

Inhaltsverzeichnis

1. Klinikstruktur	4
1.1. Träger und Standort	
1.2. Indikation	
1.3. Ärztliche Personalstruktur	
1.4. Belegungsdaten	
2. Allgemeines Konzept der Rehabilitation	7
3. Medizinisches Konzept	8
bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und/oder eingeschränkter respiratorischer Funktion Behandlung des Patienten mit COPD	
4. Indikationsübergreifende Rehabilitationsziele	12
5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation	14
6. Indikationsspezifische Funktionsstörungen	15
7. Diagnostik	16
7.1. Vorbefunde	
7.2. Diagnostisches Grundprogramm	
7.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik	
8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen bei Patienten mit Atemwegserkrankungen	18
8.1. Atemtechniken	
8.2. Therapieziele	
8.3. Psychotherapeutische Begleitmaßnahmen	
8.4. Physiotherapeutische Maßnahmen	

9. Allgemeine Behandlungskonzepte	26
9.1. Medizinische Behandlung	
9.1.1. Medizinische Basistherapie	
9.1.2. Allgemeine rehabilitative Maßnahmen	
9.1.3. Schmerztherapie	
9.1.4. Therapie von Simultanerkrankungen	
9.2. Pflegerische Betreuung	
9.3. Ernährungstherapie	
9.4. Physikalische Therapie	
9.5. Ergotherapie	
9.5.1. Therapeutische Aufgabenbereiche	
9.6. Besondere Therapieprogramme	
9.6.1. Aktives Gesundheitstraining	
9.6.2. „Aktiv Gesundheit fördern“	
9.6.3. Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom (Fatigue)	
10. Allgemeine Schulung und Information	38
10.1. Allgemeines Programm	
10.2. Spezielles Programm	
11. Klinische Psychologie und Psychotherapie	39
12. Sozialberatung und soziale Hilfestellung	42
13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung	43
14. Qualitätssicherung	44
14.1. Qualitätsmanagement	
14.2. Qualitätslenkung	

**15. Qualitätssicherung rehabilitativer Maßnahmen
bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und/oder
eingeschränkter respiratorischer Funktion**

46

- 15.1. Rehabilitationsbedarf
- 15.2. Rehabilitationsziel
- 15.3. Strukturqualität
- 15.4. Prozessqualität
- 15.5. Ergebnisqualität

1. Klinikstruktur

1.1 Träger und Standort

Die heutige Rehabilitationsklinik „Reinhardshöhe“ wurde 1960 von der Fam. Roth unter dem Namen „Waldsanatorium“ gegründet. Seit 2001 befindet sich das Haus in der Trägerschaft der Dr. Ebel und R. Klinge Fachkliniken Verwaltungs GmbH, welche bundesweit 8 Fachkliniken betreibt.

Standort der Fachklinik für Onkologie und Lymphologie ist das Bäderzentrum Bad Wildungen/Reinhardshausen. Im Waldecker Land, einer reizvollen Mittelgebirgslandschaft, liegt der Doppelkurort in einer Höhenlage zwischen 300 und 500 Meter über NN an den Ausläufern des rheinisch-westfälischen Schiefergebirges. Bewaldete Höhen mit ausgedehnten Laub- und Nadelwäldern, weite Felder und naturbelassene Wiesen bestimmen die Reizmilde des Klimas. Eine hohe Sonnenscheindauer und geringe Nebelbildung wirken sich positiv auf den Erholungssuchenden aus, der auch in der Abgeschiedenheit des ländlichen Ortes Ruhe und Erholung an über 20 mineral- und kohlendioxidhaltigen Quellen, mit denen das Heilbad werden und wachsen konnte, finden kann.

1.2 Indikation

- **Onkologische Erkrankungen** (bösartige Neubildungen und maligne Systemerkrankungen)
 - Kopf – Hals – Tumore
 - Tumore der Lunge:
 - Kleinzellige Bronchialkarzinome,
 - Nicht-kleinzellige Bronchialkarzinome,
 - Tumore des Gastrointestinaltraktes und des Mundbodens
 - Tumore der weiblichen Geschlechtsorgane einschließlich der Brust
 - Urologische Tumore
 - Maligne Systemerkrankungen (Lymphome)
- **Sämtliche nicht-onkologische, internistische Erkrankungen,** insbesondere **Erkrankungen der Atemwege**
- **Orthopädische Erkrankungen,** insbesondere nach **Gelenkersatz**

- **Psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen**
- **Krankheiten des Lymphgefäßsystems:**
 - Primäres Lymphödem,
 - Sekundäres Lymphödem,
 - Lymphödem durch Entzündung,
 - Lymphödem durch Filariasis,
 - Lymphödem durch maligne Erkrankung,
 - Lymphödem durch benigne Tumore,
 - Lymphödem durch iatrogene Schädigung,
 - Lymphödem durch artifizielle Schädigung,
 - Posttraumatisches Lymphödem,
 - Lipödem,
 - Phlebo-Lymphödem,
 - Dysplasie der Lymphgefäße,
 - Myxödem,
 - Lymphostatische Enteropathie.
- **Rehabilitation nach Nierentransplantation**
- **Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates**

1.3. Ärztliche Personalstruktur:

- **Fachärzte für:**
 - **Innere Medizin (Teilgebiet Hämatologie/Onkologie)**
 - **Physikalische und Rehabilitative Medizin**
 - **Gynäkologie**
 - **Orthopädie**
 - **Urologie**

Zusatzbezeichnungen:

- **Rehabilitationswesen**
- **Badearzt**
- **Sozialmedizin**
- **Naturheilverfahren**
- **Chirotherapie**
- **Akupunktur**

- **Medizinische Tumorthherapie**
- **Palliativmedizin**
- **Notfallmedizin**

- **Weitere Qualifikationen:**
 - **Zertifikat: Psychosoziale Onkologie**
 - **Zertifikat: Ernährungsbeauftragter Arzt**
 - **Zertifikat: Hygienebeauftragter Arzt**
 - **Zertifikat: Lymphologie**
 - **Qualitätsbeauftragter Arzt**

1.4. Belegungsdaten

180 Einzel- und Doppelzimmer

Belegungsträger für die Fachklinik Onkologie und Lymphologie :

- Deutsche Rentenversicherung Bund,
- Deutsche Rentenversicherung: Braunschweig-Hannover,
Hessen,
Nord,
- Deutsche Rentenversicherung KBS,
- Berufsgenossenschaften,
- Versorgungsamt Hessen,
- Alle gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen,
- 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 der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.

2. Allgemeines Konzept der Rehabilitation

Ziel einer onkologisch-pulmonologischen Rehabilitation, aber auch einer medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und/oder eingeschränkter respiratorischer Funktion, ist eine positive Beeinflussung von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Ätiologisch und epidemiologisch stehen Störungen der Atemfunktion mit verändertem Gasaustausch im Vordergrund. Die sich daraus ergebende Hypoxämie, die sich klinisch in einer Dyspnoe mit oft erheblicher Beeinträchtigung der Gesamtsituation äußert, ist der Ansatzpunkt des Rehabilitationskonzeptes. An dem Leiden des Patienten ausgerichtet, steht vorrangig die Hilfe zur Unterstützung und Verbesserung, um pulmonale Einschränkungen, Aktivitätsminderung des täglichen Lebens, Beeinträchtigungen im Berufsleben oder soziale Isolation zu verringern oder im günstigsten Fall ganz zu beheben.

Auch wenn ein onkologisch-pulmonales Grundleiden oder eine langjährige pulmonale Anamnese mit häufigen Exazerbationen sowohl die physische als auch psychische Unversehrtheit oftmals langfristig einschränken, soll der Betroffene durch die Rehabilitation in die Lage versetzt werden, nicht nur ein möglichst beschwerdefreies Leben zu führen, sondern, bei auftretender Atemnot auch Techniken zur Selbsthilfe beherrschen lernen. Die Motivation des Rehabilitanten zur aktiven Beteiligung an der Krankheitsbewältigung und zur Verbesserung seiner pulmonalen Situation sind Anleitung und Schulung das zentrale Anliegen, wobei alle medizinischen, psychosozialen und berufsbezogenen Interaktionen und Hilfsmöglichkeiten mit einbezogen werden. Sind doch gerade, bedingt durch die Störung des Gasaustausches und dem daraus resultierenden Lufthunger, Resignation, zunehmende Isolation und verminderter Selbstwert Charakteristika nicht nur der aus der Primärversorgung entlassenen Krebspatienten, sondern auch der Patienten, die unter chronischem Husten, Dyspnoe und rezidivierenden Entzündungen der oberen Luftwege leiden.

Trotz der Behinderung, sei es durch das organisch-pulmonale Leiden, die funktionelle Einschränkung oder die soziale Beeinträchtigung, soll der Betroffene über Wahlmöglichkeiten seiner weiteren Lebensgestaltung ein höchstmögliches Maß

an Lebensqualität erlangen. Die primäre Aufgabe der Nachsorgeklinik ist prospektiv orientiert, d. h., rehabilitative und präventive Gesichtspunkte sowie Eingliederungshilfen werden individuell nach dem Leiden ausgerichtet und für den Reha-Patienten erstellt. Der Rehabilitationsarzt, mit fachspezifischen pulmonologischen Kenntnissen, hat dabei eine koordinierende Funktion aller Beteiligten.

Nach Krebsoperationen oder stationärer Behandlung infolge Exazerbation einer pulmonalen Funktionsstörung werden durch die kurzen Verweildauern im Krankenhaus die Patienten immer früher einer Rehabilitationsbehandlung, d. h. einer Anschlussheilbehandlung zugeführt. Deshalb ist ein kompetenter Umgang mit postklinisch auftretenden Komplikationen von jeder Rehaklinik zu fordern. Darüber hinaus gewährleistet die Klinik Reinhardshöhe durch intensive Verzahnung einer interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher Fachbereiche eine effiziente Behandlung, nicht nur der multimorbiden Patienten sondern auch der Patienten, die mit Problemkeimen (MRSA) behaftet sind.

Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes einer stationären Rehabilitation ist bei onkologisch-pulmonologischen Erkrankungen die enge Anbindung an die Klinik der Primärversorgung, bei chronisch pulmonologischen Erkrankungen der enge Kontakt zu dem behandelnden Hausarzt und dem behandelnden Pulmonologen sowie zu den näheren Angehörigen, ggfs. auch zu einer ambulanten Atemtherapiegruppe am Heimatort.

3. Medizinische Rehabilitation bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und/oder eingeschränkter respiratorischer Funktion Behandlung des Patienten mit COPD

Die Ätiologie der Atemwegserkrankungen ist, wie nachfolgende Aufstellung zeigt, mannigfach, jedoch ist die eingeschränkte respiratorische Funktion wegweisend in der Behandlung.

- **Erkrankungen der Atemwege:**
 - Akute Tracheobronchitis,
 - COPD,
 - Asthma bronchiale,
 - Lungenemphysem,
 - Bronchiektasen.
- **Entzündliche Lungenparenchymerkrankungen**
 - Pneumonien,
 - Lungenabszess,
 - Tuberkulose.
- **Nicht-infektiöse Lungenparenchymerkrankungen,**
 - Sarkoidose,
 - Lungenfibrose,
 - Silikose,
 - Asbestose.
- **Benigne Tumore der Bronchien und Lunge,**
- **Maligne Tumore,**
 - Kleinzellige Bronchialkarzinome,
 - Nicht-kleinzellige Bronchialkarzinome,
- **Erkrankungen der Pleura,**
- **Erkrankungen des Mediastinums,**
- **Erkrankungen des Lungenkreislaufs,**
- **Thoraxwanderkrankungen.**

Als führendes Symptom fast aller pulmonaler Erkrankungen ist die Atemnot, oftmals begleitet von Husten, der ein wichtiger physiologischer Schutzreflex der Atemwege ist. Da er manchmal das einzige Symptom o. g. pulmonaler Erkrankungen ist, bringt eine Funktionsanalyse der Lunge die Erkenntnisse, die notwendig sind, um gezielt physiotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz zu bringen, die auch über Messwert-Normvergleiche kontrollierbar sind.

Die Funktionsanalyse der Lunge wird mit Methoden erfasst, die die einzelnen respiratorischen Vorgänge wie Ventilation, Gasaustausch, Zirkulation und Atemerregbarkeit quantitativ und qualitativ zu erfassen suchen und sind in

Kombination mit dem klinischen Befund und röntgenologischen Untersuchungen von diagnostischer Bedeutung, ohne dass ein allzu großer technischer Aufwand betrieben werden muss. Gerade für den Rehabilitationsarzt ist mittels der Funktionsanalysen eine sachgerechte Beurteilung über das Ausmaß der pulmonalen Erkrankung, der körperlichen Belastbarkeit und eines operativen Risikos möglich.

Funktionsanalyse:

- Kontrolle der Atemmechanik (obstruktive und restriktive Ventilationsstörung),
- Fluss-Volumen-Kurve (Einblick in den Zustand des Bronchialsystems),
- Brochospasmodyse-Test (Eigenschaften des Bronchialsystems).

Weitere optionale Untersuchungsmethoden:

- Provokationst (bronchiale Hyperreagibilität auf Reizstoffe),
- Endoskopische Diagnostik mit Lavage und Biopsie,
- Röntgen-Thorax,
- Body-Plethysmographie,
- Thorax-Szintigraphie,
- Blutgasanalyse,
- Allergietest,
- Erregernachweis.

Nach diagnostischer Klärung einer pathophysiologischen Störung der Ventilation, sei sie obstruktiver oder restriktiver Art, kann durch Erlernen nachfolgender Methoden eine Verbesserung der pulmonalen Situation erzielt werden:

- Atemgymnastik in Einzel- und Gruppenbehandlung,
- Erlernen von Dehntechniken,
- Verbesserung einer Abhusttechnik,
- Umgang mit dem Triball,
- Umgang mit dem Inhalationsgerät,
- Umgang mit dem Sauerstoffgerät,
- Für Angehörige Erlernen einer Klopftechnik.

Häufig ist z. B. bei einer akuten COPD-Exazerbation mit der Atemnot vermehrt Husten mit Zunahme von Menge und Viskosität des Sputums vergesellschaftet, die

zu einer Verschlechterung eines zunächst stabilen Zustandes führen und eine Änderung der Dauermedikation erforderlich machen.

COPD-Exazerbation:

- Kurzatmigkeit,
- Flache schnelle Atmung,
- Zunehmender Husten,
- Schonhaltung,
- Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
- Vermehrte Sputumproduktion,
- Sputumverfärbung.

Systemisch kann es neben erhöhter Körpertemperatur zu Tachykardie, Lippenzyanose, peripheren Ödemen und zunehmend zu einer Reduzierung der Leistungsfähigkeit kommen.

Es ist Aufgabe des Rehabilitationspulmonologen, das interdisziplinäre Rehabilitationsteam, zu dem neben den professionellen Helfern insbesondere der Patient selbst, aber auch seine Familie gehören, zu koordinieren, um so bei Rehabilitationseende das eingangs festgelegte Rehabilitationsziel zu erreichen.

Pulmonologische Rehabilitationsziele:

- Verbesserung der pulmonalen Leistungsfähigkeit,
- Reduzierung der Exazerbationen,
- Reduzierung der Infektanfälligkeit,
- Verbesserung der Lebensqualität,
- Integration in den sozio-kulturellen Bereich.

Nach dem Motto: **leichter atmen – besser bewegen** lässt sich die Effizienz einer stationären Nachsorge sowohl am psycho-physischen Befinden als auch an der sozialen und beruflichen Integration des Patienten nach einem Jahr bemessen.

4. Indikationsübergreifende Rehabilitationsziele

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist nicht nur die Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit sondern insbesondere auch die Rehabilitationsbereitschaft des Betroffenen. Haben doch, insbesondere bei krebserkrankten Patienten, Diagnosestellung und eingreifende therapeutischen Maßnahmen zu einem tiefen Einschnitt in die Existenz und den Lebenslauf der Betroffenen geführt. Neben dem operativen Eingriff, der zu einer Verzerrung seines Körperschemas führte, der individuellen pulmonalen Einschränkung und der sozialen Beeinträchtigung, bedingen Schmerzen, Erschöpfung, Ängste und Depression sowie auftretende Probleme bei der Krankheitsverarbeitung und Informationsdefizite, zumindest vorübergehend, eine Isolation, die psychosomatische, soziale und ökonomische Auswirkungen nach sich ziehen. Auch der Patient mit Atemwegserkrankungen und/oder eingeschränkter respiratorischer Funktion klagt neben der Dyspnoe über ähnliche Symptome, die letztendlich zu einer Beeinträchtigung im sozio-kulturellen Bereich führen.

Eine pulmonale Beeinträchtigung führt letztendlich zu:

- persönlichen Folgen mit Immobilität und Einschränkung der Unabhängigkeit,
- familiären Folgen bei wirtschaftlicher Belastung,
- gesellschaftlichen Folgen mit gestörter sozialer Eingliederung.

Unter Berücksichtigung mannigfacher Defizite sind nachfolgend Behandlungsziele aufgelistet.

Therapieziele im somatischen Bereich:

- Schmerzlinderung, sowie Erlernen des Umgangs mit der Schmerzpumpe,
- Verbesserung der Wundheilung,
- Verminderung postoperativer Beschwerden,
- Verbesserung der pulmonalen Beeinträchtigung durch physikalische Therapie:
 - o Verbesserung der Lungenfunktion,
 - o Verbesserung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks,
 - o Reduzierung der β_2 -Sympathomimetika,
 - o Reduzierung des Steroidbedarfs,

- Reduzierung der Exazerbationsfrequenz (<3/Jahr),
- Reduzierung der Infektanfälligkeit,
- Förderung der Aktivität im täglichen Leben.

Therapieziele im psychischen Bereich:

- Abbau von Angst,
- Beeinflussung einer depressiven Verstimmung,
- Beeinflussung des Nikotin- Suchtverhaltens,
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung des Schlafverhaltens,
- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen,
- Akzeptanz einer Heim- oder Hospizunterbringung,
- Erarbeiten von Bewältigungsstrategien bei Häufung der Exazerbationsfrequenz,
- Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven.

Therapieziele im sozialen Bereich

- Verbesserung der sozialen Integration,
- Teilnahme am gesellig - kulturellen Leben,
- Festigung der Integration in Familie und Partnerschaft,
- Berufliche Integration,
- Information über Hilfen im häuslichen, sozialen und arbeitsrechtlichen Bereich.

Edukative Therapieziele

- Beheben eines Informationsdefizites der Grunderkrankung,
- Erlernen von Strategien zur Stressbewältigung,
- Erwerb von Kenntnissen über ein krankheitsgerechtes Verhalten.

5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation

Die Qualität einer pulmonologischen Rehabilitationsmaßnahme orientiert sich daran, ob oder in welchem Umfang ein Therapieziel erreicht worden ist. Dies wird im Rahmen der Aufnahme nach Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sowohl seitens des Arztes als auch des Patienten formuliert und schriftlich festgelegt. Durch regelmäßige fortlaufende Kontrollen der Messwerte der ergriffenen Maßnahmen werden konkrete Aussagen über die Umsetzung der eingangs festgelegten Ziele geschaffen. Dies erlaubt nicht nur Rückschlüsse über Verlauf und Qualität des bisherigen Vorgehens, sondern ermöglicht auch eine Überprüfung des zunächst gefassten Rehabilitationsziels, so dass jederzeit kurzfristig eine Neudefinition desselben möglich ist.

Zur Sicherung der Qualität bedarf es auch der Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten, welche nach den Vorgaben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger im Rahmen eines Qualitätssicherungsprogramms vorgegeben sind, wobei nach der Rehabilitationsmaßnahme stichpunktartig die Rehabilitanten zu funktions- und indikationsbezogenen Ergebnissen sowie nach der Patientenzufriedenheit befragt werden.

Einbezogen in die Therapieplanung werden neben der medizinischen Behandlung und psychologischen Betreuung:

- Physiotherapie,
- Lymphtherapie,
- Ergotherapie,
- Ernährungstherapie,
- Pflegepersonal,
- Sozialberater,
- Berufsberater,
- Schulung und Information,
- Familie und Partner.

Die angestrebte Lebensqualität wird in der pulmonologischen Rehabilitation erreicht, wenn durch die mannigfachen therapeutischen Maßnahmen nachfolgende Gegebenheiten erzielt werden:

- Rehabilitation vor häufig stationären Behandlungen,
- Rehabilitation vor Pflege,
- Rehabilitation vor Invalidität,
- Rehabilitation vor Rente,
- Rehabilitation vor Resignation und Depression.

Die wesentlichen Prozessmerkmale, das Therapieziel, die sozialmedizinische Stellungnahme sowie Vorschläge für eine Weiterbehandlung werden im Entlassungsbericht ausführlich dargestellt. Hierbei werden die Merkmale des Prozess-Screenings im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen des VDR (sog. Peer-Review-Verfahren) einbezogen.

6. Indikationsspezifische Funktionsstörungen

Die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit der Patienten mit Atemwegserkrankungen ergibt sich aus der Unfähigkeit des pulmonalen Systems, eine gleichzeitige optimale Oxygenisierung und CO₂ - Elimination des Blutes zu gewährleisten. Diese respiratorische Insuffizienz besteht häufig aus einer Kombination von unterschiedlichen Funktionsstörungen, wobei die Bestimmung des arteriellen Partialdrucks von Sauerstoff und Kohlendioxyd hilfreich ist.

Die eingeschränkte respiratorische Funktion äußert sich im Aspekt des Erkrankten, ist doch das subjektiv empfundene Kardinalsymptom, der Lufthunger, die Dyspnoe wegweisend. Die Beobachtung des Erkrankten, dessen Haltung, dessen Rhythmus, Tiefe und Frequenz der Atmung, sind Gesichtspunkte, die bei Verordnung pulmonal suffizienter Maßnahmen in Betracht gezogen werden müssen.

Für den praktischen Gebrauch in der Rehabilitation empfiehlt es sich, die respiratorische Insuffizienz zu untergliedern:

- Restriktive und obstruktive Ventilationsstörungen,

- Diffusionsstörungen als Folge einer veränderten Diffusionskapazität,
- Perfusionsstörungen als Folge einer veränderten Kapillardurchblutung,
- Verteilungsstörungen bei Ventilation, Diffusion und Perfusion,
- Störung der Atemtechnik.

Patienten mit sowohl benignen als auch malignen Atemwegserkrankungen klagen durch den oftmals über Jahrzehnte dauernden Leidensweg neben den Symptomen von Husten und Dyspnoe über zahlreiche Probleme sowohl in der Familie als auch im sozialen Umfeld, die mit einer Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls einhergehen und sie oftmals in die Isolation drängen:

- Direkte Operationsfolgen (Wundheilungsstörungen, Adhäsionsbeschwerden, Strikturen, Ulzerationen),
- Postradiogene Läsionen (Radioderm, Lymphödem),
- Störung nach zytostatischer Therapie,
- Dyspnoe mit Vernichtungsgefühl und Erstickungsangst,
- Husten mit Expektorat eines zähen Schleims,
- Brechreiz bei zähem Schleim,
- Kribbelhusten und Anhüsteln,
- Hämoptysen,
- Einschränkung der Kopf-, Hals-, Schulter-, Oberarmbeweglichkeit,
- Psychische und partnerschaftliche Probleme,
- Probleme im sozialen Umfeld.

7. Diagnostik

7.1. Vorbefunde

Die im Rahmen der Primär- oder Vorbehandlung erhobenen Untersuchungsbefunde sollten zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme ausführlich dokumentiert vorliegen und sollten nachfolgende Angaben aufweisen:

Angaben bei onkologisch-pulmonalen Erkrankungen:

- Art des Tumors
- Primärsitz der Geschwulst,

- Befund der Histologie,
- Anatomische Tumorausbreitung mit TNM-Klassifikation,
- Operationsverfahren,
- Angaben über Art und Häufigkeit der zytostatischen Therapie,
- Angaben über Intensität und Lokalisation der Strahlentherapie,
- Angaben über weitere therapeutische Maßnahmen.

Angaben bei Atemwegserkrankungen mit eingeschränkter respiratorischer Funktion:

- Dauer der pulmonalen Insuffizienz,
- Art der pulmonalen Insuffizienz,
- Häufigkeit einer Exazerbation,
- Infektanfälligkeit,
- Ansprechen auf Steroide,
- Alter bei Erstdiagnose,
- Nikotingenuss.

Umfang und Schweregrad der pulmonalen Einschränkungen sowie der sozialen Beeinträchtigung sollten im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme, d. h. über den Zugang zur Rehabilitation, geklärt sein. Neben Angaben über soziale Belastungsfaktoren, über die psychische Situation der Krankheitsentwicklung, sind weiterhin Angaben über berufliche und wirtschaftliche Situation von Nutzen. Fehlende, für die Rehabilitation notwendige Angaben, werden vom vorbehandelnden Krankenhaus, dem Hausarzt und der Familie erfragt.

7.2. Diagnostisches Grundprogramm

Die rehabilitationsbedingte Diagnostik bezieht sich auf die pulmonale Einschränkung und die draus resultierende psychosoziale Belastungssituation. Ziel ist, zunächst Art und Ausmaß des Funktionsdefizites festzustellen. Nach Anamnese und Stuserhebung sind die Aufstellung eines individuellen Therapieplans, die Definition des Rehabilitationszieles, die Verlaufskontrolle mit Ergebnisdokumentation und eine umfassende medizinische, ggfs. psycho-onkologische und psycho-soziale Beurteilung Voraussetzungen, nicht nur um einen optimalen Rehaverlauf zu erzielen,

sondern auch, um langfristig die Weichen für eine Verbesserung der pulmonale Situation zu stellen.

Aufnahme eines Patienten mit Atemwegserkrankung:

- Anamnese,
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchung,
- Spirometrie,
- EKG, ggfs. mit Belastung (Fahrradergometer, Stufentest, Laufband),
- Apparative Untersuchungsverfahren (optional),
 - o Röntgenuntersuchung.
 - o Sonographie,
- Psychologische Testverfahren (HADS-D),
- Konsiliarfachärztliche Mitbehandlung und Diagnostik.

7.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik

- Kardiologische Mitbehandlung bei kardial ausgelöster Dyspnoe.
- Allergologische Mitbehandlung zum Ausschluss exogener Noxen.
- Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung.

8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und/oder eingeschränkter respiratorischer Funktion Behandlung des Patienten mit COPD

Die Rehabilitation ist nicht nur auf die respiratorische Insuffizienz, sondern im Sinne einer Ganzheitsbehandlung, komplex auf alle Komorbiditäten ausgerichtet, wobei die aktive Mitarbeit des Patienten an erster Stelle steht.

Mitarbeit des Patienten:

- Aufmerksame Selbstbeobachtung von Husten- und Dyspnoeattacken,
- Erlernen des Umgangs mit dem Inhalator und Aerosolen,

- Erlernen des Umgangs mit dem Sauerstoffgerät,
- Erlernen eines Hustenmechanismus mittels dessen der Patient ohne instrumentelle Hilfe expektorieren kann,
- Beobachten des Expektorats,
- Erlernen einer speziellen Atemtechnik,
- Erlernen einer Klopfmassage,
- Erlernen spezieller Dehnübungen.

8.1. Atemtechnik

Das führende Symptom der Atemwegserkrankungen sind Dyspnoe und Husten. Hierdurch ist nicht nur die Kommunikationsmöglichkeit sondern auch die psychische, soziale und berufliche Integration äußerst erschwert, so dass der Patient durch sein Handicap in die Isolation und somit in ein Schattendasein gedrängt wird. Aus diesem Grund nimmt in unserer Klinik die Behandlung und Führung des Patienten mit eingeschränkter respiratorischer Insuffizienz einen großen Stellenwert ein, wünscht sich der Hilfesuchende doch eine schnelle Reintegration in den soziokulturellen Bereich.

Im Aufnahmegespräch werden zunächst Art, Ausmaß und Häufigkeit der Dyspnoe erörtert sowie Komorbiditäten geklärt. Bei Befragung zur Nikotinsucht bedarf es des Feingefühls und der Empathie. Das Verstehen der kausalen Zusammenhänge, insbesondere der Nikotinabhängigkeit und der resultierenden pulmonalen Funktionssörung, ist die wichtigste Voraussetzung einer aktiven Mitarbeit seitens des Patienten. So ist er in der Lage, aktiv die therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen und das eingeleitete Trainingsprogramm hinsichtlich Intensität und Qualität eigenständig optimal den Erfordernissen anzupassen und zu vertiefen.

8.2. Therapieziele.

Bei dem therapiebestimmenden Programm der eingeschränkten respiratorischen Funktion steht das Erlernen einer Atemtechnik im Vordergrund:

- Ruhe- und Gähnatmung,
- Stenoseatmung (cave Herzpatient),
- Sakkadierende Ein- und Ausatmung.

Therapieziele bei Patienten mit obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen.

- Unterstützung der gestörten bronchialen Reinigung,
- Hilfe bei erschwelter Ausatmung bei Belastung,
- Erhaltung von Thoraxbeweglichkeit und Zwerchfellkraft,
- Verbesserung der Ausdauerleistung,
- Erkennen spezifischer Reize, die eine Hyperreagibilität der Bronchialwand auslösen.

1. Eine Besserung der bronchialen Reinigung kann erzielt werden:

- Morgens Lagewechsel mit tiefer Ausatmung, Abhusten, dosierte Lippenbremse.
- Abhusten nach Frottierübungen mit dem Handtuch.
- Rumpfmobilisation mit Lenkung der Atembewegung über Handkontakt in den Bauch, nach vorne und zur Seite.
- Feuchte Wärme zur Förderung des Sekrettransportes.
- Lagerungsdrainage mit Hustenprovokation zur Schleimabgabe.
- Abhusten bei Ausdauerbelastung mit bewusst vertiefenden Atemzügen.
- Hustentechnik zur Dämpfung von unproduktivem Husten,
- Inhalationen mit Sekretolytika.

2. Eine Besserung der erschwerten Ausatmung durch Erschlaffung des Lungengewebes mit Instabilität der Atemwege kann erzielt werden:

- Entspannungsfähigkeit über Konzentration der Atmung in unterschiedliche Projektionsebenen schulen.
- Dosierte Lippenbremse bei Belastung anwenden.

3. Eine Besserung der Erhaltung der Thoraxbeweglichkeit und Zwerchfellkraft kann erzielt werden:

- Über Drehdehnlage kann durch Thoraxfixation das Zwerchfell verstärkt arbeiten.
- Atemübung in Bauchlage mit schnüffelnder Einatmung und aphonischer Ausatmung.
- Rumpfmobilisation über:

- Atemübung mit einem Tuch,
- Packegriff an lateralem Rippenrand und an der Bauchwand,
- Dosierte Weg-Leistungs Therapie.

4. Eine Besserung der Ausdauerleistung kann erzielt werden:

- Gehen, Traben, Radfahren mit Pausenintervallen unter Anwendung einer dosierten Lippenbremse bei Temposteigerung.
- Bei Belastungssteigerung individueller Wechsel von Tempo- und Pausenintervallen mit Pulskontrolle.

In der Klinik Reinhardshöhe erlernen die Patienten mit eingeschränkter obstruktiver und restriktiver Ventilationsstörung mannigfache Therapieoptionen, die sie zu Hause weitgehend in Eigeninitiative weiter betreiben können:

- Atemgymnastik,
- Klopfmassage,
- Drainagelagerung über einen Pezzi-Ball, alternativ auch über eine gerollte Wolledecke,
- Arbeiten mit einem Vibrax-Gerät zur Schleimlösung,
- Arbeiten mit dem Triball, alternativ Blubbern mit einem Strohhalm im gefüllten Wasserglas,
- Packegriffe zum Abziehen von Bauchdecke und Flanke,
- Dehnübungen der Interkostalräume,
- Zwerchfellgrifftechniken,
- Rippenmobilisationstechniken.

Das erklärte Ziel der Klinik liegt darin, dass der Patient, auch in der Kürze der Zeit der Rehabilitation durch strukturiertes Erlernen von Handlungsweisen und Techniken aktiv in die Umsetzung des eingangs definierten Rehabilitationsziels mit einbezogen wird. Dazu beitragen individuelle Beratung, mannigfache Vorträge, die Dyspnoe aber auch den Husten betreffend, Gespräche mit Gleichbetroffenen in der Gruppe, psychologische Hilfestellung, diätetische Maßnahmen und Sozialberatung.

8.2.1. Exazerbationsprophylaxe bei Patienten mit COPD

Die Bezeichnung COPD (chronic obstruktive pulmonary disease) steht für die klinisch koinzidente chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem. Die kardiale Komorbidität liegt hierbei um ein vierfaches höher als in der übrigen Bevölkerung. Als gemeinsamer Risikofaktor von COPD und auch der KHK ist das inhalative Zigarettenrauchen, so dass neben Verbesserung der kardio-pulmonalen Situation verhaltenstherapeutische Ansätze, d. h. Raucherentwöhnung, zum Tragen kommen müssen. Da die Exazerbationen ein weiterer Risikofaktor für die Mortalität von COPD-Patienten ist, sollte nicht nur eine frühzeitige medikamentöse Prophylaxe, sondern auch ein körperliches Training durchgeführt werden. Denn neigen doch gerade Patienten mit COPD verstärkt zur körperlichen Schonung. Die Folge ist eine Dekonditionierung von Herz, Kreislauf und Muskulatur, was erneut die Belastungsdyspnoe verschlimmert.

Exazerbationsprophylaxe:

- **Medikamentös**, Anticholinergika und β_2 Sympathomimetika inhalativ zur Bronchodilatation
- **Raucherentwöhnung**, der Verzicht auf Tabakrauch dürfte die effektivste und kostengünstigste Maßnahme zur Reduktion des COPD-Risikos sein.
Eine Nikotinersatztherapie kann neben einer engen psychologischen Führung im Raucherstopp-Programm empfohlen werden.
- **Primärprävention**, in jährlichem Abstand Influenzaimpfung bei chronisch Kranken und Älteren, in 6-jährlichem Abstand Pneumokokkenimpfung

Die im Krankenhaus zu behandelnden Patienten, die wegen einer Exazerbation bei COPD eingewiesen wurden, gehen mit einem enormen Kostenaufwand einher, was unbedingt vermieden werden sollte. Eine ambulant durchgeführte Prophylaxe und eine rehabilitative Behandlung führen nicht nur zu einer erheblichen Kosteneinsparung, sondern beeinflussen den Krankheitsverlauf im Hinblick auf Exazerbationshäufigkeit und Infektneigung positiv.

8.2.2. Medikation bei COPD-Patienten

Leitsymptom der akuten Exazerbation ist die zunehmende Dyspnoe, häufig einhergehend mit Husten, Zunahme und Verfärbung des Sputums, thorakaler Enge und gelegentlich auch Fieber. Da jedoch die im Krankenhaus behandelte COPD-Exazerbation enorme Kosten verursacht, sollten zunächst sowohl ambulant als auch im Rahmen einer Rehabilitation alle Therapieoptionen ausgeschöpft werden.

Medikamente der ersten Wahl sind inhalative Bronchodilatoren, insbesondere kurz wirksame Betamimetika, Anticholinergika und systemisch applizierte Glukokortikoide. In der stabilen Krankheitsphase wird zur Bronchodilatation die Therapie mit lang wirksamen β_2 Sympathomimetika fortgesetzt.

Therapie einer COPD-Exazerbation:

- Rasch wirksame β_2 Sympathomimetika,
 - o Fenoterol,
 - o Salbutamol,
 - o Terbutalin (auch s.c.)Im akuten Anfall 1-2 Hübe (bis max.4) im Abstand von 5-15 Min.,
Abstand zum erneuten Einsatz 3-4 Stunden,
max. Tagesdosis ist von dem Präparat abhängig.
- Lang wirksame β_2 Sympathomimetika,
 - o Formoterol,
 - o Salmeterol.Morgens und abends je eine Inhalation, 48 μ g/Tag oder
DA: 2x2 Inhalationen à 25 μ g,
Pulver: 2x1 Inhalation à 50 μ g.
- Glukokortikosteroide,
 - o Prednisoloni.v.: initial bis zu 125 μ g / 6h,
oral: 0,5-1 mg / kg KG / Tag.
- Methylxanthine,
 - o Theophyllinunvorbehandelt 4-5 mg/kg KG

vorbehandelt 2-2,5 mg/kg KG

1-3x/Tag

- Antibiotische Therapie bei purulentem Sputum
 - o Aminopenicillin
 - o Cephalosporin,
 - o Tetrazyklin.

Bei Therapieversagen kann auch Moxifloxacin, ein neueres Breitspektrum-fluorchinolon, eingesetzt werden.

8.3. Psychotherapeutische Begleitmaßnahmen

Vorrangiges Ziel aller psychosozialen Maßnahmen ist es, die Hilfesuchenden emotional zu stärken und zur Teilnahme an einem Nichtrauchertraining zu unterstützen, wobei die zu erlernenden Bewältigungsstrategien auf Gegenwart und Zukunft orientiert sind.

Ziele psychosozialer Betreuung während der Rehabilitation:

- Motivation zur Raucherentwöhnung,
 - o Fakten zum Rauchen,
 - o Rauchen als Abhängigkeit,
 - o Vorteile des Nichtrauchens,
 - o Rauchmuster,
 - o Fünf Schritte zum Nichtrauchen,
 - o Erfolgsoversicht stärken,
 - o Wirkstoffe zur Milderung der Entzugssymptomatik,
 - o Planung des Ausstiegs,
 - o Ein Leben nach dem Ausstieg,
 - o Die ersten Wochen ohne... .
- Akzeptanz der pulmonalen Beeinträchtigung,
- Stärkung aktiver Bewältigungsstrategien,
- Förderung der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung,
- Vermitteln eines psychosozialen Wohlbefindens,
- Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Förderung der Compliance.

Im psychologischen Erstgespräch werden das Anliegen des Patienten fokussiert und gemeinsam Zielvorstellungen erarbeitet. Das Gespräch hat einen vorwiegend beratenden Charakter und hat selten, auch in Folge der begrenzten Rehabilitationszeit, psychotherapeutische Ausrichtung, wobei die Übergänge sicherlich fließend sind. Zum praktischen Umgang mit konkreten Problemen kommen verschiedene Interventionen zum Einsatz:

- Rollenspiel,
- Entspannungstechniken,
- Imaginative Methoden,
- Erfahrungsaustausch in strukturierten Gruppengesprächen,
- Ggfs. auch Traumdeutung.

8.4. Physiotherapeutische Begleitmaßnahmen

Neben der o. g. Medikation ist die 2. tragende Säule der Behandlung der COPD – Patienten eine intensive Physiotherapie, wobei zunächst ein individuell abgestimmtes Trainingsprogramm mit dem Patienten erarbeitet wird. Zur Unterstützung der ärztlichen, psychoonkologischen und psychosozialen Hilfestellung kommen gezielte krankengymnastische und physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Diese zielen im wesentlichen auf:

- Verbesserung der Atmung,
- Lockerung und Dehnung der Interkostalmuskulatur,
- Drainageförderung,
- Aktivierung sensibler Fasern durch Reflexarbeit,
- Aktivierung spezieller Muskelgruppen,
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung der Ausdauer.

9. Allgemeine Behandlungskonzepte

9.1. Medizinische Behandlung

9.1.1. Medizinische Basistherapie

Da Fachärzte unterschiedlicher Ausrichtung in der Rehabilitationsklinik tätig sind, werden die im Rahmen einer Rehabilitation auftretenden Komplikationen im internen, urologischen, gynäkologischen und orthopädischen Bereich mitbehandelt, so dass meist eine Verlegung in das Krankenhaus vermieden werden kann.

In der medizinischen Basistherapie wird die bereits bestehende medikamentöse Versorgung fortgesetzt und nur, wenn nötig, modifiziert und im Entlassungsbrief dokumentiert.

9.1.2. Allgemeine rehabilitative Maßnahmen

Nach ausgedehnten Operationen, langer Bettlägerigkeit und Schwächezuständen werden langsam steigernde, an den Kräftezustand angepasst, aktivierende Therapieformen notwendig.

- Krankengymnastik,
- Gestuftes Ergometer- oder Laufbandtraining,
- Isokinetischer Muskelaufbau.

Diese aktivierenden Maßnahmen wirken sich sowohl positiv auf den körperlichen Zustand als auch auf das psychische Befinden aus. Weiterhin reduzieren die aktivierenden Maßnahmen eine mögliche Assoziation der Krankheit mit Schonung und Inaktivität, die Wegbereiter zur sozialen Isolation sind.

9.1.3. Schmerztherapie

Bei vielen Patienten mit respiratorischer Insuffizienz, sei sie restriktiver oder obstruktiver Art, haben sich im Laufe der Zeit durch die Schonhaltung sowohl im Thorax- als auch im WS-Bereich chronischen Schmerzen entwickelt. Bei unklarer

Vorstellung über die Fortschritte der modernen Schmerztherapie wird nicht selten die Überzeugung vertreten, dass durch eine konsequente Schmerztherapie die seelische Befindlichkeit erheblich eingeschränkt würde. Nach gezielter Diagnostik und einer gründlichen Schmerzanamnese sowie einem aufklärenden Gespräch mit dem Patienten und ggfs. auch mit seinen Angehörigen, lassen sich diese Missverständnisse in der Regel ausräumen. Es wird erkenntlich, dass eine adäquate kontinuierliche Schmerztherapie nicht nur über Schmerzlinderung oder -freiheit zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt, sondern parallel auch eine leichtere Integration in das soziale Umfeld bewirkt.

Die medikamentöse Schmerzbehandlung erfolgt grundsätzlich nach dem Stufenschema der WHO in Kombination mit physiotherapeutischen Anwendungen und psychologischer Intervention.

9.1.4. Therapie von Simultanerkrankungen

Neben der Rehabilitation des Patienten, der an einer Atemwegserkrankung mit respiratorischer Einschränkung leidet, werden Begleiterkrankungen auf internistischem, gynäkologischem, urologischem und orthopädischem Fachgebiet mitbehandelt. Eine enge konsiliarärztliche Mitbehandlung außerhalb der genannten Fachgebiete ist während der Rehabilitationszeit durch niedergelassene Fachkollegen am Ort gewährleistet.

9.2. Pflegerische Betreuung

Eine der wichtigsten rehabilitativen Aufgaben ist die pflegerische Betreuung. Hierfür stehen diverse Behandlungsräume und ein geschultes Personal zur Verfügung. Als primärer Ansprechpartner für die betroffenen Patienten ist die in der Rehabilitation tätige Krankenschwester. Über ihre berufstypische Fachkenntnis hinaus achtet sie besonders auf die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen der ihr anvertrauten Patienten, dies betrifft insbesondere die einzelverantwortliche pflegerisch tätige Nachtschwester.

Der mannigfache Kontakt der zuständigen Krankenschwester mit dem Patienten bei Blutdruckmessung und Medikamentenausgabe oder bei Bettlägerigkeit Versorgung im Zimmer, führen naturgemäß zu einer vertrauensvollen Beziehung, so dass gerade das Pflegepersonal über eingehende Kenntnis der Entwicklung des Rehabilitationsverlaufes verfügt. Nicht nur Änderungen im Gesundheitszustand, in der Stimmung oder im sozialen Verhalten des Patienten, sondern, oft erst nach Tagen, kommen gerade bei den Schwestern Probleme aus der Vorgeschichte und Partnerschaft zur Sprache und können als Grundlage für eine weitere therapeutische Strategie genutzt werden.

Das Pflegepersonal wird wegen seiner zentralen Aufgabe im Rehabilitationsverlauf bei allen Entscheidungs- und Planungsvorgängen mit einbezogen. In einer wöchentlich stattfindenden Konferenz, an der Ärzte, Pflegepersonal, Psychologe, Sozialarbeiterin und Diätassistentin teilnehmen, werden aus den einzelnen Abteilungen die Aspekte, einen Patienten betreffend, zusammengetragen und ermöglichen eine reibungslose Organisation und somit eine Optimierung eines Therapieablaufes.

9.3 Ernährungstherapie

Nach langer Bettlägerigkeit und körperlicher Schwäche sowie Hinfälligkeit ist es erforderlich, dass der Patient seine Ernährungsweise an die entsprechende Problematik und die Funktionsstörung anpasst. Die enge Führung einer einfühlsamen und geduldigen Diätassistentin bedingt eine erfolgreiche Behandlung von Untergewicht und Malnutrition und dient somit als weiterer Baustein zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Verbesserung der Lebensqualität.

Die intensive Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt, dem Ernährungsbeauftragten Arzt, dem Gastroenterologen und der Diätassistentin ermöglicht ein optimales Eingehen auf die individuellen Erfordernisse des Patienten.

Die Verpflegung der Klinik Reinhardshöhe basiert auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und den Diättempfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften. Die hier verabreichten Kostformen:

- Vollkost,
- Leichte Vollkost,
- Reduktionskost,
- Diabeteskost,
- Individuelle Sonderkostformen,

sind in einer Nährstoffrelation von ca. 15% Eiweiß, 30% Fett und 50% Kohlehydrate unter Berücksichtigung von Vitaminen und Elektrolyten zusammengesetzt und werden laufend in wöchentlichen Berechnungen überprüft. Dies betrifft insbesondere Kostformen mit speziellen Anforderungen an Konsistenz und Zusammensetzung (fettarm, kalorienreich, laktosefrei, eiweißarm, kaliumarm).

Grundlage einer jeden Ernährungsberatung sind die Beratungsstandards der DGE, die auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen. In Einzel- und Gruppengesprächen, sowie in Arztvorträgen werden eingehend Ernährungsprobleme angegangen. Das grundsätzliche Ziel ist es, dass der Patient während seines Heilverfahrens die Grundlagen einer für ihn angepassten, d.h. ausgewogenen Ernährung, erfährt. Dieses theoretische Wissen können er, ggfs. auch seine Begleitung, vor Ort in einer modern ausgerichteten Lehrküche unter Anleitung der Diätassistentin in die Praxis umsetzen. Nach Information und Motivation wird in Schulungsgesprächen mit dem Patienten trainiert, das in der Klinik erlernte Wissen weiterhin auch in seinem Alltag umzusetzen. Dies ist besonders wichtig, um einseitige paramedizinische Ernährungsweisen im weiteren auszuschließen

9.4. Physikalische Therapie

Der Aspekt einer körperlichen Schonung mag bei einem Teil der Patienten, speziell bei Anschlussheilbehandlungen nach umfangreichen Eingriffen aber auch nach längerer Hospitalisation, bei oberflächlicher Betrachtung zunächst als eine sinnvolle Therapie erscheinen. Jedoch gerade bei diesen Patienten ist das vorderste Ziel, das Therapiekonzept so zu gestalten, dass eine langsam steigende Aktivierung über Mobilisation zur Eigenversorgung führt.

Die Form der physikalischen Therapie, die Dosierung, die Frequenz sowie die Kombination mit anderen Therapieformen, hängt sowohl vom körperlichen Befund,

als auch von dem Ausmaß der pulmonalen Beeinträchtigung und der augenblicklichen kardio-pulmonalen Belastbarkeit des Patienten ab.

Die Indikationsstellung einer physikalischen Maßnahme erfolgt über einen Facharzt. Die Effizienz der therapeutischen Maßnahmen wird im weiteren von ihm über vergleichbare Messdaten kontrolliert und wenn notwendig korrigiert.

Bei der Planung und Durchführung von balneo-physikalischen Maßnahmen werden die Qualitätsmerkmale der „Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ zugrunde gelegt, welche die therapeutischen Parameter definieren:

- Therapieindikation,
- Therapieziel,
- Fachliche Qualifikation des therapeutischen Personals,
- Art der therapeutischen Maßnahme,
- Dauer und Frequenz der verabreichten Therapie.

Die Physiotherapie beschränkt sich nicht allein auf die Behandlung von Funktionsausfällen und –störungen, sondern zielt im gleichen Maße auch auf eine Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und auf eine Stärkung der noch verbliebenen Ressourcen. Die Vermittlung trainierender Therapieangebote hat das Ziel, den Patienten zu motivieren, auch nach dem Rehabilitationsverfahren zu Hause das Erlernte umzusetzen, um so aktiv in Eigenverantwortlichkeit seinen Gesundungsprozess weiter zu fördern.

Physiotherapie

- Einzel- und Gruppengymnastik,
 - o Verschiedene WS-Programme,
 - o Atemgymnastik,
 - o Gefäßgymnastik,
 - o Entstauungsgymnastik,
 - o Beckenbodengymnastik,
 - o Gymnastik zur Kontrakturlockerung.
- Hydro- und Balneotherapie ,
 - o Medizinische Bäder,

- Bäder mit der ortsgebundener Quelle,
- Güsse,
- Wärmepackungen,
- Lokale Kälteapplikation,
- Wassergymnastik.
- Elektrotherapie,
 - Gleichstrom,
 - Diodynamischer Strom,
 - Transcutane Elektrostimulation,
 - Frequenztherapie,
 - Hochfrequenzwärmetherapie,
 - Ultraschall.
- Inhalationen
- Massagen
 - Verschiedene Massageprogramme,
 - Unterwassermassage,
 - Manuelle Lymphdrainage,
 - Komplexe physikalische Entstauungstherapie.
- Sport- und Bewegungstherapie,
 - Ausdauertraining,
 - Koordinationstraining,
 - Ergometertraining mit EKG-Überwachung,
 - Isometrisches Muskeltraining.

9.5. Ergotherapie

Aufgabe der Ergotherapie ist es, bei Patienten, die neben der obstruktiven und restriktiven Ventilationsstörung auch psychisch oder kognitiv beeinträchtigt sind, eine Handlungskompetenz für das tägliche Leben und den Beruf zu entwickeln oder zu verbessern („Hilfe zur Selbsthilfe“). Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme nimmt vor allem im Bereich der berufs- und arbeitspsychologisch ausgerichteten Therapieverfahren die Ergotherapie einen zunehmenden Stellenwert ein.

Die hier erlernten Fähigkeiten der Patienten sind alltagsorientiert und übertragbar, so dass auch in Langzeitbetrachtung weitere Funktionsverbesserungen möglich sind.

Therapieziele:

- Verbesserung der Feinmotorik,
- Verbesserung von Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Konzentration,
- Verbesserung der physischen und psychischen Belastbarkeit,
- Entwicklung von Kreativität und Phantasie,
- Förderung von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit,
- Akzeptanz der eigenen Versehrtheit und der eigenen Grenzen,
- Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Förderung der Entscheidungsfähigkeit.

In Anlehnung an verschiedene Therapiemethoden wird, unter Berücksichtigung von Kontraindikationen, ein schriftlicher Therapieplan erstellt.

Mit unterschiedlichen Gesprächsführungsmethoden ist es möglich, die Selbstwahrnehmung des Patienten zu fördern, indem sie nicht nur ihre Empfindungen verstehen und äußern, sondern auch langfristig dieselben akzeptieren können. Im Gegensatz zu einer nondirektiven Gesprächsführung nach Rogers können im Gruppengeschehen über darstellende Spiele oftmals die Merkmale der Kommunikation und Interaktion schneller vermittelt werden. Hierdurch wird dem Patienten geholfen, einen sozialen Rückzug aufgrund von Missverständnissen zu vermeiden und partnerschaftliche Probleme zu bewältigen.

Neben den funktionellen Verfahren sind insbesondere die Kunst- und Gestaltungs-therapie von großer therapeutischer Bedeutung, da, neben der körperlichen und geistigen Komponente, die emotionale Führung mit wegbestimmend für den Hilfesuchenden ist.

Kreative Techniken wie Seidenmalerei, Malen, Arbeiten mit Peddigrohr, Ton und Speckstein, Papierarbeiten, Weben und Erstellen von Collagen können ein neues Lebensgefühl vermitteln, stärken Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl und tragen zur besseren Krankheitsverarbeitung bei. Dadurch, dass wieder Vertrauen in den eigenen Körper und die eigene Reaktion gewonnen wurde, fördert die interaktionelle

Gruppenarbeit die Kontaktfähigkeit und wirkt somit einer Vereinsamungstendenz entgegen.

9.5.1. Therapeutische Aufgabenbereiche

- **Funktionstraining in der Einzeltherapie oder in der Gruppe**

Im Rahmen einer berufsbezogenen Rehabilitation werden Arbeitsbelastung und Arbeitszeiten erfasst. So können bei der Beobachtung von simulierten Arbeitsabläufen Rückschlüsse auf quantitative und qualitative Leistung, Merkfähigkeit, Ausdauer und Konzentration gezogen werden.

- **Selbsthilfetraining (ADL)**

In Kenntnis der körperlichen, psychischen und kognitiven Gegebenheiten werden dem Betroffenen Defizite in der täglichen Lebensbewältigung kenntlich gemacht. Unter Berücksichtigung verschiedener Hilfsmittel und Arbeitsmaterialien kann dann, auch unter Mithilfe des Physiotherapeuten, Hilfe zur Verbesserung einer gestörten Funktion angeboten werden. Dies betrifft insbesondere den älteren, oft bereits multimorbiden Patienten mit einer Jahrzehnte andauernden Atemwegserkrankung mit zunehmender Einschränkung der pulmonalen Situation und der damit einhergehenden sozialen Isolation.

Bewältigungsstrategien:

- Toilettengang,
- Wasch- und Anziehtraining,
- Erlernen einer selbstständig erbrachten Körperhygiene,
- Essen und Trinken, ggfs. mit Hilfsmitteln,
- Zubereitung der Speisen,
- Haushaltsführung und –reinigung,
- Tätigkeiten im sozialen Umfeld,
- Pflege sozialer Kontakte,
- Teilnahme an kulturellen Ereignissen,
- Freizeitgestaltung,
- Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel,

- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- Vermittlung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes.

- **Hirnleistungstraining / Gedächtnistraining**

Das Therapieziel ist eine Verbesserung von Merkfähigkeit, Ausdauer und Konzentration, logischem Denken und kognitiver Belastbarkeit. Die zu verwendenden Medien beinhalten Denksportaufgaben, wie z. B. Gehirnjogging mit unterschiedlicher Aufgabenstellung, Mnemotechniken oder ein komputergestütztes kognitives Training.

9.6. Besondere Therapieprogramme

9.6.1. Aktives Gesundheitstraining

Das Aktive Gesundheitstraining ist ein auf pädagogischen Prinzipien basierendes Gruppentraining mit einem Konzept, durch welches Bewegung, Ausdauer und Entspannung miteinander verbunden werden. Der Hauptakzent liegt in der Prävention gesundheitlicher Risikofaktoren, die häufig in Zusammenhang mit Bewegungsmangel auftreten. Unter aktiver Einbindung des Patienten soll seine körperliche Leistungsfähigkeit durch eine gezielte und dosierte ausdauernde sportliche Aktivität kontinuierlich gesteigert werden. Nach der stationären Heilbehandlung sollte er dann in der Lage sein, ein für sich erstelltes Trainingsprogramm selbstständig und regelmäßig durchzuführen, d.h. dass er dann die erlernten präventiven Aktivitäten in Eigenverantwortung umsetzen kann.

Struktur:

- **Einführungsgespräch:**

Erläuterung des Zieles und des geplanten Ablaufes unter Berücksichtigung des individuellen Sicherheitsbereiches. In diesem Gespräch ist zunächst, vor dem Hintergrund sowohl der Tumorerkrankung als auch der eingeschränkten respiratorischen Funktion die vorrangige Aufgabe, dem Patienten die Angst vor körperlichen Aktivitäten zu nehmen. Seine Motivation zur aktiven Mitarbeit ist zu stärken, was auch durch das Führen eines Therapieprotokolls, in dem der Trainingsverlauf und die erbrachte Leistung dokumentiert werden, gefördert wird.

- **Vergleichender Ergometertest:**
Zur Messung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit wird eine altersabhängige stufenweise Belastungssteigerung vorgenommen.
- **Muskelfunktionstraining:**
Im Rahmen einer Aufwärmphase wird eine leichte Ganzkörperbewegung über ca. 10 Min. im Stand, mit Dehnung und Kräftigung der Muskelgruppen, die beim Ausdauertraining besonders beansprucht werden, ausgeführt.
- **Ausdauertraining:**
Hierzu gehören Ergometertraining, Walking und leichtes Jogging im Intervall bei ständiger Überprüfung der Pulsfrequenz, die 180 minus Lebensalter nicht überschreiten sollte. Die Dauer des Trainings ist vom Leistungsstand der Teilnehmer abhängig, sollte aber 45 Min. nicht überschreiten.
- **Entspannung:**
Im Anschluss an das Ausdauertraining findet die Erholungsphase im Schwimmbad statt. Der Teilnehmer lernt die subjektiven positiven Auswirkungen einer wohldosierten körperlichen Belastung kennen.
- **Abschließender Ergometertest:**
Das Ziel der dokumentierten Belastungssteigerung ist die Motivationsgrundlage, das während der Rehabilitation erlernte Trainingsprogramm, zu Hause möglichst lang weiter zu führen .
- **Abschlussgespräch:**
Besprechung des zunächst gewünschten und letztendlich erzielten Trainingsergebnis mit nochmaliger Motivation des Teilnehmers.

9.6.2. "Aktiv Gesundheit fördern"

Das Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation „Aktiv Gesundheit fördern“ ist an die Bedürfnisse und an die Struktur des onkologischen Patientenkollektivs angepasst. Hierbei wird das Ziel verfolgt, gesundheitsbezogene Risiko- und Verhaltensweisen zu reduzieren, die Kompetenz zur Krankheitsbewältigung zu verbessern und die Lebensqualität sowohl im familiären als auch im soziokulturellen Bereich zu verbessern.

Die Struktur des Programms ist in Form der empfohlenen Seminareinheiten aufgebaut:

- Seminareinheit: Schutzfaktoren, „Was hält uns gesund“?
- Seminareinheit: Essen und Trinken
- Seminareinheit: Bewegung und körperliches Training
- Seminareinheit: Stress und Stressbewältigung
- Seminareinheit: Alltagsdrogen, „Zwischen Genuss und Abhängigkeit“

9.6.3. Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue“)

Das Ermüdungssyndrom ist insbesondere bei onkologisch erkrankten Patienten in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt des diagnostischen und therapeutischen Interesses gerückt. Nach neuesten epidemiologischen Untersuchungen seien hiervon etwa 75% der onkologischen Patienten betroffen. Somit ist Fatigue neben Tumorschmerz, Kachexie, Übelkeit und psychischer Belastung als häufigste Begleiterscheinung einer Tumorerkrankung anzusehen.

Ein genauer Pathomechanismus ist nicht bekannt, sodass ein multifaktorieller Ursprung angenommen wird. Möglicherweise ist die lang anhaltende chronische Belastung der Tumorerkrankung der entscheidende Auslöser, aber auch Energieverbrauch der konsumierenden Erkrankung, langdauernde Narkosen, sowie die Folgen der Zytostase und Strahlentherapie, letztendlich auch serologische Veränderungen und Zytokinaktivitäten spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Pieper definiert „Fatigue“ bei Krebskranken als ein subjektives Gefühl ausgeprägter Müdigkeit, die sich auf den Körper, auf die Psyche und die geistigen Funktionen auch längerfristig auswirkt und durch Ruhe und Schlaf nahezu nicht behoben werden kann.

Erscheinungsbild im einzelnen:

- psychisch: Verminderte Leistungsfähigkeit,
Schwäche, Kraftlosigkeit,
Vermehrtes Ruhe- und Schlafbedürfnis,
Gestörtes Schlafmuster,

- affektiv: Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung.
Energie- und Antriebslosigkeit,
Interessenlosigkeit,
Motivationsmangel,
Angst und depressiver Rückzug,
überschießende Emotionen und Reizbarkeit.
- kognitiv: Konzentrationsstörung,
Vergesslichkeit.

Da das vorangehende Erscheinungsbild gerade auch bei Patienten mit chronisch obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen und der daraus resultierenden oft Jahrzehnte andauernden psychischen Belastung angetroffen wird, profitieren auch diese Patienten von dem Programm.

In Anbetracht des multifaktoriellen Ursprungs und der vielgestaltigen Symptomatik weist die Behandlung sehr unterschiedliche Behandlungskonzepte, die bedarfsadaptiert erfolgen, auf.

- **Beratung:** In Gruppen- und Einzelgesprächen werden unter Anpassung des Beschwerdebildes Vorsorgemaßnahmen und Unterstützung von Aktivitäten im täglichen Leben fokussiert.
- **Körperliches Training:** Individuelle krankheitsadaptierte Anpassung mit stufenweiser Steigerung des Trainingsprogramms.
- **Psychologische Hilfen:** In Gruppen- und Einzelgesprächen, Entspannungstechniken, Visualisierung, Atem Biofeedback.
- **Konzentrations- und Gedächtnisübungen:** Arbeitsblätter für weiterführende Übungen am Heimatort.
- **Ernährungsberatung:** Unter besonderer Berücksichtigung der veränderten Essmodalitäten des laryngektomierten Patienten

Eine Therapieevaluierung wird anhand von Messdaten dokumentiert. Die Evaluierung der Lebensqualität wird zu Beginn und am Ende der Rehabilitation über den Lebensqualitätsfragebogen der EORTC (QLQ-30) ermittelt.

10. Allgemeine Schulung und Information (Curricula)

Strukturierte, auf die speziellen Erfordernisse abgestimmte Schulungsprogramme haben das Ziel, die betroffenen Patienten, ggfs. auch die Angehörigen, bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen zu beteiligen, um so ihre Eigenverantwortung zu stärken, die dann eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit ermöglicht.

10.1. 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 Intentionen und Voraussetzungen dem Haus angepasst wurde.

Grundgedanke ist es, in Gesprächskreisen mit bedarfsabhängig integrierten Vorträgen strukturierte Informationsinhalte über die pulmonale Krebserkrankung und über Atemwegserkrankung mit eingeschränkter respiratorischer Funktion zu vermitteln. Dieses Programm wird von Ärzten, Psychologen und der Sozialarbeiterin geleitet, wobei bewusst sechs Themenkreise gebildet wurden, um so während einer dreiwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme alle notwendigen Informationsbereiche mit zweimal wöchentlich stattfindenden Veranstaltungen abzudecken.

Die einzelnen Module:

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.

10.2. Spezielles Programm

Zusätzlich werden themenzentrierte Vortrags- und Informationsveranstaltungen angeboten, an denen sich Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Pflegepersonal beteiligen. Diese Veranstaltungen werden jeweils in dreiwöchigen Abständen durch-

geführt, um so allen Patienten zu ermöglichen, dass sie während ihrer Rehabilitation, die für sie notwendige Information erhalten.

Allgemeine Vorträge und Schulungen:

- Degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen,
- Selbsthilfe bei Verdauungsbeschwerden,
- Bewegung und körperliches Training,
- Was hält uns gesund?,
- Stressbewältigung,
- Alltagsdrogen.

11. Klinische Psychologie und Psychotherapie

Das Problem der Verarbeitung einer belastenden Krankheit steht an erster Stelle des Bedarfs für eine fachpsychologische Intervention und psychotherapeutischer Maßnahmen. Ziel ist es, eine professionelle Hilfe zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens und der hierdurch aufgebrochenen Lebenskonflikte zu geben und individuelle Ressourcen als therapeutische Hilfsmöglichkeit zu nutzen.

Die Problemstellung ist mannigfach:

- Angst vor zunehmender Krankheitsbelastung,
- Angst vor dem Erstickten,
- Angst vor der veränderten Lebenssituation,
- Angst vor Pflegebedürftigkeit,
- Angst vor Konflikten und Partnerschaft,
- Angst vor sozialer Ausgrenzung,
- Angst vor Integration in das Berufsleben,
- Angst vor wirtschaftlichem Ruin,
- Angst vor Abhängigkeit,
- Angst vor der körperlichen Versehrtheit,
- Angst vor dem Tod.

Um Hinweise auf das Ausmaß möglicher emotionaler Belastungen und psychischer Auffälligkeiten bereits vor Behandlungsaufnahme zu erhalten, bekommt jeder Patient ca. drei Wochen vor Therapiebeginn ein HADS-D Fragebogen (Hospital Anxiety and Depression Scale) zugesandt und wird um Ausfüllung desselben gebeten.

Indikationskriterien zur psychoonkologischen Kontaktaufnahme nach Krankenhausbehandlung sind:

- Anliegen des Patienten,
- Empfehlung des behandelnden Arztes,
- Auffällige Werte im HADS-D Fragebogen,
- Psychische und psychiatrische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte.

Wenngleich auch während einer dreiwöchigen Rehabilitationsmaßnahme eine psychotherapeutische Intervention nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, besteht dennoch, auf verschiedenen Ebenen, die Möglichkeit der Einleitung eines Veränderungsprozesses und wegführende Bahnung am Heimatort.

- Emotionale Ebene: Unterstützung und Stabilisierung,
Verbesserte Wahrnehmung,
Akzeptanz und Ausdruck von Gefühlen.
- Kognitive Ebene: Aufklärung über subjektive Krankheitstheorien,
Abbau irrationaler Vorstellungen,
Stärkung einer Kontrollüberzeugung,
Stärkung patienteneigener Ressourcen,
Unterstützung bei neuer Zielsuche,
Sinnsuche für ein Leben mit der Krebserkrankung.
- Verhaltensebene: Verbesserung der Strategien zur Krankheitsbewältigung,
Beziehungsgestaltung im soziokulturellen Bereich.

Vorgehensweise:

Spätestens am dritten Tag nach Rehabilitationsbeginn und nach der ärztlichen Untersuchung erfolgt das psychologische Erstgespräch, welches nachfolgende Inhalte berücksichtigt:

- Aktuelle psychische und physische Befindlichkeit, sowie Eruiierung der Bedürfnisse des Patienten,
- Subjektives Krankheitsverständnis und Grad der Informiertheit,
- Bisherige Krankheitsverarbeitung auf emotionaler und kognitiver Ebene,
- Strategien zur Krisenbewältigung und Problemlösung,
- Verhaltensmuster bei Umgang mit Konflikten,
- Aktuelle Belastungen (emotional, sozio-kulturell, beruflich, finanziell),
- Ressourcen und Energiequellen (Hobby, individuelle Fähigkeiten),
- Zukunftsperspektiven,
- Operationalisierung in Teilzielen,
- Information über das psychologische Interventionsangebot.

Ziele des psychologischen Erstgespräches sind:

- Kontaktaufnahme zum Aufbau einer kooperativen Arbeitsbeziehung,
- Erhebung eines psychologischen Status,
- Erarbeitung realisierbarer Ziele auf psycho-sozialer Ebene,
- Vereinbarung von Zielen der psychologischen Behandlung.

Die Ergebnisse der psycho-sozialen Statuserhebung und die gemeinsame Zielvereinbarung werden schriftlich dokumentiert. Treffen Patient und Psychologe eine Entscheidung für Folgetreffen im Sinne einer psychotherapeutischen Kurzzeitbehandlung, so finden diese 1-3 mal pro Woche, situativ auch täglich statt und werden, je nach Befindlichkeit des Patienten, auch in seinem Zimmer durchgeführt. Bei Rehabilitationsende werden in einem Abschlussgespräch erreichte Ziele fokussiert und schriftlich niedergelegt.

- Bilanzierung des Erreichten,
- Stärkung und Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen,
- Erörterung von Zukunftsperspektiven.

Weitere Angebote im Rahmen des psychologischen Gesundheitsangebotes:

- **Gruppenentspannungstraining:** progressive Muskelrelaxation n. Jacobson,
Ziel: Entwicklung einer Strategie im Umgang mit emotionalem und körperlichem Stress, Schmerzschonhaltung, psychosomatischen Erkrankungen und Schlafstörungen.

- **Offene psychologische Sprechstunde**
 Ziel: Psychosoziale Beratung zur Unterstützung sowohl bei speziellen
 als auch bei akut auftretenden Problemstellungen.
- **Schulung und Informationsprogramme sowie Curricula**
- **Angehörigengespräche**
- **Krisenintervention**

12. Sozialberatung und Hilfestellung

Die soziale Isolation durch Rückzug, Probleme in der Partnerschaft und Depression erfordert über den üblichen Standard hinaus eine zusätzliche soziale Hilfestellung zur 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 zur Klärung der sozialen und beruflichen Situation.
- Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten und Entscheidungshilfen zur Lösung der anstehenden Probleme.
- Erstellung eines psychosozialen Konzepts und Planung von erforderlichen Maßnahmen.
- Information über sozialrechtliche Möglichkeiten:
 - o Praktische Hilfe im Umgang mit Behörden (Antragstellung für einen Schwerbehindertenausweis),
 - o Beratung zum Schwerbehindertenrecht (Kündigungsschutz, Steuer-Vergünstigungen),
 - o Fragen zur Sozialversicherung (Krankengeld, Rente, Leistungen der Arbeitsverwaltung),
 - o Pflege und Pflegehilfen,

- Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe).

13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

In der Rehabilitation des Patienten mit einer onkologischen oder nicht-onkologischen Lungenerkrankung hat der berufsbezogene Anteil häufig nicht ganz den zentralen Stellenwert wie bei anderen Indikationsgebieten, da ein Teil dieser Patienten, schon auf Grund der Vorgeschichte, nicht mehr im Arbeitsprozess steht, da er bereits Frührentner, Sozialhilfeempfänger oder Langzeitarbeitsloser ist. Gleichwohl wird bei bislang noch berufstätigen Patienten die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess angestrebt. Dies erfolgt nicht allein aus Gründen der zu erwartenden wirtschaftlichen Unabhängigkeit, sondern auch, um ein resignatives Verhalten und einen sozialen Rückzug, ausgelöst durch verminderte Lebensqualität und eventuell unsichere Prognose, zu verhindern.

Eine umfassende sozialmedizinische Stellungnahme ist die Voraussetzung für Beratung und abschließende Beurteilung der Leistungsfähigkeit unter Erwerbsbedingungen:

- Medizinische und fachspezifische körperliche Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte,
- Fachspezifische und diagnostische Einschätzungen der behandelnden Abteilungen,
- Ergebnis der psychologischen Mitbehandlung,
- Vernetzung mit dem Sozialdienst der Klinik,
- Kontakt zu dem Betriebsarzt, dem arbeitsmedizinischen Dienst, dem Hausarzt, sowie zu weiterbehandelnden Fachärzten (Onkologe) am Heimatort.

Für die berufliche Beratung und einer sozialmedizinischen Stellungnahme sind neben der Berücksichtigung des Alters der Betroffenen und des zu erwartenden Verlaufes der Krankheit nachfolgende Punkte zu berücksichtigen:

- Dokumentation der krankheitsbedingten Funktionsausfälle,
- Beschreibung der verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit,

- Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit,
- Vergleich der zur Zeit bestehenden Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen an die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit,
- Beschreibung von funktionellen Beeinträchtigungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (negatives Leistungsbild),
- Beschreibung der verbliebenen körperlichen und psychischen Leistungsmerkmale in Beziehung auf körperlichen Arbeitseinsatz und -haltung sowie auf die Arbeitsorganisation (positives Leistungsbild),
- Selbsteinschätzung des Betroffenen zur beruflichen Leistungsfähigkeit,
- Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen.

Problematische medizinische Verläufe und sozialmedizinische Fragestellungen werden in den täglichen ärztlichen Besprechungen und in den wöchentlichen interdisziplinären Konferenzen erörtert.

14. Qualitätssicherung

14.1. Qualitätsmanagement

Das Ziel einer qualitätsorientierten Arbeit ist nur auf dem Fundament eines umfassenden und stringenten Qualitätsmanagement zu erreichen. Hierbei müssen die qualitätsrelevanten Betriebsabläufe nicht nur mündlich vereinbart, sondern auch schriftlich mit Datum und somit für jeden nachvollziehbar, niedergelegt werden.

Die Arbeit aller Mitarbeiter ist auf diese Festlegung ausgerichtet und kann jeder Zeit im Qualitätshandbuch und Qualitätsordner nachvollzogen werden.

Der Nutzen eines funktionierenden Qualitätsmanagements der Klinik Reinhardshöhe ist nachfolgend aufgegliedert:

- Transparenz der Prozessabläufe,
- Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen,
- Förderung der Handlungssicherheit für die Mitarbeiter,
- Erstellung von Nachweisen gegenüber den Kostenträgern,

- Einführung von Tätigkeitsnachweisen,
- Kostenreduzierung durch Ermittlung von Schnittstellen,
- Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen Abteilungen,
- Unterstützung bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter,
- Verbesserung der Patientenzufriedenheit,
- Effektivität des Beschwerdemanagements.

Um die qualitätsorientierte Arbeit zu strukturieren und den Nachweis eines funktionierenden Qualitätsmanagements zu erbringen, ist die DIN EN ISO 9001:2000 systematisch in Verbindung mit dem Qualitätsmanagementmodell der DEGEMED eingeführt worden.

Nach der Erstzertifizierung im November 2003 erfolgte die Rezertifizierung sowohl nach DIN EN ISO 9001:2000 als auch nach den Richtlinien der DEGEMED im Januar 2007.

14.2. Qualitätslenkung

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

Beispiele:

- Tägliche Morgenbesprechung der Ärzte und Schwestern,
 - o Informationsaustausch,
 - o Organisation,
 - o Entscheidungen.
- Wöchentliche interdisziplinäre Konferenz,
 - o Vorstellung problematischer Therapiemaßnahmen,
 - o Modifikation der Behandlungspläne,
 - o Erfahrungsberichte,
 - o Problemlösungen,
 - o Informationsfluss unter Berücksichtigung von Schnittstellen.

- Wöchentliche sozialmedizinische Falldarstellung,
 - o Sozialmedizinische Aspekte,
 - o Interdisziplinäre Meinungsbildung.
- Wöchentliche Sprechstunde der behandelnden Ärzte,
 - o Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes,
 - o Adaptation an Verlaufsveränderungen.
- Wöchentliche Chefarzt-Visite,
 - o Bilanzierung,
 - o Beurteilung des Rehabilitationsverlaufes,
 - o Konzeption des Entlassungsberichtes,
- Führung eines Nachtdienstbuches,
 - o Dokumentation besonderer Ereignisse.
- Interner Patientenfragebogen,
- Kontinuierliche ärztliche und pflegerische Betreuung über 24 Stunden,
- Möglichkeit der täglichen Patientenaufnahme,
- Alle therapeutischen Maßnahmen im Haus,
- Aktive Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger.

15. Qualitätssicherung rehabilitativer Maßnahmen bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und/oder eingeschränkter respiratorischer Funktion.

15.1 Rehabilitationsbedarf

Die Rehabilitation der Patienten, sowohl mit benignen als auch malignen Atemwegserkrankungen mit und/oder eingeschränkter obstruktiver oder restriktiver Ventilation dient der pulmonalen Leistungssteigerung und somit, allgemein gesehen, der sozialen Integration. Die berufliche Integration ist häufig, auch auf Grund des oft jahrzehntelangen Leidens kaum mehr gegeben, zumal, trotz Intervention des Sozialdienstes beim Arbeitgeber, gerade in der heutigen Situation, kaum mehr individuelle Möglichkeiten bestehen, einen behindertengerechten Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen.

15.2. Rehabilitationsziel

Zur psychischen, sozialen und ggfs. auch beruflichen Integration steht vorrangig die verbesserte pulmonale Leistungsfähigkeit, die vom Patienten über Kontrollmessung von Atemvolumen und Atemstoßtest selbst kontrolliert werden kann. Ebenso sind, ausgelöst durch Schonhaltung, auch die Folgeerkrankung mit motorischer Funktionsstörung im Kopf-, Hals-, Schulter- und WS-Bereich zu beeinflussen.

15.3. Strukturqualität

Die Probleme der Patienten mit Atemwegserkrankung sind mannigfach, so dass eine Rehabilitation nur in qualifizierten Kliniken durchgeführt werden sollte. So wird die Voraussetzung geschaffen, dass der Patient das dort erlernte Wissen später ambulant in Eigenverantwortlichkeit umzusetzen kann. Eine engmaschige Vernetzung der einzelnen Abteilungen ist ebenso erforderlich wie die weitere pulmonologische Mitbehandlung am Heimatort. Der durch die Gesamtsituation erheblich beeinträchtigte Patient muss in psychosozialer Hinsicht begleitet werden, so dass schon während der Rehamaßnahme kompetente, pulmonologisch erfahrene Psychologen und Sozialarbeiter wegweisend für die Zukunft sind.

15.4. Prozessqualität

Die Rehabilitation ist sowohl auf die somatischen Funktionsausfälle als auch auf die psychosozialen Auswirkungen ausgerichtet. Der Betroffene erlernt Atem- und Abhusttechniken sowie Mechanismen, die ihm Selbstvertrauen durch erlernte und von ihm selbst anzuwendende therapeutische Maßnahmen vermitteln. Die Bearbeitung existentieller Lebenskrisen und beruflicher Probleme erfordern weitere Hilfestellung.

15.5. Ergebnisqualität

Der wichtigste Erfolgsparameter des Patienten mit respiratorischer Insuffizienz sind therapeutisch zielgerichtet und können über Messdaten kontrolliert und verglichen werden. Die Reintegration in den Arbeitsprozess ist als ein weiterer objektivierbarer Erfolgsparameter anzusehen.