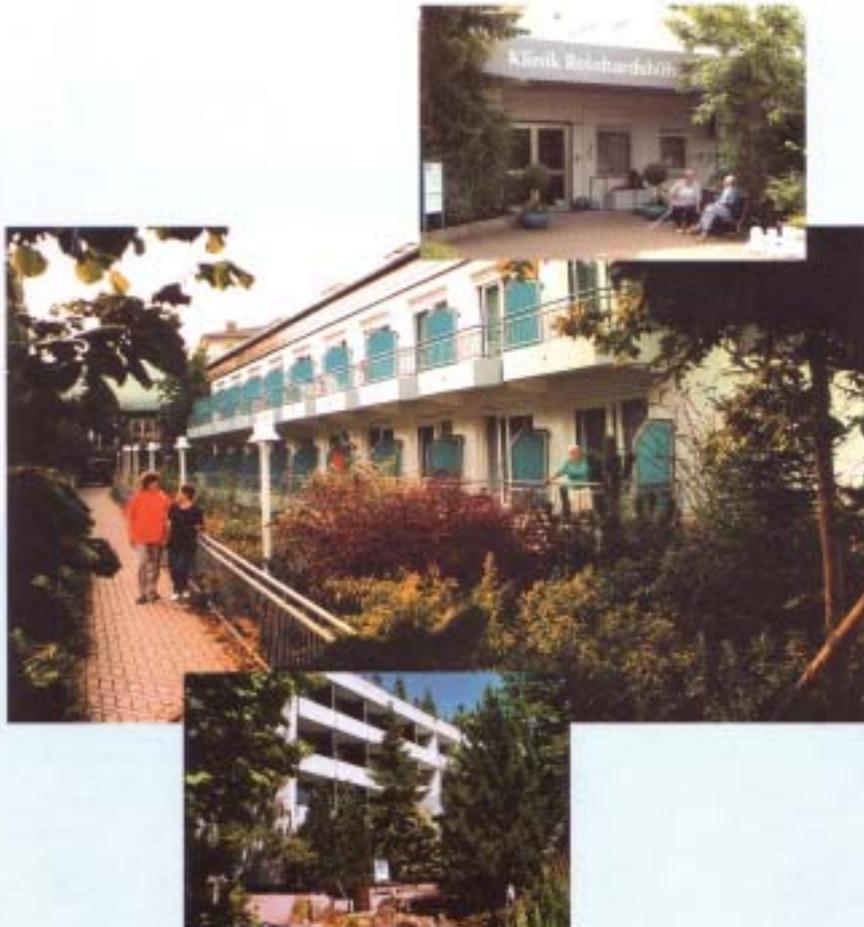


KLINIK REINHARDSHÖHE

Fachklinik für Medizinische Rehabilitation



... wir sind für Sie da!



Disease-Management-Programm

Rehabilitation von Patientinnen mit Mamma-Karzinom

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 53 01
E-Mail: info@klinik-reinhardshoehe.de
www.klinik-reinhardshoehe.de

Institutionskennzeichen: 510662784

Ein Haus der Dr. Ebel Fachkliniken



Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Gesichtspunkte

- 1.1 Rehabilitation im Disease-Management-Programm
- 1.2 Die stationäre Rehabilitation
- 1.3 Vernetzung der Rehabilitation im Disease-Management-Programm
- 1.4 Zugang zu rehabilitativen Leistungen

2. Das Krankheitsbild Mamma-Karzinom

3. Diagnostik

- 3.1 Vorbefunde
- 3.2 Rehabilitationsrelevante Diagnostik

4. Therapieziele

5. Medizinische Behandlung

- 5.1 Medizinische Basistherapie
- 5.2 Supportive Maßnahmen
- 5.3 Schmerztherapie
- 5.4 Therapie von Simultanerkrankungen
- 5.5 Ernährungsberatung
- 5.6 Ungeprüfte Therapiemaßnahmen

6. Physikalische Therapie

7. Ergotherapie

8. Spezielle therapeutische Maßnahmen (Beispiele)

- 8.1 Portoperatives bzw. postradiogenes Lymphödem
- 8.2 Schulter-Arm-Syndrom, porttherapeutische Schultersteife
- 8.3 Postradiogene Funktionsstörungen
- 8.4 chron. Schmerzsyndrome (portoperativ, metastatisch, haltungsbedingt)
- 8.5 Hormonausfallstörungen
- 8.6 Chronisches Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom (Fatigue)

9. Schulung und Information

- 9.1 Allgemeines Programm
- 9.2 Spezielle Vorträge und Schulungen

10. Klinische Psychologie und Psychotherapie

11. Soziale Beratung und Hilfestellung

12. Sozialmedizinische Beurteilung

13. Organisation

- 13.1 Dokumentation
- 13.2 Personalausstattung der Klinik
- 13.3 Qualitätssicherung
- 13.4 Beachtung wissenschaftlicher Standards

14. Zusammenfassung

Therapeutische Schwerpunkte der Klinik

1. Allgemeine Gesichtspunkte

1.1 Rehabilitation im Disease-Management-Programm

Nach § 10 des ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) hat jeder, der körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder dem eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache der Behinderung, ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist,

- um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern,
- um ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.

Im Sinne dieser Zielsetzung ist Rehabilitation eine dringend notwendige und nur interdisziplinär zu realisierende Aufgabe, die im Disease-Management-Programm fest verankert sein muss. Sie umfasst die Gesamtheit aller Maßnahmen, die erforderlich sind, dem kranken oder behinderten Menschen bestmögliche körperliche, seelische und soziale Bedingungen zu sichern und ihn zu befähigen, möglichst weitgehend und selbstbestimmt am Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilzunehmen.

Die Integration der Rehabilitation in ein Disease-Management-Programm erweist sich deshalb als eine wichtige Aufgabe, um Zielvorstellungen einer effektiveren medizinischen Versorgung von Patientinnen mit Mamma-Karzinom zu erreichen. Allerdings scheinen rehabilitative Maßnahmen bislang in den Programm-Entwürfen nicht konkretisiert worden zu sein.

1.2 Die stationäre Rehabilitation

Die Konzentration rehabilitativer Maßnahmen erweist sich wegen des Umfangs der zu bewältigenden Aufgaben nach abgeschlossener Primärtherapie in einem stationär durchgeführten Rehabilitationsverfahren am erfolgreichsten. Die örtlich und zeitlich enge Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) verspricht ein umfassendes, aber auch individuell angepasstes Vorgehen mit schneller Adaption der Maßnahmen an evtl. abweichende Zwischenergebnisse. Die stationäre Rehabilitation versteht sich hierbei als Bindeglied zwischen Primärbehandlung des Geschwulstleidens im Krankenhaus und die nachfolgende Betreuung durch den Hausarzt und somit als wesentlicher Bestandteil eines erfolgreichen Disease-Managements.

Neben der medizinisch-rehabilitativen Therapie bietet das Leistungsspektrum der Rehabilitationsklinik für die betroffenen Patientinnen umfangreiche Möglichkeiten bei Schulung und Information.

Schulungs- und Informationsprogramme dürften im Rahmen einer stationären Rehabilitation sicherlich am effektivsten durchzuführen sein, weil neben idealen strukturellen Voraussetzungen (personelle Ressourcen, Raumangebot usw.) eine zeitliche Konzentration und Strukturierung leichter möglich ist, als bei einem ambulanten Vorgehen.

Die vorliegende Dokumentation des Rehabilitationskonzeptes beschränkt sich auf rehabilitative Maßnahmen, die unmittelbar in Zusammenhang mit der Tumorerkrankung stehen. Nicht berücksichtigt werden Maßnahmen, die überwiegend im akutmedizinischen Bereich liegen (z. B. Chemotherapie), pflegerische Maßnahmen, die über die Rehabilitation hinausgehen (besondere Pflegebedürftigkeit, geriatrische Maßnahmen) und Therapieformen, die sich auf Simultankrankheiten beziehen. Selbstverständlich wird jede notwendige Therapie – auch diese angesprochenen Maßnahmen – bei Bedarf durchgeführt, ihre Erwähnung unterbleibt lediglich bei der Aufstellung des speziell rehabilitationsbezogenen Konzeptes.

1.3 Vernetzung der Rehabilitation im Disease-Management-Programm (siehe auch Ablaufdiagramm)

Die Patientin (**A**) wendet sich mit der Bitte um eine Vorsorgeuntersuchung bzw. um Abklärung eines verdächtigen Befundes an den Hausarzt oder direkt an den Gynäkologen (**B**). Dieser veranlasst über bildgebende Verfahren eine weitere Diagnostik (**C**) (Mammographie, Sonographie, CT, MMR) und eventuell eine histomorphologische Sicherung der Diagnose nach Biopsie. **C** überweist die Patientin an **B** zurück oder überweist sie an die weiterbetreuende Institution (Krankenhaus), die zumeist die operative Intervention durchführt (**D**) entweder allein oder interdisziplinär (z.B. mit Zytostatika-Therapie oder Radiatio). Die Weiterbehandlung erfolgt entweder in der Klinikambulanz (**E**) oder beim niedergelassenen Onkologen (**B**).

D bzw. **B** werden oder können die Patientin bei medizinischer Notwendigkeit in eine stationäre oder ambulante Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation überweisen (**F** und **G**), möglicherweise im Paliativ-Fall auch in das Hospiz (**H**). Selbstverständlich kann auch **B** eine Massnahme bei **F** oder **G** veranlassen. Nach der stationären oder ambulanten onkologischen Rehabilitation geht die Patientin entweder wieder zurück zu **B** oder bei erneuter Interventionsbedürftigkeit zu **D**.

1.4 Zugang zu rehabilitativen Leistungen (siehe auch Ablaufdiagramm)

Als mangelhaft wird immer wieder die Situation beklagt, dass die erforderlich werdenden Rehabilitationsmaßnahmen häufig nicht zum richtigen Zeitpunkt und nicht in der richtigen Form (stationär bzw. ambulant) durchgeführt werden. Vorzuschlagen ist, dass bereits im Krankenhaus (**D**) vor Durchführung der Rehabilitation der individuelle Rehabilitationsbedarf und die individuelle Rehabilitationsfähigkeit und –bereitschaft geklärt wird. Die Entscheidung über eine Anschlussheilbehandlung und/oder über die Form der Rehabilitationsmaßnahmen (stationär/ambulant) sollte möglichst unter Einschluss eines Rehabilitationsarztes (aus **F** oder **G**) interdisziplinär getroffen werden.

Die Rehabilitation kann bei Bedarf auch gleichzeitig mit einer zytostatischen Therapie stattfinden.

Eine ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann auch direkt durch den Hausarzt (**B**) oder die Sozialversicherung veranlasst werden.

2. Das Krankheitsbild Mamma-Karzinom

Die Inzidenz des Mamma-Karzinoms zeigt weiterhin eine steigende Entwicklung. Letztere dürfte sich in den nächsten Jahren auch noch fortsetzen. Durch die höhere Inzidenz und Prävalenz, aber auch infolge der veränderten Therapiestrategien und Operationstechniken haben sich Rehabilitationsverlauf, -bedürftigkeit und –aufwand deutlich vermehrt. Zwar hat sich durch die Möglichkeit einer brusterhaltenden Operation bei einem Teil der Betroffenen das Risiko chirurgisch bedingter Nebenwirkungen vermindert. Aufgrund der aber häufiger eingesetzten adjuvanten und additiven Strahlen-, Zytostatika- und Hormontherapie ist mit einem veränderten, aber nicht weniger notwendigen Rehabilitationsbedarf zu rechnen.

Adjuvante und additive Therapien werden teils in remissionserhaltender, teils in prophylaktischer Absicht – letzteres im Sinne der tertiären Prävention – eingesetzt. Da sie sich über mehrere Monate oder Jahre erstrecken, ist nicht selten ihre Fortsetzung in der Rehabilitation notwendig.

Mehr als andere Tumorkranke bedarf die Mamma-Karzinom-Patientin einer psychischen Zuwendung. Ihre Belastung erstreckt sich neben der verständlichen Angst vor der möglichen Progredienz des Leidens auch auf das eigene Körperbild, die Attraktivität als Frau und auf die Sexualität. Die Rehabilitation von Patientinnen mit bzw. nach Mamma-Karzinom ist ein Beispiel dafür, dass die Behinderung sich nicht allein als eine Funktionsstörung (Disability) als Folge eines körperlichen Schadens (Impairment) darstellt, sondern sich auch auf psychische und soziale Beeinträchtigungen (Handicap), wie persönliche, familiäre und gesellschaftliche Folgen erstreckt.

Mehr als die Hälfte der Patientinnen mit Mamma-Karzinom leidet nach neuen Angaben am sog. Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom (Fatigue-Syndrom). Im Sinne eines ganzheitlichen Therapieansatzes kann im Zusammenspiel mit bedarfsangepassten therapeutischen Maßnahmen eine Verminderung oder gar Beseitigung des Beschwerdebildes erreicht werden.

Mögliche rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen bzw. Behinderungen:

1. Direkte Operationsfolgen:

- Wundheilungsstörungen
- Brustwand- bzw. Axillalymphektomie

2. Arm- bzw. Brustwandlymphödem

3. Postradiogene Läsionen

- Radioderm
- Postradiogene Lungenfunktionsstörungen (Pneumonitis)

4. Störungen nach zytostatischer Therapie (z.B. Hämatopoese, Alopezie)

5. Posttherapeutische Schmerzsyndrome

- Phantomschmerz
- Plexusbedingte Schmerzen

6. Postoperative Schultersteife, Schulter-Arm-Syndrom

7. Evtl. therapiebedingte Hormonausfallstörungen
8. Probleme mit der Brustprothese und Wäscheversorgung
9. Psychische Probleme
 - Krankheitsverarbeitung
 - Ursachenzuschreibung (Kausalattribution)
 - Aufklärungsstand (Vorurteile, Erfahrungen)
 - Annehmen eines veränderten Körperschemas
 - Angst, Depression
 - Zunehmende Krankheitsbelastung
10. Sexuelle bzw. partnerschaftliche Probleme
11. Soziale Anpassungsstörungen:
 - Sozialer Rückzug
 - Probleme bei der Integration in das soziale Umfeld
 - Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung
12. Fatigue-Syndrom
13. Fehlende Information zum Krankheitsbild und zu rekonstruktiven Maßnahmen.

3. Diagnostik

3.1. Vorbefunde

Die bei der Primär- oder Vorbehandlung erhobenen Untersuchungsbefunde müssen zu Beginn eines Rehabilitationsverfahrens ausführlich dokumentiert vorliegen und umfassen Angaben zu:

- Primärsitz der Geschwulst
- Befund der histomorphologischen Untersuchung
- Grad der anatomischen Tumorausbreitung (TNM-System)
- Operationsverfahren
- Form und Ergebnis der zytostatischen Therapie
- Form und Ergebnis der Strahlentherapie
- Angaben über zusätzliche therapeutische Maßnahmen

Umfang und Schweregrad der funktionellen Einschränkungen sowie der sozialen und psychischen Beeinträchtigungen müssen 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 gegebenenfalls auch Angaben über soziale Belastungsfaktoren, berufliche Situation, Probleme der beruflichen Reintegration sowie der psychischen Situation und der Krankheitsverarbeitung.

3.2 Rehabilitationsrelevante Diagnostik

Die rehabilitationsbezogene Diagnostik beschränkt sich auf das Erkennen von Funktionsdefiziten, von relevanten psychischen Belastungen und sozialen Beeinträchtigungen.

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

Diagnostische Maßnahmen im einzelnen:

1. Anamnese: Befindlichkeit, evtl. Funktionsausfälle, Schmerzen, psychische Belastungen, evtl. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, berufliche Belastungen bzw. Einschränkungen
2. Klinische Untersuchung: allgemeiner Status, Lymphknotenstatus, Operationsnarben, Oberarmumfänge, Funktionsdiagnostik des Schultergürtels (Neutral-Null-Methode)
3. Laboruntersuchungen: BSG, Blutbild, Differentialblutbild, cholestaseanzeigende Leberparameter, Elektrolyte, als Basisprogramm, evtl. Tumormarker
4. Bildgebende Verfahren: abdominelle Sonographie, u. U. Mammasonographie
5. Psychologische Testverfahren (z.B. HADS)

4. Therapieziele

Die Definition des Therapieziels ergibt sich aus dem Rehabilitationsdefizit. Es muss beachtet werden, dass die Therapiezieldefinition neben einer verständlichen kurzfristigen Zielerreichung möglichst einen langfristigen Effekt anstrebt. Bei der Therapiezielfindung (Definition) wird die Anamnese (bzw. die Vorbefunde) und der aktuelle Untersuchungsbefund angemessen beachtet. Ferner sollten Erwartungen der Patientin, aber auch ihre individuellen Grenzen (Erreichbarkeit) berücksichtigt werden.

Der Behandlungsplan ist im Verlauf des Rehabilitationsverfahrens entsprechend den Ergebnissen der Verlaufsbeobachtung an die aktuelle Situation zu adaptieren.

Die Koordination aller therapeutischen Maßnahmen ist Aufgabe des Arztes: er ist in der Regel auch der zentrale Ansprechpartner der Patientin.

Somatische Therapieziele:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verminderung der Müdigkeit/Erschöpfung
- Linderung der Übelkeit/Appetitlosigkeit
- Verminderung des (Arm-) Lymphödems und der damit verbundenen Beschwerden
- Schmerzlinderung

- Verminderung von plexusbedingten Beschwerden
- Verminderung postchirurgischer Beschwerden (z.B. Narben, Fehlhaltungen)
- Linderung von Beschwerden seitens eines Radioderms
- Verminderung von Hormonausfallserscheinungen
- Optimierung der prothetischen Versorgung, Kompression, Wäsche
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Funktionsbezogene Therapieziele:

- Verbesserung bzw. Erhaltung einer optimalen Schulter-Arm-Funktion
- Linderung postradiogener Lungenfunktionsstörungen
- Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Haushaltsführung), Selbst-versorgung)
- Förderung sportlicher Aktivitäten
- Minderung der fatiguebedingten Symptome

Therapieziele im psychischen Bereich:

- Abbau von Ängsten
- Verminderung von depressiven Zuständen
- Erlernen von Strategien und Techniken der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Antriebssteigerung
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen
- Verminderung sexueller Probleme
- Verminderung von Schlafstörungen
- Verbesserung der Akzeptanz der ausgefallenen Körperfunktion
- Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven

Therapieziele im sozialen Bereich:

- Verbesserung der sozialen Integration
- Teilnahme am geselligen / kulturellen Leben
- Berufliche Integration bzw. Wiedereingliederung
- Information und Hilfen im sozial- und arbeitsrechtlichen Bereich
- Umgang mit dem Fatigue-Syndrom

Edukative Therapieziele:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erwerb von Kenntnissen zur Prophylaxe des Lymphödems
- Erlernen der Selbstbandagierung bei Lymphödem
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit der Prothetik
- Beherrschen von Strategien und Techniken zur Stressbewältigung

5. Medizinische Behandlung

5.1. Medizinische Behandlung

Die medizinische Basistherapie setzt die bereits bestehende medikamentöse Versorgung unverändert fort, Veränderungen werden nur 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.

5.2 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 Patientin 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.

5.3 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 (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.

5.4 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.

5.5 Ernährungsberatung

Die Ernährung erfolgt nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Berücksichtigung findet hierbei eine krankheitsbedingte Minder- bzw. Mangelernährung, hervorgerufen durch tumor- und therapiebedingte Maldigestion, Anorexie oder psychisch stark belastende Gewichtsprobleme infolge hormoneller Ausfälle. Auch bei fortgeschrittenem Geschwulstleiden kann eine gezielte Ernährungsberatung und –therapie zumindest für eine begrenzte Zeit die Verschlechterung des Ernährungszustandes verhindern und somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Paramedizinische Ernährungsformen (sogenannte Krebsdiäten) werden nicht propagiert. Für die Beratung werden Einzel- bzw. Gruppengespräche durch die Diätassistentin durchgeführt, bei Bedarf auch Lehrküchentraining.

5.6 Ungeprüfte Therapiemaßnahmen

Ungeprüfte, (sogenannte alternative) Behandlungsmethoden haben bei einem Teil onkologischer Patienten einen hohen Stellenwert. Die medizinische Rehabilitation ist jedoch verpflichtet „nach wissenschaftlich anerkannten Methoden zu arbeiten“ (SGB V, Paragr. 107 (1)2).

Bei der Verwendung von ungeprüften Verfahren ist zu unterscheiden zwischen dem Beginn einer derartigen Behandlung und der Fortsetzung einer bereits laufenden Behandlung dieser Art. Abzugrenzen hiervon sind ferner komplementärmedizinische Maßnahmen wie z. B. orthomolekulare Nahrungsergänzung oder die Fortsetzung einer begonnenen Misteltherapie. Letztere

können im Einzelfall aus psychologischen Gründen zweckmäßig sein und werden nach dem Gesichtspunkt der fehlenden schädlichen Wirkung und fehlender negativer Beeinflussung wissenschaftlich indizierter therapeutischer Methoden fortgesetzt. Die Einleitung einer Behandlung mit ungeprüften Verfahren verlangt jedoch größte Zurückhaltung und ist hauptsächlich unter palliativen Gesichtspunkten gerechtfertigt. Auch hierbei werden neben der psychischen Lage des Patienten mögliche Risiken und eventuell aufzuwendende Kosten berücksichtigt.

6. Physikalische Therapie

Der Aspekt einer körperlichen Schonung mag bei einem Teil der Patientinnen – 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 Gesundungsprozess fördern und zu können.

Therapieverfahren der Klinik:

- *Einzel- und Gruppengymnastik* (Indikations- und funktionsspezifisch den Indikationen angepasst)
Verschiedene WS-Programme, Atemgymnastik, Gefäßtraining, Kontraktur-behandlung, Entstauungsgymnastik, Beckenbodengymnastik, Gymnastik für hüftoperierte Frauen und andere
- *Hydro- und Balneotherapie*
Güsse, verschiedene Bäder, Wärmepackungen, lokale Kälteapplikationen
- *Elektrotherapie*
Gleichstrom, diadynamischer 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, diadynamisches Muskeltraining

Manuelle Lymphdrainage, komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)

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. Ergotherapie (Beschäftigungs- Kunst- und Gestaltungstherapie)

Bei berufsorientierten und arbeitsphysiologischen Therapieverfahren, aber auch bei angestrebten Funktionsverbesserungen des täglichen Lebens (ADL) ist der Bereich der Ergotherapie fest integriert.

Ziel ist der Erhalt bzw. die Verbesserung arbeits- bzw. berufbezogener Fähigkeiten, sowie die soziale Kompetenz im Alltagsleben, die Steigerung des Selbstwertgefühls und somit Förderung der Freude am Leben.

Mit motorisch-funktionellen und handwerklichen Verfahren werden der Patientin Möglichkeiten aufgezeigt, das Leben trotz Einschränkung qualitativ wertvoll gestalten zu können. Besondere Berücksichtigung findet hierbei die Behandlung des Lymphödems, des Schulter-Arm-Syndroms, der Sensorik der oberen Extremität, die Feinmotorik, aber auch psychische Begleiterscheinungen wie Angst und Depression.

Unter ganzheitlichen Aspekten wird ein individueller Befund unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte (Motorik, Sensorik, psychisch-emotionaler Status, neuropsychologische Fähigkeiten) und durch die unterschiedlichen Therapiemethoden und –medien ein Therapieplan erstellt, wobei Kontraindikationen zu berücksichtigen sind.

Die therapeutischen Möglichkeiten sind:

- Funktionstraining in Einzeltherapie (mit Erfassung von Arbeitszeiten, körperlicher Leistungsfähigkeit, Merkfähigkeit, Ausdauer, Motivation und Konzentration)
- Funktionstraining in der Gruppe
- Gelenkschutztraining
- Hilfsmittelberatung und –training
- Selbsthilfettraining (ADL)
- Hirnleistungstraining, Gedächtnistraining (bei onkologischen Patientinnen nach zytostatischer Therapie und Strahlenbehandlung von besonders hohem Stellenwert)

Auch psychologische Aspekte begleiten die Ergotherapie und werden von ihr genutzt. Im Rahmen der Kommunikation während der Therapie in Einzelgespräch oder in einer Gruppe können verschiedene Kommunikationsmodelle Anwendung finden, die der Patientin dabei helfen können, sozialen Rückzug aufgrund von Missverständnissen zu vermeiden, partnerschaftliche Probleme zu bewältigen oder der besseren Krankheitsverarbeitung dienen.

Neben den funktionellen Verfahren hat die Kunst- und Gestaltungstherapie eine besondere therapeutische Qualität in der Tumornachsorge. Kreative Techniken wie Seidenmalerei, Aquarellmalerei, Peddigrohr-, Speckstein- oder Papierarbeiten können ein neues Lebensgefühl vermitteln und tragen zur besseren Krankheitsverarbeitung bei. Interaktionelle Gruppenarbeiten fördern die Kontaktfähigkeit und wirken Vereinsamungstendenzen entgegen.

8. Spezielle therapeutische Maßnahmen

Spezielle therapeutische Maßnahmen sind gezielt auf definierte Krankheitsbilder, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Beschwerden ausgerichtet und individuell auf den Einzelfall abgestimmt, (nach einer radikalen Mastektomie mit axillärer Lymphonodektomie sowie zusätzlicher Strahlen- bzw. zytostatischer Therapie sind andere Rehabilitationsmaßnahmen notwendig als nach brusterhaltender Therapie - BET).

Die psychische Konstellation und der Grad der Krankheitsbewältigung sind in das Therapiekonzept zu integrieren.

Im Folgenden soll das Vorgehen bei den häufigsten Funktionsstörungen nach Therapie eines Mamma-Ca. dargestellt werden. Die Aufstellung kann wegen des Umfangs möglicher Behinderungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

8.1 Postoperatives bzw. postradiogenes Lymphödem

Therapieziel: Entstauung und Defibrosierung betroffener Körperpartien
Adäquates Verhalten im Alltag und Beruf

Maßnahmen:

- Hochlagerung (standardisiertes Keilkissen)
- Entstauung durch bedarfsadaptierte Lymphdrainage, Entstauungsgymnastik und Kompressionsbandage
- Erlernen von Bandagetechniken
- Konservierung des erreichten Zustandes (maßangefertigte Kompressionsstrümpfe)
- Hautpflege
- Therapieinformatik (schriftlich) für die Weiterbehandlung am Heimatort

Eine isoliert verordnete bzw. durchgeführte manuelle Lymphdrainage ist nicht zu empfehlen und häufig ohne Effekt. Ein optimaler Therapieerfolg ist nur in Kombination mit Kompressionsmaßnahmen, Bewegungstherapie und Hautpflege sowie Infektprophylaxe zu erwarten.

Wichtig ist die Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie die Information der Patientinnen über Symptome, prophylaktische Maßnahmen und Therapiemöglichkeiten in Form von Gruppengesprächen und Einzelgesprächen im Bedarfsfall. Hervorzuheben ist, dass therapeutische Maßnahmen ausschließlich von staatlich geprüften Lymphtherapeuten durchgeführt werden.

8.2 Schulter-Arm-Syndrom, posttherapeutische Schultersteife

Therapieziel: verbesserte, wenn möglich volle Beweglichkeit und Schmerzfreiheit des Schultergürtels, Beseitigung der muskulären Verspannungen

Therapeutisches Vorgehen:

- Krankengymnastik in der Gruppe oder Einzelgymnastik (aktive Dehnung der Muskulatur, statische Kräftigung, Haltungsschulung, Rückenschulung)
- Elektrotherapie (niederfrequenter/diodynamischer Reizstrom, Mittelfrequenzstrom, Interferenzstrom)
- Massagebehandlung (Ausnahme: Lymphödem!)
- Manuelle Therapie
- Entspannungstechniken (autogenes Training, PMR)
- Verhaltensschulung
- Therapeutische Lokalanästhesie (im Akutfall)
- Wärmebehandlung (Akutfall, Ausnahme: Lymphödem!)

8.3 Postradiogene Funktionsstörungen

Radioderm:

Vorgehen:

- Kühlungsbehandlung
- Angepasste Bewegungstherapie
- Dermatologisches Konsil, wenn notwendig

Postradiogene Lungenfunktionsstörungen:

Ziel: Erhaltung bzw. Verbesserung der Atemkapazität, Erleichterung der Atemarbeit, Abwehrsteigerung

Vorgehen:

- Atemtherapie (Korrektur falscher Atemtechnik, Atemführung, Atemwahrnehmung)
- Dehnlagerung (wenn erforderlich), Dehnübungen
- Inhalation (wenn erforderlich)

8.4 Chronische Schmerzsyndrome (postoperativ, metastatisch, haltungsbedingt)

Ziel: weitestgehende Schmerzfreiheit

Vorgehen:

- Medikamentöse Schmerztherapie (WHO-Stufenschema)
- Sonstige medikamentöse Therapie, z. B. Bisphosphonate bei Knochenmetastasen, Antidepressiva, wenn notwendig
- Krankengymnastik (Einzeltherapie)
- Elektrotherapie (niederfrequente/diodynamische Reizströme, Interferenzstrom)
- Manuelle Therapie
- Massagen (unter Berücksichtigung der Kontraindikationen)
- Psychische Betreuung in Einzeltherapie bzw. Schmerzgruppe

8.5 Hormonausfallstörungen

Ursache:

- Senkung des Östrogenspiegels bei hormonrezeptorpositivem Mamma-Ca. (Antiöstrogene, Aromatasehemmer, GnRH-Analoga)
- Polycytostase mit Ausfall der Ovarfunktion, Radiomenolyse etc.

Therapieziel:

- Verminderung der Hormonausfallsymptomatik (Hitzewallungen, Schlafstörungen etc.)

Vorgehen:

- Aufklärung, Wissensvermittlung in Gesprächskreisen und Vorträgen, Einzelgesprächen, individuell: medikamentös (symptomatisch), Substitution (wenn möglich), physikalische Therapie (z.B. Kneipp-Therapie), Entspannungstherapie (autogenes Training, PMR)

8.6 Chronisches Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom (Fatigue)

Ursache :

- multikausal, durch Tumorerkrankung und Tumorthherapie

Therapieziel:

- Beseitigung bzw. Verminderung der fatiguebedingten Symptome (wie z.B. Erschöpfung, Müdigkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsschwäche)

Vorgehen:

- Information und Beratung durch Einzelgespräche oder Gruppenangebote, insbesondere Vorträge, individuell: Aerobes Bewegungstraining, psychologische Betreuung, Konzentrations- und Gedächtnistraining
- Aktivitätstagebuch

9. Schulung und Information

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

9.1 Allgemeines Programm

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 Intensionen der hiesigen Klinik angepasst worden ist.

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 Sozialarbeiter beteiligt. Bewusst sind 6 Themenkreise gebildet worden, um bei einer 3-wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme alle notwendigen Informationsbereiche mit 2x in der Woche stattfindenden Veranstaltungen abzudecken.

Einzelne Module und ihre Themen:

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

Zusätzlich werden themenzentrierte Schulungs- und Informationsveranstaltungen angeboten, an denen sich Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Kranken-schwestern beteiligen.

9.2 spezielle Vorträge und Schulungen:

- Die Brustkrebskrankung
- Das Lymphödem
- Die Behandlung des Lymphödems
- Hormontherapie in und nach den Wechseljahren
- Stress und Stressbewältigung
- Schutzfaktoren – was hält uns gesund ?
- Schlafstörungen: Ursachen und Behandlung
- Erlernen der Selbstbandagierung bei Lymphödem
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit der Prothetik

10. Klinische Psychologie und Psychotherapie

Das Problem der Verarbeitung des Geschwulstleidens steht im Mittelpunkt bei der Definition 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:

- Angst vor zunehmender Krankheitsbelastung oder dem Tod
- Veränderter Lebenssituation nach gravierenden operativen Eingriffen (Krankheitsverarbeitung)
- Konditionierten Reaktionen im Rahmen der Primärtherapie (Überempfindlichkeiten, Schmerzsyndrome, Brechreiz)
- Sozialen Rückzugstendenzen
- Konflikten in Partnerschaft und Familie
- Problemen mit der Akzeptanz der Krankheit (verändertes Körperbild)
- Probleme mit fatiguebedingten Störungen

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

Indikationskriterien zur Kontaktaufnahme mit den Patientinnen sind:

- Eigenes Anliegen der Patientin
- 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
Kreberkrankung
- 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 der Patientin
- Grad der Informiertheit, subjektives Krankheitsverständnis
- Bisherige Krankheitsverarbeitung (Reaktionen und Prozesse auf emotionaler und kognitiver Ebene (z.B. Angst, Depression, Attributionen, Selbstwertkörperbild)
- Bevorzugte problemlöse- und Krisenbewältigungsstrategien
- 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 der Patientin (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 Patientinnen 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 Nachsorge-maßnahmen

Weitere Angebote im Rahmen des psychologischen Gesundheitsangebotes:

- a) Gruppenentspannungstraining, progressive Muskelentspannung
- b) Offene psychologische Sprechstunde
- c) Themenzentrierte Gesprächsgruppe für Krebspatienten zum Themenkreis „Lebensveränderung nach und mit Krebs“
- d) Beteiligung am Schulungs- und Informationsprogramm (siehe Pkt. 8)
- e) Bei Bedarf: Angehörigengespräche zur Unterstützung bei der Klärung krankheitsbedingter Konflikte bzw. Krisen in Partnerschaft und/oder Familie
- f) Bei Bedarf: Kriseninterventionen bei Patientinnen in außerordentlichen Belastungssituationen mit Dekompensationsgefahr während der Rehabilitation mit dem Ziel emotionaler Stabilisierung und möglicher Einstimmung auf psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung oder psychiatrische Behandlung.

11. Soziale Beratung und Hilfestellung

Die soziale Isolation durch Rückzug, Partnerprobleme und Depression erfordern zusätzliche soziale Hilfestellungen über den üblichen Standard hinaus, besonders in Form von Hilfen und Beratung bei der Reintegration in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und Beruf.

Häufigste Beratungsinhalte sind (Beispiele):

- Information über sozialrechtliche Möglichkeiten
- Praktische Hilfe im Umgang mit Behörden (Antragstellung für Schwerbehindertenausweise)
- Beratung zum Schwerbehindertenrecht (Kündigungsschutz, steuerliche Vergünstigung)
- Fragen zur Sozialversicherung (Krankenkassenleistung, Krankengeld, Rentengeld, Leistung der Arbeitsverwaltung)
- Pflege- und Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe)

12. Sozialmedizinische Beurteilung

In der Rehabilitation nach Mamma-Ca. hat der berufsbezogene Anteil häufig nicht ganz den zentralen Stellenwert wie bei anderen Indikationsgebieten der Rehabilitation, da ein Teil der Patientinnen wegen des höheren Alters nicht mehr im Erwerbsleben steht. Gleichwohl wird bei berufstätigen Patientinnen 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 Grundlage für eine hierfür erforderliche sozialmedizinische Stellungnahme unterscheidet sich nicht von denen anderer Indikationen der medizinischen Rehabilitation.

Berufliche Einschränkungen können auftreten bei Patientinnen mit Lymphödem, aber auch bei lymphödemgefährdeten Patientinnen bei bestimmten beruflichen Tätigkeiten, die allerdings nicht mit einer globalen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit gleichgesetzt werden dürfen. Eine adjuvante hormonelle Therapie beeinträchtigt in der Regel die berufliche Leistungsfähigkeit nicht oder nur unwesentlich. Bei einer adjuvanten zytostatischen Polychemotherapie wird hingegen überwiegend von einer erheblichen Einschränkung ausgegangen, die auch noch mehrere Monate nach Beendigung anhalten kann. Die Beurteilung erfolgt individuell und in Abhängigkeit von den jeweiligen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und – besonders wichtig – von der Arbeitsplatzbeschaffenheit.

Im Rahmen der Ergotherapie werden Arbeitsbelastungszeiten erfasst und bei der Beobachtung von simulierten Arbeitsabläufen ergeben sich Hinweise auf Leistung, Ausdauer, Merkfähigkeit und Konzentration. Vorschläge über Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsplanung, rückengerechtes Arbeiten am PC sowie möglicherweise die Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes unter Einbeziehen von Arbeitshilfen oder Hilfsmitteln werden in die Beurteilung integriert.

Berufsfördernde Maßnahmen jeglicher Art können mit einem regional tätigen Rehaberater bzw. einem Rehaberater des hiesigen Arbeitsamtes besprochen und gegebenenfalls bereits eingeleitet werden.

13. Organisation

13.1 Dokumentation

Grundlage der Dokumentation ist der „Einheitliche Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherungen“ (2. Auflage, 2001).

Sie umfasst:

- Tumordiagnose: Erstdiagnose, Stadium, Histologie, Therapiemaßnahmen
- derzeitige funktionelle Einschränkungen, aktuelle Beschwerden
- gegenwärtige Therapie
- allgemeine Sozialanamnese
- Arbeits- und Berufsanamnese
- Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende rehabilitationsbezogene Diagnostik
- Rehabilitationsziele
- Rehabilitationsverlauf
- Rehabilitationsergebnis
- sozialmedizinische Epikrise
- Beurteilung des körperlichen und psychischen Leistungsbildes
- Umfang der möglichen Integration in das tägliche Leben unter Erwerbsbedingungen

Verteiler:

Die Dokumentation der Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des Disease-Management-Programms erhalten die jeweiligen Kooperationspartner:

- Hausarzt
- Krankenkasse
- Kassenärztliche Vereinigung
- Register der Klinik

Der Versand der Dokumentation erfolgt unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

13.2 Personalausstattung der Klinik

Eine fachgerechte Versorgung und Behandlung der Patientinnen unter Einschluss der Vorgaben des Disease-Management-Programmes ist gewährleistet durch das berufliche Leistungsspektrum der Klinik:

- Innere Medizin einschließlich Teilgebietsbezeichnung Hämatologie und interne Onkologie
- Gynäkologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Sozialmedizin
- Klinische Psychologie
- Sozialpädagogik
- Ergotherapie
- Lymphtherapie
- Physiotherapie
- Ernährungswissenschaft

13.3 Qualitätssicherung

a) *Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung*

Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger zielt auf die Qualitätssicherung und – verbesserung innerhalb der medizinischen Rehabilitation und umfasst insgesamt fünf Programmpunkte:

- Klinikkonzept: Kontrolle und Vergleich der Indikationen, der Behandlungsziele sowie der diagnostischen therapeutischen Leistungen
- Patiententherapiepläne: Über definierte Patientengruppen ist die Art und der Umfang sowie die zeitliche Abfolge der Rehabilitationsleistungen sowie die Behandlungsziele in Form von indikationsbezogenen Therapieplänen zu dokumentieren.
- Qualitäts-Screening: Mit Dokumentation und Kontrolle der Therapie sowie des angestrebten und erreichten Therapieergebnisses in Form von Stichproben (Vergleich von Entlassungsberichten und Therapieplänen)
- Patientenbefragungen: stichprobenartige schriftliche Befragungen von Rehabilitanden mit Fragen zu den Ergebnissen der Rehabilitation und zur Patientenzufriedenheit
- Qualitätszirkel: Einrichtung von klinikinternen interdisziplinär angelegten Qualitätszirkeln

Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten neben den Auswertungsergebnissen der Stichproben zu den eigenen Rehabilitanden die Untersuchungsergebnisse aus strukturgleichen Kliniken, um Vergleich zu treffen.

b) *Messung und Dokumentation von Therapieergebnissen (klinikintern)*

Beispiele:

somatische Therapiezielebene:

- Reduktion des Lymphödems (Umfangmessung)
- Schmerzreduktion (Schmerztagebuch, NRS)
- Minderung der Fatigue-Symptomatik (ADL)

funktionale Zielebene:

- Optimierung der Beweglichkeit im Schultergürtel (Neutral-O-Methode)
- Verbesserung der Ventilation (Spirometrie)

psychische Zielebene:

- Optimierung der Krankheitsbewältigung (FKV)
- Wiedererlangung des Selbstvertrauens (FSKN)
- Minderung der Depression (HADS)

Soziale Zielebene:

- Festigung der sozialen Integration (NRS)
- Verbesserung der täglichen Verrichtungen/ATL (Barthel, FIM)
- Verbesserung der Arbeitsmotivation (AVEM, FABAB)

c) *Interne Patientenbefragung durch Fragebögen*

13.4 Beachtung wissenschaftlicher Standards

Die Steuerung medizinischer Leistungen erfolgt auf dem Boden vorhandener Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und der an der Behandlung des Mamma-Karzinoms beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Derzeit ist eine S3-Leitlinie (Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Mamma-Karzinoms) der deutschen Krebsgesellschaft noch nicht verabschiedet. Spezielle Standards bezüglich der Rehabilitation des Mamma-Karzinoms sind noch nicht vorhanden. Grundlage des Konzepts sind Leitlinien zu einzelnen Teilgebieten, u.a.:

- Prinzipien der onkologischen Rehabilitation, in: Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft, Zuckschwerdt-Verlag München-Bern-Wien-New York, 2002
- Diagnose und Therapie des Mamma-Karzinoms, in: Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (in Druck)
- Evidenz-basierte Empfehlungen zur Primärbehandlung von Mamma-Karzinomen, Konsens der AGO-Organ-Kommission 2001, Prävention und Rehabilitation, 14, 44-59, 2002
- Behandlung des Lymphödems, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 036/004
- Diagnostik und Therapie der Gliedmaßen-Lymphödeme, Leitlinien der Gesellschaft deutschsprachiger Lymphologen AWMF-Leitlinien-Register Nr. 058/001
- Standards und Qualitätskriterien in der onkologischen Rehabilitation (Hrsg. H. Delbrück, im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft), 1997
- Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation (DRV-Schriften Bd. 18), 2000
- Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1995
- Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Abschlußberichte, 1991
- Internes Qualitätssicherungsprogramm gemäß DIN EN ISO 9001/2000
- Greulich, Berchtold, Löffel (Hrsg.), Disease-Management (Hüthig Heidelberg), 2002

14. Zusammenfassung

Die Einbeziehung der Rehabilitation – bedarfsbezogen besonders in Form einer stationären Rehabilitationsmaßnahme – erscheint als wichtiger Baustein, um das Ziel einer optimalen Versorgung von Brustkrebspatientinnen zu erreichen.

- Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen ist eine Steigerung der Effizienz und eine Beschleunigung des Behandlungsablaufes möglich.
- Die erhöhte Flexibilität im Rahmen einer stationären Rehabilitation gewährleistet ein individuell angepasstes Vorgehen mit schneller Adaptation der Maßnahmen an eventuell abweichende Zwischenergebnisse
- Qualitätskontrollen und interdisziplinäre Vernetzung vermeiden Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung und gleichen wohnortsbedingte oder individuelle Versorgungsunterschiede aus

Die strukturelle und personelle Ausstattung der hiesigen Klinik in Verbindung mit dem kontrollierten Ablauf der therapeutischen Maßnahmen erfüllt die Voraussetzungen einer Vernetzung im Disease-Management-Programm. Im Rahmen der praktischen Arbeit haben sich Schwerpunkte in der klinischen Arbeit herausgebildet, die in Zukunft weiter ausgebaut werden.

Therapeutische Schwerpunkte der Klinik

- *Patientenschulung und –information :*

Angesichts der Tatsache, dass ein optimales Therapieergebnis nur durch ausreichende Patientenmitarbeit und bei kompetenter Selbstverantwortung zu erreichen ist, hat die Klinik ein umfangreiches Schulungs- und Informationsprogramm implementiert, an dem Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten und Diätassistenten beteiligt sind

(s. Punkt 8).

Die Teilnahme an den Informations- und Schulungsprogrammen wird den Patientinnen eindringlich nahegelegt und als wesentlicher Bestandteil der rehabilitativen Maßnahme dargestellt. Das Programm wird laufend erweitert und präzisiert, da nicht bestritten werden kann, dass gerade auf dem Gebiete der edukativen Maßnahmen die Rehabilitationsklinik einen wesentlichen Beitrag zu einer effektiven Versorgung der betroffenen Patientinnen leisten kann.

- *Psychologische Versorgung:*

Nach jüngsten Schätzungen ist davon auszugehen, dass selbst bei Patientinnen, die während ihrer Klinikbehandlung psycho-onkologische Unterstützung erfahren haben, während der ambulanten Nachsorgephase bis zu 14 % klinisch relevante und bis zu 27 % klinisch auffällige Symptome der Angst und Depression aufweisen (Weis, Koch 1998).

Nicht selten ist unter ambulanten Bedingungen der Zugang zu einer fachpsychologischen Versorgung aus persönlichen, strukturellen oder personellen Gründen beeinträchtigt.

Die Rehabilitationsklinik ist in der Lage, diesem Mangel abzuhelfen und ist auch befähigt, eine nicht selten vorhandene Hemmschwelle der Patientinnen bei der Inanspruchnahme zu beseitigen und somit eine Grundlage für eine eventuell notwendig werdende Weiterbehandlung am Heimatort zu legen.

- *Fatigue-Syndrom (Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom)*

Die Inzidenz einer Fatigue-Symptomatik wird nach neueren Untersuchungen besonders nach zytostatischer Therapie aber auch nach Bestrahlungen oder operationsbedingt langen Narkosen mit einer Häufigkeit von bis zu 60 % der Betroffenen veranschlagt (Glaus, A. 2000).

Individuell sind Form und Intensität der Symptome und Dauer der Beschwerden großen Schwankungen unterworfen. Wegen der großen Zahl der betroffenen Patientinnen, erscheint die Behandlung des Fatigue- Syndroms als wichtiger Aufgabenbereich. Da das facettenreiche Beschwerdebild sowohl kognitive, affektive aber auch physische Beeinträchtigungen umfasst, ist bei therapeutischen Maßnahmen eine enge interdisziplinäre Vernetzung dringend erforderlich, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Dieser Forderung wird Rechnung getragen, indem im Therapieprogramm sozialpädagogische, psychologische, medizinische und auch physiotherapeutische Elemente integriert sind.

- *Manuelle Lymphdrainage*

Die manuelle Entstauungstherapie bei Lymphödemen hat in der Klinik eine lange Tradition und wird unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes durchgeführt. Hierbei gelingt es der Klinik, Versorgungsunterschiede auszugleichen, die möglicherweise unter ambulanten Bedingungen entstanden sind.

Die Verbesserung der Versorgungsqualität bei konstanten bzw. verminderten Kosten ist das Ziel der Disease-Management-Programme. Die Integration des therapeutischen und edukativen Potentials der Rehabilitationsklinik in die Programmstruktur in Form stationärer Rehabilitationsmaßnahmen wird das Erreichen dieser Zielvorgaben wesentlich erleichtern.

Verantwortung und Koordination

Dr. med. Peter Kruck

Facharzt für Innere Medizin

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Sozialmedizin

- Ärztlicher Direktor -