenarbeit im Interesse der Patienten weiter aus-gebaut werden kann.

**Prof. Dr. med. Cornelius Weiller**

Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Freiburg



# Prof. Dr. med. Josef Zentner

Nach Schädel-, Hirn- und Rückenmarksverletzungen und schweren Schädigungen des Nervensystems etwa durch Blutungen, Infarkte oder Tumore müssen rehabilitative Maßnahmen bereits in einer Phase eingeleitet werden, in der die akutmedizinische Versorgung noch nicht abgeschlossen ist. Hier schließt die BDH-Klinik Elzach eine wesentliche Versorgungslücke für den südbadischen Raum. Die neurologische Frührehabilitation stellt eine wichtige Schnittstelle zwischen der Intensivmedizin und der klassischen Rehabilitationsmedizin dar. Ausstattung und hoher personeller Einsatz der BDH-Klinik Elzach erlauben es, bewusstseinsgestörte oder sogar komatöse und tracheotomierte Patienten aufzunehmen, zu versorgen und nach Überwindung der Phase der schwersten Beeinträchtigung in den anschließenden Rehabilitationsprozess zu überführen, dessen Schwerpunkt auf dem Erwerb einer Selbstständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen liegt.



Als Vertreter einer akutmedizinischen Einrichtung bin ich für die Verfügbarkeit dieser rehabilitativen und insbesondere frührehabilitativen Möglichkeiten in Elzach, deren Bedarf in Zukunft noch steigen wird und von dem zahlreiche unserer Patienten profitieren, sehr dankbar. Es ist für mich immer wieder beeindruckend festzustellen, mit welchem nachhaltigem Erfolg einst schwerst beeinträchtigte Patienten den rehabilitativen Prozess verlassen können. Die BDH-Klinik Elzach stellt einen integralen Bestandteil in der Versorgung unserer schwerstkranken Patienten dar. Für die in diesem Rahmen erbrachten Leistungen gebührt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BDH-Klinik Elzach besonderer Dank und Anerkennung.

Ich beglückwünsche die BDH-Klinik Elzach zu ihrem 50-jährigen Bestehen und darf einer weiterhin harmonischen und effizienten Zusammenarbeit zum Wohle unserer gemeinsamen Patienten entgegensehen.

## **Prof. Dr. med. Josef Zentner**

Ärztlicher Direktor  
Abteilung Allgemeine Neurochirurgie  
Universitätsklinikum Freiburg



# Joachim Deckarm



Zu dem 50-jährigen Bestehen Ihrer BDH-Klinik Elzach möchte ich Ihnen herzlich gratulieren. Sie haben tausenden von Menschen geholfen, ihre Verletzungen zu korrigieren und ihre Behinderungen zu mildern. So auch bei mir, der ich während der 4 Aufenthalte zwischen 1988 und 1994 viele wertvolle Ratschläge erhalten habe und die Notwendigkeit der Disziplin bei der Durchführung der Übungen als Leistungssportler bestätigt bekommen habe.

Mit meinem Motto „Ich will, Ich kann, Ich muss“ möchte ich allen Behinderten Mut machen. Mein Motto und die positiven Erfahrungen in Ihrem Haus haben zu meiner guten Entwicklung beigetragen.

Mit freundlichen Grüßen

**Joachim Deckarm**







Alltagstraining in der Therapieküche.

# Reha lohnt sich!

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) hat 2010 eine Studie zur volkswirtschaftlichen Relevanz der Rehakliniken in Baden-Württemberg in Auftrag gegeben.

Die beauftragte Prognos AG untersuchte dabei für den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung die wirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg sowie die Effekte der geleisteten Rehabilitationsmaßnahmen für die gesamte Volkswirtschaft und für die Sozialversicherungen. Folgende Indikationsbereiche wurden berücksichtigt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Rückenschmerzen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen. Die Ergebnisse der Studie sind beeindruckend.

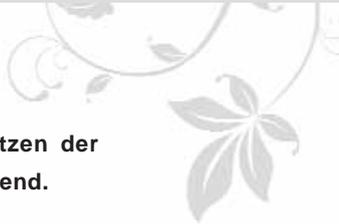
Die gesamte Wertschöpfung der baden-württembergischen Rehakliniken bzw. das zusätzliche Bruttoinlandsprodukt beträgt für das Jahr 2009 1,208 Mrd. EUR. In der Studie werden direkte, indirekte und einkommensinduzierte Effekte unterschieden. Zu den direkten Effekten zählen die Umsätze der Kliniken, die Arbeitsplätze und das Einkommen der in den Rehakliniken Beschäftigten. Die direkte Wertschöpfung errechnet sich aus den Gesamterlösen der Rehakliniken abzüglich der Sachausgaben und Investitionen. Sie beträgt im Jahr 2009 774,8 Mio. EUR. Von den indirekten Effekten aufgrund der Sachausgaben und Investitionen verbleiben in Baden-Württemberg 259,1 Mio. EUR. Den größten Anteil an diesen Ausgaben machen unternehmensbezogene Dienstleistungen (27%), gefolgt von Ausgaben für Wasser und Energie (16,4%) sowie für Instandhaltung (12,8%) aus. Die induzierten Effekte ergeben sich durch die Einkommensverausgabung der 19.478 Beschäftigten der Rehabilitationskliniken, die ein Gesamtbruttoentgelt in Höhe von 626,5 Mio. EUR in 2009 erzielt haben. Hieraus lässt sich ein Nachfrageimpuls in Höhe von 231,9 Mio. EUR ableiten, der wiederum eine

| Wertschöpfung in Mio. EUR  |                |
|--|----------------|
| Direkte Wertschöpfung der Rehakliniken   | 774,8          |
| Indirekte Wertschöpfung durch Güter- und Dienstleistungsnachfrage der Rehakliniken | 259,1          |
| Nachfrageinduzierte Wertschöpfung  | 174,2          |
| davon über Einkommen der direkt Beschäftigten                                      | 117,8          |
| davon über Ausgaben der Patienten und Begleitpersonen                              | 32,5           |
| davon über Einkommen in Vorleistungsbranchen                                       | 24,0           |
| <b>Summe</b>   | <b>1.208,1</b> |
| Quelle: Prognos, 2011  |                |

Wertschöpfung von 117,8 Mio. EUR darstellt. Weitere Wertschöpfungen entstehen durch Ausgaben von Patienten und Begleitpersonen sowie Einkommen in Vorleistungsbereichen.

Der volkswirtschaftliche Nutzen der Rehabilitationsmaßnahmen ist besonders beeindruckend. Im Jahr 2010 konnten allein in den untersuchten fünf Indikationsbereichen 811.737 AU-Tage (Arbeitsunfähigkeitstage) durch erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen vermieden werden. Die durch die Rehabilitation gewonnenen Berufstätigkeitsjahre belaufen sich in 2010 auf 14.980 Jahre. Hieraus lassen sich zusätz-

lich erwirtschaftete Bruttolöhne für 2010 in Höhe von 737 Mio. EUR ableiten. Allein für den Fiskus entstehen hieraus zusätzliche Steuereinnahmen in Höhe von 106 Mio. EUR.



**Der volkswirtschaftliche Nutzen der Rehabilitation ist beeindruckend.**

Von den gesparten AU-Tagen und den gewonnenen Berufstätigkeitsjahren profitieren vor allem die

Sozialversicherungen. Für die untersuchten Indikationsbereiche können 264 Mio. EUR rehaabedingte zusätzliche Einnahmen festgestellt werden. Dem gegenüber stehen Ausgaben in Höhe von 232 Mio. EUR. Bezieht man in diese Rechnung zusätzlich die gesparten vorzeitigen Rentenzahlungen mit ein, entsteht eine Überschussrechnung, die in der Studie bis zum Jahr 2025 wie folgt hochgerechnet wurde:

|                          | 2010          | 2015          | 2020          | 2025          |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Rehaabedingte Einnahmen  | 264,4         | 332,5         | 460,7         | 586,8         |
| Gesparte Rentenzahlungen | 153,1         | 195,0         | 248,2         | 296,2         |
| <b>Ausgaben</b>          | <b>-232,3</b> | <b>-287,7</b> | <b>-334,1</b> | <b>-383,5</b> |
| <b>Überschuss</b>        | <b>185,2</b>  | <b>239,8</b>  | <b>374,8</b>  | <b>499,5</b>  |
| Quelle: Prognos, 2011    |               |               |               |               |

Die Zahlen stellen lediglich einen Teil der Rehabilitationsleistungen in Baden-Württemberg dar. Es kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen positiven Effekte auf die Volkswirtschaft und die Sozialversicherungen noch deutlich höher sind.

### Welche Erkenntnisse ergeben sich für die Leistungsfinanzierer?

Mit dem GKV-WSG-Gesetz wurde in 2007 der rechtliche Anspruch auf Rehaleistungen gesetzlich im SGB V verankert. Unverändert ist bis heute geblieben, dass Versicherte im Gegensatz zu anderen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie z.B. der ambulanten Behandlung oder der stationären Krankenhausbehandlung, auf dem Weg zu einer Rehabilitation ein Antragsverfahren durchschreiten müssen.

*§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abs. 3: „Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen ... sowie die Rehabilitations-einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.“*

Ohne aktive Unterstützung des behandelnden Arztes ist das Antragsverfahren für die Versicherten nicht zu leisten. Und selbst den Ärzten fehlen oftmals ausreichende

Kenntnisse über die Möglichkeiten des Zugangs zur Rehabilitation. Den Weg zur Reha über ein Widerspruchsverfahren zu erkämpfen, überfordert die meisten Betroffenen. In Baden-Württemberg haben das nur ca. 10% der Antragsteller versucht, obwohl bei ca. 50% der Widerspruch zum Erfolg führte.

Die GKV hat nur begrenzte Möglichkeiten, die eigenen Ausgaben zu steuern. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass die vorhandenen Steuerungsmöglichkeiten genutzt werden. Eine davon ist, mittels Ablehnung von Rehabilitationsanträgen die Ausgaben für die Inanspruchnahme von Rehaleistungen zu senken. Aus der Sicht der GKV ist das verständlich, volkswirtschaftlich betrachtet aber ein Fehler. Dass diese Steuerungsmöglichkeiten der GKV genutzt werden, lässt sich belegen:

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung führt zu einem erhöhten Rehabedarf. Allein deshalb müssten die Ausgaben der GKV für die Rehabilitation stark steigen. Tatsächlich sind diese in Baden-Württemberg im Zeitraum 1998 bis 2009 nur um 14,7% gestiegen. Zum Vergleich: im gleichen Zeitraum sind die Ausgaben für Medikamente um 133,8%, für Ärzte um 58,2% und für Krankenhäuser um 52,2% gestiegen. Bundesweit beträgt der Anteil der Ausgaben für Vorsorge und Rehaleistungen nur 1% der Gesamtausgaben der GKV. Allein die Netto-Verwaltungskosten des Systems sind fünfmal höher. [Quelle: BWKG Geschäftsbericht 2009-2010]

Besonders bemerkenswert ist, dass die Entlassungen aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in eine Rehabilitationseinrichtung im Zeitraum 2005 bis 2009 um 5,1% zugenommen haben. Im gleichen Zeitraum wurden 82,1% mehr Patienten in eine Pflegeeinrichtung verlegt. Ursache hierfür ist, dass Krankenkassen keinen unmittelbaren monetären Anreiz haben, Pflege zu vermeiden, da die Pflegeleistungen aus dem Budget der Pflegeversicherungen und nicht aus der Krankenversicherung finanziert werden. Insbesondere dann, wenn bereits Pflegebedürftigkeit besteht, werden stationäre Rehabilitationsleistungen nur selten genehmigt. Ein eindrückliches Beispiel dafür, dass die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem überwunden werden müssen.

Eine Möglichkeit, die Finanzierung und Inanspruchnahme der erfolgreichen Rehabilitationsleistungen zu verbessern, ist die Forderung, die Patientenrechte gesetzlich zu stär-



Gehübung am Rollator.

ken. Der Gesetzgeber könnte den Anspruch auf Rehabilitationsleistungen noch deutlicher und unabhängiger von Genehmigungsverfahren, ähnlich wie in der stationären Krankenhausbehandlung gemäß §39 SGB V, gesetzlich verankern.

Ein anderer Weg wäre, die Erkenntnisse der Studie für das Marketing der Krankenversicherung zu nutzen. Im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander ist der wesentliche

Unterscheidungsparameter – der Beitragssatz – mit Einführung des Gesundheitsfonds abgeschafft worden. Worin grenzen sich die Kassen heute voneinander ab? Ein Wettbewerbsvorteil könnte sein, den Ermessensspielraum gemäß §40 SGB V durchgängig im Sinne des Versicherten zu nutzen und damit den Versicherten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Bedarfsfall uneingeschränkt zu garantieren.

Es liegt sowohl im Interesse der Patienten, der Sozialversicherungen und des Steuerzahlers, die Rehabilitation in Deutschland zu stärken und deren Vorteile für die Gesellschaft zu nutzen. Die Aufzählung macht deutlich, dass kein Mitglied der Gesellschaft ausgenommen ist und somit durch die Nutzung der Rehabilitationsmöglichkeiten eine überzeugende „win-win-Situation“ geschaffen werden kann.

## Welche Erkenntnisse ergeben sich aus der Prognos-Studie für die BDH-Klinik Elzach?

Die BDH-Klinik Elzach ist in den 50 Jahren ihres Bestehens bis heute ein zuverlässiger Systempartner für die GKV und die DRV (Deutsche Rentenversicherung). Über die Jahrzehnte hat sich die Klinik kontinuierlich vom Kurheim zur Neurologischen Fachklinik mit hohem Renommee entwickelt. 450

Menschen arbeiten in der Klinik und versorgen jedes Jahr ca. 2.200 Patienten. Viele dieser Patienten kommen über die Maximalversorger in unsere Klinik und sind zum Teil schwerst erkrankt. Ohne den Segen der Hochleistungsmedizin würden viele dieser Menschen nicht mehr leben. Das Überleben

einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder eines Unfalles ohne anschließende und ausreichende Rehabilitationsmaßnahme bedeutet oftmals ein Weiterleben in Abhängigkeit von umfangreichen Pflegemaßnahmen. Wir wollen das vermeiden.

Deshalb fordern wir für unsere Patienten, dass unsere Gesellschaft, die „JA“ zur Spitzenmedizin sagt, auch „JA“ zur Rehabilitation sagt. Ohne die Rehabilitation, die viele Patienten bei uns erfahren dürfen, würden wert-

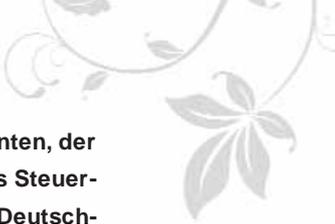
volle Potentiale unserer Patienten ungenutzt bleiben.

Die BDH-Klinik Elzach erfüllt diese Aufgabe ohne privatwirtschaftliches Interesse. Als gemeinnützige Gesellschaft in Alleinträgerschaft des seit 1920 bestehenden BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. orientiert sich das Unternehmensziel an der Erbringung der erforderlichen Leistung. Shareholder Value ist für die BDH-Klinik Elzach kein Unternehmensziel.

Das seit 2003 in der stationären Krankenhausbehandlung angewendete fallorientierte Abrechnungssystem (G-DRG) hat zu einer Reduktion der Verweildauer in den Akutkrankenhäusern geführt. Im Jahr 2000 betrug die bundesweite VWD (Verweildauer) 9,7 Tage, in 2009 sind es nur noch 8,0 Tage. Durch diese Entwicklung werden in den Rehakliniken heute Patienten behandelt, die zum Teil noch akutstationär behandlungsbedürftig sind. Eine Entwicklung, die besonders in der Neurologischen Rehabilitation zu beobachten

ist. Die BDH-Klinik Elzach stellt sich dieser Herausforderung seit vielen Jahren. Die Verbesserung der Pflegesätze hat mit der Zunahme der Behandlungsintensität unserer Patienten nicht Schritt gehalten. Wir sehen in der Prognos-Studie eine zusätzliche Rechtfertigung, höhere Pflegesätze für die geleistete Arbeit einzufordern.

Die Wirtschaftskraft der BDH-Klinik Elzach würde dadurch gestärkt werden. Eine Verbesserung, die sich positiv auf unser Bestreben, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität noch weiter zu erhöhen, auswirken würde. Die Studie zeigt, dass das Geld hier gut investiert ist.



**Es liegt im Interesse der Patienten, der Sozialversicherungen und des Steuerzahlers, die Rehabilitation in Deutschland zu stärken und ihre Vorteile für die Gesellschaft zu nutzen.**



**Eine Gesellschaft, die „JA“ zur Spitzenmedizin sagt, soll auch „JA“ zur Rehabilitation sagen. Rehabilitation hilft unseren Patienten, ihre Potentiale zu nutzen. Mit unserer medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenz stellen wir uns täglich dieser Herausforderung. Die BDH-Klinik Elzach ist für die Zukunft gut aufgestellt.**

Eine erfolgreiche Klinik muss bei der Gesellschaft, die dieses Kollektivgut nutzt, geschätzt und angenommen sein. Das ist dann möglich, wenn jederzeit eine hohe medizinische, pflegerische und therapeutische Fachkompetenz vorhanden ist und die Patienten bei ihrer Behandlung die erwartete Qualität erfahren. In einer personalintensiven Dienstleistung wie der Medizin ist das nur mit qualifiziertem und motiviertem Personal möglich. Dieser Herausforderung stellen wir uns täglich. Die Studie motiviert uns. Sie bestätigt unser Bestreben, in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess die Ressourcen der Sozialversicherung und des Steuerzahlers verantwortungsbewusst einzusetzen.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifizieren sich stark mit ihrer Klinik. Sie ermöglichen durch Tarifzurückhaltung überlebenswichtige und bedeutende Investitionen in die Klinik und damit auch in den Erhalt der eigenen Arbeitsplätze. Dafür möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BDH-Klinik Elzach herzlich bedanken.

Die BDH-Klinik in Elzach ist heute besser denn je für die Zukunft aufgestellt. Die hohe Nachfrage, insbesondere nach Akutbetten, bestätigt die Entwicklung der Klinik vom Kurheim zum Akutkrankenhaus. Wir werden den eingeschlagenen Weg weitergehen. Ein Weg, der, wie ich meine, der richtige ist, um nach weiteren fünfzig, hoffentlich erfolgreichen Jahren in Elzach das 100jährige Bestehen der BDH-Klinik Elzach feiern zu können.

Quellen: Prognosstudie 2011, BWKG Geschäftsbericht 2009-2010



**Dipl.-Wirt.-Ing. (FH) Bernd Fey**  
Geschäftsführer der  
BDH-Klinik Elzach GmbH



Visite auf Station.



Wasch- und Anziehtraining an der BDH-Klinik Elzach.

# Entwicklungslinien der Neurologischen Rehabilitation

Die Geschichte der BDH-Klinik Elzach spiegelt die Entwicklung der neurologischen Rehabilitation in Deutschland in den letzten 50 Jahren wider: vom Kurheim für Hirnverletzte in den 60er Jahren ...

... über die AHB-Klinik für Patienten mit ZNS-Schädigungen, die in basalen Alltagsfunktionen selbstständig sein mussten in den 70er und 80ern, zur langfristigen Versorgung von Patienten im Wachkoma in den 90ern und zur Frührehabilitation noch intensivversorgungspflichtiger, teilweise noch beatmeter Patienten im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts.

Die BDH-Klinik versorgt die gesamte Palette von Rehabilitanden mit unterschiedlichen Schweregraden der Behinderung. Sie verfügt über eine allerdings abnehmende

Zahl von Kurbetten (für Kriegshirnverletzte und hirnverletzte Versicherte der Berufsgenossenschaften, die bis in die 70er Jahre ein lebenslanges Anrecht auf Kuren erhielten) und führt AHB-Behandlungen z. B. im Auftrag der Rentenversicherung mit dem Ziel der Sicherung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit durch. Um eine durchgehende stationäre Rehabilitationskette zu erhalten, werden Behandlungen von im Alltag selbstständigen Rehabilitanden auch in Zukunft durchgeführt werden. Es wird wichtig sein darauf zu achten, diesen Patienten ein hotelähnliches Ambiente ohne Krankenhausatmosphäre bieten zu können.

Der Schwerpunkt des Behandlungsangebots der BDH-Klinik Elzach liegt jedoch bereits heute in der Erstrehabilitation nach

schwerer ZNS-Schädigung. Hier hat das Fallpauschalensystem (DRGs) in der akutstationären Versorgung die Behandlungspfade in den Akutkrankenhäusern entscheidend verändert.

Die Verlegung aus dem Akutkrankenhaus in die weiterführende Rehabilitation erfolgt aus ökonomischen und Kapazitätsgründen zum frühestmöglichen Zeitpunkt, häufig nach wenigen Tagen. Dies ist auch medizinisch sinnvoll, da die neurologische Rehabilitation spezielle Expertise und ein für das individuelle Störungsbild maßgeschneidertes rehabilitatives

Angebot erfordert. Um diese Vielfalt zu ermöglichen, muss eine Rehabilitations-einrichtung groß sein; die BDH-Klinik verfügt über 200 Behandlungsplätze. Unser Angebot erstreckt sich auch

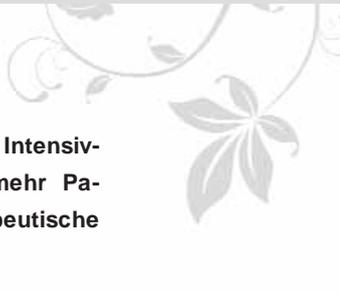
auf Patienten, bei denen das erste Behandlungsziel die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit ist. Die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geben vor, dass für die Frührehabilitation der Phase C u.a. Kooperationsfähigkeit von mehrmals täglich 30 Minuten gegeben sein muss. Diese Fähigkeit muss bei schwer bewusstseinsgetrübten oder verwirrten Patienten erst erreicht werden. Ihre Behandlung erfolgt in der Phase B der neurologischen Rehabilitation, die dem Krankenhaussektor zugeordnet ist.

Der Fortschritt der Intensivmedizin hat dazu geführt, dass mehr Patienten als früher medizinische Katastrophen überleben. Es ist eine therapeutische Herausforderung, Menschen, die über Wochen beatmet wurden, vom

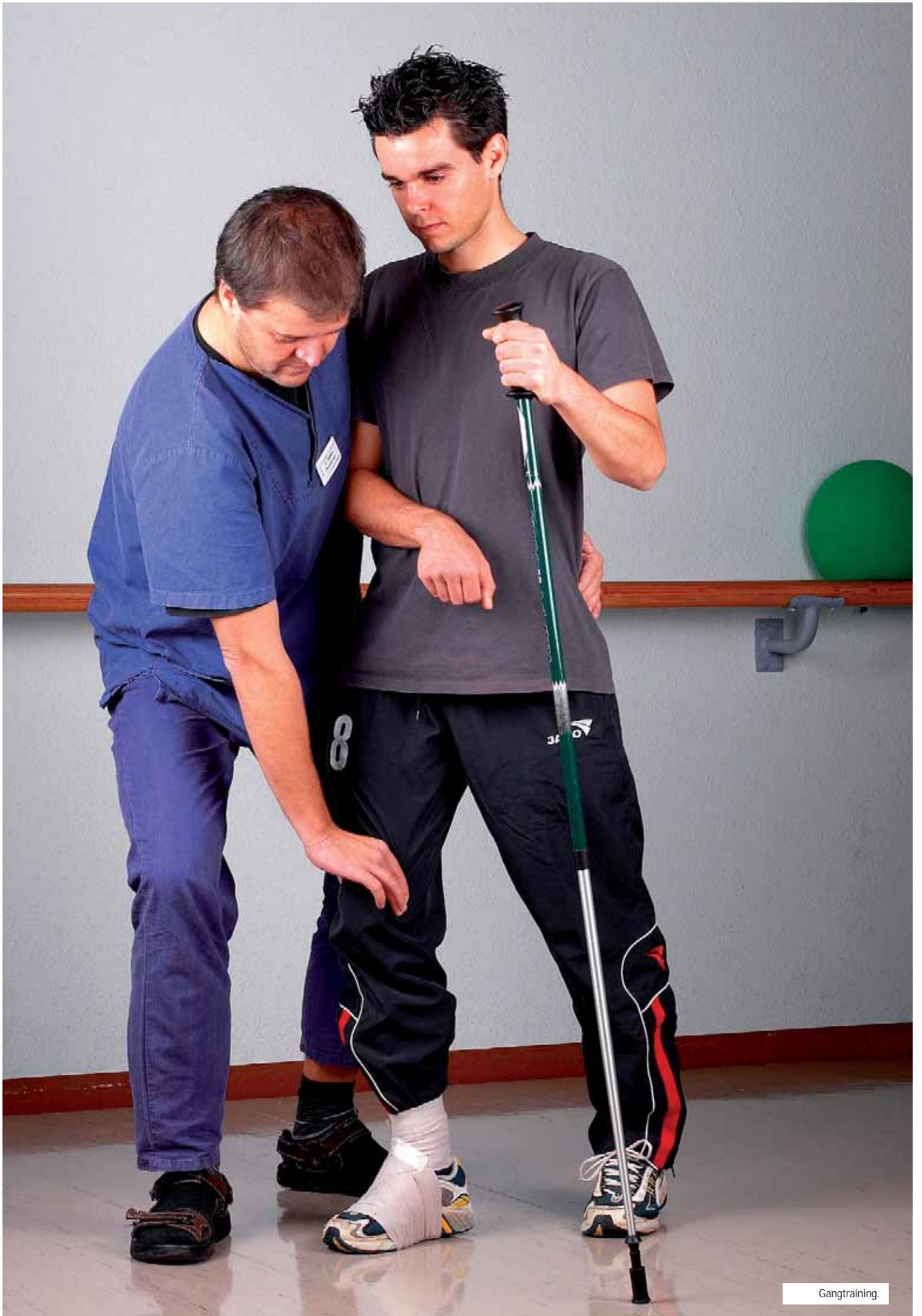
Beatmungsgerät zu entwöhnen, vor allem dann, wenn vorbestehende Lungen- oder Herz-Kreislaufkrankungen oder neurologische Komplikationen der Intensivbehandlung die



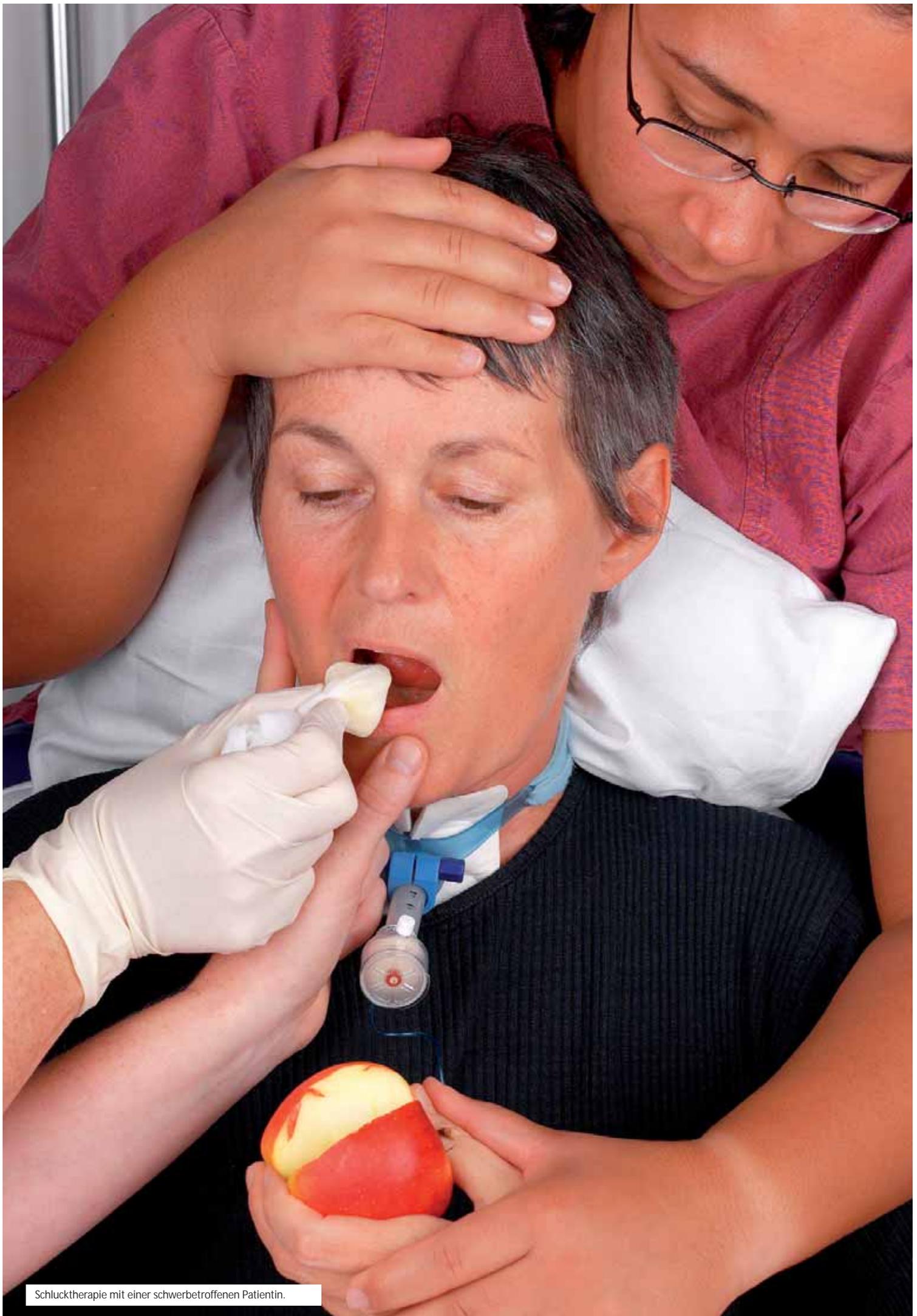
**„Unser Behandlungsschwerpunkt hat sich gewandelt. Er liegt bereits heute in der neurologischen Erstrehabilitation schwerbetroffener Patienten.“**



**„Durch die Fortschritte der Intensivmedizin überleben immer mehr Patienten. Das ist eine therapeutische Herausforderung.“**



Gangtraining.



Schlucktherapie mit einer schwerbetroffenen Patientin.



Arm- und Handmotoriktraining am Armeo.



Verleihung des BDH-Promotionsstipendiums „Pflegerwissenschaft“ durch die BDH-Bundesvorsitzende Ilse Müller an Sindy Lautenschläger.

Atmung erschweren. Dabei ist die erfolgreiche neurologische Rehabilitation mit Kräftigung der Atem- und Atemhilfsmuskulatur Voraussetzung für die erfolgreiche Entwöhnung. Die Alternative der langfristigen Beatmung im Pflegeheim oder durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause schränkt die Teilhabe des Patienten am sozialen Leben hochgradig ein und sollte, wenn irgend möglich, vermieden werden. Hier arbeiten wir eng mit dem Lehrstuhl und der Klinik für Pneumologie des Universitätsklinikums Freiburg (Direktor Prof. Dr. J. Müller-Quernheim) zusammen, um möglichst vielen Betroffenen die langfristige Beatmung zu ersparen oder sie durch eine nächtliche Maskenbeatmung zu ersetzen. Die Kosten einer Heimbeatmung durch ein ambulantes Pflegeteam übersteigen den Tagessatz der BDH-Klinik Elzach, so dass auch aufwendige Entwöhnungsbehandlungen im Interesse der Kostenträger liegen.

Auch bei den nichtbeatmeten Patienten, die aus den Akutkrankenhäusern in die BDH-Klinik verlegt werden, hat sich das Spektrum in den letzten Jahren verändert. Viele sind wegen Schluckstörungen mit Trachealkanülen versorgt. Die erfolgreiche Behandlung der Schluckstörung ist Voraussetzung für die Dekanülierung. Die erfolgreiche Dekanülierung vermindert den weiteren Bedarf an Behandlungspflege (z. B. durch dann nicht mehr bestehende Absaugpflichtigkeit) erheblich. Bei den Logopäden der Frührehabilitation steht die Behandlung der Schluckstörungen mittlerweile im Vordergrund, die Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen tritt dagegen quantitativ zurück.

Der Anteil an Patienten, die verwirrt und desorientiert zur Rehabilitation kommen, ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Die BDH-Klinik hat daher auf einer der Frühreha-

bilitionsstationen ein pflegerisch-heilpädagogisches Konzept entwickelt, um mit diesen Patienten in einer Kleingruppenbehandlung Alltagsfertigkeiten, Orientierung im Alltag und alltägliche Gedächtnisleistungen zu trainieren.

Ebenso gestiegen ist der Anteil derjenigen Patienten, die in den Phasen B und C der neurologischen Frührehabilitation in hohem Maße pflegebedürftig sind und deren Belastbarkeit nur für wenige und häufig verkürzte fachtherapeutische Behandlungen am Tag ausreicht. Hier hat das Elzacher Pflegeteam in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen

Dienst der Krankenversicherung das „Elzacher Konzept der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation“ und einen entsprechenden Leistungskatalog entwickelt und publiziert, die mittlerweile auch in anderen baden-württembergischen Rehabilitationskliniken Anwendung finden. Grundgedanke ist, dass sich Aktivierungen, Aufmerksamkeitsbindung, Kommunikation und Training von Alltagsfertigkeiten in Pflegehandlungen integrieren lassen und sich so die Rehabilitation intensivieren lässt. International besteht das Kernteam der neurologischen Rehabilitation aus den „hands-on professions“ – Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und eben auch Pflege. Wir haben mit großem Erstaunen feststellen müssen, dass die therapeutische Pflege bislang pflegewissenschaftlich kaum erforscht ist. Wir begrüßen daher sehr, dass der Träger der BDH-Klinik Elzach, der BDH Bundesverband Rehabilitation, der noch vier weitere neurologische Frührehabilitationskliniken besitzt, ein BDH-Promotionsstipendium „Pflegerwissenschaft“ zur Erforschung der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation ausgeschrieben und im letzten Jahr vergeben hat.

Im Vergleich zu anderen Indikationsgebieten der medizinischen Rehabilitation stützt sich die neurologische Rehabilitation auf einen großen Fundus gesicherter Evidenz. Die Wirksamkeit neurologischer Rehabilitation ist für die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team nach Schlaganfall und Schädel-Hirntrauma belegt, darüber hinaus für

physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Verfahren mit hoher Behandlungsintensität. Die Arbeit im multiprofessionellen Team setzt patientenbezogenen Informationsaustausch und die gemeinsa-



**„Aktivierung, Aufmerksamkeitsbindung, Kommunikation und Training von Alltagsfertigkeiten lassen sich in Pflegehandlungen integrieren. Hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.“**

me Erarbeitung und Modifikation von Therapiezielen voraus. Hier hat das Therapeutenteam der Frührehabilitation der BDH-Klinik das Elzacher Konzept der ICF-orientierten Patientenkonferenz entwickelt und publiziert. Die Orientierung am ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO – bedeutet, dass sich die Rehabilitation an Ressourcen und Bedürfnissen des Rehabilitanden orientiert, eine Sichtweise, die auch das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und die UN-Behindertenrechtskonvention teilen.

Die neurophysiologisch gut begründete Forderung, Rehabilitanden mit ZNS-Läsionen therapeutisch an ihre Belastungsgrenzen zu führen, ist eine Herausforderung, die gut ausgebildete, kompetente Therapeuten und hohe Therapieintensitäten verlangt, andererseits ergeben sich ökonomische Zwänge, den Einsatz dieser hochqualifizierten Therapeuten möglichst effizient zu gestalten. Um für psychisch und physisch belastbare Rehabilitanden hohe Therapieintensitäten zu ermöglichen, haben die Therapeuten-

teams der BDH-Klinik eine Reihe von Kleingruppenbehandlungen entwickelt, in denen Rehabilitanden individuelle Trainingsprogramme an speziellen Therapiegeräten absolvieren. Dazu ge-

hört der Armeo-Armtrainingsroboter, der minimale Arm- und Handbewegungen des Patienten verstärkt und weiterführt und so erlaubt, Computerspiele durchzuführen. Im Spiel wird der Rehabilitand über seine Ermüdungsgrenze hinausgeführt, eine Trainingsform, unter der das Gehirn am effizientesten lernt. Eine andere Behandlungsmethode, die den Patienten an seine Belastungsgrenze führt, ist die „forced-use“ Therapie, bei der der gesunde Arm mit einer Schiene immobilisiert und der Rehabilitand gezwungen wird, die teilgelähmte Hand einzusetzen. Dies wirkt der verständlichen Neigung des Betroffenen entgegen, im Alltag überwiegend die gesunde Hand einzusetzen, was die Repräsentation der betroffenen Hand im Gehirn schwächt. Diese Skizzierung von Therapiemethoden verdeutlicht, dass die jeweils eingesetzte Therapie sich an den Ressourcen des Rehabilitanden orientieren muss, nicht jede Behandlungsform ist für jeden Patienten geeignet.

### Welche Entwicklungen sind in den nächsten 10 Jahren, bis zum 60. Geburtstag der BDH-Klinik Elzach, zu erwarten?

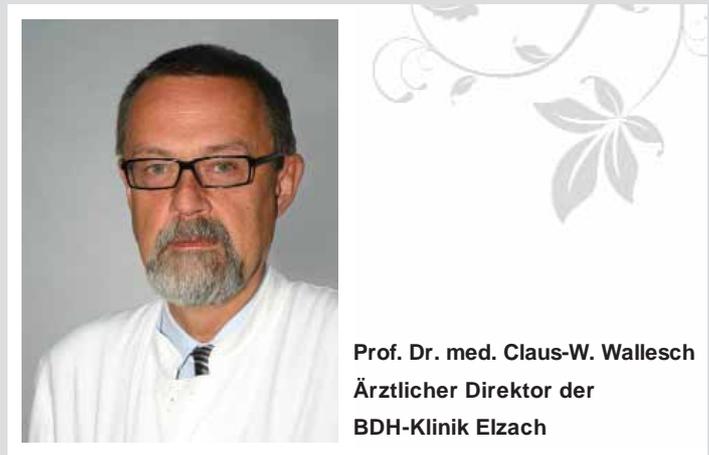
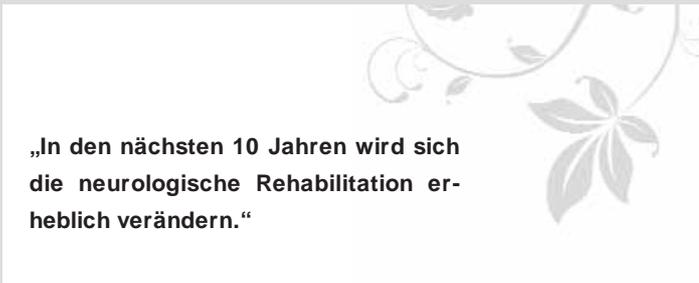
– Die Weiterentwicklung der Akutmedizin und des Fallpauschalensystems wird dazu führen, dass der Anteil schwer pflegebedürftiger, intensivüberwachungspflichtiger und beatmeter sowie verwirrter und desorientierter Patienten an den Zuverlegungen weiter ansteigen wird. Behandlungskonzepte für diese Patienten sind bereits heute vorhanden.

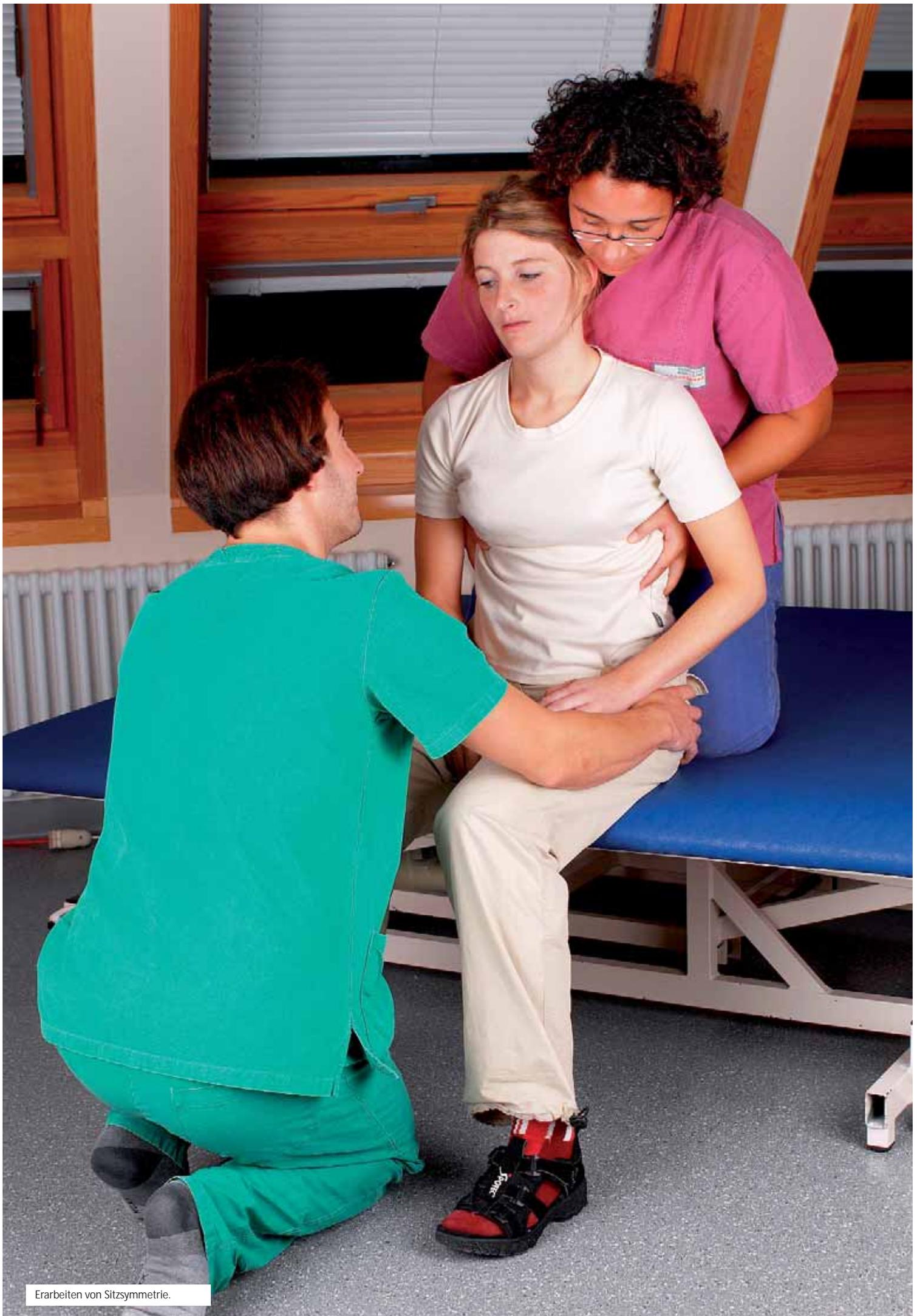
– Die Bedeutung der Pflege als Therapie wird weiter steigen. Der betreuende Pflegetherapeut wird in der Frührehabilitation die Rolle des Case Managers einnehmen. Der BDH Bundesverband Rehabilitation unterstützt die Forschung zur therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation durch ein pflegewissenschaftliches Promotionsstipendium.

– Die Evidenzbasierung der neurologischen Rehabilitation wird sich zunehmend auf einzelne Behandlungsansätze für bestimmte Patientengruppen und Behinderungskonstellationen erstrecken. Die BDH-Klinik ist gehalten, alle nachgewiesenen wirksamen Behandlungsmethoden einzuführen und anzuwenden.

– Der Stellenwert apparategestützter Therapieformen wird zunehmen. Hier werden Investitionen erforderlich sein, andererseits ermöglichen Therapiegeräte eine Steigerung der Therapieintensität und einen effizienten Personaleinsatz.

Das Team der BDH-Klinik Elzach wird sich diesen Herausforderungen stellen und arbeitet an der Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation mit, um ihnen gerecht zu werden.





Erarbeiten von Sitzsymmetrie.



Elzach Ende der 1950er-Jahre. Noch ist der Hang im Gewinn „Regelsbach“ unbebaut.



Erster Bauabschnitt des Hirnverletzten-Kurheims Elzach/Baden im Rohbau, Frühjahr 1960.

# Die Geschichte der BDH-Klinik Elzach

Die Entwicklung der neurologischen Rehabilitation wurde bis weit in die Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts von der gesellschaftlichen Aufgabe der Versorgung von Kriegshirnverletzten vorangetrieben.

Ab dem ersten Weltkrieg gab es erste Spezialeinrichtungen zur Rehabilitation von Hirnverletzten nach Kopfschuss- oder Splitterverletzungen, die als stationäre Schul- oder Werktherapieeinrichtungen geführt wurden. Im Nationalsozialismus bestanden im Deutschen Reich 36 Sonderlazarette für Hirnverletzte, in denen aber nur ansatzweise systematische neurologische Rehabilitation betrieben wurde.<sup>(1)</sup>

Obwohl mit den Arbeiten von Forschern wie Kurt Goldstein, Alexander R. Luria oder Richard Jung durchaus Konzepte zur Umsetzung neurologisch-neuropsychologischer Erkenntnisse in eine Heilbehandlung bestanden, gestaltete sich nach dem Krieg der Aufbau institutionalisierter neurologischer Rehabilitation recht zögerlich.

Die wenigen in den fünfziger Jahren in Deutschland begründeten Einrichtungen für neurologische Rehabilitation behandelten fast ausschließlich Kriegshirnverletzte.

Die neurologische Nachkriegsrehabilitation in Deutschland begann Anfang der fünfziger Jahre mit Einrichtungen wie dem „Sanatorium Schloß Rheinburg“ (1950) in Gailingen am Hochrhein, der Keimzelle der „Kliniken Schmieder“ oder dem Neurologischen Sanatorium des Bundes hirnerkrankter Kriegs- und Arbeitsopfer im hessischen Braunfels (1951), der ersten der heute fünf Kliniken des BDH.

Ende der 50er-Jahre war das deutsche Wirtschaftswunder in vollem Gange. Die Quote der Arbeitslosen war von 11% 1950 auf 1,3% 1960 zurückgegangen; diese Vollbeschäftigung sollte bis in die 70er-Jahre anhalten. Die Aufnahme politischer Beziehungen zur Sowjetunion, der Beitritt zur NATO 1955 und wichtige Abkommen mit den Nachbarländern wie der Elysée-Vertrag 1963 markieren Stationen, mit denen sich die junge Bundesrepublik auch auf dem internationalen politischen Parkett wieder etablierte. Aber Hunderttausende Menschen litten als Kriegsverletzte immer

noch an den Folgen der beiden Weltkriege. Allein in Baden gab es Ende der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts über 6000 Kriegshirnverletzte, die Hälfte von ihnen war im „Bund Hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer“ (BHKA) organisiert.

Im Jahre 1958 beschloss der damalige Vorstand des BHKA, seinen vier bestehen-

den Kurheimen in Braunfels, Hennef-Allner, Hessisch Oldendorf und Vallendar ein weiteres Erholungsheim im Schwarzwald hinzuzufügen.

Für die Standortwahl wurde neben der Gemeinde Bermersbach im Murgtal (heute ein Ortsteil von Forbach) Elzach im südlichen Schwarzwald ins Auge gefasst.

Am 29. Juni 1958, einem Sonntag, reiste der damalige Bundesvorstand des BHKA mit seinem Bundesvorsitzenden Fritz Götsch nach Elzach und besichtigte das in Frage kommende



**Ende der 50er-Jahre: Das deutsche Wirtschaftswunder ist in vollem Gange, es herrscht Vollbeschäftigung und die junge Bundesrepublik hat sich auf dem internationalen politischen Parkett wieder etabliert. Aber Hunderttausende leiden als Kriegsverletzte noch immer an den Folgen der beiden Weltkriege. Allein in Baden gibt es Ende der 50er-Jahre des letzten Jahrhunderts über 6000 Kriegshirnverletzte.**

Gelände auf einem nach Nordwesten orientierten Hang im Elzacher Gewann Regelsbach. Die anschließenden Verhandlungen zwischen dem Bundesvorstand und dem Elzacher Gemeinderat mit Bürgermeister Erich Bayer an der Spitze fanden im Gasthof „Hirschen-Post“ statt. Hier zeigte sich die Stadt Elzach äußerst entgegenkommend: Sie stellte dem Bund hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer die Schenkung des Bauplatzes von einem Hektar Größe in Aussicht und sicherte die Erschließung zu.

Verständlicherweise zeigte sich der Bundesvorstand erfreut und versprach, Nachricht nach einer in zwei bis drei Wochen anzuberaumenden Bundesvorstandssitzung zu geben. Es ist dem Verhandlungsgeschick von Bürgermeister Bayer und der Entschlussfreudigkeit des Bundesvorstandes gleichermaßen zu danken, dass die Entscheidung

dennoch am selben Tag fallen konnte. Im Protokoll der Sitzung notiert Bürgermeister Erich Bayer:

„Der Bürgermeister schlug daraufhin vor, nachdem der Gesamtbundesvorstand in Elzach anwesend ist, doch diese Frage heute zu einem Beschluss zu bringen, wobei er ausdrücklich erklärte, dass die Herren der Stadtverwaltung sich solange aus dem Sitzungszimmer entfernen werden. Der Bundesvorstand akzeptierte diesen Vorschlag und trat anschließend in eine eigene Sitzung ein, die ungefähr  $\frac{3}{4}$  Stunden dauerte. Gegen 11.45 Uhr bat ein Mitglied des Vorstandes die Herren der Stadtverwaltung wieder in das Sitzungszimmer, wobei uns Herr Götsch folgendes eröffnete:

Nach einer eingehenden Beratung beschliesst der Bundesvorstand einstimmig, daß die Stadt Elzach für die Erstellung des Heimes den Zuschlag erhält, wobei nunmehr der Beschluß dahingehend erweitert wird, dass nicht nur ein Erholungsheim, sondern ein Kurheim mit Badebetrieb, ärztlicher Untersuchung und Betreuung, sowie Arbeitstherapie gebaut wird.“

Als schwierig gestaltete sich die Finanzierung des Heims, nachdem die zuständige Hauptfürsorgestelle beim Arbeitsministerium Baden-Württemberg Darlehen zunächst nicht in der erhofften Höhe zur Verfügung stellte. Der Verband, dessen finanzielle Situation durch die Gründung von vier Erholungsheimen angespannt war, wurde aufgefordert, durch eine Sammlung unter den Mitgliedern einen beträchtlichen Teil der Bausumme selbst aufzubringen. Der Bund hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer nahm diese Herausforde-

rung an und appellierte in seiner Verbandszeitschrift „Kameradengruß“ bundesweit an die Solidarität seiner Mitglieder. Aus ganz Deutschland trafen nun in Bonn über viele Monate hinweg Spenden für Elzach ein: die Errichtung des Kurheims konnte so gesichert werden.

Am 17. Januar 1961 eröffnete der Heimleiter Willy Büttner mit der Anreise der ersten Patienten den Kurbetrieb; bereits Ende des Monats waren 50 Kurgäste im Haus. Der erste Chefarzt des Hauses war der Neurologe und Psychiater Prof. Köbcke, dem eine einzige Fachärztin assistierte.



**„Elzach hatte seinen großen Tag. Das Kurheim des Bundes hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer wurde eingeweiht. Ein sozialer Gedanke wurde zur Tat.“ Badische Zeitung**

Die offizielle Einweihung des Hirnverletzten-Kurheims Elzach/Schwarzwald, so der offizielle Name der Einrichtung, fand ein Vierteljahr später, am 13. Mai 1961 statt. Für den verhinderten Minister-

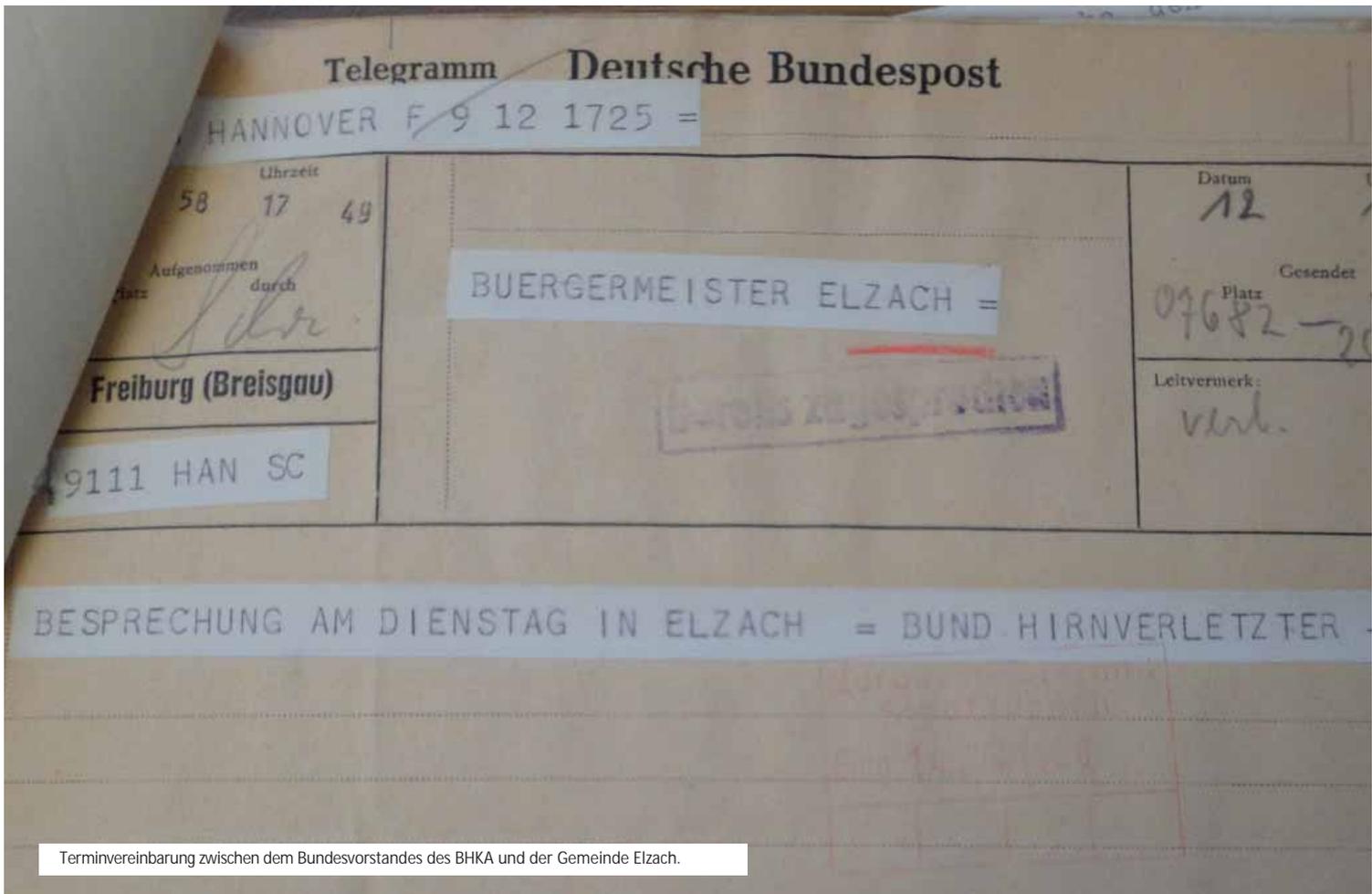
präsidenten und späteren Bundeskanzler Kurt Georg Kiesinger gratulierte Landesarbeitsminister Josef Schüttler dem BHKA zur Eröffnung seines fünften Kurheims, das der Bundesvorsitzende Heinrich Althaus in seiner Festrede als „das schönste seiner Art“ lobte.

Eine Vielzahl von Geld- und Sachspenden sollte dem neuen Heim den Start erleichtern, die „Waldkircher Volkszeitung“ hob hier namentlich den Fernsehapparat hervor, den die Heimleiter der anderen Häuser gemeinschaftlich stifteten. Ab 1. Juni konnte damit auch ein zweites Fernsehprogramm empfangen werden: Das ZDF ging auf Sendung.

Bereits 1962 wurde mit dem Bau eines Wohnhauses („Haus Gschasi“) begonnen, das über Jahrzehnte den Ärztlichen Leiter und das Chefarztsekretariat beherbergte und wo heute die Büros des Sozialdienstes, der Pflegeüberleitung und des Betriebsrates untergebracht sind.

Am 2. Februar 1966 konnte der fünftausendste Patient begrüßt werden, zum 1. September 1966 wurde das Kurheim auf Beschluss des Bundesvorstandes umbenannt und hieß nunmehr „Neurologisches Sanatorium/Haus Elzach“.

1970 wurde die erste größere bauliche Erweiterung notwendig. In einem weiteren Bauteil über dem Bewegungsbad und der Küche wurden 16 neue Zimmer errichtet. Bereits 1975 war die Einrichtung schon wieder zu klein geworden: Die Bauteile „E“ in Verlängerung des Haupttraktes und „F“ als neuer Anbau entstanden, und die jetzt als



Terminvereinbarung zwischen dem Bundesvorstandes des BHKA und der Gemeinde Elzach.

## Eindrucksvolle Feierstunde in Elzach

Unser fünftes Kurheim wurde am 13. Mai eingeweiht

Der 13. Mai 1961 wird in die Geschichte des Bundes hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer als ein besonderer Tag eingehen: unser fünftes Kurheim, das schönste dieser Art in dem einzigartig gelegenen Schwarzwaldstädtchen Elzach, wurde in einer eindrucksvollen Feierstunde eingeweiht.

Impulse vermitteln. In den vier Heimen, über die der Bund bisher schon verfügt hat, seien im Jahr 1960 bei 5000 Kuren 120 000 einzelne Kurtage gezählt worden.



Das fertige Kurheim im Herbst 1960.

## Elzach-Spende



DM 40 168

Wie wir an anderer Stelle berichten, wurde am 13. Mai das schönste Kurheim unseres Bundes eingeweiht. Gewaltige Anstrengungen des Bundesvorstandes sind erforderlich, um dieses Millionenobjekt finanziell zu meistern. Es bedarf noch weiterer Mühe, damit das Heim seine letzte Vollendung erhält. Bisher wurden aus dem Kameradenkreis über DM 40 000 gespendet. Ein ausdrucksvoller Beweis für unsere tatkräftige Selbsthilfe!

Nachstehend veröffentlichen wir eine Aufstellung der Landesgruppen, die Spendenbeträge über tausend D-Mark an die Bundeskasse überwiesen:

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Nordrhein-Westfalen  | DM 21 122 |
| Hessen               | 4 950     |
| Niedersachsen-Bremen | 3 904     |
| Rheinland-Pfalz      | 3 594     |
| Baden                | 2 486     |
| Württemberg          | 2 127     |
| Schleswig-Holstein   | 1 521     |
| Bayern               | 1 368     |

Bis zum 24. Mai gingen folgende weiteren Spenden mit Beträgen von DM 10,— und mehr bei der Bundeskasse ein:

H. Geppert, Winnenberg/Paderb. 10,—; Kreisgruppe Sieg 20,—; Kreisgruppe Rendsburg 25,—; F. Gerling, Bühleral 25,—; Possmann, Kreuznach 10,—; Bez. Gr. Unterfranken 42,—; Kreisgruppe Beckum 36,—; Kreisgruppe Bochum 27,—; Kreisgruppe Kehl 10,—; Kreisgruppe Hötter 100,—; Kreisgruppe Flensburg 46,—; Kreisgruppe Oberlausen 62,—; Kreisgruppe Hannover 25,—; Kreisgruppe Olpe 266,—; Kreisgruppe Hoya 65,—; Kurt Kempe, Werdahl 10,—; Kreisgruppe Allfeld 27,—; Kreisgruppe Bremen 30,—; Kreisgruppe Heilbronn 10,—; M. Willems, Köln-Weidenpesch 10,—; Kreisgruppe Pirm 36,—; R. Müller, Köln 10,—; H. Nehring, Gießen 10,—; Kreisgruppe Stuttgart 16,—; E. Lindner, Oberlahnstein 10,—; Kreisgruppe Solingen 234,—; ungenannt 50,—; Kreisgruppe Aachen 11,—; Kreisgruppe Oelienkirchen 70,—; Kreisgruppe Herne 20,—; Kreisgruppe Wanne-Eickel 70,—; Kreisgruppe Siegen 43,—; Kreisgruppe Lemgo-West 60,—; Kreisgruppe Rheingau 88,—; W. Linder, Tante/Rheinld. 10,—; P. Thiel, Ahrensbeck/Holst. 15,—; Kreisgr. Ludwigshafen 50,50; Kreisgruppe Hannover 25,—; J. Heuling, Meckenbeuren 10,50; Kreisgruppe Stuttgart 23,—.

Aus Raumgründen können wir die zahlreichen Beträge unter zehn D-Mark nicht veröffentlichen. Sie sind jedoch dem Bundeskassierer ebenso willkommen. Es bleibt dem Betrage Kameraden vorbehalten, die Beträge zu benennen. Aus dem ganzen Bundesgebiet treffen Spenden für das Kurheim ein. Eine neue Serie angefordert.

# Kameradengruß

BUNDESORGAN DES BUNDES HIRNVERLETZTER KRIEGS- UND ARBEITSOPFER

## AUS DEM INHALT

PARTEIEN  
UND KRIEGSOPFER

DIE FEIERSTUNDE  
IN ELZACH

WO BLEIBT DIE  
UNFALLREFORM?

STUTTGART WÜRDIGT  
UNSERE LEISTUNG

SOZIALRICHTER  
TAGTEN IN  
MARBURG

DIE LANDESTAGUNG  
IN NIENBURG



### In Elzach

wurde am 13. Mai 1961 in Anwesenheit des Arbeitsministers von Baden-Württemberg Schüttler, (links) und des Bundesvorsitzenden Allhaus unser fünftes Kurheim eingeweiht.

„Neurologisches Sanatorium Elzach“ firmierende Klinik erhielt mit der damit einhergehenden Aufstockung auf 180 Betten fast ihre heutige Größe.

Ende der siebziger Jahre entschloss sich der Bundesvorstand des inzwischen in „Bund Deutscher Hirnbeschädigter (BDH)“ umbenannten Verbandes, wie in seinen anderen Häusern auch in Elzach Reha-Maßnahmen für Krankenkassenpatienten anzubieten.

Dies machte weitere Umbauten erforderlich, die 1981 fertiggestellt waren: Die Räume wurden umfassend modernisiert und mit Druckluft, Sauerstoff und Lichtruf ausgestattet. Der von 1961 bis 1982 tätige Heimleiter Willy Büttner konnte seinem Nachfolger Ronald Ahrens ein Sanatorium übergeben, welches für die Zukunft gerüstet war. Ein Jahr zuvor kamen mit dem Kleist-Schüler Prof. Dr. Clemens Faust als Chefarzt und seinem Nachfolger Dr. Karl-Heinz Hagel als Oberarzt zwei Mediziner ins Haus, die von ihrer Tätigkeit in der Neurologischen Universitätsklinik Freiburg eine klare Reha-Ausrichtung und einen klinischen Anspruch mitbrachten und die Wende vom Kurheim zur Klinik für neurologische Rehabilitation vollzogen.

Erst in den 1970er Jahren hatten eine verlängerte Lebenserwartung, eine verbesserte Akutmedizin und der Wegfall vorher bestehender Pflegemöglichkeiten in der Großfamilie durch Erosion familiärer Bindungen die Entwicklung von differenzierteren Konzepten zur Rehabilitation nach Schlaganfall bedingt.<sup>(2)</sup>

Seit Ende der siebziger Jahre brachten die Erfolge der aktivierenden Nachbehandlung (die dann sogenannte Anschlussheilbehandlung) eine Veränderung auch in der Behandlung Hirnverletzter, die der Neurologe Karl-Heinz Mauritz als „Abkehr vom klassischen Kurgedanken mit seinen passiven auf Erholung ausgerichteten Erwartungen hin zu(r) motivierenden und aktivierenden medizinischen Rehabilitation“ beschreibt.<sup>(2)</sup> Vor allem auch das Gesetz über die Angleichung von Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) vom 7. August 1974 schuf die Voraussetzungen für eine breite Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, bezog es doch die Krankenversicherungen ausdrücklich in den Kreis der Leistungsträger von Rehabilitationsmaßnahmen mit ein.<sup>(2)</sup>



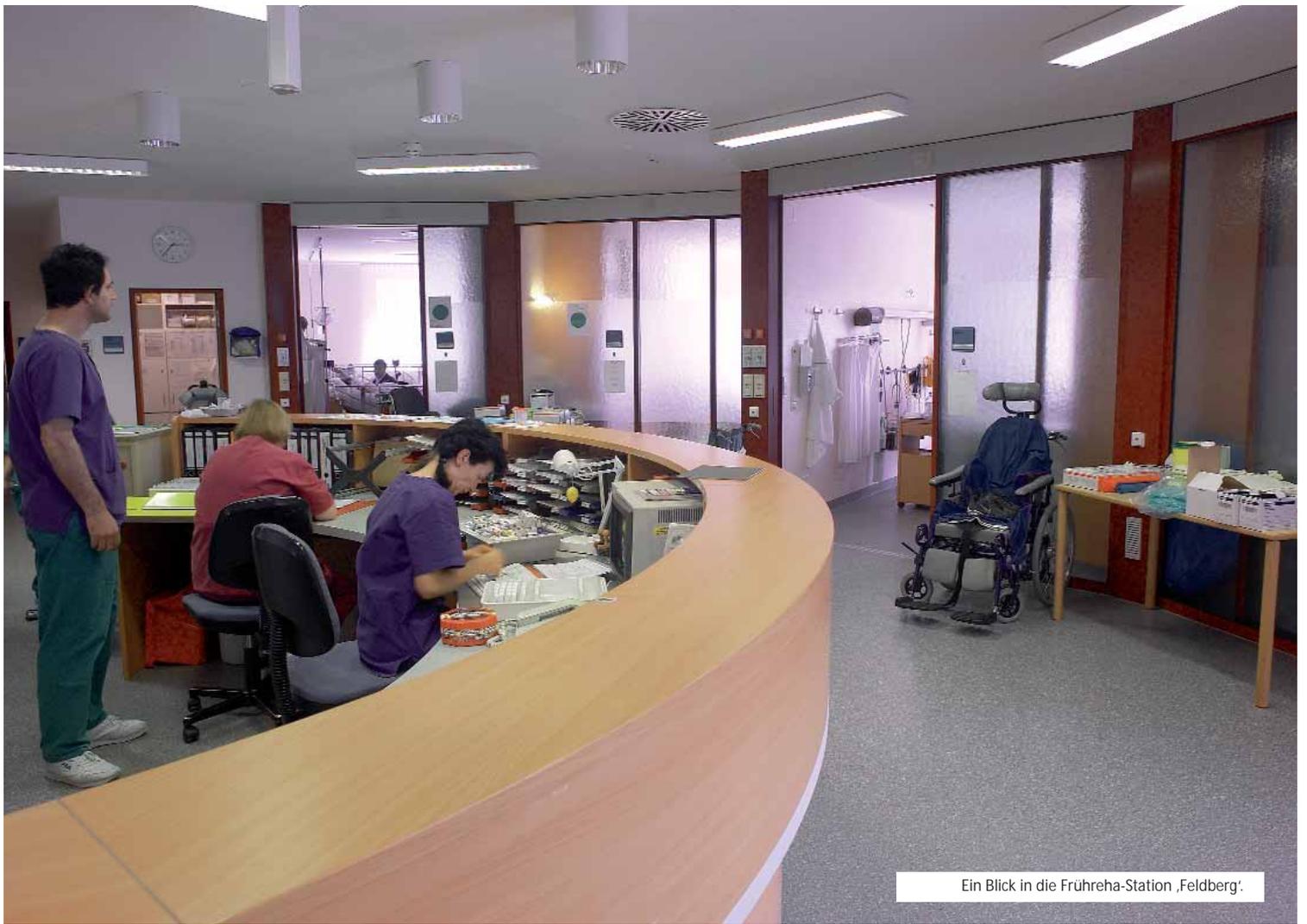
Heimleiter Willy Büttner begrüßt den 5000. Patienten in Elzach.



Der scheidende Chefarzt Prof. Clemens Faust und seine Frau werden 1984 von Verwaltungsdirektor Ronald Ahrens verabschiedet.



Der neue Chefarzt Dr. med. Karl-Heinz Hagel bei seiner Begrüßungsansprache.



Ein Blick in die Frühreha-Station ‚Feldberg‘.



Unterricht in der klinikeigenen Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe.



Verwaltungsdirektor Ronald Ahrens und der Technische Leiter Josef Moser überwachen die Montage der Glaskuppel auf den Frühreha-Rundbau.



2003 übergibt der Vorsitzende des Fördervereins der Klinik, Eberhard Hirschbolz, das neugestaltete barrierefreie Wegenetz an die Klinik.  
V.l.n.r.: Charlotte Hasenhindl, Ronald Ahrens, Bürgermeister Michael Heitz, Eberhard Hirschbolz, Siegfried Hug, Prof. Paul-Jürgen Hülser.



Feierliche Übergabe des Neubaus ‚Querspange‘ (v.l.n.r.): Architekt Meinhard Hansen, BDH-Vorsitzende Ilse Müller, Geschäftsführer Bernd Fey und Ärztlicher Direktor Prof. Claus-W. Wallesch.

Bereits 1983 erfolgte die Umbenennung in „Neurologische Klinik Elzach“, nachdem der Rehabetrieb unter dem etwas umständlichen Namen „Neurologisches Sanatorium mit klinischer Abteilung zur Behandlung cerebraler Schädigungsfolgen Elzach/Schwarzwald“ aufgenommen worden war.

Mit Beginn der 90er Jahre wurden die medizinischen Leistungen der Klinik von den Kostenträgern honoriert: Durch die Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen, unterschiedliche Schweregrade entsprechend zu vergüten, wurde eine Anpassung der Erlöse an die Kosten ermöglicht.

Schon seit 1988 hatte unsere Klinik apallische und koma-töse Patienten aufgenommen und behandelt und war mit 5 Betten in den Bedarfsplan des Landes aufgenommen worden. In einer von Bund und Land geförderten und vom Kuratorium ZNS unterstützten „Frühreha-

Modelleinrichtung“, die nach zweijähriger Bauzeit im Mai 1995 eröffnet wurde, konnten nun auf zwei baugleichen Stationen 20 Frühreha- bzw. Wachkoma-Patienten nach modernsten medizinischen Erkenntnissen behandelt werden.

Am 1. Januar 1994 begann in Elzach zusätzlich die geriatrische Rehabilitation. Dafür waren nicht nur bauliche, sondern auch konzeptuelle Veränderungen notwendig, um den Bedürfnissen und Anforderungen der geriatrischen Patienten gerecht zu werden. Der Versorgungsvertrag sah anfangs 18 Betten vor und wurde ab dem 1. April 1994 auf 30 Betten erweitert.

1997 folgte die nächste größere Baumaßnahme mit der Komplettsanierung der Patientenzimmer im Bauteil „F“ und der damit einhergehenden Errichtung der Station Rohrhardsberg „B“. Gleichzeitig wurden Speisesaal und Eingangsbereich inklusive der Rezeption umgebaut und vollkommen neu gestaltet. 1998 wurde die heute abgeschlossene Neugestaltung der Außenfassaden aller Bauteile begonnen.

Eine weitere große Aufgabe war noch zu erledigen: Unsere Großküche entsprach nicht mehr den gestiegenen Anforderungen an Speisenqualität und -vielfalt. Sie wurde daher 1999 komplett umgebaut und vergrößert.

2000/2001 wurden die Räume der Verwaltung umgebaut und neu organisiert sowie die meisten Patientenzimmer der Station Belchen saniert.

Gute Pflege ist eine wichtige Säule der Rehabilitation. Und so anerkannt die entscheidende Rolle von Pflegekräften in ihrem Einsatz rund um die Uhr ist, so schwierig war bereits um die Jahrtausendwende die Gewinnung qualifizierter

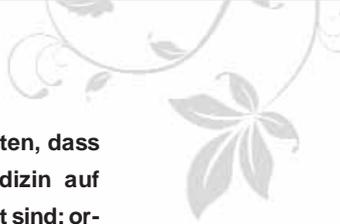
Mitarbeiter in der Pflege. 2001 gründete die BDH-Klinik Elzach daher eine eigene Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, bis heute die einzige Einrichtung dieser Art an einer deutschen Rehabilitationsklinik. Mit dieser einjährigen, staatlich anerkannten und vom Arbeitsamt geförderten Ausbildung sprachen und sprechen wir besonders Berufsanfänger, Wiedereinsteiger und Umschüler an.

Jährlich werden ca. 20 Schülerinnen und Schüler in 700 Stunden theoretischem und 900 Stunden praktischem Unterricht auf ihre Aufgaben in der Pflege vorbereitet.

Neben der Vermittlung von Wissen und fachspezifischen Kenntnissen werden insbesondere in handlungsorientierten und erfahrungsbezogenen Lernformen sowie Seminaren die notwendigen Kompetenzen erworben. Bobath-Kurs und Grundkurs Basale Stimulation ergänzen die Ausbildung und bereiten die Lernenden auf ihren Berufsalltag mit pflegeintensiven Patienten vor.

Auch der Außenbereich der Klinik erhielt im neuen Jahrtausend sein heutiges Gesicht: der von unserem Förderverein maßgeblich unterstützte Bau eines ebenen und rollstuhlgeeigneten Wegenetzes konnte im Park der Klinik realisiert werden. 2003 wurde mit Unterstützung des Fördervereins ein Gehgarden eingerichtet.

Die BDH-Klinik Elzach wurde als in der Region verwurzelter Gesundheitsdienstleister Mitglied im am 1. Juli 2003 gegründeten „Regionalen Rehanetz am Universitätsklinikum Freiburg“, wodurch die schon immer enge Kooperation mit der Uniklinik selbst und mit anderen Rehakliniken einen institutionellen Rahmen erhielt. Diese Zusammenarbeit



**„Es ist im Interesse der Patienten, dass Akut- und Rehabilitationsmedizin auf mehreren Ebenen eng verzahnt sind: organisatorisch, um eine effektive Rehakette zu bilden, kommunikativ, um den Informationsfluss zu sichern und Schnittstellenprobleme zu überwinden sowie im Austausch medizinischer und therapeutischer Konzepte, wie etwa der Behandlung von Patienten mit Akutereignissen.“**

**Dr. Karl-Heinz Hagel (Chefarzt der BDH-Klinik Elzach 1984-2003)**

bietet seither unseren Patienten viele Vorteile: Absprachen über Behandlungskonzepte und gemeinsame Beurteilung von Untersuchungen wurden optimiert, aber auch die gesicherte Übermittlung von medizinischen Unterlagen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, ist garantiert, genauso wie überganglose Verlegungen durch rechtzeitige Absprachen und nicht zuletzt die jederzeitige Rückverlegung ins Uniklinikum im Falle von ernsten Komplikationen. Vergessen werden sollen auch nicht die Zusammenarbeit in Forschung und Lehre und die damit verbundene qualitative Weiterentwicklung sowie die gemeinsame Nutzung vorhandener Einrichtungen, die eine effektive und dabei kostengünstige Medizin ermöglicht. Auch die Kooperation mit anderen Krankenhäusern konnte ausgeweitet werden.

Als sich nach 22 Jahren Tätigkeit, zunächst als Oberarzt, dann ab Oktober 1984 als Chefarzt und Ärztlicher Direktor Dr. Karl-Heinz Hagel in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedete, konnte er auf ein gelungenes Werk des Aufbaus einer heute weithin renommierten und anerkannten neurologischen Rehabilitationsklinik zurückblicken. Die Entwicklung vom Sanatorium für Kriegsoffer zur neurologischen Fachklinik ist eng mit seinem Namen verbunden. Viele Kollegen und Weggefährten Hagels würdigten in einem Festakt die Verdienste des überaus beliebten Mediziners.

Am 1. Januar 2004 trat Prof. Dr. Paul-Jürgen Hülser seine Nachfolge an, in einer Zeit, in der es nicht nur galt, den erreichten Status zu konsolidieren, sondern auch Akzente zur Weiterentwicklung zu setzen, und dies unter schwierigen Bedingungen. Bekanntlich hatten gerade im Gesundheitswesen Sparmaßnahmen höchste Priorität erhalten, und in unserem Krankenhausbereich der Phase B hielt die Abrechnung nach Fallpauschalen Einzug. Gleichzeitig wurde der Nachweis einer guten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität immer wichtiger und der Belegungsdruck durch die verlegenden Krankenhäuser wurde immer größer. Prof. Hülser sah sich daher bei seinem Dienstbeginn bereits mit einer Fülle von Aufgaben konfrontiert, die es relativ kurzfristig zu bewältigen galt.

Die Belegungsquote in der Phase B machte sofortiges Handeln notwendig und so wurde bereits im März 2004 ein entsprechender Antrag auf Erhöhung unserer Bettenzahl im Frühreha-Bereich auf den Weg gebracht. Die Genehmigung von 10 weiteren Krankenhausbetten inklusive ihrer Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Landes und

die darauf folgende Einigung mit unseren Partnern auf der Kostenträgerseite darüber, wie die Unterbringung der zusätzlichen Betten strukturell zu regeln sei, führte zu einer umfassenden baulichen Neugestaltung und Sanierung eines bestehenden Kliniktraktes. Ein Jahr nach unserer Antragstellung konnten wir unseren Patienten die Station Schönberg zur Verfügung stellen, die von der ersten Woche an voll belegt war.

2007 gelang der Abschluss und die Umsetzung eines Haustarifvertrages. Über 80% der Mitarbeiter sagten zum Haustarifvertrag der BDH-Klinik Elzach „ja“. Das gab der BDH-Klinik Elzach für die nächsten Jahre Planungssicherheit bei den Personalkosten und war eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Klinik. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BDH-Klinik Elzach leisteten mit ihrer Zustimmung zum Haustarifvertrag ein klares Bekenntnis zu ihrem Arbeitgeber.

Mitte 2008 verließ Prof. Dr. Paul-Jürgen Hülser, der als Nachfolger von Dr. Karl-Heinz Hagel vier Jahre lang als Chefarzt tätig war, die Neurologische Klinik Elzach; seither ist Prof. Dr. Claus-W. Wallesch Ärztlicher Direktor unseres Hauses.

2008 hatte der Träger unserer Klinik, der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V., die Umsetzung seiner Beschlüsse zur Rechtsform- und Namensänderung aller Kliniken des BDH weiter vorangetrieben. Zum 1.1.2009 wurde die Klinik in eine gemeinnützige GmbH überführt und heißt seitdem BDH-Klinik Elzach GmbH. Geschäftsführer ist seither Bernd Fey.

Mit dieser Veränderung wurden zukunftsweisende Weichenstellungen für die neurologische Rehabilitation auch für den Klinikstandort Elzach realisiert. Der bisherige Träger der Klinik ist nunmehr alleiniger Gesellschafter der GmbH. Der Name BDH-Klinik, den nun bundesweit alle Häuser des BDH führen, verweist auf den BDH Bundesverband Rehabilitation als einen Sozialverband, der bis heute Maßstäbe auf dem Gebiet der Behandlung neurologischer Erkrankungen setzt und auf ein Netzwerk, das in der deutschen Rehabilitationslandschaft beispiellos ist.

Die Rechtsformänderung erhöht die Gestaltungsspielräume, aber auch die Verantwortung der handelnden Personen vor Ort. Alle Mitarbeiter haben ohne Ausnahme dem Betriebsübergang ihres Arbeitsverhältnisses auf die neue GmbH zugestimmt.

Die weitere Vergrößerung der Frührehabilitation auf aktuell 52 Betten war Anlass zu einem weiteren Neubau, der „Querspange“, die in einem feierlichen Festakt am 23. Oktober 2009 eröffnet wurde. Die Querspange verspannt die beiden nach Süden orientierten Flügel der Rehabilitationsklinik und setzt mit ihren zwei weithin sichtbaren markanten roten Kuben auch architektonisch Akzente im oberen Elztal. Der Erweiterungsbau beherbergt drei neue Stationen, die der Elzacher Tradition gemäß nach Bergen benannt sind: „Kaiserstuhl“, „Lindenberg“ und „Hornisgrinde“. Die Baukosten betragen 5 Millionen Euro.

Vor allem die Schaffung von zusätzlichen Einzelzimmern in der Rehabilitation und die Restrukturierung der Stationen, die auch eine weitere Verbesserung der Versorgungs-Infrastruktur mit einschließt, kamen unseren oft schwer betroffenen Patienten zugute. Mit einem mehrstufigen Sanierungskonzept wird die Unterbringungs- und Versorgungsqualität des Neubaus auch in den älteren Bauteilen des Hauses umgesetzt.

Im Oktober 2011 feiert die BDH-Klinik Elzach ihr fünfzigjähriges Bestehen. Die Geschichte unseres Hauses spiegelt in ihrem

Einsatz für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung ein halbes Jahrhundert deutscher Rehabilitationsgeschichte wider. Die innovative und anerkannt hervorragende neurologische und geriatrische Rehabilitation, die in unserem Haus seit fünf Jahrzehnten betrieben wird, ist uns auch für die Zukunft Verpflichtung.

(1) Maly J & Stubreither W (2006): Die Geschichte der klinischen Neuropsychologie in Österreich. In: Lehrner J et al. (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie. Wien. S. 14-24.

(2) Mauritz KH (2004): Organisation der Neurologischen Rehabilitation. In: Nelles G (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation. Stuttgart, S. 14.



**Dr. phil. Thomas Urbach**  
**BDH-Klinik Elzach**



Die BDH-Klinik Elzach 2011.



Sensomotorische Übung im Stand.

# Von der Kur zur Neurologischen Rehabilitation

## Zur Geschichte der BDH-Klinik Elzach in den 1980er und 90er Jahren

Wichtige Impulse zum Aufbau der neurologischen Rehabilitation an der BDH-Klinik Elzach kamen aus dem Universitätsklinikum Freiburg.

Dort hatte Clemens Faust Mitte der 1970er Jahre eine Abteilung für Neuropsychologie und Rehabilitation aufgebaut.

Faust war ein damals international bekannter Hirntraumatologe, der als Schüler von Karl Kleist, dem Begründer der deutschen Neuropsychologie, diese Tradition in Freiburg fortführte. Ich war

als Ausbildungsassistent in dieser Abteilung. Wir behandelten in der ersten universitären neurologischen Rehabilitationseinrichtung Deutschlands Patienten mit schweren traumatischen Hirnschäden.

Das war eine spannende Zeit, denn wir leisteten ein

Stück Pionierarbeit. Wir konnten nicht auf bestehende Konzepte zurückgreifen, sondern mussten diese selbst erarbeiten. Einige Berufsbilder, die heute selbstverständlich zu einem Rehteam gehören, gab es damals in Freiburg noch gar nicht, z. B. die Ergotherapie oder die Aphasie- und Schlucktherapie.

Allein aufgrund unserer klinischen Beobachtung konnten wir die Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche neurologische Rehabilitation herausarbeiten: kompetente Diagnostik auf der somatischen und neuropsychologischen Ebene, ein intensives und individuelles therapeutisches Angebot, eine interdisziplinäre Teamarbeit und die Einbeziehung der Bezugspersonen.

Zur gleichen Zeit wurde in der Neurochirurgischen Universitätsklinik der erste Computertomograph Freiburgs eingerichtet. Das war für uns Neurologen natürlich ein Highlight. Waren wir bis dahin darauf angewiesen, die Verletzungsfolgen aus der klinischen fokalen Symptomatik, äußeren Verletzungen oder OP-Berichten, so vorhanden, abzuleiten, so war es jetzt erstmals möglich, routinemäßig am Lebenden die Verletzungen

des Gehirns zu dokumentieren und mit der Klinik zu korrelieren, eine auch wissenschaftlich sehr interessante Zeit.

Im Großraum Freiburg gab es zu dieser Zeit keine weiterführende neurologische Rehabilitation. Alle unsere Patienten mussten an den Bodensee verlegt werden, weitab von Bezugspersonen und Arbeitsplatz.

Als Prof. Faust vom BDH das Angebot erhielt, nach seiner

Emeritierung eine neurologische Rehabilitation in Elzach aufzubauen, sahen wir darin eine interessante Aufgabe und eine Chance für unsere Patienten.

So kamen wir als kleines Team (Prof. Faust, Frau Dr.

Faust und ich) voller Tatendrang 1980/81 nach Elzach, wo wir mit großer Skepsis empfangen wurden. Dem ganzen Bereich der neurologischen Rehabilitation gegenüber war man durchaus zurückhaltend eingestellt, war das Haus doch über Jahrzehnte immer gut mit Kurpatienten belegt gewesen. Die Zukunft wurde ausgeblendet.

Elzach kam damit im Land Baden-Württemberg leider zu spät. Während die anderen BDH-Einrichtungen bereits größere klinische Bettenkontingente in den Bedarfsplänen ihrer Länder untergebracht hatten, hatte sich in Baden-Württemberg dieses Zeitfenster geschlossen. Alle Bemühungen von Prof. Faust, auch mit Unterstützung von Fachgesellschaften, noch 5 Betten in die Fortschreibung des Bedarfsplanes zu bringen, verliefen ergebnislos. Während die anderen BDH-Kliniken über Jahrzehnte erhebliche Förderzuwendungen von der öffentlichen Hand erhielten, musste Elzach alles selbst erwirtschaften und das Geld für größere Investitionen auf dem freien Kapitalmarkt besorgen. Dies musste notwendigerweise zu einem Investitionsstau bis ins neue Jahrtausend führen.



**Der Aufbau der neurologischen Rehabilitation war eine spannende Zeit, denn wir leisteten Pionierarbeit. Wir konnten nicht auf bestehende Konzepte zurückgreifen, sondern mussten sie uns erarbeiten.**



Verabschiedung von Prof. Faust (6. v. links) und seiner Frau.



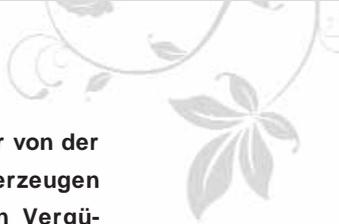
Einführung von Dr. Karl-Heinz Hagel 1984. v.l.n.r.: Dr. Claudia Hessel-Hagel, Dr. Karl-Heinz Hagel, BDH-Vorsitzender Karl Dahmen, Stv. Vorsitzender Franz Huber.

Die schönsten inhaltlichen Konzepte nützen bekanntlich nichts, wenn sie keiner bezahlt.

Nachdem der Zug „Bettenbedarfsplan“ abgefahren war, führte unser nächster Weg zu den regionalen Kostenträgern.

Unseren Verhandlungspartnern auf Kostenträgerseite war neurologische Rehabilitation weitgehend unbekannt. Sie konnten zunächst keinerlei Bedarf erkennen. Nur mit Mühe gelang es, überhaupt zu einer vertraglichen Vereinbarung für 18 Betten mit einem Vergütungssatz von 125 DM pro Tag zu kommen. Damit war eine qualifizierte neurologische Rehabilitation nicht aufzubauen.

Es ist das Verdienst des BDH und seiner Repräsentanten vor Ort, der Herren W. Büttner und R. Ahrens, dass sie weitsichtig genug waren, zusätzliche Finanzmittel in den Aufbau der Rehabilitation zu investieren. Nur mühsam und langsam gelang es in den Folgejahren, den Vergütungssatz und die Bettenkapazität anzuheben. Kostendeckend war er über viele Jahre nicht. Es gab zu dieser Zeit bundesweit für alle neurologischen Rehabilitationspatienten nur einen einheitlichen Vergütungssatz. Bei gleichzeitig erheblichem Mangel an neurologischen Rehabilitationsbetten führte dies dazu, dass alle kommerziell ausgerichteten Einrichtungen entgegen allen Beteuerungen nur Leichtkranke aufnahmen und schwergeschädigte Patienten bundesweit kaum Rehabilitationsplätze fanden. Unser Konzept eines regionalen Rehabilitationsangebotes für Patienten aller Schweregrade drohte zu diesem Zeitpunkt am Geld zu scheitern. Eigentlich in letzter Minute gelang es, unter Vermittlung von Frau Dr. Vasseur vom MDK, die Kostenträger von unserem fachlichen Ansatz zu überzeugen. Wir erhielten, wahrscheinlich als eine der ersten Einrichtungen Deutschlands, einen eigenen Vergütungssatz für schwerkranke Patienten. Die Definition hatten wir vor Ort selbst erarbeitet. Sie deckte sich weitgehend mit den später erarbeiteten Phasen C und D der BAR.



**Wir konnten die Kostenträger von der Qualität unserer Arbeit überzeugen und erhielten einen eigenen Vergütungssatz für schwerkranke Patienten.**

Bereits 1988 hatten wir auch die ersten „apallischen“ Patienten aufgenommen, eine Patientengruppe, für die es in Deutschland zu dieser Zeit nahezu kein Angebot gab. Es dauerte allerdings noch bis zum Jahre 1991, bis wir als erste Einrichtung in Baden-Württemberg auch in diesem Bereich offiziell 5 Betten mit Aufnahme in den Bettenbedarfsplan des Landes und ausgestattet mit einem kostendeckenden Vergütungssatz bekamen. Im Laufe der Jahrzehnte war es uns gelungen, die Kostenträger von der Qualität unserer Arbeit zu

überzeugen. Der Aufbau einer geriatrischen Abteilung 1994 kam sogar auf Initiative der Kostenträger zustande.

Als wir nach Elzach kamen, fanden wir eine typische Kureinrichtung mit nur wenigen Funktionsräumen vor. Es gab neben dem ärztlichen Dienst eine große Bade- und Massageabteilung mit einem Bewegungsbad und eine Gymnastikhalle. Eine Renovierung der Einrichtung war weitgehend abgeschlossen. Belange der neurologischen Rehabilitation waren nicht berücksichtigt, da es vor Ort niemand mit neurologischer Rehabilitationserfahrung gab. Die Herausforderung für uns bestand darin, in einem bestehenden Sanatorium eine Klinik mit möglichst geringem Verlust von Patientenbetten und möglichst geringem Kostenaufwand aufzubauen. Dies führte dazu, dass im Laufe des Klinikaufbaus jedes Winkelchen der Einrichtung und jeder Flur auf Abtrennbarkeit und Benutzbarkeit untersucht wurde. Hier ist der Ideenreichtum unserer Haustechnik unter Leitung von Herrn Josef Moser besonders zu erwähnen und der Kooperationsbereitschaft der Abteilungen besonders zu danken. Natürlich lagen die gewonnenen Funktionsräume meist nicht dort, wo man sie am besten gebraucht hätte, eine verwirrende Situation für alle neuen Patienten, die aber diagnostische Aussagekraft hatte. Wer sich in unserer Einrichtung innerhalb weniger Tage zurecht fand, hatte mit Sicherheit keine räumliche Orientierungsstörung. Natürlich war auch eine recht beengende räumliche Situation entstanden, die eigentlich erst durch den nach meinem Ausscheiden durchgeführten Bau der Querspange beseitigt werden konnte.

An apparativer Infrastruktur fanden wir in der Einrichtung lediglich Blutdruckmessgeräte, eine Personenwaage und ein Ein-Kanal-EKG vor. Die gesamte medizinische und apparative Ausstattung musste neu aufgebaut werden. Bei

knappen wirtschaftlichen Ressourcen war ich dabei von der Kreativität unseres Teams vor allem im Therapiebereich immer wieder beeindruckt. Eine entscheidende Verbesserung kam in diesem Bereich erst mit der Errichtung unserer Modell-einrichtung für Frührehabilitation im Jahre 1995 mit Intensiv-Monitoring, Kurzzeitbeatmung, Röntgen und internistischem Ultraschall: Diese Geräte wurden erstmals in der Geschichte der Einrichtung über Fördergelder finanziert und versetzten uns in die Lage, auch vegetativ instabilere Patienten zu behandeln.

In der Kureinrichtung gab es, abgesehen von intermittierenden Komplikationen, keine pflegeabhängigen Patienten. Soweit die Patienten in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt oder überwachungspflichtig waren, hatten sie von Amts wegen Begleitpersonen. Die Pflege hatte vorwiegend administrative Aufgaben. An Therapien gab es ein großes Team der Badeabteilung, damals schon unter Leitung von Herrn B. Kaltenbach und eine Gymnastiklehrerin.

Die Pflege musste unter der Leitung von Frau M. Finke sukzessive für schwerer kranke Patienten qualifiziert werden. Das war auch deswegen schwierig, weil

wir die wiederholten Wellen von Pflegenotstand natürlich auch und besonders in Elzach zu spüren bekamen. Überdies kamen auch die Absolventen der großen Krankenpflegeausbildung aus den Akutkliniken und hatten keine Erfahrung mit Rehabilitation. Das führte sehr früh zum Aufbau interner Qualifizierungsmaßnahmen, die schließlich 2000 mit entscheidendem Engagement von Herrn M. Dumkow zum Aufbau einer Schule für Krankenpflegehilfe führten

**Alle Schwierigkeiten schweißten uns als Team zusammen. Wir hatten alle so etwas wie einen Pioniergeist.**

Therapeuten waren zu dieser Zeit am Markt ausgesprochene Mangelware. Eine Krankengymnastin von der Universitätsklinik Freiburg nach Elzach zu locken, bedurfte schon besonderer Beziehungen und eines besonderen Anreizes. Diese vielfältigen Schwierigkeiten schweißten uns als Team zusammen. Wir hatten alle so etwas wie einen Pioniergeist. Auch im therapeutischen Bereich haben wir sehr früh über ein eigenes Fortbildungsinstitut unter Leitung von Herrn Helbig-Hennig mit der internen Qualifikation unseres Teams begonnen.

Es fand von Anfang an ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch über jeden

einzelnen Patienten statt mit Erarbeitung eines gemeinsamen Rehabilitationszieles und Absprachen über die Vorgehensweise in den einzelnen Bereichen. Von Anfang an war die Pflege voll in dieses Konzept eingebunden.

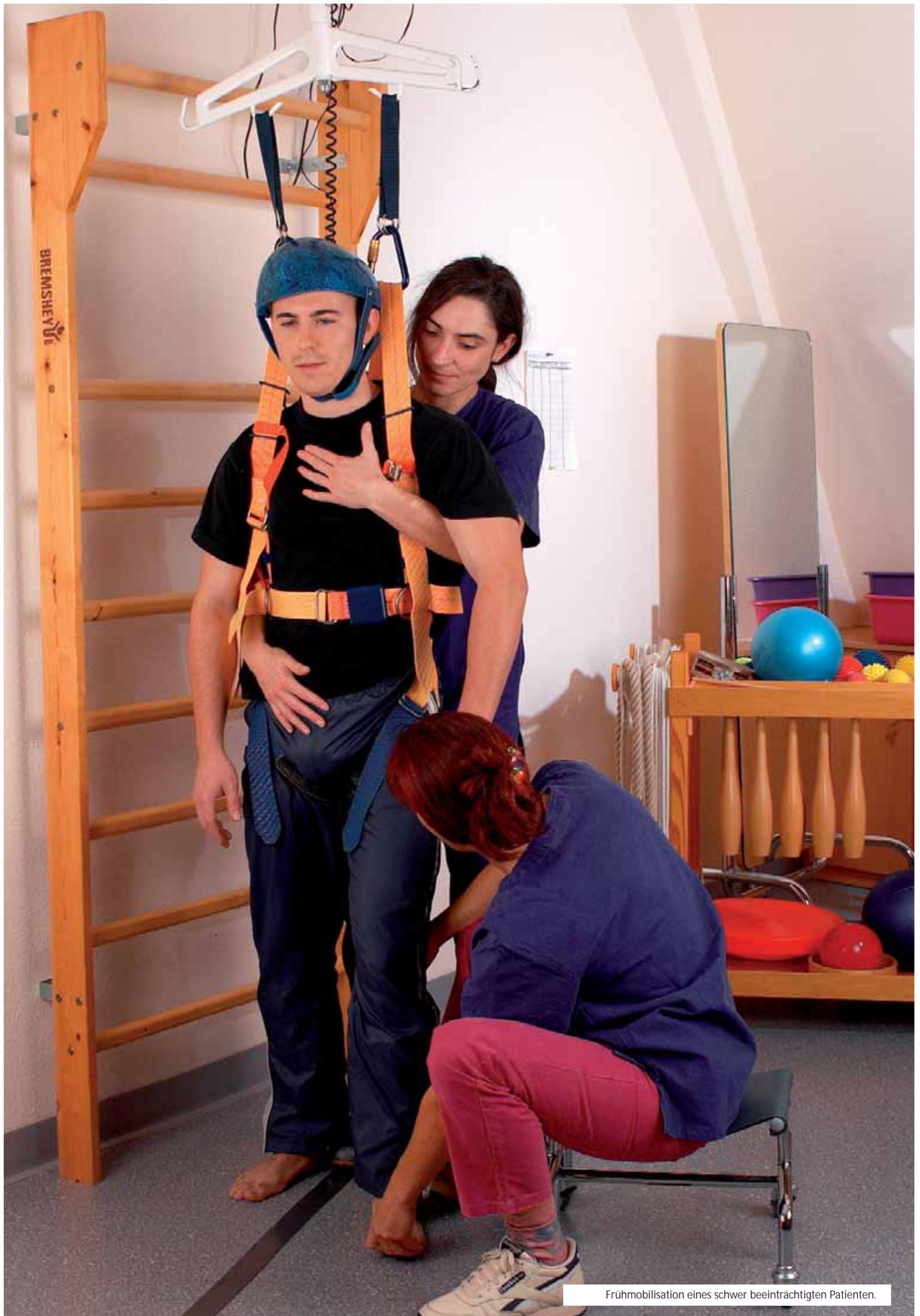
Zu Beginn unserer Tätigkeit gab es in der Einrichtung nur Kurpatienten. Das Hauptkontingent bildeten Hirnverletzte, vorwiegend mit Splittverletzungen aus dem 2. Weltkrieg.



Unterricht im zweiten Krankenpflegehilfe-Kurs 2002.



Physiotherapie in den späten 1970er Jahren .



Frühmobilisation eines schwer beeinträchtigten Patienten.

Diese Patientengruppe war in aller Regel über Jahrzehnte von den Hausärzten mit den gleichen Medikamenten behandelt worden. Die Patienten waren uns sehr dankbar, dass wir ihre Diagnostik und Medikation fachärztlich überprüften und gegebenenfalls korrigierten. Manchem Patienten konnten wir nach jahrzehntelangem Leid entscheidend helfen. Auch aus fachlicher Sicht war die Arbeit spannend. Die Splitterverletzungen hatten zu umschriebenen cerebralen Läsionen und neuropsychologischen Symptomen geführt, wie man sie sonst kaum zu sehen bekam.

Im Dezember 1981 konnten wir endlich den ersten Schlaganfall-Patienten aufnehmen, nach der heutigen Definition ein Phase-D-Patient. Dennoch begann mit ihm eine neue Ära in der Einrichtung. Langsam konnten wir den Schweregrad der aufgenommenen Patienten steigern, immer parallel zur Weiterqualifizierung unseres Teams. 1988 waren wir schließlich in der Lage, die ersten „apallischen“ Patienten aufzunehmen und zu versorgen. Damit hatten wir unser Ziel, ein regionales Rehabilitationsangebot für alle neurologischen Krankheitsbilder aller Schweregrade aufzubauen, erreicht. 1995 wurde eine von Bund, Land und vom Kuratorium ZNS geförderte „Frühreha-Modelleinrichtung“ in einem modernen Rundbau eröffnet.

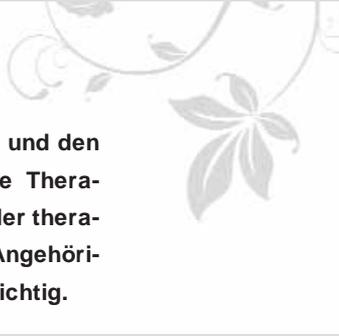
Wie bereits dargestellt, kamen wir mit einem in Freiburg selbst erarbeiteten Rehakonzept nach Elzach. Bei jedem Patienten wurde nach Aufnahme therapiebegleitend ein umfangreiches Assessment durchgeführt und aus Ressourcen und Ausfällen ein individueller, am Lebensalltag des jeweiligen Patienten ausgerichteter Zielkatalog und Therapieplan erstellt. Was heute wie eine Selbstverständlichkeit klingt, war es damals durchaus nicht. Wir haben von Anfang an in allen therapeutischen Bereichen eine therapiebegleitende Diagnostik durchgeführt, um die Patienten vor der schlagartigen Konfrontation mit dem gesamten Ausmaß ihrer Ausfälle mit der Gefahr psychischer Dekompensationen zu bewahren. Außerdem konnten wir so bereits in der ersten Therapiestunde mit therapeutischen Übungen beginnen, was von den Patienten dankbar angenommen wurde. Zu dieser Zeit war es nicht unüblich, die Diagnostik mittels standardisierter Testverfahren durchzuführen, Teile dieser Tests auch als Übungsmaterial zu verwenden und den Erfolg einer Reha-

bilisationsmaßnahme am Summenscore eines Tests abzulesen. A. Bauer und G. Kaiser aus unserer sprachtherapeutischen Abteilung konnten auf Tagungen und in Publikationen zeigen, dass z. B. der Aachener Aphasietest ein für die Therapieplanung ungeeignetes Instrument war und einem hypothesengelenkten diagnostischen Vorgehen unterlegen ist.

Entscheidende Bezugsgröße für die Erarbeitung von Therapiezielen war für uns von Anfang an der soziale Rahmen der Patienten. Wir wurden darin durch den ICIDH (heute ICF) und besonders durch die Publikationen von G. Goldenberg sowie von W. Jäckel und N. Gerdes bestätigt. Es war ein gehöriges Stück Arbeit, die Therapeuten auf diese Denkweise einzuschwören, da sie in den Schulen damals nicht vermittelt wurde. Die Einbeziehung von Patient und den nächsten Angehörigen in die Therapieplanung und die Nutzung der therapeutischen Ressourcen der Angehörigen war uns von Anfang an wichtig. Dies war und ist für uns ein entscheidendes Argument für kleine überschaubare Rehabilitationseinrichtungen mit umschriebenem Einzugsbereich im Gegensatz zu den damals die Szene beherrschenden wenigen Großeinrichtungen, in denen eine Einbeziehung des sozialen Umfeldes allein aus räumlichen Gründen gar nicht möglich war. Mit dem Angebot von bezahlter Teamsupervision habe ich versucht, Sensibilität und Handwerkszeug für die elementar wichtige konstruktive Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zu vermitteln, ein Thema, das damals in der Ausbildung völlig vernachlässigt wurde und das meiner Meinung nach für eine gelungene Rehabilitation genauso wichtig ist wie das fachliche Können.

Mit der Aufnahme „apallischer“ Patienten betraten wir konzeptuell völliges Neuland. Zu diesem Bereich gab es in Deutschland damals nur sehr begrenzte Erfahrungen. Erwähnenswert ist eine Abteilung von H.U. Benz am Versorgungskrankenhaus in Tübingen. Es gab weiterhin die BDH-eigene Abteilung von W. Gobiet in Hessisch Oldendorf. Beide Einrichtungen habe ich mir angesehen.

Auch in der Universitätsklinik Freiburg lagen zu der Zeit noch keine adäquaten Konzepte zur Behandlung apallischer Patienten vor. Zu diesem Zeitpunkt (1978) erschien in den USA die epochale Arbeit von LeWinn und Dimancescu. Beide Autoren berichteten über eindrucksvolle therapeu-



**Die Einbeziehung von Patient und den nächsten Angehörigen in die Therapieplanung und die Nutzung der therapeutischen Ressourcen der Angehörigen war uns von Anfang an wichtig.**

Die Einbeziehung von Patient und den nächsten Angehörigen in die Therapieplanung und die Nutzung der therapeutischen Ressourcen der Angehörigen war uns von Anfang an wichtig. Dies war und ist für uns ein entscheidendes Argument für kleine überschaubare Rehabilitationseinrichtungen mit umschriebenem Einzugsbereich im Gegensatz zu den damals die Szene beherrschenden wenigen Großeinrichtungen, in denen eine Einbeziehung des sozialen Umfeldes allein aus räumlichen Gründen gar nicht möglich war. Mit dem Angebot von bezahlter Teamsupervision habe ich versucht, Sensibilität und Handwerkszeug für die elementar wichtige konstruktive Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zu vermitteln, ein Thema, das damals in der Ausbildung völlig vernachlässigt wurde und das meiner Meinung nach für eine gelungene Rehabilitation genauso wichtig ist wie das fachliche Können.

Mit der Aufnahme „apallischer“ Patienten betraten wir konzeptuell völliges Neuland. Zu diesem Bereich gab es in Deutschland damals nur sehr begrenzte Erfahrungen. Erwähnenswert ist eine Abteilung von H.U. Benz am Versorgungskrankenhaus in Tübingen. Es gab weiterhin die BDH-eigene Abteilung von W. Gobiet in Hessisch Oldendorf. Beide Einrichtungen habe ich mir angesehen.

Auch in der Universitätsklinik Freiburg lagen zu der Zeit noch keine adäquaten Konzepte zur Behandlung apallischer Patienten vor. Zu diesem Zeitpunkt (1978) erschien in den USA die epochale Arbeit von LeWinn und Dimancescu. Beide Autoren berichteten über eindrucksvolle therapeu-

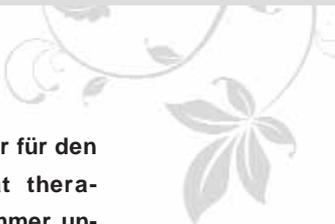
tische Ergebnisse bei 16 Komapatienten durch intensive Stimulation. Diese Arbeit, die weltweit bekannt wurde, löste international den bisherigen therapeutischen Nihilismus durch einen Aktionismus ab. Möglichst viel Therapie war plötzlich die Devise. Durch Vermittlung eines Angehörigen hatten wir Herrn Dr. E. A. Freeman aus Australien in Elzach, der in seiner Heimat durch Aufbau einer eigenen Laienorganisation eine intensive Therapie über viele Stunden am Tag vorhalten konnte (Katamnesen seiner Patienten waren ernüchternd).

Wir in Elzach konnten uns mit diesem Aktionismus nicht anfreunden. Wir hatten gelernt, die vegetativen Reaktionen unserer Patienten zu beobachten und zu interpretieren. Viele Patienten

waren nach unserer Beobachtung mit einem zu intensiven Therapieprogramm einfach überfordert, von enormen Belastbarkeitsschwankungen von Tag zu Tag ganz abgesehen. Einen für uns akzeptablen therapeutischen Zugang fanden wir in der sogenannten sensorischen Regulation von R. L. Wood (1993). Wood stellte die Hypothese auf, dass jede Tätigkeit am Patienten eine sensorische Stimulation darstellt und einer vorsichtigen Dosierung bedarf. Dies rückte die therapeutische Pflege in den Mittelpunkt des Zugangs zu den schwerstkranken Menschen, eine Würdigung, die heute Allgemeingut geworden ist. Unser Konzept wurde auch von den Arbeiten von Thure von Üexküll und W. Sauer aus pädiatrischer Sicht gestützt, die den komaösen Zustand als eine Abschottung des Organismus nach außen zum Zwecke innerer Reparationsvorgänge verstanden, eine Hypothese, die einen individuellen Zugang mit sehr viel Feingefühl erforderte. Wir verstanden die Therapie als ein Angebot an die schwerkranken Patienten. Pflege und Therapie mussten erlernen, an den vegetativen Funktionen sowohl Unter- als auch Überforderung zu erkennen.

Soweit es die Patientenversorgung und die Aufbauarbeit zuließen, sind damals in unserem Haus neben einer begrenzten Vortragstätigkeit auch eine Reihe klinischer Publikationen entstanden, insbesondere aus dem sprachtherapeutischen Bereich (A. Bauer und G. Kaiser), aus dem ärztlich-therapeutischen Bereich (W. Finkenzeller), sowie Synopsen der Literatur und Katamnesen unserer Patienten (S. Rietz und K. Hagel).

Als ich Ende 2003 das Haus verließ, lagen über 2 Jahrzehnte intensiver Aufbauarbeit hinter uns, an die ich gerne zurückdenke. Besonders erwähnenswert erscheint mir der Gestaltungsfreiraum, den uns der BDH zugestand, außerdem die Tatsache, dass beim Träger nie das Geld im Vordergrund stand. Er war immer bereit, um der Sache willen in Vorleistung zu treten und therapeutische Verbesserungen zu unterstützen, auch wenn sich diese nicht inbarer Münze auszahlten.



**Ich danke dem BDH als Träger für den Gestaltungsfreiraum. Er hat therapeutische Verbesserungen immer unterstützt.**

Mein Dank gilt auch dem Repräsentanten auf Verwaltungsseite, Herrn R. Ahrens, der mich mit Weitblick über die Jahrzehnte hinweg begleitet hat.

Besonders herzlich möchte ich mich an dieser Stelle aber bei meinem Team bedanken. Viele waren ziemlich von Anfang an dabei und haben die gesamte Aufbauarbeit mitgetragen. Vieles war in diesen Jahren nur mit einem persönlichen Einsatz möglich, der weit über jede Dienstverpflichtung hinausging.

Der Aufbau Elzachs vom Sanatorium zur modernen Rehabilitationseinrichtung ist der Erfolg engagierter Teamarbeit.



Dr. med. Karl-Heinz Hagel  
von 1984 bis 2004 Chefarzt  
der BDH-Klinik Elzach



v.l.n.r.: Dr. Karl-Heinz Hagel, Erwin Weißenberg (BDH-Bundesvorsitzender von 1989 bis 2002) und Ronald Ahrens.



Teambesprechung an der BDH-Klinik Elzach.



Erarbeitung dynamischer Rumpfstabilität in der Physiotherapie.



Gruppentherapie.

# Die Geschichte des BDH

Die Wurzeln des BDH reichen bis in die Zeit des Ersten Weltkriegs, der „Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts“ (George Kennan), zurück.

Unter den Millionen von Verwundeten dieses ersten mit modernen Massenvernichtungswaffen geführten Krieges waren auch viele Opfer mit Hirnverletzungen aufgrund von Splittern von Artilleriegranaten oder von Kopfschüssen. Economo et al. berichten von einem Angriff zu Beginn des Krieges, bei dem von 800 gefallenen Soldaten 600 durch Kopfschüsse starben.<sup>(1)</sup>

Die Oberste Heeresleitung Deutschlands begann schon 1914 damit, Einrichtungen zur medizinischen Versorgung und Rehabilitation von Soldaten mit Hirnverletzungen ins Leben zu rufen, nicht selten ehemalige Heime der „Kinderkrüppelfürsorge“,

die wie Schul- und Werkstattbetriebe eingerichtet waren.<sup>(11)</sup> Das erste „Sonderlazarett für kopfschussverletzte Krieger“ war die von Walter Poppelreuter in Köln geleitete Einrichtung, andere kamen hinzu: in Berlin (Arno Fuchs), Frankfurt (Kurt Goldstein), Jena (J.H. Schulz), München (Max Isserlin), Mannheim (S. Sickinger) u.a.<sup>(9)</sup>

Bereits damals bestanden recht präzise Vorstellungen von der Funktionsweise des Gehirns, zu den wesentlichen kognitiven Funktionen hatten Forscher wie Carl Wernicke, Ludwig Lichtheim, Henry Head, John Hughlings Jackson oder Constantin von Monakov umfassende Werke veröffentlicht. Zur Rehabilitation von Hirnverletzungen existierten hingegen nur vereinzelte Ansätze, als mit dem Krieg plötzlich Tausende von Menschen zu betreuen waren. Die als

Leiter der Lazarette eingesetzten Mediziner, namentlich Kurt Goldstein, Max Isserlin und Walter Poppelreuter,

machten sich an die Lösung der schwierigen Aufgabe, neue diagnostische und therapeutische Methoden für die Rehabilitationsbehandlung Hirnverletzter zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Mit einfachen Prüfverfahren wurden nicht nur Leistungsdefizite erfasst, sondern versucht, den behinderten Menschen mit Übungsbehandlungen und

Belastungserprobungen ein Möglichstes an Teilhabe zu kommen zu lassen.<sup>(2, 9,10)</sup> Als Ziel seiner Kölner „Übungsschule“ formulierte etwa Poppelreuter, einen Hirnverletzten soweit zu rehabilitieren, dass er sich „wieder verständlich unterhalten, einen Brief schreiben, seine

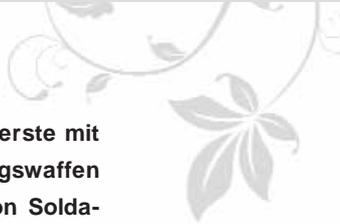
Zeitung lesen und seine Geldausgaben rechnen kann.“<sup>(3)</sup>

Einige wenige Spezialeinrichtungen für Hirnverletzte in Bonn, Frankfurt und München sollten dauerhafteren Bestand haben oder existieren als moderne neurologische Einrichtungen heute noch, wie etwa das 1922 gegründete Hirnverletztenheim München (heute: Schön-Klinik München-Schwabing).

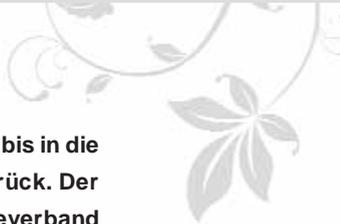
## Die Gründung des BDH als „Verein deutscher hirnverletzter Krieger“

Nach dem Krieg zeigte sich, dass viele Kriegshirnverletzte nachhaltig beeinträchtigt waren und an Spätkomplikationen, vor allem Epilepsien, litten.<sup>(2)</sup> Die soziale und wirtschaftliche Lage von Kriegshirnverletzten war, wie die anderer Kriegsversehrter

auch, oft desolat. Das führte dazu, dass Betroffene sich zusammenschlossen, um einander zu unterstützen, Einfluss



**Der Erste Weltkrieg war der erste mit modernen Massenvernichtungswaffen geführte Krieg. Tausende von Soldaten erlitten schwere Hirnverletzungen, die zu massiven Behinderungen und Spätkomplikationen führten. Für sie mussten Rehabilitationsverfahren erst entwickelt werden.**



**Die Wurzeln des BDH reichen bis in die Zeit des Ersten Weltkriegs zurück. Der Verband wurde als Selbsthilfeverband von Kriegshirnverletzten gegründet, deren wirtschaftliche Lage oft verzweifelt war und die an den Folgen ihrer Verletzungen litten.**

# Fürsorge für Hirnverletzte Krieger

## Wir rufen Sie zu Hilfe!

Die Hilfe gilt den Hirnverletzten des Feld-  
heeres und der Marine, Mannschaften  
wie Offizieren. Diese Kriegsbeschädigten,  
deren Anzahl mit jedem Kampftage wächst  
gehören zu den unglücklichsten Opfern des  
Krieges. Keiner sieht ihnen an, daß die  
Kugel, die sie traf ihnen die Fähigkeit raubte  
zu sprechen, zu denken, aufrecht zu gehen,  
einen Beruf auszuüben, sich und den ihren  
das tägliche Brot zu erwerben. Manch  
einer von ihnen, der taumelnd durch die  
Straße wankt wird zum Bspött der Kinder  
die einen Trunkenen in ihm sehen.  
Doch Rettung ist vielfach möglich. Das  
gemeinsame Liebeswerk von Arzt und  
Lehrer vermag in weitem Umfange die Hirn-  
verletzten der menschlichen Gesellschaft  
als wirtschaftlich leistungsfähige Glieder  
zurück zu gewinnen.

Diese Möglichkeit verpflichtet die Dankbarkeit des Vaterlandes zu rascher Hilfe. Volkswirtschaftlicher Einsicht gebietet sie, alles daran zu setzen, um die dringende Gefahr abzuwenden, daß der Einzelne zum unbefriedigten Rentenempfänger herabsinkt, am Volkvermögen zehrt ohne werbende Arbeit zu leisten. Die große Aufgabe erfordert große Mittel. Private Fürsorge wird sie vollbringen. Ihr dient als Mittelpunkt die

## Fürsorge für Hirnverletzte Krieger.

Sie wird in den einzelnen Bundesstaaten dem heeresentlassenen Hirnverletzten nahe seinem Heimorte Nachbehandlung und Schulung durch sachkundige Ärzte und Fachlehrer bieten und Unterhalt gewähren; sie wird im Einvernehmen mit der amtlichen bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge für das weitere Fortkommen sorgen.

Die Mittel aufzubringen hat das deutsche Volk die Kraft, wenn jeder seine Wohlfahrtpflicht nach bestem Wissen und Gewissen erfüllt.

## Wir rufen Sie zu Hilfe!

auf sozialpolitische Entscheidungen zu nehmen und wirksame medizinische Hilfe zu suchen. Die Zeit des Ersten Weltkriegs und die folgenden Jahre sind auch grundlegend für die Entwicklung der neurologischen Rehabilitation.<sup>(2, 9, 10)</sup>

Drei wichtige Selbsthilfeverbände von Kriegsoffizieren wurden noch im oder kurz nach dem Ersten Weltkrieg gegründet; alle drei bestehen bis heute. Noch während des Kriegs wurde 1916 der Bund erblindeter Krieger (heute: Bund der Kriegsblinden e. V.) gegründet, damit die älteste deutsche Kriegsopferorganisation, 1917 der Reichsbund der Kriegs- und Zivilbeschädigten, Sozialrentner und Hinterbliebenen (heute: Sozialverband Deutschland SoVD).<sup>(7, S. 126)</sup>

Am 20. Februar 1917 kam es zu einem Gründungsauftrag für einen Verein zur „Fürsorge für hirnverletzte Krieger“, den neben Medizinern auch Militärs unterzeichneten (siehe nebenstehende Abbildung).

In ihm heißt es: „Diese Kriegsbeschädigten, deren Anzahl mit jedem Kampftage wächst, gehören zu den unglücklichsten Opfern des Krieges. Keiner sieht ihnen an, daß die Kugel, die sie traf, ihnen die Fähigkeit raubte, zu sprechen, zu denken, auf-

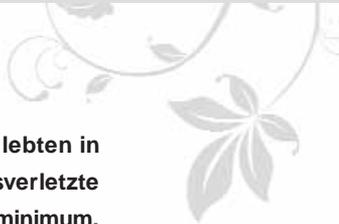
recht zu gehen, einen Beruf auszuüben, sich und den ihren das tägliche Brot zu erwerben. Manch einer von ihnen, der taumelnd durch die Straßen wankt, wird zum Gespött der Kinder, die einen Trunkenen in ihm sehen. Doch Rettung ist vielfach möglich. Das gemeinsame Liebeswerk von Arzt und Lehrer vermag in weitem Umfange die Hirnverletzten der menschlichen Gesellschaft als wirtschaftlich leistungsfähige Glieder zurück zu gewinnen. ...Die große Aufgabe erfordert große Mittel. Private Fürsorge wird sie vollbringen. Ihr dient als Mittelpunkt die Fürsorge für hirnverletzte Krieger. Sie wird in den einzelnen Bundesstaaten dem heeresentlassenen Hirnverletzten nahe seinem Heimateort Nachbehandlung und Schulung durch sachkundige Ärzte und Fachlehrer bieten und Unterhalt gewähren; sie wird im Einvernehmen mit der amtlichen bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge für das weitere Fortkommen sorgen.“

Dieser Aufruf ist die Keimzelle des BDH. Am 18. Februar 1920 wurde der „Verein deutscher hirnverletzter Krieger in Bayern e. V.“ gegründet und am 16. März 1920 ins Mün-

chner Vereinsregister eingetragen. Weitere Vereine in anderen Ländern des deutschen Reiches folgten, die sich am 2. Oktober 1924 in Frankfurt am Main zum „Bund deutscher hirnverletzter Krieger e. V.“ mit Sitz in München zusammenschlossen.<sup>(4)</sup> Aktiv betreute der Bund Tausende von Hirnverletzten und begleitete die Entwicklung der Sozialpolitik, die in der Weimarer Republik erstmals Verfassungsrang erhielt und wesentliche Leistungen, auch im Fürsorgebereich, ausweitete.<sup>(5)</sup>

Innerhalb der Ideologie des Nationalsozialismus, wo auch neurologische Patienten das Diktum vom „lebensunwerten Leben“ fürchten mussten, gab es keine Basis für eine breitere Selbsthilfearbeit von Hirnverletzten. Statt individueller Sozialleistungen stand die auf die nach rassepolitischen Kriterien definierte „Volksgemeinschaft“ bezogene „Volkspflege“ im Mittelpunkt.<sup>(6, S. 148)</sup>

Als „Gruppe hirnverletzter Krieger“ konnte der Verband, organisatorisch an die Nationalsozialistische Kriegsopferversorgung (NSKOV) gebunden,<sup>(4, 7)</sup> immerhin eine gewisse Selbstständigkeit bewahren, eine wichtige Voraussetzung für die Neugründung nach dem Krieg.



**Nach dem Zweiten Weltkrieg lebten in ganz Deutschland viele Kriegsverletzte und -geschädigte am Existenzminimum. Vor allem die Situation der Rentner und Arbeiter war oft desolat – eine Herausforderung für die Sozialpolitik der jungen Bundesrepublik.**

## Neugründung nach dem Zweiten Weltkrieg

Die Beendigung des Krieges und der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft am 8. Mai 1945 bedeutete auch für die gleichgeschalteten Verbände zunächst das Ende ihrer Tätigkeit. Bereits im Oktober 1945 gelang durch Verhandlungen mit der amerikanischen Militärregierung die Wiederzulassung des „Bundes deutscher hirnverletzter Krieger“ mit Sitz in München. Am 16. Dezember 1945 wurde im neuen Hörsaal der Universitäts-Nervenklinik in Bonn der „Bund hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer“ in Bonn gegründet, um die Tradition der Selbsthilfeorganisation fortzusetzen.

Bedarf bestand im Übermaß: Der Zweite Weltkrieg hatte die Zahl der Kriegsversehrten weiter ansteigen lassen. Allein in Hamburg wird ihre Zahl auf bis zu 60000 geschätzt, die noch lebenden Verwundeten des ersten Weltkriegs eingeschlossen.<sup>(7, S. 21)</sup>

Nach Kriegsende waren viele Menschen ihrer Existenzgrundlage beraubt und lebten in materieller Not. Zwar bestanden die Sozialversicherungen weiter, aber ihre Leistungen

waren oft bei weitem nicht ausreichend. Vor allem Rentner lebten oft am Existenzminimum. Die Höhe der durchschnittlichen Altersrente betrug bis zur Rentenreform von 1957 in den 50er Jahren nur etwa 30% der Löhne und Gehälter. Auch Arbeiter befanden sich in einer schwierigen Situation, da sie im Gegensatz zu Angestellten im Krankheitsfall keine Lohnfortzahlung beanspruchen konnten.<sup>(8, S. 155)</sup>

Eine große Herausforderung für die junge Bundesrepublik bestand darin, eine Sozialpolitik zu schaffen, mit der nicht nur die unmittelbaren Kriegsfolgen gelindert werden, sondern soziale Gerechtigkeit auf breiter Basis durchgesetzt werden konnte.<sup>(9)</sup>

Der Bund hirnerkrankter Kriegs- und Arbeitsopfer hat die Entwicklung zum modernen Sozialstaat in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Behörden begleitet. Für die Kriegshirnerkrankten, wie für alle Kriegsbeschädigten, war ein Meilenstein auf diesem Weg das Bundesversorgungsgesetz, das am 1. Oktober 1950 in Kraft trat und das Kriegsbeschädigtenleistungsgesetz ersetzte. Der Bundesvorstand war bei den Vorarbeiten zum Bundesversor-

gungsgesetz und zum Schwerbeschädigtengesetz im Arbeits- und Innenministerium eng eingebunden und wirkte bei den Anhörungen im Bundestagsausschuss für Kriegsopferfragen erfolgreich mit. Zur gesetzlichen Verankerung der Sonderfürsorge für Hirnerkrankte trug er entscheidend bei.<sup>(4)</sup>

Nach dem Bundesversorgungsgesetz konnten nun auch Kriegsversehrte, die nicht krankenversichert waren, medizinisch versorgt werden, indem sie für die Dauer ihrer Behandlung einer Krankenkasse zugeteilt wurden.<sup>(7, S. 33)</sup>

In den folgenden Jahrzehnten entstand ein bundesweites Netz aus Kliniken, Landes-, Kreis- und Ortsvereinen.

Bereits früh entschloss sich der Bund hirnerkrankter Kriegs- und Arbeitsopfer, in eigenen Kliniken qualitativ hochwertige Rehabilitation anzubieten, die nicht an eigenwirtschaftlichen Gesichtspunkten orientiert ist. So wurden 1951 in Braunfels, 1954 in Hennef-Allner, 1957 in Hessisch Oldendorf, 1959 in Vallendar, 1961 in Elzach, 1998 in Greifswald und 2002 in Offenburg Einrichtungen gegründet, die in der neurologischen Rehabilitation Maßstäbe setzten und setzen.

1974 änderte der Verein seinen Namen in „Bund Deutscher Hirnbeschädigter (BDH)“, seit der Bundestagung 1994 trug

der Verein den Namen „BDH Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter“. Auf der Bundesdelegiertenversammlung 2008 in Rheda-Wiedenbrück erhielt der Verein seinen heutigen Namen: „BDH Bundesverband Rehabilitation“.

Um seine langjährige Erfahrung allen Behinderten zukommen lassen, änderte der BDH seine Satzung. Aus dem einstigen „Kriegerverein“ ist eine moderne, als gemeinnützig und mildtätig anerkannte Selbsthilfeorganisation geworden, die sich als „Zusammenschluss aller Behinderten, insbesondere der Hirnbeschädigten, Kriegsopfer, Wehrdienstbeschädigten, Arbeits- und Unfallverletzten, Querschnittsgelähmten, Hinterbliebenen und Sozialrentner“ versteht.

## Neue Aufgaben im 21. Jahrhundert<sup>(12)</sup>



**Angesichts der soziodemographischen Entwicklung in der Bundesrepublik ist davon auszugehen, dass die Zahl der chronisch kranken und behinderten Menschen zunehmen wird. Gleichzeitig steigt der Kostendruck im Gesundheitswesen.**

Mit der Mitgliederstruktur und den Bedürfnissen der Betroffenen ändern sich jedoch auch die Fragen und Probleme, die an die Kreisverbände herangetragen werden.

Immer häufiger wird inzwischen auch eine sozialmedi-

zinische oder im engeren Sinne reha-bilitationstechnische und therapeutische Beratung gewünscht. Die Kreisverbände begreifen sich deshalb mehr und mehr als ein Glied der Rehabilitationskette und als Bindeglied zwischen Selbsthilfe im alltäglichen Umfeld und institutionalisierter Rehabilitation.

Die ökonomische Entwicklung der letzten Jahre hat nicht nur zu einer grundlegenden Veränderung des Arbeitsmarktes geführt, sondern auch zu einer spürbaren Kürzung der im Sozial- und Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel. Hier sind grundlegende Umstrukturierungen notwendig, damit z. B. eine angemessene medizinische Versorgung für alle möglich bleibt. Dies führt unter anderem dazu, dass eine Reihe von ehemals als gesamtgesellschaftliche Aufgaben begriffene Leistungen in die private Verantwortung der Einzelnen bzw. der Familien verlegt werden.

Als gemeinnütziger Selbsthilfeverband fordert der BDH die Aufrechterhaltung des Solidarprinzips im öffentlichen Gesundheitswesen. Selbsthilfe wird vor allem für diejenigen an Bedeutung gewinnen, die durch eine chronische Erkrankung



Der damalige Bundespräsident Richard von Weizsäcker besucht das Rehabilitationszentrum für Jugendliche in Vallendar.



Der aktuelle Bundesvorstand, von rechts: Ilse Müller, Gerhard Botterbrodt, Josef Bauer, Lothar Lehmler, Theo Bahr.

oder Behinderung ökonomisch, sozial und psychisch stark belastet und von gesellschaftlicher Isolierung bedroht sind. Hier werden künftig lokale Selbsthilfegruppen und traditionsreiche Selbsthilfeorganisationen wie der BDH, der VdK, die AMSEL, die Deutsche Schlaganfallstiftung und andere ohne Konkurrenzdenken eng und möglichst arbeitsteilig zusammenarbeiten müssen.

Ein Mehr an selbstorganisierter Hilfe – eben Selbsthilfe – wird ebenso nötig wie bei knappen Mitteln ohne ehrenamtliches Engagement nicht zu realisieren sein. Viele ehrenamtlich Tätige – nicht nur im BDH – machen allerdings die Erfahrung, dass auch ein Ehrenamt Kraft kostet und vielfältige Kompetenzen fordert. In der nachhaltigen Unterstützung der ehrenamtlichen Helfer sehen die BDH-Kreisverbände ein weiteres Aufgabengebiet von großer gesellschaftlicher Bedeutung.

Die regionale Vernetzung der Selbsthilfeaktivitäten könnte es ermöglichen, den Betroffenen und ihren Angehörigen sozialrechtliche, sozialmedizinische, medizinische und therapeutische Beratung und die so wichtige sozialintegrative und psychosoziale Unterstützung („social support“) zu bieten, die sich als Hilfe zur Selbsthilfe versteht.

Mit dem engen Netz der Kreisverbände, in denen wirkungsvoll Information, Beratung, Hilfe und solidarische Gemeinschaft angeboten wird und seinen Kliniken, die anerkannt hervorragende Rehabilitation betreiben, ist der BDH, dessen Geschichte ein Jahrhundert deutscher Sozialgeschichte widerspiegelt, für die Herausforderungen der Zukunft hervorragend aufgestellt.

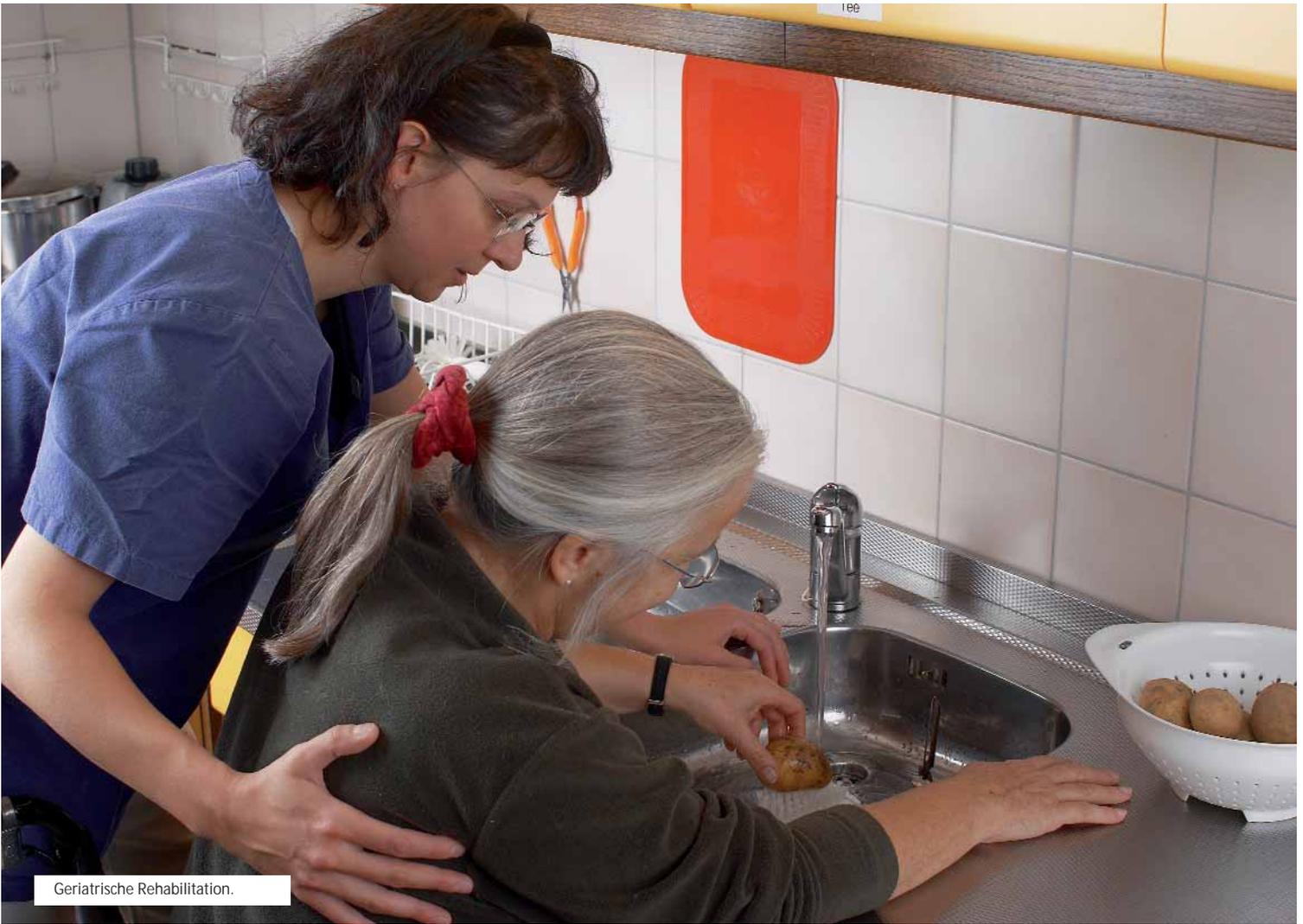
## Literatur

1. Economo C; Fuchs A & Pötzl O (1918): Die Nachbehandlung der Kopfverletzungen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 18, S. 276-341, zit. n. (10) S. 8.
2. Mayer K (2008): Neurorehabilitation gestern und heute. Festvortrag auf dem 2. Nachsorgekongress v. 13./14. März 2008. In: Ebert A, Fries W, Ludwig L (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung: Möglichkeit und Wirklichkeit. Bad Honnef, S. 3-10.
3. Poppelreuter W (1916): Aufgaben und Organisation der Hirnverletzten-Fürsorge. Leipzig, zit. n. (9) S. 10.
4. Visarius R (1980): Die Entwicklung des Bundes deutscher Hirnbeschädigter seit seiner Gründung vor 60 Jahren. In: Bundesvorstand des Bundes deutscher Hirnbeschädigter (Hrsg.): BDH - 60 Jahre im Dienst der Behinderten. Festschrift zur Bundestagung in Berlin.
5. Schmidt MG & Ostheim T (2007): Sozialpolitik in der Weimarer Republik. In: Schmidt MG, Ostheim T, Siegel NA, Zollnhöfer R (Hrsg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den internationalen und historischen Vergleich. Wiesbaden, S.131-143.
6. Ostheim T & Schmidt MG (2007): Ein nationalsozialistischer Wohlfahrtsstaat? In: Schmidt MG, Ostheim T, Siegel NA, Zollnhöfer R (Hrsg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den internationalen und historischen Vergleich. Wiesbaden, S. 144-152.
7. Krukowska U (2006): Kriegsversehrte. Allgemeine Lebensbedingungen und medizinische Versorgung deutscher Versehrter nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs in der Britischen Besatzungszone Deutschlands – dargestellt am Beispiel der Hansestadt Hamburg. Hamburg.
8. Ostheim T & Schmidt MG (2007): Gründungskrise und Sozialpolitik: Die 1950er Jahre der Bundesrepublik Deutschland. In: Schmidt MG, Ostheim T, Siegel NA, Zollnhöfer R (Hrsg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den internationalen und historischen Vergleich. Wiesbaden. S. 153-165.
9. Frommelt P & Katzenmeier F (1999): Zur Geschichte der neurologischen Rehabilitation. In: Frommelt P & Grötzbach H (Hrsg.): Neurorehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Berlin und Wien.
10. Jochheim KA (2006): Historischer Überblick über die Rehabilitation Hirnverletzter: Medizinische, neuropsychologische und rehabilitative Aspekte. In: Huppmann G & Fischbeck S (Hrsg.): Zur Geschichte der medizinischen Psychologie. Würzburg, S. 23-32.
11. Maly J & Stubreither W (2006): Die Geschichte der klinischen Neuropsychologie in Österreich. In: Lehrner J et al. (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie. Wien. S. 15-24.
12. Der gesamte Abschnitt ist entnommen aus: 40 Jahre Neurologische Klinik Elzach. 1961 - 2001. Festschrift. Neurologische Klinik Elzach (Hrsg.): S. 25.



**Dr. phil. Thomas Urbach**  
**BDH-Klinik Elzach**





Geriatrische Rehabilitation.



Stimmtraining in der Sprachtherapie.

# NERVENSYSTEM DES MENSCHEN

Anpassung an Biktalal IX



Wieder aufstehen – Frührehabilitation.

# Rehabilitation für das Leben – Die BDH-Klinik Elzach

Ein halbes Jahrhundert BDH-Klinik Elzach –  
das ist eine beeindruckende Erfolgsgeschichte.

Seit 50 Jahren stehen wir für qualifizierte Rehabilitation.

In dieser Zeit konnten wir Tausenden von Patientinnen und Patienten helfen und zählen deutschlandweit zu den bekanntesten Kliniken für neurologische Rehabilitation.

Wir arbeiten eng mit den Akutkrankenhäusern und deren Intensivstationen, ambulanten Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und therapeutischen Praxen der Region zusammen und sind Mitglied des Rehanetzwerks am Universitätsklinikum Freiburg.

Die BDH-Klinik Elzach bietet ein kompetentes Rehabilitationsangebot für alle neurologischen Krankheitsbilder aller Schweregrade ab dem jungen Erwachsenenalter. Wir garantieren eine individuell abgestimmte medizinische, therapeutische und pflegetherapeutische Behandlung auf dem neuesten Stand evidenzbasierter Rehabilitationsmedizin.

Wir behandeln 145 Rehabilitationspatienten (Phase C, D und Geriatrische Rehabilitation) und 52 Patienten im Bereich der Frührehabilitation (Phase B). Verlegungen aus der Frührehabilitation in die nachfolgende Phase C können wir so sicher und zeitnah gestalten. Unsere Patientinnen und Patienten können alle Behandlungsphasen nach BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) unter einem Dach erhalten. Außerdem bieten wir Kuren und wirksame Kopfschmerztherapie an.

Was bestimmt unser Handeln? Die Rehabilitation an der BDH-Klinik Elzach trägt dazu bei, unseren Patientinnen und Patienten eine möglichst umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Denn genau dies, die Einschränkung der selbstbestimmten Teilhabe an der Fülle des Lebens ist die eigentliche und schmerzlichste Dimension von Behinderung! Rehabilitation

hat zuallererst die Aufgabe, diese Teilhabe wieder zu ermöglichen und eine maximale Selbstständigkeit des einzelnen Patienten im Alltag zu erreichen.

Dazu werden Funktionsstörungen, persönliche und soziale Ressourcen sowie die individuellen Bewältigungs-Strategien jedes Einzelnen erfasst; danach arbeitet unser Rehabilitationsteam einen fachübergreifenden Rehabilitationsplan aus, welcher auf den einzelnen Patienten zugeschnitten ist und seiner ganz besonderen Lebenssituation Rechnung trägt. Gemeinsam mit unseren Patienten und deren Angehörigen setzen wir diesen Plan um – Rehabilitation für das Leben!

## **Neurologische Frührehabilitation – Rehabilitation von Anfang an**

Die neurologische Frührehabilitation, die sogenannte „Phase B“, ist die Nahtstelle zwischen Intensivstation („Phase A“) an Akutkrankenhäusern und der klassischen (weiterführenden) Rehabilitation („Phase C“). Hier werden Patienten mit komplexen und sehr schweren Krankheitsbildern behandelt, auch komatöse, bewusstseinsgestörte, beatmungspflichtige oder desorientierte Patienten. Wir gewährleisten die Fortführung akutmedizinischer Maßnahmen und beginnen bereits in dieser Phase mit der Rehabilitation.

In gemeinsamen interdisziplinären Besprechungen legen Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten erste Ziele und Maßnahmen der Rehabilitation fest. Diese werden wöchentlich ausgewertet, ergänzt und den Fortschritten angepasst.

Im Vordergrund stehen zunächst meist prophylaktische Maßnahmen. Dadurch soll verhindert werden, dass weitere Komplikationen auftreten, wie z. B. Lungenentzündungen

oder Kontrakturen. Dies sind erste gemeinsame Ziele, an denen im interdisziplinären Team Ärzte, Pflegekräfte und die beteiligten Therapeuten gemeinsam arbeiten.

Das allgemeine Rehabilitationsziel der Phase B ist es, die Grundlagen für die weiterführende neurologische Rehabilitation (Phase C) zu schaffen. Das bedeutet, dass – je nach Krankheitsbild und Störungsschwerpunkten – gemeinsam mit den Patienten und ihren Angehörigen sehr elementare alltägliche Aktivitäten wieder erarbeitet werden müssen. Dazu gehören längere Phasen von Wachheit, ein geregelter Schlaf/Wach-Rhythmus, Körperwahrnehmung, Kontrolle über Ausscheidungen, elementare Bewegungen, aber auch Sitzen, Stehen, Gehen, sich waschen und anziehen, den eigenen Speichel schlucken, wieder zu essen und zu trinken, Handlungsaufforderungen verstehen, eigene Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken können, sich für länger werdende Zeiträume auf eine Aktivität konzentrieren können und ähnliches mehr. Auch bei diesen Zielen arbeiten die unterschiedlichen Disziplinen Hand in Hand und bringen ihr jeweiliges Fachwissen mit ein. Koordiniert wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den wöchentlich stattfindenden Besprechungen.

Die Aufenthaltsdauer von Patienten in der Abteilung Frührehabilitation ist unterschiedlich lang und hängt von der Schwere des Ausgangskrankheitsbildes und den erzielten Rehabilitationserfolgen ab. Haben Patienten sich soweit verbessert, dass eine weiterführende Rehabilitation in den noch problematischen Bereichen durchführbar wird, so ist in der Regel eine Verlegung innerhalb des Hauses auf eine andere Station möglich. Hier sorgen kurze Wege und interdisziplinäres Management für einen guten Informationsfluss und eine nahtlose Weiterführung der Rehabilitation.

## **Neurologische Rehabilitation – Teilhabe am Leben**

Viele Erkrankungen führen zu spezifischen Beeinträchtigungen von neurologischen Funktionen (z. B. in den Bereichen von Wahrnehmung, Bewegung oder Verständigung). Mit der allgemeinmedizinischen und neurologischen Untersuchung werden diese Defizite erfasst. Aber ebenso wichtig ist eine genaue Analyse der Fähigkeiten, die nicht oder nur im geringen Umfang durch die Erkrankung beeinträchtigt sind und die als Ressourcen zur Verfügung stehen.

An der BDH-Klinik Elzach arbeiten die Therapeuten der einzelnen Disziplinen Hand in Hand mit Ärzten und Pflegenden für einen optimalen Rehabilitationserfolg. Interdisziplinarität ist an der BDH-Klinik Elzach kein Schlagwort sondern gelebte Praxis.

Wir formulieren für jeden Patienten wöchentlich Ziele. Ob diese durch Einzel- und Gruppentherapien erreicht werden konnten, prüfen wir für jeden einzelnen Patienten im Zuge der wöchentlich stattfindenden ICF-orientierten interdisziplinären Patientenbesprechung. In dieser Besprechung, an der Experten aus den medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Teams teilnehmen, werden Ziele und die entsprechenden RehaMaßnahmen im interdisziplinären Dialog fortlaufend besprochen, individuell angepasst und evaluiert. Die Patientenbesprechung ist der organisatorische Kern unserer Arbeit; sie dient dazu, die Arbeit des RehaTeams inhaltlich zu koordinieren, Schwerpunkte zu vereinbaren und den Verlauf der Rehabilitation anhand der Entwicklungen im Hinblick auf die formulierten Ziele als wesentlichen Bestandteil der Ergebnisqualität zu dokumentieren.

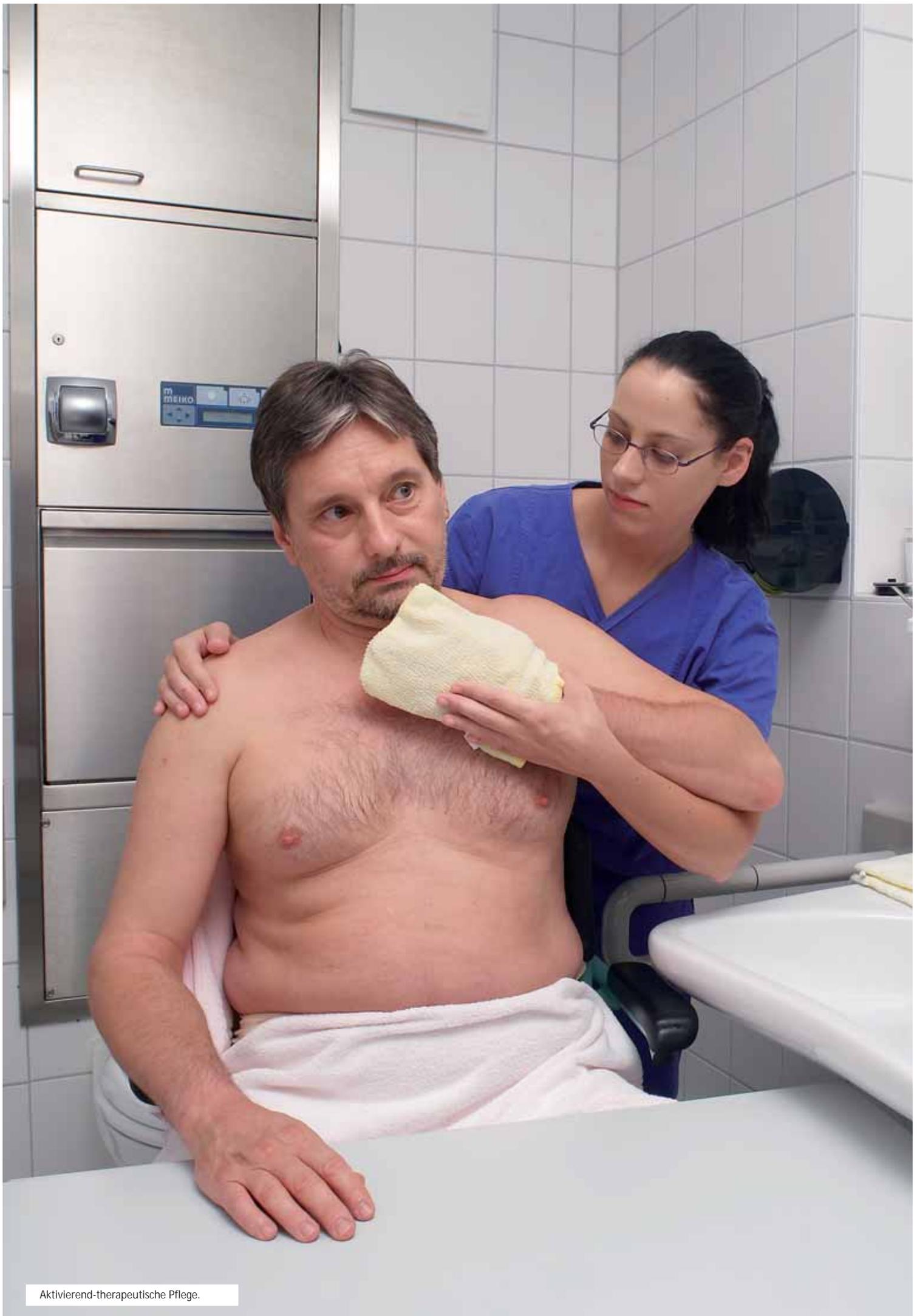
Die formulierten interdisziplinären Rehabilitationsziele gehen in den Arbeitsauftrag aller Beteiligten ein und ihre Erarbeitung ist ein notwendiger Bestandteil der Reha- und Therapieplanung.

Unsere Arbeit wird kontinuierlich verbessert. Bei unserer Arbeit stützen wir uns auf bewährte Rehabilitationskonzepte der evidenzbasierten Medizin und sind offen für neue Ansätze. Die Qualität unserer Arbeit wird laufend überprüft – intern und extern. So wurden wir als „DGNR-geprüfte, qualifizierte neurologische Rehabilitationseinrichtung“ von der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation rezertifiziert.

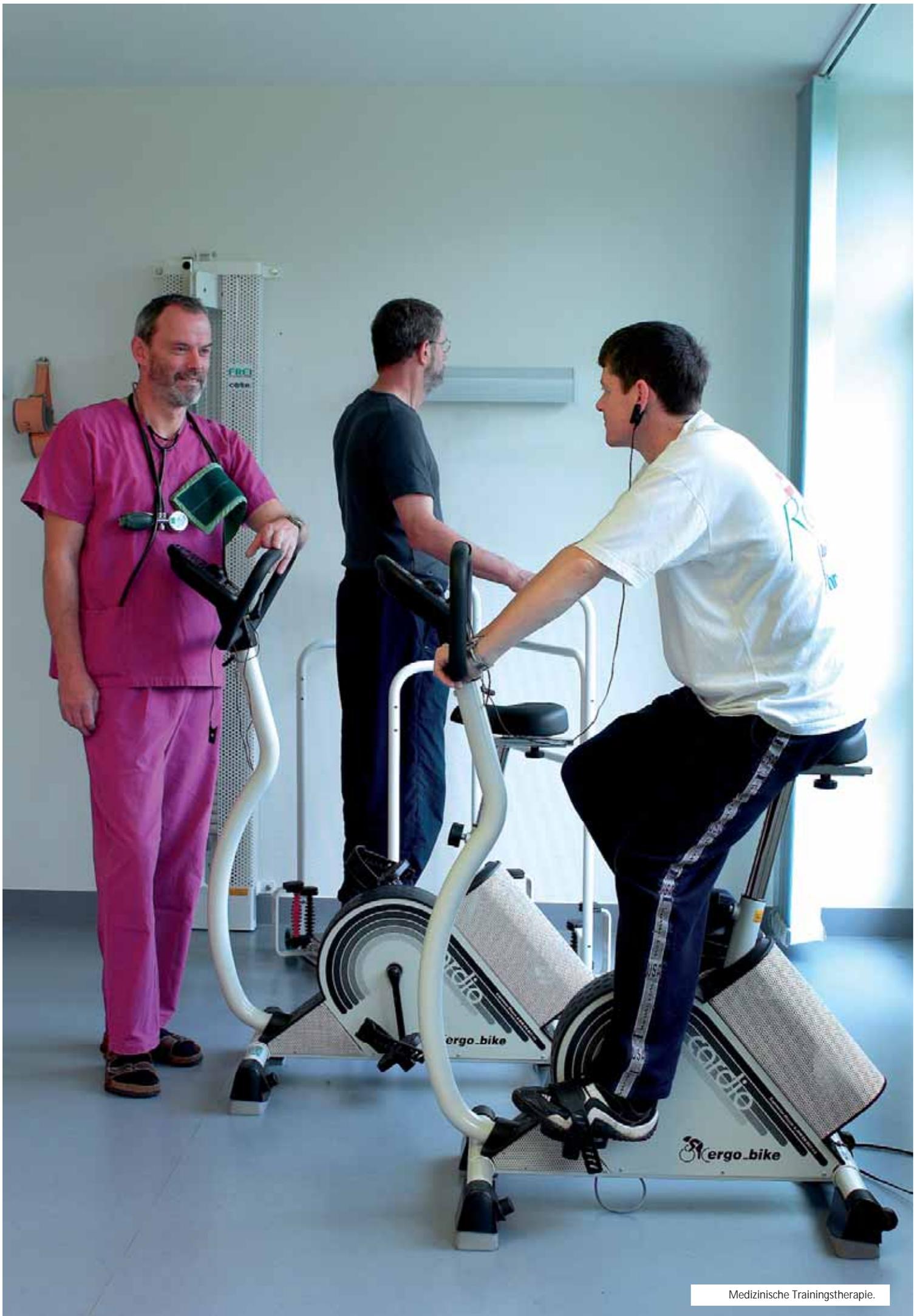
## **Geriatrische Rehabilitation – Selbstbestimmt alt werden**

„Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird“, hat die bekannte Gerontologin Ursula Lehr einmal gesagt.

Im Alter nimmt die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit oft ab, die Verletzbarkeit des Organismus und damit auch das Risiko akuter und chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen steigt. Gerade im Falle einer chronischen Erkrankung sowie von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sehen sich alte Menschen mit existentiellen Fragen konfrontiert. Wir sind uns dieser Dimension bewusst und helfen unseren Patienten dabei, möglichst viel an Lebensfreude und Eigenständigkeit zu bewahren.

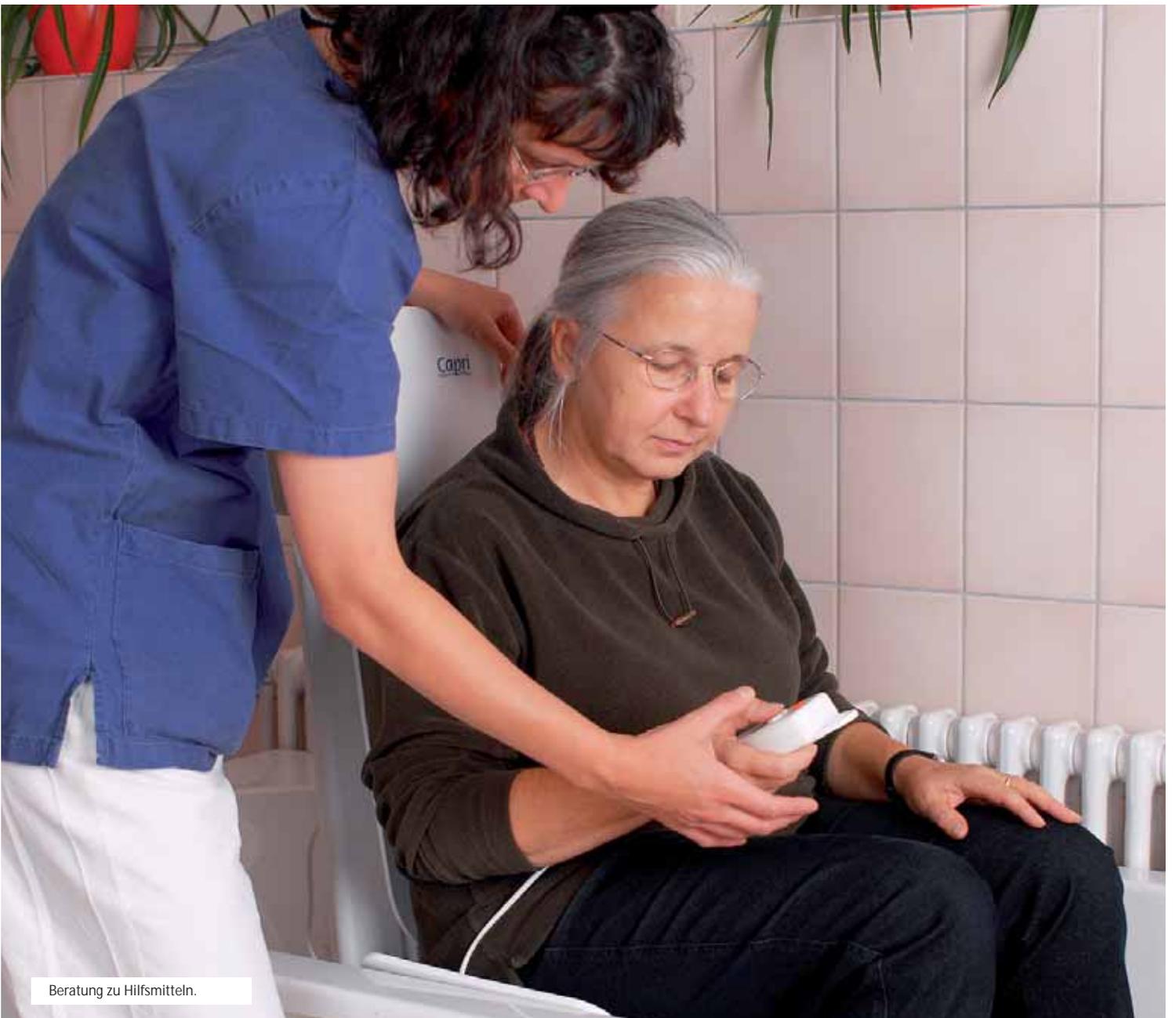


Aktivierend-therapeutische Pflege.





Kunsttherapie.



Beratung zu Hilfsmitteln.

Im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation behandeln wir die individuell sehr unterschiedlichen körperlichen, seelischen und sozialen Auswirkungen von Krankheiten älterer Patienten. Unser Ziel: Größtmögliche Selbstständigkeit im Lebensalltag zu erreichen und ältere Menschen auch sozial zu integrieren. Häufig drohende Immobilisierung und Pflegebedürftigkeit sollen verhindert und, soweit irgend möglich, eine Rückkehr unserer Patienten in ihre bisherigen Lebensumstände ermöglicht werden. Deshalb sind alle Versorgungsstrukturen und therapeutischen Angebote auf die Erhaltung und das Wiedererlangen der persönlichen Selbstständigkeit ausgerichtet. Dabei gehen wir nach dem Grundsatz vor: Soviel Hilfe wie nötig und soviel Eigenaktivität und Selbstständigkeit wie möglich.

Unsere diagnostischen, medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen bilden ein Behandlungskonzept, das auf die vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen, Fähigkeiten und Ressourcen zugeschnitten ist. Regelmäßig informieren wir Patienten und Angehörige über die momentane medizinische Situation und die aktuellen therapeutischen Arbeitsbereiche und -ziele.

Ein großes Problem stellt unserer Erfahrung nach die soziale Vereinsamung alter Menschen dar. Um dieser im Klinikalltag entgegenzuwirken, konnten wir einen ehrenamtlichen Besuchskreis aufbauen, in dem ehrenamtliche Mitarbeiter unsere Patienten besuchen und in der therapiefreien Zeit betreuen. Viele weitere Angebote wie etwa die Kunsttherapie, Spiel- und Gesprächsgruppen sowie eine große Bibliothek stehen den Patienten zur Verfügung.

Eine qualifizierte Vorbereitung der Entlassung ist für viele Patienten der Schlüssel für die Reintegration in den häuslichen Alltag. Dazu zählt neben einem intensiven Training, das, falls nötig, auch die Einweisung der Angehörigen umfasst, auch die Versorgung mit Hilfsmitteln wie Rollstühlen, Haltegriffen oder auch Kommunikationshilfen.

Da manche unserer Patienten, auch mit neurologischen Erkrankungen, auch nach der Entlassung noch Pflege benötigen, haben wir einen eigenen Bereich Pflegeüberleitung geschaffen. Hier beraten besonders geschulte Pflegekräfte Patienten und Angehörige und bahnen Kontakte mit ambulanten Pflegediensten an. Sollte sich während des Aufenthalts in unserem Hause zeigen, dass ein erhöhter Pflegeaufwand oder andere Gründe bestehen, die einen Verbleib der Patienten in der bisherigen Wohnung unmöglich machen,

unterstützt unser Sozialdienst die Patienten und ihre Angehörigen bei der Suche nach alternativen Wohnmöglichkeiten (betreutes Wohnen, Pflegeheim).

Wir sind uns bewusst, dass eine solche Veränderung immer einen erheblichen Einschnitt für die Betroffenen darstellt. Umso wichtiger ist eine behutsame und kompetente Vorbereitung und Organisation der neuen Lebenssituation, die bereits hier im Haus in die Wege geleitet wird.

## **Kopfschmerztherapie – Kopfschmerzen wirksam behandeln**

„Migräne sind Kopfschmerzen, auch wenn man gar keine hat“, meint Erich Kästner in seinem Kinderbuchklassiker „Pünktchen und Anton“. Das Zitat illustriert treffend das Akzeptanzproblem, mit dem Migränapatienten und andere an chronischem Kopfschmerz Erkrankte nach wie vor zu kämpfen haben.

Migräne-, Spannungs- oder Clusterkopfschmerz können das Leben der Betroffenen zur Hölle machen. Was viele nicht wissen: Auch chronische Kopfschmerzen muss man nicht einfach hinnehmen, denn es gibt wirksame Behandlungsansätze.

Die BDH-Klinik Elzach ist seit vielen Jahren Kompetenzzentrum für Kopfschmerz. Unsere Kopfschmerzbehandlung ist ganzheitlich, auf den ganzen Menschen gerichtet. Migräne und wahrscheinlich auch der Spannungskopfschmerz sind zwar Krankheiten auf genetischer Grundlage, das dadurch bedingte Leiden basiert aber auch auf einer durch die Erbfaktoren bedingten Reizverarbeitungsstörung.

Für die Therapie bedeutet dies: An der BDH-Klinik Elzach setzen wir auf eine erhöhte Widerstandskraft des Körpers durch mehr Ausdauer und auf eine erhöhte Achtsamkeit auf Körpersignale. Wir helfen dabei, Stressfaktoren zu identifizieren und mit Belastungen im Alltag besser umzugehen. Das psychologische Gespräch, der Austausch mit Mitbetroffenen in der Gruppe, das Erlernen von Entspannungsverfahren sind unschätzbare Hilfsmittel. Und wir sind davon überzeugt, dass der kreative Bereich, den wir mit der Kunsttherapie ansprechen, für unser inneres Gleichgewicht von hoher Bedeutung ist; auch für unseren Umgang mit dem Schmerz, den wir aber ebenso mit sanften und beruhigenden Massagen angehen. Oder – falls nötig – mit dem gezielten Einsatz von hochwirksamen Medikamenten, immer mit dem Ziel, Leid zu lindern und die Lebensqualität zu steigern.



Weithin sichtbar – die markanten roten Kuben der BDH-Klinik Elzach.

# Impressum

## Herausgeber

BDH-Klinik Elzach GmbH  
Am Tannwald 1-3, 79215 Elzach  
tel 07682-801-0 (Zentrale)  
fax 07682-801-855  
mail [info@neuroklinik-elzach.de](mailto:info@neuroklinik-elzach.de)  
web [www.neuroklinik-elzach.de](http://www.neuroklinik-elzach.de)  
Geschäftsführer: Dipl.-Wirt.-Ing. (FH) Bernd Fey  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch

Die BDH-Klinik Elzach ist eine Klinik  
des BDH Bundesverband Rehabilitation e. V.  
mit Sitz in Bonn.

## Bilder und Quellen

BDH-Klinik Elzach. Die BDH-Klinik Elzach dankt  
der Stadt Elzach, die uns freundlicherweise Archiv-  
material zur Verfügung stellte, sowie Frau B. Büttner  
für die Genehmigung, Fotos aus ihrem Privatarchiv  
verwenden zu dürfen. Die Redaktion hat sich bemüht,  
alle Bildrechte zu ermitteln. Sollten über die  
genannten Quellen hinaus Rechte vorhanden sein,  
bitten wir um eine entsprechende Mitteilung.

## Satz und Gestaltung

juni graphik-design  
marktplatz 21  
79183 waldkirch  
tel 07681-475585  
fax 07681-475586  
mail [info@junicum.de](mailto:info@junicum.de)  
web [www.junicum.de](http://www.junicum.de)



50

Neurologische Frührehabilitation Neurologische Rehabilitation Geriatrische Rehabilitation Kopfschmerzbehandlung Affolter-Konzept Teilhabe an Lebensbereichen Biopsychosoziale Rehabilitation Autogenes Training Basale Stimulation Therapeutisch-aktivierende Pflege Partizipation Therapie nach Bobath Sprechtherapie Gehgärten Apraxiebehandlung Neuropsychologie Angehörigenarbeit Sprachtherapie Pflegeüberleitung Station Belchen Entlassmanagement Selbstständigkeit Ergotherapie ARMEO Zertifizierung Co-Therapie Aktivitäten des täglichen Lebens Kreativtherapie Verständigung Ruhe Krankheitsbewältigung Familie Therapie nach Brügger Teamarbeit Kochgruppe Überleitungsmanagement Wanderwege Armfähigkeitstraining Massage Klinikgärten Anziehungstraining Selbsthilfestraining Krankenpflegehilfe Sozialdienst Kiosk Wünsche Massage Lymphdrainage Priorisierte Patientenbesprechung Energie Station Schwabensland Selbsthilfegruppe Station Rohrhardtsberg Koordination Ernährung Ziele Feinmotorik Wahrnehmungstraining Strukturqualität Unabhängigkeit Training Welsorge Ergotherapie nach Johnstone Gemeinschaft Kontrakturbehandlung Sport Gemeinschaft Therapieplanung Fahrdienst Gesundheitsvorträge Logopädie Diätetik Haushaltstraining Arbeit Hilfsmittelversorgung Trinken Unterstützung Ernährungsberatung Gespräch Magnetstimulation Station Kaiserstuhl Bibliothek Motivation Studium Untersuchung Podotherapie Information Motorik Zuwendung Alltagsbewältigung Beweglichkeit Schwarzwald Lesen Ausblick Bezugspflege Leitbild Ärztliche Weiterbildung Interdisziplinarität Qualitätsmanagement Neubau Querspange Körperpflege Arzt Kompetenz Gehen Aufnahme Prozessqualität Verbesserung Manuelle Therapie Professionalität Hoffnung Autogenes Training Station Kandel Lebenssinn Medizinische Trainingstherapie Wollen Angebot Spaziergang Mut Kunsttherapie Selbstbestimmung Inhalation Beziehung Gemeinnützigkeit Sprechspiegel Wegenetz **Jubiläum** Schlucken Leistung Gottesdienste Waschtraining Gesundheits- und Krankenpflege Freizeit Station Feldberg Steigerung Notarztdienst Konzert Wasser Tönen Vertrauen Aktivität Gruppentherapie Kooperation Schreiben Interdisziplinäres Fortbildungsprogramm Qualitätsstandards Therapie Elzach Problemlösung BDH Kraft **1961-2011** Beratung Sitzen Handwerksgruppe Weiterbildung Station Lindenberg Ausblick Besuchskreis Empathie Therapieküche Neglecttherapie Migränebehandlung Atem Unterwasser massagen Können Cafeteria Förderverein Visuelles Training Ergebnisqualität Nordic Walking Laufband Ehrenamt Malen Osteopathie Stehen Perfetti-Konzept Freizeitprogramm **Festschrift** Funktionelle Bewegungslehre Station Schönberg Weiterentwicklung Menschlichkeit Erwartung Versorgung Rehakette Schmerztherapie Ausbildung Spezialisten Leben Fortbildung Anteilnahme Progressive Muskelentspannung Sensorik Begegnung Psychotherapie Vernetzung Förderung Prävention Kuraufenthalt Erkennen Rhythmus evidenzbasierte Medizin Ermutigung Licht Fahrradergometer Laufen Klinik Essen Ausdauer Rückenschule Perspektive

**BDH-Klinik Elzach**  
Klinik für Neurologische Rehabilitation

