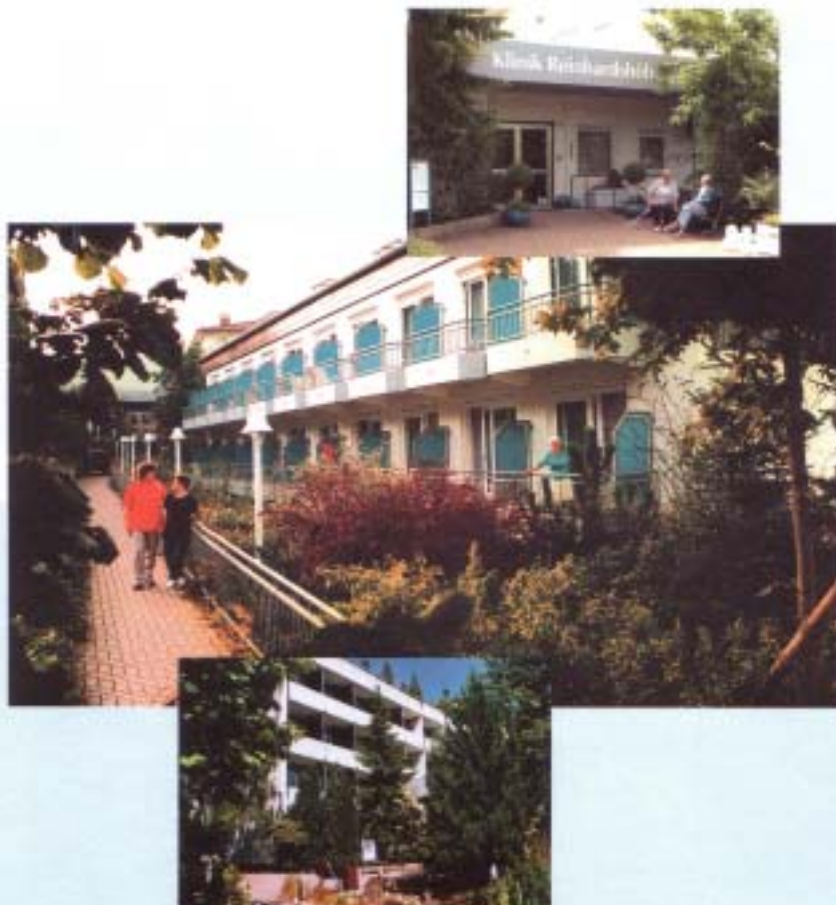


KLINIK REINHARDSHÖHE

Fachklinik für Medizinische Rehabilitation



Klinikkonzept

Gastroenterologische Rehabilitation in der Onkologie

(Stand September 2005)

Klinik Reinhardshöhe
Fachklinik Verwaltungs- und Betriebs GmbH
Dr. Ebel und Klinge

FACHKLINIK FÜR MEDIZINISCHE REHABILITATION

Quellenstraße 8 - 12
34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

Tel. (0 56 21) 705-0
Fax (0 56 21) 70 51 01
E-Mail: info@klinik-reinhardshoehoe.de
www.klinik-reinhardshoehoe.de

Institutionskennzeichen: 510662784

Ein Haus der Dr. Ebel Fachkliniken



Inhaltsverzeichnis

1. Klinikstruktur

- 1.1. Träger und Standort
- 1.2. Indikationen
- 1.3. Medizinische Personalstruktur
- 1.4. Belegungsdaten

2. Konzept der onkologischen Rehabilitation

3. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung - Dokumentation

4. Gastroenterologische Rehabilitation

5. Indikationsübergreifende Aufgaben

6. Spezifische rehabilitative Maßnahmen

- 6.1. Rehabilitation nach Operationen im oberen Intestinaltrakt
- 6.2. Rehabilitation nach Stomaanlage
- 6.3. Rehabilitation bei Stuhlinkontinenz

7. Indikationsübergreifende Behandlungsschwerpunkte

- 7.1 Medizinische Behandlung
 - 7.1.1. Medizinische Basistherapie
 - 7.1.2. Supportive Maßnahmen
 - 7.1.3. Allgemeine rehabilitative Maßnahmen
 - 7.1.4. Schmerztherapie
- 7.2. Pflegerische Betreuung
- 7.3. Ernährungstherapie
- 7.4. Physikalische Therapie
- 7.5. Ergotherapie
- 7.6. Besondere Therapieprogramme
 - 7.6.1. Aktives Bewegungstraining
 - 7.6.2. Programm „Aktiv Gesundheit fördern“
 - 7.6.3. Therapiekonzept: Hilfe bei Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue“)

8. Schulung und Information

8.1. Allgemeines Programm (Curricula)

8.2. Spezielles Programm

9. Klinische Psychologie und Psychotherapie

10. Sozialberatung und Hilfestellung

11. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

12. Qualitätssicherung

12.1. Qualitätsmanagement

12.2. Qualitätslenkung

1. Klinikstruktur

1.1 Träger und Standort

Die Klinik ist eine Rehabilitationsklinik und wurde 1960 als „Waldsanatorium Roth“ gegründet. Sie befindet sich heute in Trägerschaft der Dr. Ebel Fachkliniken GmbH und Co. Anlagen KG/R. Klinge, welche bundesweit insgesamt 10 Fachkliniken betreibt.

Standort der Klinik ist das Bäderzentrum Bad Wildungen, zwischen Edersee und Kellerwald reizvoll gelegen, umgeben von Laub- und Nadelwäldern. Das Klima entspricht der gemäßigten Mittelgebirgslage: hohe Sonnenscheindauer und Strahlungsintensität, geringe Nebelbildung und nahezu vollständige Staubfreiheit.

1.2 Indikationen

Hauptindikationen:

- Onkologische Erkrankungen (bösartige Geschwulst- und maligne Systemerkrankungen), speziell
 - Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane einschl. der Brust
 - Urologische Tumoren
 - Maligne Systemerkrankungen (Lymphome)
 - Tumoren des Gastrointestinaltraktes

- Nichtonkologische, innere, urologische und gynäkologische Erkrankungen
- Psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen
- Krankheiten des Lymphsystems

Zusatzindikationen:

- Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

1.3 Medizinische Personalstruktur

Ärztliche Qualifikationen

Innere Medizin (3 Ärztinnen/Ärzte)

Teilgebiet Hämatologie/Onkologie

Teilgebiet Gastroenterologie

Gynäkologie

Urologie

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Sozialmedizin,

Naturheilverfahren,

Balneologie

1.4 Belegungsdaten

188 Einzelzimmer, 10 Doppelzimmer

Belegungsträger für die onkologische Rehabilitation:

- Landesversicherungsanstalten Braunschweig, Hessen, Hannover, Schleswig Holstein,
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Gesetzliche Krankenkassen
- Private Krankenkassen

Die Klinik ist beihilfeberechtigt.

Es besteht ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V (11.03.2002) für Kostenübernahmen gem. § 40,2 SGB V zur Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Anschlussheilbehandlungen werden im Auftrag der Rentenversicherungsträger und gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.

2. Konzept der onkologischen Rehabilitation

Ziel der onkologischen Rehabilitation ist eine weitestgehende Reduktion von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die als Folge des Geschwulstleidens selbst bzw. dessen Therapie auftreten. Im Mittelpunkt steht hierbei die Unterstützung oder Verbesserung von Kompensationsmöglichkeiten, um funktionelle Einschränkungen, Aktivitätsminderungen des täglichen Lebens, Beeinträchtigungen des Berufslebens oder der gesellschaftlichen Integration zu verringern, evtl. sogar ganz zu beseitigen.

Der Betroffene soll in die Lage versetzt werden, ein möglichst beschwerdefreies Leben zu führen, auch dann, wenn aufgrund des Geschwulstleidens oder der Vorbehandlung die körperliche Unversehrtheit dauerhaft eingeschränkt bleiben wird. Die aktive Beteiligung des Rehabilitanden an der Krankheitsbewältigung durch Anleitung und Schulung gilt hierbei als zentrales Anliegen.

Selbstbestimmtes Leben mit einer Behinderung bedeutet, Wahlmöglichkeiten für die eigene Lebensgestaltung zu erhalten und aktiv zu verwenden. Hierbei muss Rehabilitation als kontinuierlicher und die verschiedenen Eingliederungshilfen verbindender Prozess im Rahmen eines Rehabilitations-Gesamtplanes angelegt sein. Die ganzheitliche Zielsetzung der Rehabilitation erfordert das produktive Zusammenwirken aller hieran beteiligten Professionen, wobei der Arzt die Koordination übernimmt.

Onkologische Rehabilitation ist bedarfsabhängig auch mit der Behandlung des Tumorleidens selbst verzahnt, beispielsweise bei der Fortsetzung einer zytostatischen Therapie. Somit erscheint der kurativ-medizinische Aspekt auch als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes der stationären Rehabilitation, die sich somit als Bindeglied zwischen Primärbehandlung des Tumorleidens im Krankenhaus und der nachfolgenden Betreuung durch den Hausarzt versteht.

3. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation

Die Qualität einer Rehabilitationsmaßnahme orientiert sich ausschließlich daran, ob oder in welchem Umfang ein vorher festgesetztes Therapieziel erreicht worden ist. Dieses wird nach Abschluss der Diagnostik und nach Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs formuliert und schriftlich fixiert. Durch regelmäßige fortlaufende Kontrollen der ergriffenen Maßnahmen werden konkrete Aussagen über die Umsetzung des gesteckten Zieles geschaffen. Der damit erlangte Zwischenstatus erlaubt nicht allein Rückschlüsse über den Verlauf und die Qualität des Vorgehens, sondern gestattet auch eine Überprüfung des Rehabilitationszieles, mit der Möglichkeit einer Neudefinition desselben, wenn notwendig.

Grundlage der Arbeit ist hierbei der vom Gesetzgeber definierte Auftrag (SGB I, III, IV, V und IX) und die Vorgaben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) im Rahmen seines Qualitätssicherungsprogramms.

Einbezogen in die Therapieplanung werden:

- Medizinische Behandlung
- Physiotherapie
körperliche Leistungsfähigkeit
Funktionsstörungen, Behinderungen
- Ergotherapie
- Hilfsmittelversorgung
- Psychologische Intervention
- Ernährungstherapie
- Schulung- und Information
- Soziale und berufliche Beratung
- Planung und Anregung weiterer rehabilitativer Maßnahmen

Die wesentlichen Prozessmerkmale, das Therapieergebnis und nicht zuletzt die sozialmedizinische Stellungnahme sowie mögliche Vorschläge für ein Nachsorgekonzept werden im Entlassungsbericht ausführlich dargestellt. Dieser berücksichtigt konsequent die Merkmale des Prozess-Screenings im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (sog. Peer-Review-Verfahrens).

4. Gastroenterologische Rehabilitation

Bösartige Neubildungen des Verdauungstraktes machen knapp ein Drittel aller soliden Malignome aus. Davon entfällt über die Hälfte auf den unteren Intestinaltrakt (Kolon, Rektum) und etwa ein Viertel auf den oberen Intestinaltrakt (Magen, Ösophagus).

In der Mortalitätsstatistik liegen gastroenterologische Malignome sogar an zweiter Stelle – bei Männern hinter dem Bronchialkarzinom, bei Frauen hinter dem Mammakarzinom. Die einzelnen Tumorentitäten des Verdauungstraktes weisen allerdings in ihrer Inzidenzentwicklung erhebliche Unterschiede auf. Beispielsweise ist die Erkrankungshäufigkeit des Magenkarzinoms seit etwa 50 Jahren deutlich rückläufig, während die Inzidenzrate bei Karzinomen des Kolorektums seit 25 Jahren eine leicht konstante Zunahme aufzeigt.

Erfreulicherweise hat im Gegensatz dazu die Mortalität an Kolon- und Rektumkarzinomen in den letzten 40 Jahren leicht abgenommen, was mit verbesserten Maßnahmen zur Früherkennung und folglich mit einem Therapiebeginn in früheren Ausbreitungsstadien zu erklären ist. Kolorektale Karzinome gehören somit zu den wenigen Tumoren, bei denen trotz steigender Inzidenz eine – wenn auch geringe – Abnahme der Mortalität nachgewiesen werden konnte. Rehabilitative Maßnahmen sind trotz aller Erfolge der Primärtherapie aber weiterhin ein wichtiger Bestandteil in einem onkologischen Gesamtkonzept, um dem Patienten nach eingreifender Therapie mit zum Teil gravierenden Funktionsstörungen eine akzeptable Lebensqualität zu ermöglichen.

Maligne Neubildungen des Verdauungstraktes werden bekanntlich in erster Linie operativ-chirurgisch behandelt. Entsprechend häufig sind therapiebedingte Folgezustände bzw. Funktionsstörungen, die sich abhängig von dem Verlust eines Organs bzw. Organanteiles manifestieren.

Je nach der Funktion innerhalb des Verdauungsablaufs sind durch den Ausfall des jeweiligen Organanteiles wesentliche Unterschiede in Qualität und Quantität der Funktionsstörungen zu erwarten.

Da die Verdauungsleistung überwiegend im oberen Intestinaltrakt stattfindet, sind hier operative Eingriffe mit unterschiedlich ausgeprägten Störungen der Digestion verbunden. Die wichtigste Funktion des unteren Intestinaltraktes – des Kolorektums – hingegen offenbart sich erst in seinen Endabschnitten, nämlich in der Kontinenzfähigkeit. Deshalb sind nach Operationen speziell im Bereich des Rektum nachhaltige Therapiefolgen möglich.

Das Therapiespektrum von malignen Visceraltumoren umfasst neben den primären operativen Eingriffen je nach Tumorlokalisation, Tumorstadium und Krankheitsverlauf zunehmend auch zytostatische und radiogene Therapieoptionen, die – abhängig von den Therapiefolgen – in der Rehabilitationsplanung selbstverständlich ebenfalls berücksichtigt werden müssen.

Die Gruppe der rehabilitationsbedürftigen Patienten nach Therapie gastroenterologischer Malignome umfasst somit ein höchst inhomogenes Kollektiv mit sehr unterschiedlichen tumor- und therapiebedingten Funktionseinschränkungen bzw. Behinderungen. Ferner ist speziell bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen von einem durchschnittlich höheren Lebensalter auszugehen als bei Patientengruppen anderer Tumorentitäten. Letzteres kann den Rehabilitationsprozess entscheidend beeinflussen, wenn zusätzlich altersabhängige Funktionsstörungen und Behinderungen auftreten.

Tumorpatienten benötigen neben medizinisch-rehabilitativen Maßnahmen eine besondere psychische Zuwendung. Ihre Belastung beschränkt sich nicht nur allein auf eine Störung wichtiger Körperfunktionen – hier in erster Linie der Verdauung oder der Kontinenz. Eine gravierende Belastung besteht neben einer verständlichen Angst vor einer möglichen Progredienz des Leidens auch durch mögliche z. T. gravierende Einschränkungen in den sozialen Kontakten und evtl. negativen Konsequenzen im Berufsleben.

Mögliche rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen bzw. Behinderungen (Beispiele):

1. Direkte Operationsfolgen: Wundheilungsstörungen, Spätabszesse, Sakralfisteln
2. Postgastrektomiesyndrome: Frühdumping, Spätdumping, oesophagealer Reflux,
3. Störungen der Nahrungsaufnahme nach Operationen im Bereich des oberen Intestinaltrakts: Fettmalabsorption, Laktosemalabsorption, Vitaminmalabsorption (Vit. B12, A, D, E, K)

4. Kurzdarmsyndrom
5. Pankreatektomiesyndrom
6. Passagestörungen, Stenosen der Anastomosen
7. Defäkationsstörungen (z.B. Diarrhöen) nach umfangreicher Kolonresektion, Verlust des terminalen Ileums, Verlust der Rektumampulle. (imperativer Stuhlgang)
8. Stomaanlagen, Stomakomplikationen
9. Stuhlinkontinenz (tiefe anteriore Rektumresektion)
10. Postproktrektomiesyndrome: Harninkontinenz, Vaginalstenosen, Fisteln, Sakralabszesse
11. Schmerzen: perineale Narbe, Verwachsungen
12. Sexuelle Funktionsstörungen nach Rektumamputation
13. Bestrahlungsfolgen (Adhäsionen, Oesophagitis, Proktitis, Enteritis)
14. Malassimilationssyndrom nach Pankreas(Teil)resektion
15. Psychische Probleme: Krankheitsverarbeitung, Angst, Depression, Beeinträchtigung der Sphinkterkontrolle, Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme, Akzeptanz des veränderten Körperbildes
16. Soziale Anpassungsstörungen: Sozialer Rückzug, Probleme bei der Integration in das soziale Umfeld bzw. bei der beruflichen Wiedereingliederung

Die Rangfolge der körperlichen Beeinträchtigungen und der psychosozialen Probleme und somit die Notwendigkeit rehabilitativer Angebote ist individuell unterschiedlich. Deshalb benötigt jeder einzelne Patient eine dem individuellen Beschwerdebild angepasste Definition der angestrebten Rehabilitationsziele und der Therapieplanung.

Im Folgenden soll neben allgemeinen Problemen und therapeutische Maßnahmen bei der Rehabilitation von malignen Tumoren des Verdauungstraktes an Beispielen auf typische Therapiefolgestörungen eingegangen werden. Absicht hierbei ist es, exemplarisch dasjenige spezielle Therapiekonzept darzustellen, welches für die jeweilige Funktionsstörung erforderlich ist, um eine möglichst weitgehende Verminderung der eingetretenen Beeinträchtigung zu erreichen.

5. Indikationsübergreifende Aufgaben (Rehabilitationsziele)

- Beispiele -

Die Diagnose und die zum Teil eingreifenden Maßnahmen bedeuten generell bei Tumorpatienten einen tiefen Einschnitt in die Existenz und den Lebensablauf. Zu den Belastungen gehören neben den Schmerzen, den Verdauungsproblemen, den Ängsten, der Depression und der sozialen Folgen, auch Probleme der Krankheitsverarbeitung und des Informationsdefizites.

Im Folgenden seien mögliche Defizite und Behandlungsziele genannt, wobei die Aufzählung keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Einzelnen Therapieziele werden bei den speziellen Therapiemaßnahmen nochmals differenziert.

Übergreifende Intention bei allen Bemühungen ist der Erhalt oder die Wiedererlangung der sozialen Integration. Eine berufliche (Wieder-)eingliederung kann – z. B. altersbezogen – partiell in den Hintergrund treten, ist aber im individuellen Bezugsrahmen ein wichtiger Bestandteil der sozialen Situation.

a) Somatische Zielebene

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Optimierung des Ernährungszustandes
- Vermehrung des Körpergewichtes
- Optimierung der Wundheilung
- Schmerzreduktion
- Beschleunigung der Rekonvaleszenz
- Minderung der Müdigkeit und Erschöpfung

b) Funktionale Zielebene

- Verminderung postprandialer Beschwerden: Frühdumping, Spät Dumping
- Verminderung von Malabsorptionssyndromen: Fettmalabsorption, Lactosemalabsorption
- Ausgleich von Defiziten (Vitamine, Elektrolyte, Fermente)
- Normalisierung der gestörten Defäkation (Diarrhöe, Obstipation, Meteorismus)
- Verminderung von Stuhl- bzw. Harninkontinenz
- Optimierung der Stomaversorgung
- Verminderung von Stomakomplikationen
- Erlernung der Darmreinigung mittels Irrigation
- Verminderung postinterventioneller Sexualstörungen

c) Psychische Zielebene

- Optimierung der Krankheitsbewältigung
- Stärkung der Akzeptanz des veränderten Körperbildes und ausgefallener Funktionen
- Minderung der Angst vor unkontrollierbaren Funktionsstörungen
- Wiedererlangung von Selbstvertrauen
- Verminderung von Depressivität und Ängstlichkeit
- Verminderung sexueller Probleme
- Erlernen von Strategien und Techniken zur Krankheitsbewältigung (Coping)
- Verbesserung der kognitiven Leistungsbreite

d) Soziale Zielebene

- Festigung der sozialen Integration
- Verbesserung der täglichen Verrichtungen (ATL)
- Förderung der beruflichen Integration bzw. Wiedereingliederung
- Information und Hilfen im sozialen und arbeitsrechtlichen Bereich
- Festigung der Integration in Familie, Partnerschaft und Alltag
- Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen

e) Edukative Zielebene

- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit Hilfsmitteln (Stomaversorgung, Irrigation, Ernährungssonden, Inkontinenz-Vorlagen)
- Verbesserung des Informationsstandes über das Krankheitsbild
- Überblick über Nachsorgemaßnahmen
- Kenntnisse über krankheitsadäquate Ernährung
- Kenntnisse über Stuhlregulierung
- Vermeidung von Stomakomplikationen
- Erwerb von Kenntnissen über gesundes und krankheitsgerechtes Verhalten
- Beherrschen von Strategien und Techniken zur Stressbewältigung

6. Spezifische rehabilitative Maßnahmen

6.1 Rehabilitation nach Operationen im oberen Intestinaltrakt

Nach therapeutischen Eingriffen im Bereich des oberen Intestinaltraktes sind funktionelle Störungen der Verdauungsleistung zu erwarten, die sich im Einzelfall sehr unterschiedlich darstellen. Hauptaufgabe ist es, die beeinträchtigte Verdauungsfunktion durch Ernährungstherapie und Beratung unter Einbeziehung edukativer Maßnahmen zu verbessern, wobei individuelle Unverträglichkeiten und aufgetretene Defizite berücksichtigt werden müssen.

In der Literatur werden über die Häufigkeit von Beschwerden – z.B. nach Magenoperationen – recht unterschiedliche Angaben gemacht, vermitteln aber trotzdem einen Eindruck über den Umfang rehabilitativer Aufgaben:

Gewichtsverlust/Untergewicht (90%), Völlegefühl (70-80% der Betroffenen), epigastrischer Druck (30-80%), Frühdumpingsyndrom (bis 60%), Luftaufstoßen (bis 54%), Sodbrennen (12-50%), Schmerzen (12-37%), Schluckbeschwerden/Dysphagie (8-40%), Übelkeit (12-30%), Erbrechen (9-25%), Durchfall (6-24%), Spätdumping (etwa 10%), Fettmalabsorption (20-50%), Appetitlosigkeit (30-50%), Anämie (30-60%), Osteopathie (etwa 15%)

Rehabilitationsrelevante Diagnostik

- ❖ Anamnese: Befindlichkeit, Verdauungsablauf (evtl. Verdauungsausfälle), Appetit, Körpergewichtsveränderungen, Schmerzen, Unverträglichkeiten, Stuhlgang usw.
- ❖ Ernährungsprotokoll
- ❖ Klinische Untersuchung: Ernährungszustand, Abdominalbefund
- ❖ Labor: Blutbild, Differenzialblutbild, Transaminasen, cholestaseanzeigende Laborparameter, Elektrolyte, Blutglucosehomöostase
- ❖ Bildebene Verfahren: Abdominelle Sonografie, Röntgenfunktionsstest
- ❖ Endoskopie, bei Bedarf

Bereits am Aufnahmetag Überprüfung des aktuellen Status und Sicherstellung einer größtmöglichen Beschwerdefreiheit durch Arzt und Diätassistentin.

Ernährungsberatung und Diätetik

Durch Probleme bei der Aufnahme der Nahrung bzw. der Absorption ihrer Bestandteile werden nicht allein die körperlichen Funktionen beeinträchtigt, sondern weitgehend auch das allgemeine Befinden und die Lebensqualität. Ziele der Ernährungsberatung und Diätetik sind,

- die Nahrungszufuhr quantitativ und qualitativ zu verbessern bzw. zu normalisieren und somit auch die Verdauungsleistung
- mit dem Patienten Strategien zur individuellen Verbesserung bzw. zum Erhalt des Ernährungsstatus zu entwickeln
- den autonomen Lebensstil zu erhalten und maximale Lebensqualität zu erreichen.

Therapeutische Aufgabe ist es, den Umfang und die zeitliche Abfolge der Mahlzeiten zu variieren, Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu berücksichtigen und auf allgemeine Präferenzen und Wünsche des Patienten einzugehen.

Durch Ernährungstherapie und –beratung beeinflussbar sind

- Appetitlosigkeit
- Schluckstörungen
- Brechreiz
- Frühdumping
- bilio-pankreatischer ösophagealer Reflux
- Spätdumping
- Fettmalabsorption
- Defäkationsstörungen
- Lactosemalabsorption
- Körpergewicht.

Die Ernährungsberatung kann in Einzelgesprächen, aber auch in Form von Gruppenberatungen durchgeführt werden. Sie ist situationsbezogen und sollte sowohl handlungs- als auch verhaltensorientiert sein.

Weitere therapeutische Maßnahmen

Im Einzelfall wird, wenn notwendig, eine enterale Sondenkost bzw. parenterale Ernährung durchgeführt. Eine medikamentöse Substitution kann bei Bedarf notwendig werden, beispielsweise eine ausreichende Lipasesubstitution bei Fettmalabsorption infolge pankreocibaler Asynchronie mit gleichzeitiger Substitution fettlöslicher Vitamine. Grundsätzlich sollte eine Vitamin B12-Substitution nach totaler Gastrektomie eingeleitet werden. Bei Bedarf ist auch eine medikamentöse Versorgung eines ösophagealen Refluxes erforderlich.

6.2. Rehabilitation nach Stomaanlage (Kolo- bzw. Ileostoma)

Für Patienten nach Anlage eines Stoma konzentriert sich der Rehabilitationsbedarf zwar vordergründig auf die Stomasituation, zu wenig beachtet werden meist die vielfältigen zusätzlichen Probleme die nicht selten im weiteren Verlauf einen immer größeren Stellenwert einnehmen. Zu denken ist an die psychosoziale Situation, aber auch an stomaunabhängige Komplikationen, extra im Rahmen eines sog. Postprokterektomiesyndroms.

Über die Häufigkeit direkter Stomaprobleme gibt es in der Literatur unterschiedliche Angaben. Im Durchschnitt finden sich: peri-/parastomale Hernien 40%, Prolaps 8,5%, Stenosen: (relativ, d.h. 1 cm Durchmesser 11%, absolut d.h. unter 1 cm Durchmesser 2%), Retraktion 1,5%, peristomale Dermatitis 12,5%, parastomaler Abszess 2%, Komplikationen aus Anlagefehlern 22% (letzteres mit Operationsindikation).

Im Rahmen stomaunabhängiger Komplikationen sei an perineale Schmerzen, Darmpassagestörungen, postinterventionelle Sexualstörungen, Scheidendeviation, Harninkontinenz u.v.a. erinnert.

Ablauf einer Rehabilitationsmaßnahme

1. Nach erfolgter Anmeldung des Patienten in der Klinik wird vor dessen Ankunft, die vorhandene Krankenakte vom Arzt durchgesehen und die Dokumentation des Stoma und die Art dessen Hilfsmittelversorgung festgestellt. Bei vorhandener Dokumentation werden die Schwestern entsprechend schriftlich informiert. Sind in den Vorbefunden die entsprechenden Hilfsmittel dokumentiert, wird von den Schwestern überprüft, ob entsprechende Materialien vorhanden sind. Sollte das nicht der Fall sein, wird vorsorglich entsprechendes Material bestellt.
2. Bei Ankunft wird der Patient von der Krankenschwester nach der Art der Stomaanlage und möglichen Komplikationen befragt, sowie nach der Menge und Art der mitgebrachten Hilfsmittel. Bei Komplikationen wird der zuständige Arzt unverzüglich benachrichtigt. Sollte der Patient keine Reservehilfsmittel bei sich haben, wird bereits jetzt die Art der Hilfsmittelversorgung dokumentiert und nicht vorhandenes Material bestellt, um eine nahtlose Versorgung zu sichern.
3. Notwendige Daten der Hilfsmittelversorgung)
 - Versorgungssystem
 - Produktname
 - Firma
 - Größe
 - Evtl. Bestellnummer
 - Benötigte Hilfsmittel

Die klinische Untersuchung des Stomaträgers erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden nach Klinikaufnahme. Bei Komplikationen unverzüglich nach Ankunft.

4. Stomaspezifische Anamnese:
 - Derzeitige Stomafunktion
 - Menge, Frequenz der Ausscheidung, Stuhlkonsistenz bei Colostoma
 - Komplikationen bzw. Besonderheiten der Stomaanlage
 - Benötigte Versorgung: Versorgungssystem, Produktname, Firma, Größe, evtl. Bestellnummern
 - Zusätzliche Hilfsmittel (Hautschutzpaste, Gürtel, Entsorgungsbeutel etc.)
 - Pflegeanamnese und Pflegeplanung
5. Klinische Untersuchung
 - Beurteilung des Stoma im Liegen, Stehen, Sitzen und Bücken
 - Digitale Austastung des Stoma (bei Colostoma)
 - Beurteilung des Stomaversorgung aus Sicht des Patienten
 - Diagnostik von evtl. Operationswunden (z.B. Perineal) oder Narben

Der behandelnde Arzt trägt die Verordnungen inklusive genaue Beschreibung des benötigten Versorgungssystems in Krankengeschichte ein. Gleiches gilt für Veränderungen die durch ihn bzw. die Stomatherapeutin vorgenommen worden sind. Die Krankenschwestern notieren Veränderungen bzw. Komplikationen im Pflegeprotokoll und benachrichtigen entsprechend den zuständigen Arzt.

6. Termine stomabezogener therapeutischer Maßnahmen
 Betreuender Arzt bzw. Facharzt : regelmäßig einmal pro Woche, bei akuten Problemen täglich (wenn notwendig im Patientenzimmer)
 Stomatherapeutin: wöchentlich festgesetzter Termin (Beratungsraum)
 Diätassistentin: bei Bedarf nach Anmeldung
 Psychologen: nach Anmeldung bzw. ärztlicher Veranlassung
 Sozialarbeiterin: nach Anmeldung bzw. ärztlicher Veranlassung
7. Trainingsprogramm
- Umgang mit den Hilfsmitteln, Ziel: selbständige Versorgung, Ort: Schwesternzimmer bzw. Patientenzimmer
 - Irrigationstraining nach vorheriger Indikationsstellung
 - Training der Sicherheit im Alltag (Schwimmen, Gymnastik, Wandern)
8. Edukative Maßnahmen „Form, Vorträge in Seminarform, Einzelgespräche
 Beteiligte: zuständiger Arzt, Facharzt, Stomatherapeutin, Krankenschwestern
 Themen:
- Umgang mit dem Stoma und den Hilfsmitteln (Grundversorgung, Versorgungsmaterial)
 - Prophylaxe von Stomakomplikationen
 - Behandlung von Stomakomplikationen
 - Darmreinigung mittels Irrigation (theoretische Grundlagen) nach Indikationsstellung
 - Kostanpassung bei Stuhlproblemen
 - Kenntnisse über Hilfsmittelversorgung
 - Nachsorge bei kolorektalen Tumoren
 - Störungen im psycho-sexuellen Bereich
 - Alltagsprobleme, Selbsthilfe
 - Aspekte der medizinischen Nachsorge
 - Information über Selbsthilfegruppen (Deutsche ILCO)
9. Entlassungsuntersuchung
 Nochmalige Inspektion des Stoma und der evtl. vorhandenen Narben (z.B. perineal), wenn nötig nochmalige Austastung
10. Entlassungsbericht
 Ausreichende Information aller Institutionen, die an der weiteren Versorgung der Patienten beteiligt sind (Hausarzt, Stomatherapeut , Klinik am Heimatort usw.) mit Angaben über:
- Stomagröße (Durchmesser in mm)
 - Zustand der parastomalen Haut
 - Ausscheidung (Konsistenz, Frequenz)
 - Komplikationen (Besonderheiten der Stomaanlage)
 - Benötigte Versorgung: Versorgungssystem, (einteilig, zweiteilig), Ausstreifbeutel etc.) (ggfs. Produktname, Firma, Größe, Bestellnummer, benötigte Hilfsmittel (Hautschutzpaste etc.)

6.3 Rehabilitation bei Stuhlinkontinenz

Anus und Rektum bilden eine Funktionseinheit: das Kontinenzorgan. Je näher die Anastomose bei Operation eines Rektumkarzinoms an den Anus platziert wird, umso nachhaltiger sind Funktionseinbußen, sei es in Form gehäufter, oft imperativer Stuhlgänge, sei es durch Demaskierung einer larvierten Inkontinenz (speziell bei Frauen mit Beckenbodeninsuffizienz) oder der Funktionsminderung bzw. -unterbrechung des analen Verschlussapparates bei tiefer koloanaler Anastomose .

Diagnostik

- Anamnese: Zeitpunkt der Inkontinenz, Frequenz, Drangregistrierung, Stuhlkonsistenz, Reizqualität, Inkontinenzsymptomatik, Essgewohnheiten, Flüssigkeitsaufnahme, Medikamenteneinnahme, Hilfsmittelgebrauch

- klinische Untersuchung: abdomineller Tastbefund, Inspektion, rektal-digitale Austastung

- Labor: ggfs. Stuhluntersuchung

- Endoskopie, ggfs. gynäkologische Untersuchung

- Dokumentation (ggfs. Führung eines Tagesbuches)
 - Zeitpunkt der Inkontinenzereignisse
 - Stuhlkonsistenz
 - Umstände der Defäkation
 - Essgewohnheiten
 - Medikamente

Rehabilitative Maßnahmen

- Basis: medikamentöse Beeinflussung der Stuhlkonsistenz
- Diätberatung zwecks Beeinflussung der Stuhlkonsistenz
- Verhaltensmodifikation (ggfs. Toilettentraining, Kostumstellung)
- Krankengymnastische Behandlung: Beckenbodentraining
- Elektrostimulation
- EMG-getrickertes Biofeedback-Training
- Hautpflege
- Prophylaktische Maßnahmen
- Hilfsmittelversorgung
- Auswahlgeeigneter Inkontinenzhilfsmittel
- Beachten der individuellen Verträglichkeit

Schulung und Information

Inhalt

- Hilfsmittelgebrauch
- Erlernen prophylaktischer Maßnahmen
- Stuhlregulierung (Konsistenzbeeinflussung)
- Kenntnisse über die sichere Beherrschung einer Biofeedback-Methode

Entlassungsbericht

Ausreiche Information des Hausarztes und des primär behandelnden Krankenhauses
Inhaltlich sollte speziell Wert gelegt werden auf Angaben über:

- Ausscheidung (Konsistenz, Frequenz)
- Zustand der perianalen Haut
- Benötigte Vorlagen (Produktnahme, Firma)
- Angaben über EMG-Biofeedback-Trainingsgerät

7. Indikationsübergreifende Behandlungsschwerpunkte

7.1 Medizinische Behandlung

7.1.1 Medizinische Basistherapie

Die medizinische Basistherapie setzt die bereits bestehende medikamentöse Versorgung unverändert fort, Veränderungen werden vorgenommen, wenn fachliche Gründe vorliegen. Den Indikationsschwerpunkten entsprechend wird eine bereits eingeleitete Langzeitbehandlung fortgesetzt, oder wenn nötig, modifiziert. Im Rahmen einer notwendigen zytostatischen Therapie werden sämtliche Mono- und Kombinations-Protokolle in Absprache mit den primär behandelnden Ärzten durchgeführt. Oberstes Ziel hierbei ist es, die Kontinuität in der Behandlung zu ermöglichen unter Berücksichtigung von Ansprechraten und Lebensqualität.

7.1.2 Supportive Maßnahmen

Unerwünschte Nebenwirkungen und spezifische Probleme der zytostatischen Therapie werden durch begleitende Maßnahmen gemindert (Schleimhautprotektion, Uroprotektion, antiemetische Therapie, Granulozyten - Stimulation usw.) Hierzu gehört auch die Einbeziehung der betroffenen Patienten in die Entscheidungsfindung belastender Therapien mit dem Ziel einer höheren Akzeptanz verbunden mit einer geringeren Abbruchquote. Die umfassende fachliche Aufklärung über Sinn und Nutzen der beabsichtigten Therapie und deren Kurz- und Langzeitfolgen ist selbstverständlich.

7.1.3 Allgemeine rehabilitative Maßnahmen

Nach längerer Bettlägerigkeit, z.B. nach ausgedehnten Operationen, Zytostatika- oder Strahlentherapie, aber auch bei tumor- oder therapiebedingten Schwächezuständen werden dosierte, an den Leistungszustand angepasste aktivierende Therapieformen notwendig (Krankengymnastik, gestuftes Ergometertraining, Isokinetischer Muskelaufbau, Schwimmen usw.). Positive Auswirkungen sind hierbei nicht nur auf den körperlichen Zustand, sondern auch auf das psychische Befinden zu erwarten. Auch soll im Rahmen aktivierender Maßnahmen eine mögliche Assoziation der Krankheit mit Schonung und Inaktivität verringert werden.

Dem Beschwerdebild des chronischen Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom bei Krebspatienten (sog. Fatigue-Syndrom) wird in besonderer Form Rechnung getragen durch die Möglichkeit der Teilnahme an einem speziellen Therapiekonzept (Kapitel 7.6.3).

7.1.4 Schmerztherapie

Bei vielen Patienten mit chronischen Schmerzen bestehen nur unklare Vorstellungen über die Fortschritte moderner Schmerztherapie und nicht selten wird die Überzeugung vertreten, dass die körperliche und seelische Befindlichkeit durch eine kontinuierliche Schmerztherapie erheblich eingeschränkt wird (z.B. bei BtM usw.).

Durch eine gründliche Schmerzanamnese, eine gezielte Diagnostik und ein ausführliches aufklärendes Gespräch lassen sich meist diese Missverständnisse ausräumen. Adäquate therapeutische Maßnahmen werden mit Sicherheit die Lebensqualität der betroffenen Patienten deutlich erhöhen.

Eine medikamentöse Schmerzbehandlung erfolgt grundsätzlich nach dem Stufenschema der WHO und wird, wenn möglich, kombiniert mit physiotherapeutischen Anwendungen und psychologischer Intervention.

7.1.5 Therapie von Simultanerkrankungen

Neben der Rehabilitation des Tumorleidens und dessen Therapiefolgen werden Begleiterkrankungen auf internistischem, gynäkologischem und urologischem Fachgebiet mitbehandelt bzw. eine bestehende Therapie fortgesetzt. Die konsiliarärztliche Betreuung außerhalb der genannten Fachgebiete ist gewährleistet.

7.2 Pflegerische Betreuung

Die pflegerische Betreuung ist eine der wichtigsten rehabilitativen Aufgaben – sei es im Rahmen einer noch notwendigen Wund- bzw. Stomaversorgung unmittelbar nach ausgedehnten operativen Eingriffen, sei es nach eingreifender zytostatischer Therapie oder Bestrahlung.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich innerhalb der Pflege ist die Hilfsmittelberatung und das damit verbundene praktische Training. Unsicherheiten und Komplikationen werden besprochen, prophylaktische Maßnahmen geübt.

Der häufige Kontakt der zuständigen Krankenschwester mit dem Patienten bei Verbandswechsel, Stomapflege, Blutdruckmessung, Medikamentenausgabe usw. führt naturgemäß zu einer intensiveren Beziehung und hierdurch zu einer eingehenden Kenntnis der Entwicklung des Rehabilitationsverlaufes.

Aber nicht nur Änderungen im Gesundheitszustand, in der Stimmung, oder im Verhalten des Patienten, sondern auch wichtige Probleme in der Vorgeschichte, der Partnerschaft usw. kommen oft erst nach Tagen oder Wochen gegenüber der Schwester zur Sprache und können als Grundlage für eine notwendige Änderung der therapeutischen Strategie verwendet werden.

Als primäre Ansprechpartner für die betroffenen Patienten wird die in der Rehabilitation tätige Krankenschwester über ihre berufstypischen Fachkenntnisse hinaus besonders auf körperliche und physische Beeinträchtigungen der ihr anvertrauten Patienten achten.

Eine umfassende Erfahrung ist deshalb bei den pflegerischen Aufgaben in der Rehabilitation dringend erforderlich, speziell bei der einzelverantwortlichen pflegerischen Tätigkeit im

Nachtdienst. Aus diesem Grunde wird letzterer in der hiesigen Klinik ausschließlich von examinierten Krankenschwestern versehen.

Wegen seiner zentralen Aufgaben im Rehabilitationsablauf wird das Pflegepersonal bei allen Entscheidungs- und Planungsvorgängen des Rehabilitationsprozesses einbezogen. Tägliche Dienstbesprechung mit Ärzten und wöchentliche interdisziplinäre Konferenzen ermöglichen eine reibungslose Organisation und eine Optimierung des Therapieablaufes.

7.3 Ernährungstherapie

Bei vielen onkologischen Erkrankungen und insbesondere nach den eingreifenden therapeutischen Maßnahmen ist es erforderlich, dass der Patient seine Ernährungsweise an die Krankheit bzw. an die Funktionsstörungen anpasst. Besonders gilt dies für Patienten nach Magen-Darm-Resektionen, Gastrektomie und den begleitenden Malassimilationssyndromen, Anorexie, nach Bestrahlungen, aber auch bei manchen Simultan-Erkrankungen wie Diabetes oder bei Adipositas. Gerade in der onkologischen Rehabilitation ist die erfolgreiche Behandlung von Untergewicht und Malnutrition ein wesentlicher Baustein zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und auch zur Besserung der Lebensqualität.

Die intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzten (Ernährungsbeauftragter Arzt, Gastroenterologe), Diätassistentinnen und diätetisch geschulten Küchenmeistern ermöglicht ein optimales Eingehen auf individuelle Erfordernisse.

Die Klinikverpflegung basiert auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und den Diätempfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften.

Eine permanent durchgeführte Berechnung des Speiseplanes gewährleistet, dass Vollkost, leichte Vollkost, Reduktions- und Diabeteskost eine Nährstoffrelation von ca. 15 % Eiweiß, 30 % Fett und 50 % Kohlenhydraten aufweist. Berechnet werden ferner Kostformen mit speziellen therapeutischen Anforderungen z.B. fettarm, kalorienreich, laktosefrei, eiweißarm, kohlenhydratdefiniert.

Grundlage jeder Ernährungsberatung sind die Beratungsstandards der DGE, die auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen und medizinisch und therapeutisch sinnvoll sind. Neben gründlichen Einzelberatungen wird in Gruppengesprächen und Arztvorträgen auf Ernährungsprobleme eingegangen (siehe auch Kapitel 8).

Grundsätzliches Ziel ist es, dass der Patient während des Heilverfahrens die positive Wirkung einer für ihn richtigen Ernährungsweise erfährt. Das vermittelte theoretische Wissen, wird in der modern ausgestatteten Lehrküche von den Patienten umgesetzt. Über Information, Motivation und Schulung wird mit dem Patienten trainiert, das in der Klinik Erlernte im Alltag weiterzuführen. Nicht zuletzt ist eine intensive Diätberatung und Schulung im Nachsorgeprogramm der Tumorpatienten notwendig, um paramedizinische einseitige Ernährungsweisen auszuschließen.

7.4 Physikalische Therapie

Der Aspekt einer körperlichen Schonung mag bei einem Teil der Patienten – speziell bei Anschlussheilbehandlungen nach umfangreichen Eingriffen – zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme bei oberflächlicher Betrachtung als eine sinnvolle Therapie erscheinen. Im Mittelpunkt des Therapiekonzeptes steht aber das Ziel einer Aktivierung des Patienten.

Welche Form der physikalischen Therapie, in welcher Dosierung und in welcher Wiederholung bzw. in welchen Kombinationen hängt vom aktuellen Befund und dem Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung ab, aber auch von der Konstitution und der Belastbarkeit des Einzelnen.

Indikationsstellung und Frequenz einzelner physikalischer Maßnahmen werden fachärztlich kontrolliert und – wenn notwendig – korrigiert.

Bei der Planung und Durchführung von balneo-physikalischen Maßnahmen werden grundsätzlich die Qualitätsmerkmale der „Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL“ (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) zugrunde gelegt, welche die maßgeblichen therapeutischen Parameter definieren: Therapieindikation, Therapieziel, strukturelle Voraussetzungen (fachliche Voraussetzung der Therapeuten) sowie Form der einzelnen therapeutischen Maßnahmen (z.B. Dauer und Frequenz).

Die physikalische Therapie beschränkt nicht allein auf die Behandlung von Funktionsausfällen bzw. –störungen sondern zielt im gleichen Maße auf Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und die Stärkung der noch verbliebenen körperlichen Ressourcen, aber auch auf die Vermeidung gesundheitlicher Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit Bewegungsmangel auftreten (primäre Prävention). Die Vermittlung dieser trainierenden Therapieangebote hat das Ziel, die Patienten zu motivieren, nach dem Rehabilitationsverfahren am Heimatort das Erlernte zu verwenden, um aktiv und eigenverantwortlich den Gesundheitsprozess fördern und zu können.

Therapieverfahren der Klinik:

- *Einzel- und Gruppengymnastik* (Indikations- und funktionsspezifisch den Indikationen angepasst)
Verschiedene WS-Programme, Atemgymnastik, Gefäßtraining, Kontrakturbehandlung, Entstauungsgymnastik, Beckenbodengymnastik, Gymnastik für brustoperierte Frauen und andere
- *Hydro- und Balneotherapie*
Güsse, verschiedene Bäder, Wärmepackungen, lokale Kälteapplikationen
- *Elektrotherapie*
Gleichstrom, diodynamischer Strom, transkutane Elektrostimulation, Frequenztherapie, Hochfrequenzwärmetherapieformen, Ultraschall
- *Inhalationen*
- *Massagen*
Verschiedene Massageprogramme incl. Unterwassermassage, manuelle Lymphdrainage (komplexe physikalische Entstauungstherapie)
- *Sport- und Bewegungstherapie*
Gezieltes Training für Ausdauer, Koordination, Ergometertraining, diodynamisches Muskeltraining

Manuelle Lymphdrainage, komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)

Die manuelle Lymphdrainage hat in der Klinik einen besonderen Stellenwert. Die ersten lymphtherapeutischen Maßnahmen wurde bereits 1981 durch entsprechend geschultes Personal vorgenommen. Da die hier tätigen Lymphtherapeuten größtenteils seit Beginn der Lymphtherapie in der Klinik tätig sind, verfügen sie über eine langjährige Erfahrung, wobei der Erfolg nicht nur über messtechnische Daten nachweisbar ist, sondern sich die Patientenzufriedenheit auch in einer großen Zahl von Wiederholungsmaßnahmen niederschlägt.

Es werden Lymphödeme unterschiedlicher Atiologie behandelt:

- Primäres Lymphödem
- Sekundäres Lymphödem (Operation und Bestrahlungsfolge)
- Phlebolymphostatisches Ödem
- Morbus Sudek
- Inaktivitäts-Lymphödem

Nach einer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird der Behandlungsplan festgelegt und der Erfolg in wöchentlichen Konsultationen sowohl klinisch als auch über messtechnische Daten überprüft.

Das Programm der komplexen physikalischen Entstauungstherapie umfasst:

1. Manuelle Lymphdrainage
2. Kompressionsbehandlung (Bandagierung)
3. Bewegungstherapie: Entstauungsgymnastik, Bewegungsbad, Schultermobilisierung, Haltungsschulung, leichter Sport
4. Information und Schulung: Verhaltensmodifikation, Prophylaxe

In enger Zusammenarbeit mit der Orthopädietechnik wird nach komplexer physikalischen Entstauung am Ende der Rehabilitationsmaßnahme eine Kompression angemessen und im weiteren Verlauf der exakte Sitz kontrolliert. Für den weiterbehandelnden Therapeuten am Heimatort erhalten die Patienten eine entsprechende Therapeuteninformation aus der Behandlungsmethoden, Besonderheiten und Messdaten, sowie Empfehlungen der Weiterbehandlung zu entnehmen sind.

7.5 Ergotherapie

Aufgabe der Ergotherapie ist es, bei Menschen die körperlich, psychisch oder kognitiv beeinträchtigt sind, Handlungskompetenz für das tägliche Leben und den Beruf zu entwickeln oder zu verbessern („Hilfe zur Selbsthilfe“). Im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen, vor allem im Bereich berufsorientierter und arbeitsphysiologisch ausgerichteter Therapieverfahren, nimmt der Bereich der Ergotherapie einen zunehmenden Stellenwert ein. Die hierbei erlernten Fähigkeiten der Patienten sind alltagsorientiert und übertragbar, sodass Funktionsverbesserungen auch danach weiterhin möglich sind.

Therapieziele (Beispiele!):

- Verbesserung der Feinmotorik
- Erhalt oder Verbesserung von Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Konzentration
- Entwicklung von Kreativität und Phantasie

- Erhöhung der physischen und psychischen Belastbarkeit
- Förderung von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit
- Akzeptieren eigener Grenzen
- Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Förderung der Entscheidungsfähigkeit

In Anlehnung an verschiedene Therapiemethoden und -medien wird ein schriftlicher Therapieplan erstellt, wobei Kontraindikationen zu berücksichtigen sind.

Durch Anwendung unterschiedlicher Gesprächsführungsmethoden (z.B. nondirektive Gesprächsführung nach *Rogers*) ist es möglich, die selbstwahrnehmende Patienten zu fördern, in dem sie ihre Empfindungen äußern, verstehen und akzeptieren können. Im Rahmen einer Gruppe können die Merkmale der Kommunikation und Interaktion aufgezeigt und evtl. anhand von darstellenden Spielen geübt werden.

Hierdurch kann dem Patienten geholfen werden, sozialen Rückzug aufgrund von Missverständnissen zu vermeiden aber auch partnerschaftliche Probleme zu bewältigen. Neben den funktionellen Verfahren haben die Kunst- und Gestaltungstherapie eine besondere therapeutische Qualität. Neben der körperlichen und geistigen Komponente ist hier besonders die emotionale Förderung zu erwähnen. Kreative Techniken wie Seidenmalerei, Malen, Peddigrohr, Speckstein, Makramee, Papierarbeiten, Weben, Collagen usw. können ein neues Lebensgefühl vermitteln, stärken Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und tragen zur besseren Krankheitsverarbeitung bei. Interaktionelle Gruppenarbeiten fördern die Kontaktfähigkeit und wirken Vereinsamungstendenzen entgegen.

Therapeutische Aufgabenbereiche:

a) Funktionstraining in Einzeltherapie

Medium:

Webrahmen, hochgehängte Makrameearbeit, hochgestellte Peddigrohrarbeit, Specksteinarbeit, Danisandbox und Therapieknete

Therapieziel:

Verbesserung von der Schulter-Arm-Beweglichkeit, Feinmotorik, Konzentration, Merkfähigkeit, Kraftdosierung, Kreativität, Gelenkbeweglichkeit, Verminderung eines Armlymphödems

Im Rahmen einer berufsbezogenen Rehabilitation werden Arbeitsbelastungszeiten erfasst und bei der Beobachtung von simulierten Arbeitsabläufen (z.B. unter Anwendung von MELBA) ergeben sich Hinweise auf Leistung, Merkfähigkeit, Ausdauer und Konzentration.

b) Funktionstraining in der Gruppe

Medium:

Hochwebrahmen, musisches Gestalten, Mandala-Malen bei meditativer Musik, interaktionelle Kreativität (z.B. Collagen), Spiele

Therapieziel:

Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Ausdrucksverhaltens, der Entspannung, Kreativität, der sozialen Kompetenz, Merkfähigkeit, Konzentration und Ausdauer.

c) Gelenkschutztraining

Medium:

Kiesbox, Therapieketete, Antirutschfolie, Griffverdickungen

Therapieziel:

Schmerzlinderung, Vorbeugung von Versteifungen, Verhinderung von Schonhaltung und falschen Bewegungsmustern., Verbesserung oder Erhaltung von Muskel- und Gelenkfunktionen, gelenkschonende Verhaltensweisen im persönlichen Alltagsleben.

d) Selbsthilfetaining (ADL)

Unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen und kognitiven Voraussetzungen werden Defizite zur Bewältigung des täglichen Lebens diagnostiziert und erarbeitet und unter Berücksichtigung verschiedener Hilfsmittel die Beratung bzw. das Training durchgeführt.

Beispiele:

- Toilettengang
- Wasch- und Anziehtraining
- Essen
- Trinken
- Zubereitung der Speisen
- Haushaltsführung, Reinigung
- Einkaufen und andere Tätigkeiten in der Öffentlichkeit
- Freizeitgestaltung
- Pflege sozialer Kontakte
- Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- Berufliche Tätigkeit

Eine Lehrküche zum Üben häufiger Tätigkeiten ist vorhanden. Die Beratung oder das Training kann je nach Bedarf in Gruppen oder Einzeltherapie erfolgen.

e) Hirnleistungstraining/Gedächtnistraining

Therapieziel:

Verbesserung von Merkfähigkeit, Ausdauer und Konzentration, logischem Denken oder kognitiver Belastbarkeit.

Medien: Denksportaufgaben (z.B. Gehirnjogging, Aufgabenstellung nach *Dr. F. Stengel*)
Mnemotechniken, Computergestütztes kognitives Training (geplant)

7.6 Besondere Therapieprogramme

7.6.1 Aktives Bewegungstraining

Das Aktives Bewegungstraining ist ein auf pädagogischen Prinzipien basierendes Gruppentrainings mit einem Konzept, dass Bewegung, Ausdauer und Entspannung miteinander verbindet. Die Hauptakzente liegen deshalb bei der Prävention von gesundheitlichen Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit Bewegungsmangel auftreten.

Unter aktiver Einbindung des Patienten soll seine körperliche Belastungsfähigkeit durch gezielte dosierte und ausdauernde sportliche Aktivitäten kontinuierlich gesteigert werden, so dass er nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Lage ist, ein auf sich eigens abgestimmtes Trainingsprogramm selbstständig und regelmäßig durchführen zu können. Es soll erreicht werden, dass der Betroffene präventive Aktivitäten in Eigenverantwortung übernimmt.

Struktur:

- *Einführungsgespräch*: Erläuterung des Zieles und des geplanten Ablaufes sowie des Sicherheitsbereiches (Pulsfrequenzbereich, keine körperliche Belastung). Im Einführungsgespräch soll – vor dem Hintergrund der vorangegangenen Tumorkrankheit und –therapie –, die Angst vor körperlicher Aktivität genommen und die notwendige Motivation gestärkt werden. Anlegen eines Trainingsprotokolls, in dem der Trainingsverlauf, und die erbrachten Leistungen dokumentiert werden.
- *Vergleichender Ergometertest*: Messung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit. Testung mit der altersabhängigen stufenweisen Belastungserhöhung.
- *Muskelfunktionstraining/Aufwärmphase*: Leichte Ganzkörperbewegung im Stand, Dehnung und Kräftigung der Muskelgruppen, die beim folgenden Ausdauertraining besonders beansprucht werden (Dauer ca. 10 – 15 Min).
- *Ausdauertraining*: Ergometertraining, Walking und/oder leichtes Jogging im Intervall, abhängig von der Leistungsfähigkeit der Gruppe. Die Intensität (Tempo und Strecke) wird so gestaltet, dass eine Pulsfrequenz von 180 minus Lebensalter individuell nicht überschritten wird (Dauer ca. 45 Min., je nach Leistungsstand der Teilnehmer).
- *Entspannung*: Die Entspannungsphase findet direkt im Anschluss an das Ausdauertraining im Schwimmbad statt. Hierbei lernt der Teilnehmer die subjektiv positiven Auswirkungen einer wohldosierten körperlichen Belastung kennen mit dem Ziel einer Motivationsgrundlage für ein regelmäßiges Training am Heimatort zu bilden.
- *Abschließender Ergometertest (wie oben)*
- *Abschlussgespräch*: Besprechung des Trainingsprotokolls und nochmalige Motivation des Teilnehmers.

7.6.2 Programm „Aktiv Gesundheit fördern“

Das Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation „Aktiv Gesundheit fördern“ ist an die Bedürfnisse und die Struktur des onkologischen Patientenkollektivs angepasst worden. Es wird das Ziel verfolgt, gesundheitsbezogene Risiko- Verhaltensweisen zu reduzieren, die Kompetenz zur Krankheitsbewältigung zu verbessern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Die Struktur des Programmes ist in Form der empfohlenen Seminareinheiten aufgebaut.

- Seminareinheit: Schutzfaktoren: Was hält und gesund ? (siehe Kapitel 8.2.2)
- Seminareinheit: Essen und Trinken (siehe Kapitel 7.3)
- Seminareinheit: Bewegung und körperliches Training (siehe Therapiekonzept: Aktives Bewegungstraining, Kapitel 7.6.1)
- Seminareinheit: Stress und Stressbewältigung (siehe Kapitel 9)
- Seminareinheit: Alltagsdrogen:
Zwischen Genuss und Abhängigkeit (siehe Kapitel 8.2)

7.6.3 Therapiekonzept: Hilfe bei Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue“)

Das Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue-Syndrom“) bei onkologischen Patienten ist in der letzten Zeit immer mehr in den Mittelpunkt des diagnostischen und therapeutischen Interesses gerückt. Nach neueren epidemiologischen Untersuchungen sind etwa drei Viertel aller onkologischen Patienten betroffen. Somit gilt Fatigue neben Tumorschmerzen, Anorexie, Übelkeit und psychischer Belastung als eine der häufigsten negativen Begleiterscheinungen einer Tumorkrankheit.

Der genaue Pathomechanismus ist nicht bekannt. Es wird ein multifaktorieller Ursprung angenommen. Möglicherweise ist die lang anhaltende chronische Belastung durch die Tumorkrankheit der entscheidende Auslöser. Als weitere mögliche Ursachen werden neben den Einflüssen der Tumorkrankheit selbst (Zytokine, Energieverbrauch, Anorexie usw.) auch Folgen der zytostatischen Therapie, der Strahlentherapie und der lang andauernden Narkosen bei umfangreichen operativen Eingriffen angesehen. Nicht zuletzt dürften auch sekundäre Einflüsse der Tumorthherapie eine wesentliche Rolle bei der Entstehung dieses Beschwerdebildes darstellen, wie zum Beispiel Anämie, Schlafstörungen, Schmerzen, psychische Belastungen, Immobilität usw.

Definiert wird Fatigue bei Krebskranken als „ein subjektives Gefühl unüblicher Müdigkeit, das sich auswirkt auf den Körper (physisch), die Psyche (affektiv) und die geistigen Funktionen (kognitiv), das längere Zeit dauern kann und sich durch Ruhe und Schlaf nur unvollständig oder gar nicht beheben lässt“ (*modif. n. Piper*).

Das Erscheinungsbild im einzelnen (Beispiele):

- physisch: Verminderte Leistungsfähigkeit
Schwäche, Kraftlosigkeit
Unübliches vermehrtes Ruhe- und Schlafbedürfnis
Gestörtes Schlafmuster
Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags
- affektiv: Energielosigkeit, Antriebslosigkeit
Angst, Depression, Reizbarkeit
Mangel an Motivation und Interesse

- kognitiv: Konzentrationsstörung
Vergesslichkeit

In Anbetracht des multifaktoriellen Ursprungs und der vielgestaltigen Symptomatik weist die Behandlung recht unterschiedliche Ansätze auf. Je nach individueller Symptomatik und Belastung können alle Therapiemaßnahmen des Programms genutzt werden oder aber bedarfsadaptiert nur einzelne Behandlungsangebote:

- ❖ **Beratung** (Gruppen- und Einzelgespräche):
Anpassung an das Beschwerdebild
Vorsorgemaßnahmen
Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- ❖ **Körperliches Training** (siehe auch 7.6.1. „Aktives Bewegungstraining“):
Individuelle Anpassung, stufenweise Steigerung
- ❖ **Psychologische Hilfen** (siehe auch 9. „Klinische Psychologie und Psychotherapie“):
Gruppen- und Einzelgespräche
Entspannungsübungen
- ❖ **Konzentrations- und Gedächtnisübungen** (siehe auch 7.5. e „Hirnleistungstraining/
Gedächtnistraining in der Ergotherapie“)
- ❖ **Ernährungsberatung** (siehe auch 7.3. „Ernährungstherapie“):
Theorie und Praxis
- ❖ **Medikamentöse Maßnahmen**

Es ist geplant, künftig das Therapieprogramm mittels spezieller Fragebögen (FAQ bzw. FSI) zu evaluieren.

8. Schulung und Information

Strukturierte, auf die speziellen Erfordernisse abgestimmte Schulungsprogramme haben das Ziel, die betroffenen Patienten bei der Bewältigung ihrer Krankheitsfolgen zu beteiligen, ihre Eigenverantwortung zu stärken und eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit (Coping) zu ermöglichen.

8.1 Allgemeines Programm (Curricula)

Grundlage des allgemeinen Schulungsprogramms ist das „Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation“ des Arbeitskreises der leitenden Ärzte BfA-eigener Kliniken in Form des modifizierten „Curriculum onkologischer Erkrankungen“, welches den Intentionen und Voraussetzungen der hiesigen Klinik angepasst wurde.

Grundgedanke ist es, in Form von Gesprächskreisen mit bedarfsabhängig integrierten Vorträgen strukturierte Informationsinhalte über die Krebskrankheit zu vermitteln.

An den Programmen sind Ärzte, Psychologen und eine Sozialpädagogin beteiligt. Bewusst sind sechs Themenkreise gebildet wurden, um bei einer dreiwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme alle notwendigen Informationsbereiche mit 2x in der Woche stattfindenden Veranstaltungen abzudecken.

Die einzelnen Module und ihre Themen:

1. Diagnostik, Therapie, medizinische Nachsorge
2. Ätiologie, Krankheitstheorien, Immunsystem, Alternativmedizin
3. Erleben der Krankheit, Angst
4. Selbstwert, Körperbild
5. Krankheitsbewältigung
6. Alltag: die geänderte Lebenssituation, Lebensbewältigung, Arbeitsprozess

8.2 Spezielles Programm

Zusätzlich werden themenzentrierte Vortrags- und Informationsveranstaltungen angeboten, an denen sich Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Krankenschwestern beteiligen. Diese Veranstaltungen werden jeweils in 3-wöchigen Abständen durchgeführt, um dem Patienten zu ermöglichen, während seiner Rehabilitationsmaßnahme, die für ihn notwendigen Informationen zu erhalten.

Spezielle Vorträge und Schulungen:

- Brustkrebserkrankungen
- Krebserkrankungen beim Mann
- Degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen
- Das Lymphödem
- Die Behandlung des Lymphödems
- Die Blasenschwäche der Frau
- Hormontherapie in und nach den Wechseljahren
- Verdauungsbeschwerden, wie helfe ich mir selbst ?
- Bewegung und körperliches Training
- Schutzfaktoren: Was hält uns gesund ?
- Stress und Stressbewältigung

- Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Abhängigkeit
- Schlafstörungen: Ursachen und Behandlung
- Erlernen der Selbstbandagierung bei Lymphödem
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit der Prothetik

9. Klinische Psychologie und Psychotherapie

Das Problem der Verarbeitung des Geschwulstleidens steht an erster Stelle des Bedarfs für fachpsychologisch begründete Interventionen und psychotherapeutische Maßnahmen. Je nach Situation kann eine fachgerechte Information den gleichen Erfolg haben wie eine professionelle fachpsychologische Entwicklung adäquater Verarbeitungsmethoden.

Ziel einer Intervention ist es, Hilfestellung zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens und hierdurch aufgebrochener Lebenskonflikte zu geben und mögliche individuelle Ressourcen zu erkennen.

Die Probleme resultieren aus:

- der Angst vor zunehmender Krankheitsbelastung oder baldigem Tod
- der veränderten Lebenssituation nach gravierenden operativen Eingriffen (Krankheitsverarbeitung)
- den konditionierten Reaktionen im Rahmen der Primärtherapie (Überempfindlichkeiten, Schmerzsyndrome, Brechreiz)
- den sozialen Rückzugstendenzen
- den Konflikten in Partnerschaft und Familie
- den Problemen mit der Akzeptanz der Krankheit (verändertes Körperbild)
- den Problemen mit fatiguebedingten Störungen

Um Hinweise auf das Ausmaß möglicher emotionaler Belastungen und psychischer Auffälligkeiten bereits vor Behandlungsbeginn zu erhalten, wird den Patienten standardmäßig etwa 3 Wochen vor Behandlungsbeginn ein Formular des HADS-D („Hospital Anxiety and Depression Scale“) zugesandt und um Ausfüllung gebeten.

Indikationskriterien zur Kontaktaufnahme nach stationärer Aufnahme sind:

- Eigenes Anliegen des Patienten
- Auffällige Werte im HADS-D
- Empfehlung bzw. Verordnung des behandelnden Arztes
- Aus der Vorgeschichte bekannte oder aktuelle psychische und psychiatrische Auffälligkeiten

Eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen einer 3-4-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme wird nicht in Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, dennoch besteht die Möglichkeit der Einleitung eines Veränderungsprozesses.

- Emotionale Ebene
 - Unterstützung und Stabilisierung
 - Verbesserte Wahrnehmung, Akzeptanz und Ausdruck von Gefühlen

- Kognitive Ebene
 - Restrukturierung subjektiver Krankheitstheorien, irrationaler Überzeugungen
 - Stärkung von Kontrollüberzeugung
 - Verbesserte Realisierung patienteneigener Ressourcen
 - Unterstützung bei der Suche nach neuen Zielen, Sinn für ein Leben mit der Krebserkrankung

- Verhaltensebene
 - Initiierung, Stabilisierung, Verbesserung hilfreicher Strategien der Krankheitsbewältigung und Beziehungsgestaltung.

Vorgehensweise:

Psychologisches Erstgespräch 1-3 Tage nach der medizinischen Aufnahmeuntersuchung.

Inhalte:

- Aktuelle psychische und physische Befindlichkeit, Anliegen/Bedürfnis des Patienten
- Grad der Informiertheit, subjektives Krankheitsverständnis
- Bisherige Krankheitsverarbeitung (Reaktionen und Prozesse auf emotionaler und kognitiver Ebene, z.B. Angst, Depression, Attributionen, Selbstwert, Körperbild)
- Bevorzugte Strategien zur Problemlösung und Krisenbewältigung
- Typische Verhaltensmuster hinsichtlich der Gestaltung von Beziehungen und des Umganges mit Konflikten
- Aktuelle Belastungen und/oder Defizite (emotionale, psychische, sozialberufliche, finanzielle Ebene)
- Ressourcen und Energiequellen (individuelle Fähigkeiten, soziale Unterstützung, Entspannungsmöglichkeiten, angenehme Aktivitäten, Hobbies usw.)
- Ziele/Zukunftsperspektiven des Patienten (Berücksichtigung von Abstraktions- und Realitätsgrad, Kurz- und Langfristigkeit, Operationalisierung in Teilziele)
- Information über Umfang und Inhalte des jeweiligen psychologischen Gesundheitsangebotes

Ziel des psychologischen Erstgesprächs sind:

- Kontaktaufnahme im Sinne des Aufbaus einer kooperativen Arbeitsbeziehung
- Diagnostische Erstklärung und Erhebung eines psycho-onkologischen Status
- Gemeinsame Erarbeitung realisierbarer Ziele auf psycho-sozialer Ebene
- Gemeinsame Vereinbarung von Perspektiven hinsichtlich Art und Umfang der weiteren Behandlung bzw. Nutzung des psychologischen Angebotes

Ergebnisse der psycho-onkologischen Stuserhebung und Zielvereinbarung werden schriftlich dokumentiert. Treffen Patienten und Psychologen eine Entscheidung für Folgetreffen im Sinne psychotherapeutischer Kurzzeitbehandlung, finden diese 1-3 pro Woche statt. Bei Patienten die mehr psychologische Angebote als das orientierende Erstgespräch in Anspruch genommen haben, findet ein Abschlussgespräch statt.

Ziele hierbei sind:

- Bilanzierung des Erreichten
- Erneute Stärkung des Kontrollüberzeugungen der Patienten und ihre Motivation zur aktiven und eigenverantwortlichen Nutzung der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen und Fähigkeiten
- Thematisierung angemessener Zukunftsperspektiven und Nachsorgemaßnahmen

Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird eine ausführliche abschließende psychologische Stellungnahme vorgenommen mit Empfehlungen zur weiteren Entwicklung und Stabilisierung des Bewältigungsverhaltens nach der stationären Nachsorge.

Weitere Angebote im Rahmen des psychologischen Gesundheitsangebotes

1. Gruppenentspannungstraining

Zur Vermittlung des Verfahrens des progressiven Muskelrelaxation (nach Jacobson).

Ziel:

Entwicklung einer Strategie im Umgang mit emotionalem und körperlichem Stress, Schmerzschonhaltungen, psychosomatischen Erkrankungen und Schlafstörungen.

2. Offene psychologische Sprechstunde

Ziel:

Psychosoziale Beratung zur Unterstützung bei speziellen evtl. auch akut auftretenden Problemstellungen, in Frage der Gesundheitsbildung und/oder Nachsorge bzw. der sozialen Reintegration.

3. Beteiligung an den Schulungs- und Informationsprogrammen und Curricula (Kapitel 8)

4. Bei Bedarf: **Angehörigengespräche** zur Unterstützung bei der Klärung von krankheitsbedingter Konflikte bzw. Krisen in Partnerschaft und/oder Familie

5. Belastungssituationen mit Dekompensationsgefahr während der Rehabilitation mit dem Ziel emotionaler Stabilisierung und möglicher Einstimmung auf psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung oder psychiatrische Behandlung.

10. Sozialberatung und Hilfestellung

Die soziale Isolation durch Rückzug, Partnerprobleme und Depressionen erfordert zusätzliche soziale Hilfestellungen über den üblichen Standard hinaus, besonders in Form von Hilfen und Beratung bei der Reintegration in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und Beruf. Sie koordiniert Versorgungssysteme und verschafft Zugang zu unterstützenden, persönlichen, gesellschaftlichen, sozialen und materiellen Ressourcensystemen, gibt Informationen und Hinweise oder vermittelt an zuständige Stellen.

Durchführung:

- Einzelgespräch zur Feststellung der persönlichen und beruflichen Situation im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Krankheit und Behinderung unter besonderen individuellen Anliegen und Fragen.
- Gespräch mit Angehörigen, dem Arzt oder anderen Mitarbeitern zur Klärung der beruflichen und sozialen Probleme.
- Aufzeigen der Möglichkeiten und Entscheidungshilfen die zur Lösung der anstehenden Probleme führen können.
- Erstellung eines psychosozialen Konzeptes als Teil des Gesamtplanes sowie Planung der erforderlichen Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten.
- Beratungsinhalte (Beispiele):
 - Information über sozialrechtliche Möglichkeiten
 - Praktische Hilfe im Umgang mit Behörden (Antragstellung für Schwerbehindertenausweise usw.)
 - Beratung zum Schwerbehindertenrecht (Kündigungsschutz, steuerliche Vergünstigungen usw.)
 - Fragen zur Sozialversicherung (Krankenkassenleistung, Krankengeld, Rentengeld, Leistungen der Arbeitsverwaltung)
 - Pflege und Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe)

11. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

In der onkologischen Rehabilitation hat der berufsbezogene Anteil häufig nicht ganz den zentralen Stellenwert wie bei anderen Indikationsgebieten der Rehabilitation, da ein Teil der Patienten wegen des höheren Alters nicht mehr im Erwerbsleben steht. Gleichwohl wird bei berufstätigen Patienten die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess so früh wie möglich angestrebt, nicht allein aus Gründen der zu erwartenden wirtschaftlichen Vorteile sondern auch, um ein resignatives Verhalten und den sozialen Rückzug infolge verminderter Lebensqualität und evtl. unsicherer Prognose zu verhindern.

Die gründliche sozialmedizinische Diagnostik ist immer Voraussetzung für Beratung und abschließende Beurteilung der Leistungsfähigkeit unter Erwerbsbedingungen.

Sie umfasst:

- die medizinische und fachspezifische körperliche Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte
- die fachspezifische diagnostische und prognostische Einschätzungen der behandelnden Abteilungen (Physikalische Therapie, Ergotherapie usw.)
- die Ergebnisse der psychologischen Mitbehandlung im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme
- Gründliche Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Klinik
- Kontakt zu Betriebsärzten, arbeitsmedizinischen Diensten (BAD), Haus- und Fachärzten am Heimatort des Patienten

Grundlage für die berufliche Beratung und einer sozialmedizinischen Stellungnahme ist neben der Berücksichtigung des Alters der Betroffenen und des zu erwartenden Verlaufs der Krankheit:

- die Dokumentation der krankheitsbedingten Funktionsausfälle
- die Beschreibung der verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
- die umfassende Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit
- der Vergleich der Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit
- die Beschreibung von funktionellen Beeinträchtigungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit (negatives Leistungsbild)
- die Beschreibung der verbliebenen zumutbaren qualitativen Leistungsmerkmale des körperlichen Arbeitsumfanges der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation (positives Leistungsbild)
- die Selbsteinschätzung des Betroffenen zur beruflichen Leistungsfähigkeit
- Empfehlungen zu berufsfördernden Maßnahmen (wenn erforderlich)

Problematische medizinische Zusammenhänge werden in den täglichen ärztlichen Besprechungen bzw. den wöchentlichen interdisziplinären Konferenzen erörtert.

12. Qualitätssicherung

12.1 Qualitätsmanagement

Das Ziel einer qualitätsorientierten Arbeit ist nur auf dem Fundament eines umfassenden und stringenten Qualitätsmanagements zu erreichen. Hierbei müssen die qualitätsrelevanten Betriebsabläufe nicht nur vereinbart sondern auch schriftlich – und damit nachvollziehbar – fixiert sein. Die Arbeit aller Mitarbeiter ist auf diese Festlegungen ausgerichtet und stimmt mit ihnen überein.

Der Nutzen eines funktionierenden Qualitätsmanagements erscheint in der Klinik Reinhardshöhe in der

- Transparenz der Prozessabläufe
- Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen
- Förderung der Handlungssicherheit für die Mitarbeiter
- Erstellung von Nachweisen gegenüber den Kostenträgern
- Einführung von Tätigkeitsnachweisen
- Reduzierung von Kosten durch die Ermittlung und Beschreibung von Schnittstellen
- Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen
- Unterstützung bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Verbesserung der Patientenzufriedenheit
- Effektivität des Beschwerdemanagements

Um die qualitätsorientierte Arbeit zu strukturieren und den Nachweis eines funktionierenden Qualitätsmanagement zu erbringen ist die DIN EN ISO 9001:2000 systematisch eingeführt und implementiert worden in Verbindung mit dem Qualitätsmanagementmodell der DEGEMED. Die erfolgreiche Zertifizierung sowohl nach DIN EN ISO 9001:2000 als auch nach den Richtlinien der DEGEMED erfolgte im November 2003.

12.2 Qualitätslenkung

Mit der inneren Struktur der Klinik und mit Hilfe der Kriterien externer Qualitätssicherungsprogramme sind in der Praxis eine Vielzahl von Lenkungs- und Kontrollinstrumente entwickelt worden, die je nach Betrachtungsweise den Kriterien der Struktur, Prozess- bzw. Ergebnisqualität zugeordnet werden können (Beispiele):

- Tägliche Morgenbesprechung (Ärzte und Schwestern): Informationsaustausch, Organisation, Übergabe, Entscheidungen
- Wöchentliche interdisziplinäre Konferenz: Vorstellung problematischer Therapiemaßnahmen, Modifikation der Behandlungspläne, Erfahrungsberichte, Problemlösungen, allgemeiner Informationsfluss
- Sozialmedizinische Falldarstellungen (wöchentlich im Anschluss an die interdisziplinäre Konferenz): Sozialmedizinische Synopse, interdisziplinäre Meinungsbildung
- Visiten durch die behandelnden Ärzte: Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes, Adaption an Verlaufsveränderungen
- Chefarzt-Visiten: Bilanzierung, Dienstaufsicht, Ausblicke, Konzeption des Entlassungsberichtes
- Ausführliches Nachtdienstbuch: Dokumentation besonderer Vorkommnisse, Kontrolle (Abzeichnung von diensthabendem Arzt und Chefarzt)
- Klinikinterner Patientenfragebogen: Patientenzufriedenheit, Fehlersuche
- Ärztliche und pflegerische Betreuung 24 Stunden pro Tag
- Möglichkeit der täglichen Patientenaufnahme (mit adäquater Betreuung)
- Therapeutische Maßnahmen grundsätzlich an allen Wochentagen
- Sämtliche indikationsspezifischen Therapiemaßnahmen grundsätzlich im Hause
- Aktive Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger