

Inhaltsverzeichnis

1. Klinikstruktur

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

2. Konzept der Rehabilitation degenerativer Erkrankungen der Bewegungsorgane (bzw. nach operativen Eingriffen)

3. Allgemeine Ziele der Rehabilitation degenerativer Veränderungen der Bewegungsorgane

4. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation

5. Diagnostik

- 5.1 Vorbefunde
- 5.2 Rehabilitationsrelevante Diagnostik

6. Indikationsübergreifende therapeutische Leistungen

- 6.1. Medizinische Behandlung
 - 6.1.1. Allgemeine medizinische Rehabilitation
 - 6.1.2. Medikamentöse Behandlung
 - 6.1.3. Schmerztherapie
 - 6.1.4. Therapie von Simultanerkrankungen
- 6.2. Physikalische Therapie
- 6.3. Ergotherapie

7. Spezielle Behandlungskonzepte (Beispiele)

7.1 Generalisiertes Wirbelsäulensyndrom

7.2. Coxarthrose

7.3. Endoprothesenimplantation (Hüftgelenk, Kniegelenk)

8. Besondere Therapieprogramme

8.1. Aktives Bewegungstraining

8.2. Programm „Aktiv Gesundheit fördern“

9. Ernährung

10. Schulung und Information

11. Klinische Psychologie und Psychotherapie

12. Sozialberatung und soziale Hilfestellung

13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

14. Qualitätssicherung

14.1. Qualitätsmanagement

14.2. 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 Staubbefreiheit.

1.2. Indikationen

Hauptindikationen:

- Onkologische Erkrankungen
- Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

1.3. Medizinische Personalstruktur

Ärztliche Qualifikationen

Innere Medizin (3 Ärztinnen/Ärzte)

Teilgebiet Hämatologie/Onkologie

Teilgebiet Gastroenterologie

Physikalische und Rehabilitative Medizin (2 Ärztinnen/Ärzte)

Orthopädie

Gynäkologie

Urologie

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 Rehabilitation degenerativer Erkrankungen der Bewegungsorgane (bzw. nach operativen Eingriffen)

Krankhafte degenerative Veränderungen der Bewegungsorgane gehören bekanntlich zu den häufigsten Krankheitsbildern und bilden die Indikationsgruppe mit dem weitaus größten Anteil aller Rehabilitationsmaßnahmen. Bemerkenswert hierbei ist, dass knapp die Hälfte dieser Patienten an degenerativen Wirbelsäulensyndromen leiden. Diese Beschwerden treten in der Statistik zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf, das Durchschnittsalter bei Rentenbeginn beträgt bei Frauen 51,3 Jahre, bei Männern 53,7 Jahre (VDR-Statistik 2001).

Allein diese Tatsache zeigt auf, dass neben den medizinischen und physiotherapeutischen Maßnahmen in der Rehabilitation bei einem nicht geringen Teil der Betroffenen gezielte psychosoziale und berufsfördernde Interventionen erforderlich werden, um langanhaltende Krankenstände oder gar Frühberentungen zu vermeiden. Besonders die Rehabilitation degenerativer Erkrankungen des Bewegungsapparates muss als kontinuierlicher und die verschiedenen sozialen Eingliederungshilfen verbindender Prozess im Rahmen eines Rehabilitationsgesamtplanes angelegt sein. Hierbei müssen evtl. erforderliche operative Eingriffe über eine stationäre Rehabilitation, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, soziale Interventionen und ggf. berufliche Reintegration stufenlos miteinander verbunden werden.

3. Allgemeine Ziele der Rehabilitation degenerativer Veränderungen der Bewegungsorgane

Bei Arthrosen besteht durch Belastungs-, Anlauf- und Ruheschmerz neben den erheblichen subjektiven Beschwerden bekanntlich eine zunehmende Bewegungseinschränkung. Diese manifestiert sich z.B. bei arthrotischen Veränderungen der Hüft- und Kniegelenke in der Behinderung des Sitzens, Gehens, Bückens und Hockens. Besonders beschwerlich ist die erste Anlaufphase nach längerem Sitzen oder Liegen (sog. Anlaufschmerz). Hinzu kommen mechanische und reflektorische Instabilitäten. Mögliche Folgen sind: verkürzte Gehstrecken, eine verminderte Belastbarkeit, Einschränkungen bei Bewegungsübergängen usw.

Lokale schmerzbedingte Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule verursachen weitreichende Beschwerden, die sich meist auf die gesamte Wirbelsäule beziehen bzw. auf den Rücken ausdehnen. Haltungskonstanz über eine längere Zeit ist hierbei nicht selten unerträglich. Die Gehstrecke ist verkürzt, beschwerdefreies Stehen oft nur kurze Zeit möglich. Sitzen ist, abgesehen von kurzen entlastenden Sitzpausen, besonders ungünstig. Das Bücken, Drehen, Heben und Tragen – auch mittelschwerer Lasten – ist eingeschränkt. Erschütterungen, Vibrationen und plötzlicher Lagewechsel führen zu Verschlechterungen. Bewegungen der Extremitäten können Schmerzen entlang der betroffenen Nerven bei radikulären Symptomen hervorrufen. Bei fortgeschrittenen Veränderungen sind schlaffe Lähmungen zu erwarten.

Unabhängig von der Lokalisation krankhafter Veränderungen im Bewegungsapparat sind in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme multiple therapeutische Aufgaben und sozialmedizinische Aspekte zu integrieren, um einen umfassenden und langanhaltenden Rehabilitationserfolg zu ermöglichen:

Somatische Therapieziele:

1. Schmerzreduktion bzw. Schmerzbefreiung
2. Normalisierung motorischer Funktionen für Statik und Dynamik
3. Verbesserung der Mobilität
4. Verbesserung der Muskelfunktionen und der Ausdauerleistung
5. Reduktion des Körpergewichts

Funktionsbezogene Therapieziele:

- Erlernen von Kompensationsfähigkeiten zur Bewältigung des Alltagslebens
- Verbesserung bzw. Wiedererlangen verlorengangener Fähigkeiten (z.B. Haushaltsführung, persönliche Hygiene, Verkehrsmittelbenutzung usw.)

Therapieziele im psychischen Bereich:

- Optimierung der Krankheitsbewältigung
- Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Kompensation der Angst vor unkontrollierbaren Funktionsstörungen
- Motivation zur eigenständigen Sekundärprävention

Therapieziele im sozialen Bereich:

- Verbesserung der sozialen Integration
- Teilnahme am geselligen kulturellen Leben
- Berufliche Integration bzw. Wiedereingliederung
- Informationen im sozialen bzw. arbeitsrechtlichen Bereich
- Sozialmedizinische Beurteilung

Therapieziele im edukativen Bereich:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erwerb von Kenntnissen über gesundes und krankheitsgerechtes Verhalten
- Erwerb von Kenntnissen über eine krankheitsgerechte Ernährung
- Erwerb von Kenntnissen über ambulante Nachsorge und Selbsthilfegruppen
- Erlernen von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten

4. 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
- Psychologische Intervention
- Ernährungstherapie
- Schulung- und Information
- Soziale und berufliche Beratung
- Sozialmedizinische Beurteilung
- 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).

5. Diagnostik

5.1. Vorbefunde

Umfang und Schweregrad der funktionellen Einschränkungen sowie der sozialen Beeinträchtigungen sollten im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme bereits soweit geklärt sein, wie es zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit und somit zur Entscheidung über den Zugang zur Rehabilitation notwendig ist. Hierzu gehören ggfs. auch Angaben über soziale Belastungsfaktoren, die berufliche Situation, Probleme der beruflichen Reintegration sowie über die psychische Situation und Krankheitsverarbeitung.

Fehlende, für die Rehabilitation notwendige Angaben werden vom Hausarzt bzw. vom vorbehandelnden Krankenhaus telefonisch erbeten.

5.2. Rehabilitationsrelevante Diagnostik

Eine rehabilitationsbezogene Diagnostik soll sich auf das Erkennen von Funktionsdefiziten, relevanter psychischer Belastungen und sozialer Beeinträchtigungen beschränken.

Ihr Ziel ist die Feststellung des rehabilitationsbedürftigen Funktionsdefizits (Rehabilitationsbedarf), die Definition des Rehabilitationszieles, die Aufstellung eines adäquaten Therapieplanes, die Verlaufskontrolle und die umfassende sozialmedizinische Beurteilung.

Diagnostische Maßnahmen im Einzelnen:

- Spezielle Anamnese
 - Verlaufsanamnese,
 - Schmerzanamnese,
 - Medikamentenanamnese,
 - Sozial- und Berufsanamnese

- Klinische Untersuchung
 - Inspektion der
 - Haut
 - Fehlstellung
 - Deformierung
 - Palpation
 - Überwärmung
 - Kapselkonsistenz
 - Erguss
 - Druckschmerz
 - Krepitation
 - Funktionsprüfung
 - Stabilität
 - Bewegungsausmaß (Normal-Null-Methode)
 - Bewegungsschmerz
 - Endphasenschmerz
 - Kraftprüfung

- Laboruntersuchung
- Apparative Untersuchungsverfahren (falls notwendig)
- Radiologische Untersuchung, EKG usw.
- Psychologische Testverfahren
- Konsiliarfachärztliche Diagnostik (falls erforderlich)

6. Indikationsübergreifende therapeutische Leistungen

6.1. Medizinische Behandlung

6.1.1 Allgemeine medizinische Rehabilitation

Nach längerer Bettlägerigkeit, z.B. nach Operationen oder schmerzbedingter Inaktivität werden dosierter an den Leistungszustand angepasste, möglichst aktivierende Therapieformen notwendig. Positive Auswirkung 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.

Nach ergänzender rehabilitationsbezogener Diagnostik werden die Rehabilitationsziele definiert und ein individueller Rehabilitationsplan aufgestellt. Während der Rehabilitationsmaßnahme ist es notwendig, den Therapieprozess zu überprüfen (regelmäßige Visiten, häufige Patientenkontakte) um Korrekturen bei evtl. Abweichungen vom Rehabilitationsziel zu korrigieren.

6.1.2. Medikamentöse Behandlung

Die medizinische Basistherapie setzt die bereits bestehende medikamentöse Versorgung unverändert fort, Veränderungen werden vorgenommen, wenn fachliche Gründe vorliegen. Oberstes Ziel ist es, die Kontinuität in der Behandlung zu ermöglichen unter Berücksichtigung von Ansprechraten und Lebensqualität.

6.1.3. 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.

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 WHO und wird im Rahmen der stationären Rehabilitationsmaßnahme kombiniert mit physiotherapeutischen Anwendungen und psychologischer Intervention um die Notwendigkeit eines Medikamentenverbrauchs so niedrig wie möglich zu halten.

6.1.4. Therapie von Simultanerkrankungen

In der Rehabilitationsmaßnahme werden Begleiterkrankungen auf internistischem, gynäkologischem und urologischem Fachgebiet mitbehandelt bzw. eine bestehende Therapie fortgesetzt. Die konsiliarärztliche Betreuung außerhalb der genannten Fachgebiete ist gewährleistet.

6.2. 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 durchgeführt wird, 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.

Therapeutische Leistungen:

- ***Indikationsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung***
bei postoperativen Zuständen (z.B. bei TEP), bei HWS-Syndrom, LWS-Syndrom, Paresen, Koordinationsstörungen
- ***Indikationsspezifische Krankengymnastik als Gruppenbehandlung***
z.B. Wirbelsäulengymnastik, Schultergymnastik, Entstauungsgymnastik, verschiedene Programme
- ***Funktionsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung*** z.B. Atemgymnastik, Gefäßtraining, Gehschule, Gleichgewichtstraining, Beckenbodengymnastik
- ***Begleitende Krankengymnastik als Gruppenbehandlung*** z.B. Atemgymnastik, Beckenbodengymnastik, Wirbelsäulengymnastik
- ***Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung***
- ***Krankengymnastik im Bewegungsbad als Gruppenbehandlung***
z.B. Schultergymnastik, Wirbelsäulengymnastik
- ***Massagetherapie*** z.B. Teilkörpermassage, Unterwassermassage
- ***Manuelle Lymphdrainage, komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE) Kompressionsbehandlung (Bandagierung) bei Bedarf***
- ***Bewegungstherapie:*** Entstauungsgymnastik, Bewegungsbad, Mobilisierung, Haltungsschulung, leichter Sport
- ***Information und Schulung:*** Verhaltensmodifikation, Prophylaxe
- ***Elektrotherapie:*** Mittelfrequenztherapie, Transkutane Elektrostimulation, Diodynamischer Strom, Hochfrequenzwärmetherapie, Ultraschalltherapie

- **Hydro- und Balneotherapie:** Heißluft, lokale Kälteapplikation (Cryopackung), Rotlicht, Teilkörperpackungen mit Pelloiden, Kneipp'sche Güsse, Wechselbäder, Medizinische Vollbäder mit Zusätzen
- **Inhalation**
- **Sport- und Bewegungstherapie:** gezielte Training für Ausdauer und Kondition, Sequenztraining, Ergometertraining, therapeutisches Schwimmen

6.3. 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 Selbstwahrnehmung der 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.

7. Spezielle Behandlungskonzepte (Beispiele)

7.1. Generalisiertes Wirbelsäulensyndrom

Diagnostik:

gründliche Anamnese
Haltungsanalyse
Ganganalyse
Beurteilung der Rückenmuskulatur
Druckpunkte
Beweglichkeit, FBA, Ott, Schober
Radikuläre Zeichen
 Lasegue Femoralisdehnung
 Bragard
 Motorische Ausfälle, Sensibilität
 Dermatome, Reflexstatus

Rehabilitationsziele:

Schmerzreduktion, Schmerzfreiheit
Minderung der Muskelverspannung
Besserung der Mobilität
Haltungsverbesserung
Vermittlung eines ökonomischen Bewegungsverhaltens (ATL)

Therapie:

Abgestufte Gruppentherapie (evtl. im Bewegungsbad) jeden 2. Tag
Einzelgymnastik 3x pro Woche
Elektrotherapie 2-3x pro Woche (Stangerbad, TNS)
Klassische Massagetherapie 2x (- 3x) pro Woche
Wärme-Kälteapplikation 2-3x pro Woche (Kryogelpackung/Peloide)
Bewegungsbad, wöchentlich
Rückenschule (Schulungsprogramm)

7.2. Koxarthrose

Diagnostik:

Beurteilung von Bewegungsumfang und Bewegungsschmerz
Beurteilung des Gangbildes
Beinlängendifferenz
Muskelatrophie
Beurteilung benachbarter Gelenke
Beurteilung von Durchblutung, Motorik und Sensibilität

Rehabilitationsziele:

Schmerzreduktion
Verbesserung der Gelenkfunktion (Beweglichkeit)
Linderung der Muskelverspannung
Kräftigung der Muskelfunktion

Therapie:

Einzel-Krankengymnastik 3x5 pro Woche

Elektrotherapie 2-3x pro Woche (mittelfrequenter Interferenzstrom, Niederfrequenter diadynamischer Wechselstrom)

Wärme-Kältetherapie, täglich

Klassische Massagetherapie 2-3x pro Woche

Gehtraining

Sequenztraining 2x pro Woche (optimal)

Erlernen eines eigenen Übungsprogrammes (Schulung)

7.3. Endoprothesenimplantation (Hüftgelenk, Kniegelenk)

Diagnostik:

Wundverhältnisse

Beurteilung von Bewegungsumfang und Bewegungsschmerz

Gangbild

Schwellung

Hautveränderungen, Überwärmung

Druckschmerz

Durchblutung, Motorik, Sensibilität

Rehabilitationsziele:

Schmerzreduktion

Reduktion der Gewebsschwellung

Besserung der gestörten Beweglichkeit

Verminderung der Muskelverspannung

Besserung der gestörten Muskelfunktion

Therapie:

Manuelle Lymphdrainage 2x pro Woche (optimal)

Krankengymnastik, einzeln 2-4x pro Woche

Krankengymnastikgruppe, optional

Sequenztraining 2-4x pro Woche

Elektrotherapie (keine galvanische Therapie) 2-4x pro Woche

Bewegungsbad, täglich

Bei Bedarf medikamentöse Therapie (NSAR)

Erlernen eines eigenen Übungsprogrammes (Schulung)

8. Besondere Therapieprogramme

8.1. 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.

8.2. 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 10)
- Seminareinheit: Essen und Trinken (siehe Kapitel 9)

- Seminareinheit: Bewegung und körperliches Training (siehe Therapiekonzept: Aktives Bewegungstraining, Kapitel 8.1)
- Seminareinheit: Stress und Stressbewältigung (siehe Kapitel 11)
- Seminareinheit: Alltagsdrogen:
Zwischen Genuss und Abhängigkeit (siehe Kapitel 10)

9. Ernährung

Die sog. Zivilisationskrankheiten entstehen fast ausnahmslos durch mangelhafte Ernährung und durch falsche Ernährungsgewohnheiten. Gesunde Ernährung und Diätetik haben sich daher schon seit vielen Jahren zu einem Schwerpunkt der modernen Rehabilitation entwickelt. In der orthopädischen Rehabilitation wird die Ernährungstherapie besonders notwendig bei Patienten mit Übergewicht und bei Multimorbidität (Diabetes mellitus, Stoffwechselerkrankung, Herz-Kreislaufkrankung). Das Übergewicht bedeutet bei orthopädischen Krankheiten eine zusätzliche zum Teil erhebliche Belastung der Haltungs- und Bewegungsorgane. Eine Gewichtsreduktion ist daher ein sehr wertvoller Behandlungsbaustein. Sie wird ermöglicht durch die Erhebung einer individuellen Ernährungsanamnese, einer gezielten Diätberatung und einer praktischen Übung in der Lehrküche. Die Überprüfbarkeit des Gelernten im Lehrküchenprogramm ist Voraussetzung für die angestrebte Verhaltensmodifikation, die durch das Programm „Aktives Bewegungstraining“ ergänzt wird. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Diätassistentin, diätetisch geschulten Küchenmeister, aber auch den Physiotherapeuten 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.

10. Schulung und Information

Es werden themenzentrierte Vortrags- und Informationsveranstaltungen angeboten, an denen sich Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Krankenschwestern beteiligen. Der Patient hat während des Schulungsprogramms die Möglichkeit, individuell auftretende Probleme zu erörtern und zu klären. Ggf. wird die Erörterung im Einzelgespräch fortgesetzt.

Spezielle Vorträge und Schulungen:

- Rückenschule
- Degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen
- Das Lymphödem
- Die Behandlung des Lymphödems
- 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

11. Klinische Psychologie und Psychotherapie

Ziel einer Intervention ist es, Hilfestellung zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens und hierdurch aufgebrochener Lebenskonflikte zu geben und mögliche individuelle Ressourcen zu erkennen. Je nach Situation kann eine fachgerechte Information den gleichen Erfolg haben wie eine professionelle fachpsychologische Entwicklung adäquater Verarbeitungsmethoden.

Die Probleme resultieren aus:

- der Angst vor zunehmender Krankheitsbelastung
- der veränderten Lebenssituation nach gravierenden operativen Eingriffen (Krankheitsverarbeitung)
- den sozialen Rückzugstendenzen
- den Konflikten in Partnerschaft und Familie
- den Problemen mit der Akzeptanz der Krankheit

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 auf emotionaler, kognitiver, verhaltesbezogener Ebene.

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
- 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

Ergebnisse der Statuserhebung 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.

12. Sozialberatung und Hilfestellung

Soziale Beeinträchtigungen sind umso größer, je stärker und chronifizierter die Beschwerden und damit die funktionellen Einschränkungen des Betroffenen sind. Chronische Wirbelsäulenschmerzen sind Ursache für ständige Schonung und Vorsichtsmaßnahmen. Hieraus resultiert eine Einschränkung der Beweglichkeit maßgeblich bei Sport, handwerklichen Arbeiten, aber auch bei nachbarschaftlicher Hilfe oder Hilfestellung im Familienverbund.

Alltäglich Verrichtungen verbrauchen mehr Zeit und Mühe weil sie meist langsamer oder in veränderter Form durchgeführt werden müssen. Durch die unberechenbare Schmerzhaftigkeit sind zuverlässige Planungen erschwert.

Bei arthrotischen Beschwerden ist die Gehstrecke verkürzt, An- und Auskleiden, die Körperpflege und andere zum Alltag gehörende Aktivitäten sind eingeschränkt wie das Putzen, das Heben und Tragen bei Einkäufen, die Benutzung des PKWs oder auch das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (längere Busfahrten, Schwierigkeiten beim Einsteigen).

Die chronischen Beschwerden und Einschränkungen wirken sich aber auch auf die soziale Integration aus: Unverständnis des Partners, Notwendigkeit ständiger Rücksichtnahme, aber auch Zweifel der Umgebung an der Intensität der Schmerzen.

Die soziale Isolation durch Rückzug oder Probleme mit der Umgebung erfordert zusätzliche soziale Hilfestellung besonders in Form von Hilfen und Beratung bei der Reintegration in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und Beruf. Die Sozialberatung koordiniert Versorgungssysteme und verschafft Zugang zu unterstützenden, gesellschaftlichen, sozialen und materiellen Ressourcensystemen. Sie gibt Informationen und Hinweise oder vermittelt an zuständige Stellen.

13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

Bei berufstätigen Patienten soll die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess so früh wie möglich angestrebt werden, 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.

14. Qualitätssicherung

14.1 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.

14.2. 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