

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Klinikstruktur</b>	<b>5</b>
1.1. Träger und Standort	
1.2. Indikation	
1.3. Ärztliche Personalstruktur	
1.4. Belegungsdaten	
<b>2. Allgemeines Konzept der Rehabilitation</b>	<b>7</b>
<b>3. Medizinische Rehabilitation bei Patienten mit     sek. Arm-Lymphödem nach Op. und/oder Radiatio     eines Mammakarzinoms</b>	<b>8</b>
3.1. Aufbau und Funktion des Lymphgefäßsystems	
3.2. Pathophysiologie des Lymphgefäßsystems	
3.3. Klinische Untersuchungsmethoden lymphostatischer Ödeme	
3.4. Technische Untersuchungsmethoden lymphostatischer Ödeme	
3.5. Ödemformen	
3.6. Sekundäres Armlymphödem	
3.7. Therapiekonzepte der Lymphödembehandlung	
<b>4. Indikationsübergreifende Rehabilitationsziele</b>	<b>17</b>
<b>5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation</b>	<b>19</b>
<b>6. Indikationsspezifische Funktionsstörungen</b>	<b>21</b>
<b>7. Diagnostik</b>	<b>21</b>
7.1. Vorbefunde	
7.2. Diagnostisches Grundprogramm	
7.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik	

<b>8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen</b>	<b>23</b>
8.1. Rehabilitation bei Lymphödem	
8.2. Rehabilitation bei sekundär aufgetretenem Lymphödem	
8.3. Psychotherapeutische Begleitmaßnahmen	
8.4. Physiotherapeutische Maßnahmen	
<b>9. Allgemeine Behandlungskonzepte</b>	<b>27</b>
9.1. Medizinische Behandlung	
9.1.1. Medizinische Basistherapie	
9.1.2. Supportive Maßnahmen	
9.1.3. Allgemeine rehabilitative Maßnahmen	
9.1.4. Schmerztherapie	
9.1.5. 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)	
<b>10. Allgemeine Schulung und Information</b>	<b>41</b>
10.1. Allgemeines Programm	
10.2. Spezielles Programm	
<b>11. Klinische Psychologie und Psychotherapie</b>	<b>42</b>
<b>12. Sozialberatung und soziale Hilfestellung</b>	<b>45</b>
<b>13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung</b>	<b>46</b>

<b>14. Qualitätssicherung</b>	<b>47</b>
14.1. Qualitätsmanagement	
14.2. Qualitätslenkung	
<b>15. Qualitätssicherung rehabilitativer Maßnahmen bei     Patienten mit sekundärem Lymphödem nach Therapie     eines Mamma-Karzinoms</b>	<b>50</b>
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. In der reizvollen Mittelgebirgslandschaft des Waldecker Landes 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)
  - o Kopf- Hals -Tumore
  - o Tumore des Gastrointestinaltraktes
  - o Tumore der weiblichen Geschlechtsorgane einschließlich der Brust
  - o Urologische Tumore
  - o Maligne Systemerkrankungen (Lymphome)
- **Sämtliche nicht-onkologische, urologische, gynäkologische und innere Erkrankungen**
- **Psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen**
- **Krankheiten des Lymphgefäßsystems**
- **Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates**
- **Rehabilitation nach Nierentransplantation**

## 1.2 Medizinische Personalstruktur:

- **Fachärzte für:**
  - Innere Medizin (Teilgebiet Hämatologie/Onkologie)
  - Innere Medizin
  - Gynäkologie
  - Urologie
  - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Physikalische und Rehabilitative Medizin
- **Zusatzbezeichnungen:**
  - Sozialmedizin
  - Rehabilitationswesen
  - Chirotherapie
  - Akupunktur
  - Medizinische Tumorthherapie
  - Palliativmedizin
  - Notfallmedizin
- **Weitere Qualifikationen:**
  - Qualitätsbeauftragter Arzt

## 1.4. Belegungsdaten

**188 Einzelzimmer, 10 Doppelzimmer**

Belegungsträger für die onkologische Rehabilitation:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung: Braunschweig-Hannover  
Hessen  
Nord
- Deutsche Rentenversicherung KBS
- Berufsgenossenschaften
- Gesetzliche 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 onkologischen Rehabilitation ist eine Reduktion von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die entweder als direkte Folge des Grundleidens oder dessen mannigfachen Therapie aufgetreten sind. An den Leiden des Patienten ausgerichtet, steht vorrangig die Hilfe zur Unterstützung und Verbesserung, um funktionelle Einschränkungen, Aktivitätsminderung des täglichen Lebens, Beeinträchtigungen im Berufsleben oder soziale Isolation zu verringern, oder im günstigsten Fall ganz zu beheben.

Auch wenn durch das Grundleiden oder die Vorbehandlungen sowohl die physische als auch psychische Unversehrtheit dauerhaft eingeschränkt bleiben wird, soll der Betroffene durch die Rehabilitation in die Lage versetzt werden, weiterhin ein möglichst beschwerdefreies Leben zu führen. Die Motivation des Rehabilitanten zur aktiven Beteiligung an der Krankheitsbewältigung durch Anleitung und Schulung gilt als zentrales Anliegen, wobei alle medizinischen, psychosozialen und berufsbezogenen Aspekte und Hilfsmöglichkeiten einbezogen werden. Sind doch gerade Resignation, zunehmende Isolation und verminderter Selbstwert Charakteristika der aus der Primärversorgung entlassenen Krebspatienten.

Trotz einer Behinderung, sei es durch das organische Leiden, die funktionelle Einschränkung oder die soziale Beeinträchtigung, soll der Betroffene über Wahlmöglichkeiten seiner 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 onkologischen Kenntnissen, hat dabei eine koordinierende Funktion aller Beteiligten.

Die lymphologische Rehabilitation ist eng mit der Behandlung des Tumorleidens verzahnt, so z. B. in der Fortsetzung einer Chemo- oder Immuntherapie, bei der Wund- und Schmerzbehandlung, ggfs. auch in der Fortführung einer bereits begonnenen Strahlentherapie.

Durch die kurzen Verweildauern im Krankenhaus werden die Patienten immer früher einer Rehabilitation i. S. einer Anschlussheilbehandlung zugeführt, so dass ein kompetenter Umgang mit postoperativ auftretenden eventuellen Komplikationen erforderlich ist. Darüber hinaus gewährleistet die Klinik durch intensive Verzahnung einer interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher Fachbereiche eine suffiziente Behandlung, nicht nur der multimorbiden Patienten sondern auch der Patienten, die mit Problemkeimen (MRSA) behaftet sind.

Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes einer stationären Rehabilitation ist sowohl die enge Anbindung an die Klinik der Primärversorgung, aber auch der enge Kontakt zu dem weiter behandelnden Hausarzt und zu den näheren Angehörigen.

### **3. Medizinische Rehabilitation bei Patienten mit sek. Lymphödem nach Op. und / oder Radiatio eines Mammakarzinoms**

#### **3.1. Aufbau und Funktion des Lymphgefäßsystems**

Das Lymphsystem besteht aus den Lymphgefäßen und den lymphatischen Organen, die die Bildungsstätte der Lymphozyten sind und somit eine entscheidende Rolle bei den Abwehrprozessen des Körpers spielen. Die Hauptaufgabe der Lymphgefäße besteht im Transport der sog. lymphpflichtigen Substanzen aus dem Interstitium in das venöse System. Hierbei handelt es sich um Eiweiß, Fette, organische und nichtorganische Zellprodukte einschließlich artfremder Organismen sowie Wasser als Transportmedium. Filtration und Reabsorption werden durch den Kapillardruck, den

Gewebsdruck sowie durch den kolloidosmotischen Druck der Kapillaren und der Gewebsflüssigkeit im Gleichgewicht gehalten.

Das Lymphgefäßsystem ist ein dem Venensystem parallelgestelltes Drainage- und Transportsystem, welches in erster Linie dem Abtransport von Eiweißen und anderen Stoffen aus dem Interzellularraum dient, nach Földi wird diese eiweißreiche Flüssigkeit die „lymphpflichtige Last“ genannt. Da es im Gegensatz zum Blutgefäßsystem aus einem offenen System, einem Halbkreis besteht, sind zur zentripetalen Förderung der lymphpflichtigen Last verschiedenartige Fördermechanismen notwendig.

Das Lymphgefäßsystem hat charakteristische Besonderheiten:

- Es beginnt offen in der Peripherie.
- Im Verlauf der Kollektoren sind Lymphknoten zwischengeschaltet.
- Es hat einen eigenen Fördermechanismus, der durch die sog. Angiongewährleistung ist.
- Die Sammelstämme münden in den rechten und linken Venenwinkel.

Funktionell lassen sich am Lymphgefäßsystem drei Kompartimente unterscheiden:

1. Das oberflächliche System drainiert Haut und Subcutis.
2. Das tiefe oder subfasciale System leitet die Lymphe aus Muskeln, Gelenken, Sehnenscheiden und Nerven ab.
3. Das System der Organlymphgefäße sind der Organstruktur angepasst.

Histologisch unterschiedliche Wandstrukturen zeichnen die nachfolgenden Gefäßabschnitte aus:

- **Initiale Lymphgefäße**
  - Lymphkapillaren  
beginnen offen im Haut- Schleimhautgebiet und sind durch Fortsätze der Endothelaußenwände, den sog. Ankerfilamenten, im umgebenden Bindegewebsgerüst verankert. Die Weite kann im Gegensatz zu den Blutkapillaren bis zu 100µm betragen. Auf Grund der Klappenlosigkeit kann die Lymphe in alle Richtungen abfließen.
  - Präkollektoren

besitzen bereits Klappen und können neben reiner esorbierenden Funktion auch Lymphe aus Arealen des Kapillarnetzes sammeln.

- **Kollektoren,**

sind muskelendotheliale Röhren deren Durchmesser zwischen 100-600µm schwanken. Sie nehmen aus einem Drainagegebiet, welches auch Tributärgebiet genannt wird, die lymphpflichtige Last auf und fördern diese zentralwärts.

- **Lymphstämme,**

aus dem rechten oberen Körperquadranten wird die Lymphe in den rechten Venenwinkel, aus den übrigen drei Körperquadranten in den linken Venenwinkel geleitet, wobei der Ductus thoracicus die untere Körperhälfte drainiert.

Während die Kapillaren als Resorptionsgefäße reine Funktionsgefäße sind, sind die Kollektoren und die Lymphstämme Leitungsgefäße. Die Präkollektoren zeichnen sich durch eine Doppelfunktion aus und sind, wie die Kollektoren und die Lymphstämme mit Klappen versehen, die die Abflussrichtung bestimmen.

Ab den Präkollektoren gibt es im Lymphgefäßsystem vorwiegend paarig angeordnete Endothelfalten, die sog. Semilunarklappen, die eine rein passive Funktion haben und durch die Füllung eines Segmentes geschlossen werden. Ein tropfenförmiges Segment beginnt jeweils nach einer Klappe mit einer distal gelegenen bulbusartigen Erweiterung, die sich bis zum nächsten proximal gelegenen Klappenbereich verjüngt. Diese, durch füllungsabhängige intermittierende Kontraktionen des Klappen- und Halteapparates sind zur Eigenmotorik befähigte Einheiten eines Klappensegmentes und werden Lymphangione genannt. Durch Zug oder Erschlaffung der sog. Ankerfilamente, die radiär an den Außenflächen der Endothelzellen ansetzen, verändern sich gleichzeitig die Lumen der interendothelialen Öffnungen so dass ein Flüssigkeitsstrom in das Kapillarlumen in Kontraktionswellen (10-12/min) einströmt und dann ähnlich der Peristaltik, von Segment zu Segment zentralwärts weiterbefördert wird. Die Länge der Klappensegmente ist jeweils vom Gefäßlumen abhängig und beträgt in den Präkollektoren 2-3 mm, in den Kollektoren 6-maximal 20 mm, im unteren thorakalen Abschnitt 6-10 cm, wobei die Klappenabstände in den tiefen Lymphgefäßen länger sind. Die Zahl der Klappen wird in den oberflächlichen Armkollektoren mit 60-80, in den Beinollektoren mit 80-100 angegeben.

Die zentripetale Fortbewegung der Lymphe in den Lymphgefäßen wird gleichzeitig gefördert durch:

- Kontraktion der Lymphangiome sowohl im oberflächlichen als auch tiefen System,
- Aktive und passive Bewegung durch Kompression und Streckung der Gefäße,
- Wirksame Unterstützung durch Arterienpulsation im tiefen System,
- Muskelkontraktion, sog. Muskelpumpe, die über einen Druck auf die Gefäßscheide eine Entleerung der Lymphgefäße bewirkt,
- Atmung, die ein Einsaugen der Lymphe in die Venenwinkel bewirkt.

### **3.2. Pathophysiologie des Lymphgefäßsystems**

Jedes intakte Lymphgefäß kompensiert einen Anstieg der lymphpflichtigen Last zunächst mit einer Erhöhung der Transportleistung, wobei jedoch diese Reserve zeitlich begrenzt ist. Kann die zunehmende lymphpflichtige Eiweiß- und Wasserlast nicht mehr transportiert werden, kommt es zu einem Missverhältnis zwischen der Transportkapazität und dem Lymphzeitvolumen. Die zwangsläufige Erhöhung der Proteinkonzentration im Gewebe führt zu einer chronischen Entzündungsreaktion und ist somit Wegbahner einer Zellproliferation im Ödemgebiet.

Ein gestörter Lymphabfluss, durch morphologische Lymphgefäßveränderungen führt zu :

- Stau innerhalb der Lymphangiome, Lymphostase
- Dilatation initialer Lymphgefäße,
- Klappeninsuffizienz mit Rückfluss,
- Eingeschränkte bis aufgehobene Eigenmotorik,
- Gestörte Kontraktionswelle,
- Thrombose in den Lymphkapillaren,
- Lymphfisteln,
- Sekundär entzündliche Infiltrate mit Hämosiderinablagerungen im Gewebe.

Wenngleich auch ein Armlymphödem häufig nach einer Tumorthherapie auftritt, wird es von den Patientinnen erst nach dem Auftreten subjektiver Beschwerden als

solches registriert. Um eine Lymphostase frühzeitig zu erfassen sind deshalb im Rahmen der Nachsorgen, spätestens jedoch im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme Arm- Volumen-Messungen und Mobilitätsmessungen der Gelenke der betroffenen Seite erforderlich.

Die Folgen der chronischen Lymphostase sind:

- Kontinuierliche Anreicherung des Interstitiums mit Eiweißkörpern, die eine chronische Entzündungsreaktion auslösen,
- Fibrose, Sklerose,
- Störung des lokalen Stoffwechsels und des Sauerstoffaustausches,
- Infektanfälligkeit (Erysipel),
- Lymphostatische Hämangiopathie,
- Lymphogene Arthropathie,
- Ligamentosen, Tendinosen,
- Maligne Prozesse.

### **3.3. Klinische Untersuchungsmethoden lymphostatischer Ödeme**

Die Basisdiagnostik besteht aus Anamnese, Inspektion, Palpation und Volumenmessung der Extremitäten und lässt meist ohne Schwierigkeiten eine Grobeiteilung eines Lymphödems zu.

- **Anamnese,**
  - Krankheitsbeginn,
  - Auslösende Ursache,
  - Wundheilung,
  - Postop. Serom,
  - Beschwerden in Ruhe und bei Belastung,
    - Spannungsgefühl,
    - Schweregefühl,
    - Schmerzen (Art, Intensität),
    - Bewegungseinschränkungen,
    - Taubheitsgefühl o. Dysästhesien,
    - Paresen o. Kraftminderung
  - Krankheitsverlauf,

- Bisherige lymphtherapeutische Maßnahmen,
- Familiäre Belastung,
- Weitere Erkrankungen.
- **Inspektion,**
  - Ödemlokalisierung,
  - Hautfarbe,
  - Beschaffenheit der Hautoberfläche
    - Ekzem,
    - Papillomatose,
    - Fisteln,
    - Hyperkeratose,
  - Hautfurchungen,
  - Lymphangiektasien,
  - Narben,
  - Venenzeichnung,
  - Orthopädische Besonderheiten.
- **Palpation,**
  - Gewebekonsistenz,
  - Ödembeschaffenheit (eindrückbare Dellen),
  - Stemmer´sche Hautfaltenzeichen,
  - Fibrosklerose,
  - Lymphknoten,
  - Druckschmerz.
- **Volumenmessung.**

### 3.4. Technische Untersuchungsmethoden lymphostatischer Ödeme

#### - Laboruntersuchungen

Bei Kenntnis der Klinik genügen Anamnese, Palpation und Inspektion, um die Diagnose eines lymphostatischen Ödems zu stellen.

Bei infektiösen und malignen Primär-Erkrankungen kommen entsprechende Laborparameter zum Einsatz.

Zur Abklärung zyklisch-idiopathischer Ödeme ist die Durchführung eines Hormonstatus sinnvoll.

Bei Verdacht auf Hypothyreose ist die Schilddrüsenhormonbestimmung indiziert.

- **Indirekte Lymphangiographie**

Röntgenologische Methode zur Darstellung epifaszialer Lymphgefäße im Bereich der Körperoberfläche.

- **Direkte Lymphographie**

Die direkte invasive Lymphographie mittels ölig jodhaltiger Kontrastmittel hat durch die modernen nicht invasiven Schnittbildverfahren als Routinemethode an Bedeutung verloren, zumal erheblich Komplikationen (Lungenembolie, Lungenödem, Farbstoffallergie) mit Verschlimmerung der Erkrankung und Todesfälle beobachtet wurden.

- **Fluoreszenz-Mikro-Lymphographie**

Darstellung oberflächlicher Lymphkapillaren der Haut bei Lymphpflichtigkeit des Fluoreszenzfarbstoffes.

- **Funktions-Lymphszintigraphie (quantitative Lymphscintigraphie)**

Nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren (<sup>99m</sup>Tc-Technetium mit Humanserum-Albumin Nanokolloid) zur Erfassung dynamischer Vorgänge in epi- und subfaszialen Lymphstromgebieten der Extremitäten.

- **Kapillarszintigraphie**

Erfassung von Ödemformen auf der Basis von Permeabilitätsstörungen

- **Sonographie**

Darstellung vergrößerter Lymphknoten und Abgrenzung von Lymphozelen und lymphangiomatösen Veränderungen.

- **Computer-Tomographie**

Im Vordergrund steht die Suche nach vergrößerten Lymphknoten, Weichteilmetastasen und Raumforderungen.

- **Magnetresonanztomographie**

Im Gegensatz zur konventionellen Röntgen-Tomographie und Computer-Tomographie ist eine dreidimensionale Objektdarstellung möglich.

Die indirekte Lymphographie und die Funktions-Lymphszintigraphie sind zur Zeit die aussagefähigsten Untersuchungsverfahren bei der Diagnosesicherung eines Lymphödems.

### 3.5. Ödemformen

Nach Kenntnis von Klinik, Anamnese, Inspektion und Palpation, ggfs auch unter Zuhilfenahme apparatetechnischer Untersuchungen lassen sich nachstehende Lymphödembilder differenzieren:

- **Primäres Lymphödem,**
- **Sekundäres Lymphödem,**
  - o Lymphödem durch maligne Erkrankungen
    - Armlymphödem nach Mammakarzinom,
    - Beinlymphödem nach malignen urologischen und gynäkologischen Tumoren,
    - Lymphödem nach malignen Tumoren im Kopfbereich,
    - Malignes Lymphödem,
  - o Lymphödem durch Entzündung,
  - o Lymphödem durch Filariasis,
  - o Lymphödem durch benigne Tumoren,
  - o Lymphödem durch iatrogene Schädigung,
  - o Lymphödem durch artifizielle Schädigung,
  - o Posttraumatisches Lymphödem,
- **Lipödem,**
- **Phlebo-Lymphödem,**
- **Dysplasie der Lymphgefäße,**
- **Myxödem,**
- **Lymphostatische Enteropathie.**

### 3.6. Sekundäres Armlymphödem

Nach Op. eines Mammakarzinoms in kurativer Zielsetzung ist das Auftreten eines Armlymphödems die häufigste Komplikation, die unbehandelt immer progredient verläuft. Je nach Ausmaß der operativen Technik und der Strahlentherapie ist nicht nur die Lymphtransportkapazität eingeschränkt, sondern auf Grund der posttherapeutischen arteriellen und venösen Strömungsveränderungen kommt es auch zu Störungen in der Mikrozirkulation, die für die Ödementstehung eine wichtige Rolle spielt. Sowohl durch eine brusterhaltenden Therapie, als auch durch eine

Eingrenzung der perkutanen Strahlenbehandlung auf die Mammaregion wurde letztendlich eine weitere Reduzierung der Häufigkeit des posttherapeutischen Armlymphödems erzielt. Trotz allem ist bei Lumpektomie mit axillärer Lymphknotendissektion in 25% mit dem Auftreten eines Lymphödems zu rechnen, wengleich auch neuerlich durch die Sentinel-Lymphknotendiagnostik die Lymphödemhäufigkeit weiterhin eingeschränkt wird. Nach längerem ödemfreien Intervall kann ein Spätlymphödem, oft erst nach 2 Jahren, häufig auch nach einer Strahlentherapie, in 20% auftreten.

Bei unterschiedlicher Lokalisation sind die Grundprinzipien der Primärbehandlung einer onkologischen Erkrankung gleich. Das Therapiespektrum umfasst je nach Tumorlokalisierung, Tumorstadium und Krankheitsverlauf neben den operativen Eingriffen in erhöhtem Maße auch zytostatische und radiogene Maßnahmen. Die medizinisch onkologische Rehabilitationbedürftigkeit ergibt sich sowohl aus dem Tumor, der Lokalisation und den Therapiefolgen als auch aus den unterschiedlichen Verlaufsprognosen mit denen sich die Betroffenen, aber auch die Angehörigen auseinandersetzen müssen.

Dank verbesserter operativer Techniken ist die erwartete postoperative Lebensqualität in den letzten Jahren deutlich gestiegen und das Auftreten sekundärer Armlymphödeme zeigt rückläufige Tendenz, zumal die Frühdiagnostik im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen eine weniger invasive Therapie möglich macht. Doch langfristige Erfolge sind sowohl an eine adäquate Nachbehandlung des Tumorleidens als auch an eine frühzeitige lymphtherapeutische Maßnahme während einer Rehabilitation geknüpft.

Der Rehabilitationsonkologe koordiniert das interdisziplinäre Rehabilitationsteam, zu dem neben den professionellen Helfern insbesondere der Patient selbst, aber auch seine Familie gehören. So liegen die Aufgaben der onkologischen Nachsorgeklinik sowohl in einer Verbesserung der Lebensqualität als auch in einer Palliation, wobei sich die Qualität der stationären Nachsorge sowohl am psycho-physischen Befinden als auch an der sozialen und beruflichen Integration des Patienten nach einem Jahr bemessen lässt.

### 3.7. Therapiekonzepte der Lymphödembehandlung

Die Therapie eines lymphostatischen Ödems ist auf die Mobilisierung von interstitiell eingelagerten Eiweißkörpern und Steigerung des Lymphtransportes gerichtet, wobei eine Physikalische Entstauungsbehandlung sowohl für das primäre als auch sekundäre Lymphödem das Mittel der Wahl ist. Bei manuell vordrainierten Arealen kann zusätzlich eine apparatetechnische Entstauung zum Einsatz kommen, chirurgische Interventionen sind den Gefäßrekonstruktionen und Gefäßtransplantationen vorbehalten.

#### - **Konservative Maßnahmen,**

##### o Physikalische Entstauungsbehandlung,

- Manuelle Lymphdrainage,
- Komplexe physikalische Entstauungsbehandlung, bestehend aus:
  1. manueller Lymphdrainage,
  2. Bandagierung, ggfs.mit Pelotteneinlage,
  3. Kompressionsbestrumpfung,
  4. Entstauungsgymnastik.
- Apparative intermittierende pneumatische Kompression mit Mehrkammergeräten,

#### - **Medikamentöse Maßnahmen,**

Proteinreiche Lymphödeme sind keine Indikation für den Einsatz von Diuretika.

#### - **Operative Maßnahmen,**

- o Lymphgefäßrekonstruktion,
- o Lymphgefäßtransplantation.

## 4. Indikationsübergreifende Rehabilitationsziele

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist nicht nur die Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit sondern insbesondere die Rehabilitations-

bereitschaft des Betroffenen. Haben doch zunächst Diagnosestellung und eingreifende therapeutischen Maßnahmen zu einem tiefen Einschnitt in die Existenz und den Lebenslauf des Betroffenen geführt. Neben dem operativen Eingriff, der zu einer Verzerrung des Körperschemas führte, der individuellen funktionellen 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.

Eine Behinderung führt letztendlich zu:

- persönlichen Folgen mit 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 Schmerzpumpen,
- Verbesserung der Wundheilung,
- Verminderung postoperativer Beschwerden,
- Verminderung eines Lymphödems,
- Schulung im Umgang mit Fisteln,
- Verbesserung der Mobilisation durch physikalische Therapie,
- Förderung der Aktivität des täglichen Lebens,
- Minderung einer Fatigue-Symptomatik.

#### **Therapieziele im psychischen Bereich:**

- Abbau von Angst,
- Beeinflussung einer depressiven Verstimmung,
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung des Schlafverhaltens,

- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen,
- Abbau von Schlafstörungen,
- Akzeptanz eines veränderten Körperbildes,
- Akzeptanz einer Heim- oder Hospizunterbringung,
- Erarbeiten von Bewältigungsstrategien bei infauster Prognose,
- 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 im Umgang mit Hilfsmitteln (Bandagetechniken)
- Erwerb von Kenntnissen über ein krankheitsgerechtes Verhalten,
- Hilfestellung zur Integration in Selbsthilfegruppen.

## **5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation**

Die Qualität einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme orientiert sich daran, ob und 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 Effizienz ergriffener 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 deren Patientenzufriedenheit befragt werden.

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

- Physiotherapie,
- Lymphtherapie mit Bandagetechnik
- Ergotherapie,
- Ernährungstherapie,
- Pflegepersonal,
- Sozialberater,
- Berufsberater,
- Prothetikberater mit Hilfsmittelversorgung,
- Familie und Partner.

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

- 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 ein Nachsorgekonzept 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 des Lymphödempatienten ergibt sich aus dem onkologischen Grundleiden und den Therapiefolgen. Im Mittelpunkt des Störungsbildes steht das Armlymphödem mit der Bewegungseinschränkung, was zu zahlreichen Problemen sowohl in der Familie als auch im sozialen Umfeld führt. Parallel der Einschränkung der körperlichen Befindlichkeit kommt es zu einer Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls.

Therapiefolgen:

- Direkte Operationsfolgen (Wundheilungsstörungen, Adhäsionsbeschwerden, Strikturen, Ulzerationen),
- Postradiogene Läsionen,
- Lymphödem mit eingeschränkter Beweglichkeit,
- 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 müssen zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme ausführlich dokumentiert vorliegen und sollten, bei sekundärem Armlymphödem nach Therapie eines Mamma Karzinoms neben eingehender Anamnese des Lymphödems nachfolgende Angaben aufweisen:

- Art des Tumors,
- Primärsitz der Geschwulst,
- Anatomische Tumorausbreitung mit TNM-Klassifikation,
- Operationsverfahren,

- Befund der Histologie
- Angaben über Art und Häufigkeit der zytostatischen Therapie,
- Angaben über Intensität und Lokalisation der Strahlentherapie,
- Angaben über weitere therapeutische Maßnahmen.

Umfang und Schweregrad der funktionellen 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 Krankheitsverarbeitung, 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 das Erkennen von Funktionsdefiziten und dem Erkennen psychosozialer Belastungssituationen. Ziel ist zunächst nach Feststellung des Funktionsdefizits, die Aufstellung eines adäquaten Therapieplans, die Definition des Rehabilitationsziels, die Verlaufskontrolle mit Ergebnisdokumentation und eine umfassende psychoonkologische und sozialmedizinische Beurteilung.

- Anamnese, unter besonderer Berücksichtigung von Atmung und Ernährung,
- Klinische Untersuchung, insbesondere in Bezug auf Kachexie, Lymphödem und Fibrosierung,
- Laboruntersuchung,
- Apparative Untersuchungsverfahren (optional),
  - EKG, ggfs. Ergometrie,
  - Sonographie,
  - Spirometrie,
  - Röntgenuntersuchung,
- Psychologische Testverfahren (HAD-S),
- Konsiliarfachärztliche Mitbehandlung und Diagnostik.

### **7.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik**

- Internistische, gynäkologische, urologische und orthopädische Mitbehandlung ist durch Fachärzte im Haus gewährleistet.
- Konsiliarisch kann weiterhin eine dermatologische Mitbehandlung bei radiogen oder infektiöser Dermatitis, Erysipel oder Mykose erfolgen.

## **8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen**

Die Rehabilitation ist im Sinne einer Ganzheitsbehandlung, komplex auf alle Therapiestörungen, insbesondere jedoch auf das sekundäre Armlymphödem ausgerichtet. Diese beinhaltet:

- Erlernen der Selbstbandagierung,
- Erlernen fachgerechter Hautpflege, insbesondere nach Radiatio,
- Erlernen der Nagelpflege, insbesondere im Ödemgebiet,
- Beheben einer Beweglichkeitseinschränkung nach axillärer Lymphonodektomie und Strahlenfibrose im Kopf-, Hals-, Schulter- und Oberarmbereich.

Das erklärte Ziel der Klinik liegt darin, dass der Patient, auch in der Kürze der Zeit einer Rehabilitation, durch strukturiertes Erlernen von Handlungsweisen und Techniken aktiv in die Umsetzung des eingangs definierten Rehabilitationsziels mit einbezogen wird. Dazu beitragen individuelle Beratung, Gespräche mit Gleichbetroffenen, psychoonkologische Hilfestellung, diätetische Maßnahmen und Sozialberatung.

### **8.1. Rehabilitation bei Lymphödem**

Bei den Patienten mit sekundärem Armlymphödem, welches sich nach Operation, mit oder ohne zusätzlicher Radio- und / oder Chemotherapie entwickelt hat, steht im Vordergrund die lymphologische Rehabilitation, da ohne sie die psychische, soziale und berufliche Integration äußerst erschwert ist, so dass der Patient durch sein Handicap, der eingeschränkten Armbeweglichkeit in die Isolation und somit in ein Schattendasein gedrängt wird.

Im lymphologischen Aufnahmegespräch werden zunächst nochmals die erfolgte Operationstechnik und die zu erwartenden Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs wie Auftreten eines Lymphödems, Strahlenfibrose, Seromentwicklung und Wundinfektion erörtert und Informationsdefizite erkenntlich gemacht. Das Verstehen der kausalen Zusammenhänge von Therapie und resultierenden Funktionsstörungen 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 optimal den Erfordernissen anzupassen und zu vertiefen.

## **8.2. Rehabilitation bei sekundär aufgetretenem Lymphödem**

Vor der Behandlung der manuellen Lymphdrainage erfolgt nach physiotherapeutischer Befunderhebung mit eingehender Inspektion und Palpation des zu drainierenden Gebietes eine schriftliche Dokumentation.

### **Anamnese:**

- Erfolgte eine radikale oder modifizierte Lymphknotenentfernung?
- Ist das Ödem in den frühen Morgenstunden am stärksten ausgeprägt?
- Bestehen Spannungsgefühl, Schweregefühl, Schmerzen?
- Bestehen Bewegungseinschränkungen im Schulter-Arm-Bereich?
- Bestehen Kraftminderung oder Taubheitsgefühl?
- Besteht eine Neigung zu bakteriellen Infekten?
- Wurden bereits lymphtherapeutische Maßnahmen eingeleitet?

### **Inspektion:**

- Ödemausmaß
- Zyanose und ekzematöse Hautveränderungen,
- Ausbildung von Kollateralvenen,
- Fibrosen, knotige Hautveränderungen, Ulzerationen,
- Plexuslähmung,
- Beweglichkeit der Armgelenke nach der Neutral-Null-Methode,
- Weichteilschrumpfung im Narbengebiet,

- Wundheilungsstörungen mit Krusten- und Ulcusbildung,
- Serombildung.

### **Palpation:**

- Ödembeschaffenheit,
- Palpable Lymphknoten,
- Knotige und indurative Veränderungen,
- Stemmer´sche Hautfalten,
- Einarbeiten von Dellen,
- Druckschmerz.

### **Volumenmessung.**

Bei einem sich entwickelnden Lymphödems infolge postoperativ verminderter Transportkapazität des Lymphgefäßsystems ist die komplexe physikalisch Entstauung, d. h. manuelle Lymphdrainage (ML), Bandagierung und Gymnastik in der Bandage das Mittel der Wahl. Unbehandelt kommt es je nach veränderter Transportkapazität des Lymphgefäßsystems und Proteinstau, neben der lokalen eiweißreichen Flüssigkeitsvermehrung zunächst zu einer Fibrosierung, mit voranschreitender Zeit zu einer Induration, später zu einer Sklerosierung.

Die Fibroselockerung sowohl im Narbengebiet als auch in den strahlengeschädigten Hautpartien macht bei der ML einen ständigen Wechsel der Grifftechnik erforderlich, d. h., es findet ein rhythmischer Wechsel zwischen Gewebslockerung und Flüssigkeitsverschiebung statt. Neben der täglichen manuellen Lymphdrainage, die von einem speziell ausgebildeten Lymphtherapeuten durchgeführt wird, ist eine intensive Haut- und Nagelpflege, zunächst durch das Pflegepersonal, später durch den Patienten selbst erforderlich, da entzündliche Schübe, durch Bakterien und Pilze verursacht, eine Verschlimmerung des Lymphödems sowie Hautirritationen bewirken.

In einem speziellen Schulungsprogramm, „Hilfe zur Selbsthilfe“, werden weiterhin spezielle lymphtherapeutische Griffe vermittelt, die der Patienten, ebenso wie eine Entstauungsgymnastik therapiebegleitend tagsüber mehrmals durchführen kann.

### **8.3. Psychotherapeutische Begleitmaßnahmen**

Vorrangiges Ziel aller psychosozialen Maßnahmen ist es, die Hilfesuchenden emotional zu stärken und zu unterstützen. Die zu erlernenden Bewältigungsstrategien sind auf Gegenwart und Zukunft orientiert.

Ziele psychosozialer Betreuung während der Rehabilitation:

- Akzeptanz der nicht zu verändernden Beeinträchtigung,
- Stärkung aktiver Bewältigungsstrategien,
- Förderung der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung,
- Vermittlung eines psychosozialen Wohlbefindens,
- Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Förderung der Compliance.

Im psycho-onkologischen 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:

- Einzelgespräche,
- Entspannungstechniken,
- Imaginative Methoden,
- Erfahrungsaustausch in strukturierten Gruppengesprächen.

### **8.4. Physiotherapeutische Begleitmaßnahmen**

Zur Unterstützung der ärztlichen, psychoonkologischen und psychosozialen Hilfestellung kommen neben der vorrangig lymphtherapeutischen Behandlung, die zweimal täglich erbracht wird, gezielte krankengymnastische und physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Diese zielen im wesentlichen auf:

- Stärkung der Muskulatur,
- Aktivierung spezieller Muskelgruppen,

- Lockerung von Fibrosen,
- Aktivierung sensibler Fasern durch Reflexarbeit.

## **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 Anschlussheilbehandlung postoperativ auftretenden Komplikationen mitbehandelt, so dass meist eine Rückverlegung in das vorbehandelnde Krankenhaus vermieden werden kann.

In der medizinischen Basistherapie wird die bereits bestehende medikamentöse Versorgung fortgesetzt und nur, wenn nötig, modifiziert. Die Fortführung oder die Aufnahme einer zytostatischen Therapie erfolgt in Absprache sowohl mit dem vorbehandelnden Krankenhaus als auch mit dem Hausarzt, ggfs. wird auch mit dem weiter behandelnden Onkologen am Heimatort Kontakt aufgenommen.

#### **9.1.2. Supportive Maßnahmen**

Unerwünschte Nebenwirkungen und spezifische Probleme der Strahlen- und zytostatischen Therapie werden durch begleitende Maßnahmen gemindert.

- Erythem nach Radiotherapie:
  - o Bepanthen Salbe
  - o Azulon Creme
- Refluxösophagitis:
  - o H<sub>2</sub> – Blocker,
  - o Protonenpumpenhemmer.

Bei jeder Entscheidung, eine für den Betroffenen belastende Therapie durchzuführen, wird der Patient in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Ist

doch bekannt, dass eine umfassende fachliche Aufklärung über Sinn und Nutzen einer beabsichtigten Therapie und deren Kurz- und Langzeitfolgen nicht nur mit einer höheren Akzeptanz sondern auch mit einer geringeren Abbruchquote verbunden ist.

### **9.1.3. Allgemeine rehabilitative Maßnahmen**

Nach ausgedehnten Operationen, langer Bettlägerigkeit, belastender Zytostatika- und Strahlentherapie aber auch bei tumor- und therapiebedingten Schwächezuständen werden langsam steigernd, an den Kräftezustand angepasst, aktivierende Therapieformen notwendig.

- Krankengymnastik,
- Gestuftes Ergometertraining,
- 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.

Dem Beschwerdebild des chronischen Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom bei Krebspatienten (Fatigue Syndrom) wird nachfolgend (9.6.3.) Rechnung getragen.

### **9.1.4. Schmerztherapie**

Bei vielen Patienten mit chronischen Schmerzen besteht eine unklare Vorstellung über die Fortschritte der modernen Schmerztherapie. Nicht selten wird die Überzeugung vertreten, dass durch die Schmerzmedikation, insbesondere durch die Verabreichung von Opiaten, die körperliche und seelische Befindlichkeit erheblich eingeschränkt wird. Nach gezielter Diagnostik und einer gründlichen Schmerzanamnese sowie einem aufklärenden Gespräch mit Patient und ggfs. auch mit den Angehörigen, lassen sich diese Missverständnisse in der Regel ausräumen. Im weiteren Schritt erlernt der Patient sowohl den Umgang mit seiner

Schmerzmedikation, ggfs. auch die Handhabung einer Schmerzpumpe. Er erkennt letztlich, dass eine adäquate kontinuierliche Schmerztherapie nicht nur zu einer Verbesserung seiner Lebensqualität, sondern auch zu einer leichteren Integration in das soziale Umfeld führt.

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

#### **9.1.5. Therapie von Simultanerkrankungen**

Neben der Rehabilitation des Tumorleidens und dessen Therapiefolgen werden Begleiterkrankungen auf internistischem, gynäkologischem, urologischem und orthopädischem Fachgebiet mitbehandelt. Eine enge konsiliarärztliche Betreuung außerhalb der genannten Fachgebiete ist während der Rehabilitationszeit gewährleistet.

### **9.2. Pflegerische Betreuung**

Eine der wichtigsten rehabilitativen Aufgaben ist die pflegerische Betreuung. Insbesondere sind in diesem Zusammenhang die Wundversorgung zu nennen, da für die betroffenen Patienten schlecht heilende Wunden ein enormer Verlust an Lebensqualität bedeutet. Für diese zum Teil zeitaufwendigen und fachspezifischen Maßnahmen stehen ein geschultes Personal und die notwendigen sterilen und unsterilen Räumlichkeiten zur Verfügung, da eine effektive und wirtschaftliche Wundversorgung von hoher wirtschaftlicher Bedeutung ist.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich innerhalb der Pflege ist die Hilfsmittelberatung, d. h. die angemessene Bestrumpfung und ein damit verbundenes praktisches Training des Anziehens, wobei in diesen Prozess die Orthopädietechnik des Ortes mit einbezogen wird.

Der mannigfache Kontakt der zuständigen Krankenschwester mit dem Patienten bei Verbandswechsel, Blutdruckmessung und Medikamentenausgabe führt 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 häufig kommen oft erst nach Tagen, gerade bei den Schwestern, Probleme aus der Vorgeschichte und Partnerschaft zur Sprache, die dann als Grundlage für weitere therapeutische Strategie genutzt werden können.

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**

Die enge Führung einer einfühlsamen und geduldigen Diätassistentin bedingt eine erfolgreiche Behandlung von Untergewicht und Malnutrition und ist somit ein weiterer Baustein zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Verbesserung der Lebensqualität. Die intensive Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und der Diätassistentin ermöglicht ein optimales Eingehen auf individuelle 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,
- Aufbaukost,
- Reduktionskost,
- Diabeteskost,
- Individuelle Sonderkostformen,

Alle Kostformen 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 kann er, ggfs. auch seine Begleitung, vor Ort in einer modern ausgerichteten Lehrküche unter Anleitung der Diätassistentin in die Praxis umsetzen

#### **9.4. Physikalische Therapie**

Der Aspekt einer körperlichen Schonung mag bei einem Teil der Patienten – speziell bei Anschlussheilbehandlungen nach umfangreichen Eingriffen und 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 steigernde Aktivierung über Mobilisation zur Eigenversorgung führt.

Die Form der physikalischen Therapie, die Dauer, die Frequenz sowie die Kombination mit anderen Therapieformen, hängt sowohl vom körperlichen Befund, als auch von dem Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung und der augenblicklichen Belastbarkeit des Patienten ab.

Die Indikationsstellung einer physikalischen Maßnahme erfolgt über einen Facharzt und wird im weiteren von ihm auch über Messdaten kontrolliert und wenn notwendig korrigiert.

Bei der Planung und Durchführung von balneo-physikalischen Maßnahmen werden die Qualitätsmerkmale der „Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ der Deutschen Rentenversicherung 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, auch bei Lymphödempatienten nicht allein auf die entstauenden Maßnahmen, sondern bezieht gleichzeitig die Behandlung von Funktionsausfällen und Funktionsstörungen mit ein. Somit wird in gleichen Maße eine Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und eine Stärkung der noch verbliebenen Ressourcen gefördert. Die Vermittlung trainierender Therapieangebote hat das Ziel, die Patienten zu motivieren, auch nach dem Rehabilitationsverfahren zu Hause das Erlernte umzusetzen, um so aktiv in Eigenverantwortlichkeit seinen Gesundungsprozess weiter zu fördern. Zu beachten ist jedoch, dass bei einer intensiven komplexen physikalischen Entstauung sowohl Überwärmungstherapien als auch Kältetherapien und Massagen nicht zur Anwendung kommen sollten.

#### **Therapieverfahren in der Klinik:**

- 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,
  - o Bäder mit der ortsgebundener Quelle,
  - o Güsse,
  - o Wärmepackungen,

- Lokale Kälteapplikation,
- Wassergymnastik.
- Elektrotherapie
  - Gleichstrom,
  - Diadynamischer 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.

### **Manuelle Lymphdrainage, komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)**

Die manuelle Lymphdrainage hat in der Klinik Reinhardshöhe einen besonderen Stellenwert. Die ersten lymphtherapeutischen Maßnahmen wurden bereits 1981 durch entsprechend geschulte Lymphtherapeuten und Ärzte mit Zusatzqualifikation „Lymphologie“ ausgeübt und ständig durch Weiterbildung verbessert. Nicht nur die langjährige Erfahrung, sondern auch die Erfolge, die sich über messtechnische Daten nachweisen lassen, führen zu einer hohen Patientenzufriedenheit, was sich letztendlich auch in einer größer werdenden Zahl von Wiederholungsmaßnahmen niederschlägt.

Es werden Lymphödeme verschiedener Ätiologie behandelt:

- Primäres Lymphödem,
- Sekundäres Lymphödem nach Operation und Bestrahlung,
- Phlebostatisches Lymphödem,
- Inaktivitäts-Lymphödem,
- Morbus Sudeck.

Nach der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird der Behandlungsplan festgelegt und wöchentlich sowohl klinisch als auch über messtechnische Daten überprüft.

Das Programm der komplexen physikalischen Entstauungstherapie umfasst:

- Manuelle Lymphdrainage,
- Kompressionsbehandlung durch Bandagierung und Pelotteneinlage,
- Bewegungstherapie,
  - o Entstauungsgymnastik,
  - o Bewegungsbad,
  - o Leichter Sport,
  - o Schulter-/Halsmobilisierung,
  - o Haltungsschulung.
- Information und Schulung,
  - o Verhaltensmodifikation,
  - o Prophylaxe,
  - o Selbstbandagierung.

In enger Zusammenarbeit mit der Orthopädietechnik am Ort wird nach der intensiven komplexen physikalischen Entstauung bei Beendigung der Rehabilitation ein Kompressionsstrumpf angemessen und derselbe im weiteren Verlauf auf exakten Sitz und Funktionalität überprüft. Für den weiterbehandelnden Therapeuten am Heimatort erhalten die Patienten eine entsprechende Therapeuteninformation, aus der Behandlungsmethode unter Einbeziehung von Grifftechniken, Messdaten und Besonderheiten sowie eine Empfehlung für die Weiterbehandlung zu entnehmen sind.

Während der therapeutischen Maßnahmen werden dem Patienten Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung zusätzlicher Störungen der Lymphzirkulation im Armbereich nach Behandlung eines Mammakarzinoms vermittelt.

Vermeidung von:

- Stich- und Schnittverletzungen, Bisse und Kratzer,
- Verbrennungen durch heißes Wasser und Bügeleisen sowie intensive Sonnenbestrahlung,
- Körperliche Belastung in längerer einseitiger Körperhaltung,
- Einengende Kleidung ,
- Abschnürungen durch Schmuck,
- Hitze/Frostschäden,
- Vorsicht bei der Nagelpflege,
- Diagnostische Maßnahmen am betroffenen Arm.

## **9.5. Ergotherapie**

Aufgabe der Ergotherapie ist es, bei körperlich, psychisch oder kognitiv beeinträchtigten Patienten 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 und –medien 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 oftmals die Merkmale der Kommunikation und Interaktion schneller aufgezeigt werden, und eventuell über darstellende Spiele konditioniert werden. Hiermit wird dem Patienten geholfen, einen sozialen Rückzug, aufgrund von Missverständnissen zu vermeiden und partnerschaftliche Probleme zu bewältigen.

### **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 Hilfe zur Konditionierung einer beeinträchtigten Funktion angeboten werden:

- Toilettengang,
- Wasch- und Anziehtraining,
- Erlernen einer selbstständig erbrachten Körperhygiene,
- 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 wird. 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 der Tumorerkrankung und dem sekundären Lymphödem die vorrangige Aufgabe, dem Patienten die Angst vor körperlichen Aktivitäten zu

nehmen und seine Motivation zur aktiven Mitarbeit zu stärken, was auch durch das Anlegen 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 für ein regelmäßiges Training am Heimatort.

- **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 und lymphologischen 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 steigern.

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 Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom bei onkologisch erkrankten Patienten ist 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. Jedoch spielen Energieverbrauch der konsumierenden Erkrankung, langdauernde Narkosen, sowie die Folgen der Zytostase und Strahlentherapie, letztendlich auch serologische Veränderungen und Zytokinaktivitäten eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Pieper definiert „Fatigue“ bei Krebskranken als ein subjektives Gefühl ausgeprägter Müdigkeit, welches 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,

- **affektiv:** Vermehrtes Ruhe- und Schlafbedürfnis,  
Gestörtes Schlafmuster,  
Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung.
- **affektiv:** Energie- und Antriebslosigkeit,  
Interessenlosigkeit,  
Motivationsmangel,  
Angst und depressiver Rückzug,  
überschießende Emotionen und Reizbarkeit.
- **kognitiv:** Konzentrationsstörung,  
Vergesslichkeit.

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 kachektischer Patienten
- **Medikamentöse Maßnahmen**

Eine Therapieevaluierung des Lymphödems wird anhand von Messdaten über Volumenmessungen 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 Form von Gesprächskreisen mit bedarfsabhängig integrierten Vorträgen strukturierte Informationsinhalte über die Krebskrankheit 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,
3. Erleben der Krankheit, Angst,
4. Selbstwert, Körperbild,
5. Krankheitsbewältigung,
6. Alltag: die geänderte Lebenssituation, Lebensbewältigung, Arbeitsprozess.

### **10.2. Spezielles Programm**

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

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

Spezielle Vorträge und Schulungen für Lymphödem- Patienten:

- Therapieassoziierte Nebenwirkungen ,
- Ursachen des Lymphödems,
- Behandlung des Lymphödems,
- Erlernen einer Entstauungsgymnastik,
- Erlernen einer Selbstbandagierung.

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**

Bei dem Problem der Verarbeitung einer belastenden Krankheit steht an erster Stelle der Bedarf für eine fachpsychologische Intervention mit psychotherapeutischen 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 Hilfsbedürftigkeit,
- Angst vor der veränderten Lebenssituation,
- Angst vor Pflegebedürftigkeit,
- Angst, dass die Familie den neuen Anforderungen nicht gerecht werden kann,
- Angst vor Konflikten und Partnerschaft,

- Angst vor sozialer Ausgrenzung,
- Angst vor Integration in das Berufsleben,
- Angst vor wirtschaftlichem Ruin,
- Angst vor Abhängigkeit,
- Angst vor körperlicher Versehrtheit.

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 weitere wegführende Bahnung am Heimatort.

- **Emotionale Ebene:** Unterstützung und Stabilisierung,  
Verbesserte Wahrnehmung,  
Akzeptanz und Ausdruck von Gefühlen.
- **Kognitive Ebene:** Restrukturierung subjektiver 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.

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, soziokulturell, 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 psycho-onkologischen Status,
- Erarbeitung realisierbarer Ziele auf psycho-sozialer Ebene,
- Vereinbarung von Zielen der psychologischen Behandlung.

Die Ergebnisse der psycho-onkologischen Stuserhebung 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 unter nachfolgenden Gesichtspunkten schriftlich niedergelegt:

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

Auf Wunsch des Patienten wird der psychologische Bericht auch dem ärztlichen Entlassungsbericht an den Hausarzt beigelegt

Weitere Angebote im Rahmen des psychologischen Gesundheitsangebotes:

- **Gruppenentspannungstraining:** progressive Muskelrelaxation n. Jacobson,  
Ziel: Entwicklung einer Strategie im Umgang mit emotionalem und körperlichem Stress,  
Muskellockerung bei Schmerzschonhaltung,  
Beeinflussung psychosomatischer Beschwerden,  
Beeinflussung von 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 die Hilfesuchenden 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,
  - o Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe).

### **13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung**

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebsart bei Frauen und betrifft alle Altersklassen, hat jedoch einen Gipfel zwischen dem 4. und 5. Lebensjahrzehnt, wobei zunehmend jüngere Frauen betroffen sind, was volkswirtschaftliche Auswirkungen nach sich zieht. Gilt es doch gerade diese Frauen wieder in den erlernten Beruf zurückzuführen oder nach Umschulung in den Arbeitsprozess wieder einzugliedern. 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 unsicherer 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 dokumentieren:

- 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 aufgliedert:

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

Um die qualitätsorientierte Arbeit zu strukturieren und den Nachweis eines funktionierenden Qualitätsmanagement 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,

- Informationsaustausch,
- Organisation,
- Entscheidungen.
- Wöchentliche interdisziplinäre Konferenz,
  - Vorstellung problematischer Therapiemaßnahmen,
  - Modifikation der Behandlungspläne,
  - Erfahrungsberichte,
  - Problemlösungen,
  - Informationsfluss unter Berücksichtigung von Schnittstellen.
- Wöchentliche sozialmedizinische Falldarstellung,
  - Sozialmedizinische Aspekte,
  - Interdisziplinäre Meinungsbildung.
- Wöchentliche Sprechstunde der behandelnden Ärzte,
  - Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes,
  - Adaptation an Verlaufsveränderungen.
- Wöchentliche Chefarzt-Visiten der neu angereisten Patienten,
  - Bilanzierung,
  - Beurteilung des Rehabilitationsverlaufes,
  - Konzeption des Entlassungsberichtes,
- Führung eines Nachtdienstbuches,
  - Dokumentation besonderer Ereignisse.
- Tägliche Morgenbesprechung der Ärzte und Schwestern,
- 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**

50

### **bei Patienten mit sekundärem Arm-Lymphödem nach Therapie eines Mamma-Karzinoms**

#### **15.1 Rehabilitationsbedarf**

Die Rehabilitation dient der Beseitigung und Linderung therapiebedingter Auswirkungen, nachdem sich durch die Therapiefolgen ein Arm-Lymphödem, unterschiedlichen Ödemgrades (1-6) entwickelt hat, sodass die Funktion der Armmobilität z. T. erheblich beeinträchtigt wurde.

#### **15.2. Rehabilitationsziel**

Zur psychischen, sozialen und beruflichen Integration steht vorrangig die Entstauung der ödembefallenen Region durch eine komplexe physikalische Entstauung. Die zentripetal gerichtete Lymphabflussmöglichkeit soll über Kollateralbildung gefördert und Sekundärkomplikationen vorgebeugt werden.

#### **15.3. Strukturqualität**

Die Probleme des Lymph-Patienten sind mannigfach, sodass eine stationäre Rehabilitation nur in qualifizierten Kliniken durchgeführt werden sollte. Je nach Ödemgrad ist die Lymphtherapie unter stationären Bedingungen bis zu zweimal täglich durchzuführen, wobei eine Pause von vier Stunden einzuhalten ist. Eine fachgerechte Kompression , ggfs. mit Pelotteneinlage unterstützt die lymphtherapeutische Maßnahme ebenso wie die mehrmals täglich durchzuführende Entstauungsgymnastik. Zur Behandlung von Indurationen und Fibrosen kann eine Ultraschalltherapie oder Interferenzregulationstherapie zum Einsatz kommen. Der durch die Gesamtsituation erheblich beeinträchtigte Patient muss in psychosozialer Hinsicht begleitet werden, sodass kompetente, onkologisch erfahrene Psychologen und Sozialarbeiter unumgänglich sind.

#### **15.4. Prozessqualität**

Die Rehabilitation ist sowohl auf die dem Lymphödem basierenden somatischen Funktionsausfälle als auch auf die psychosozialen Auswirkungen ausgerichtet. Die Lymphtherapie beinhaltet verschiedene spezielle Handgriffe, Kompressionsbehandlung mit Bandage und Bestrumpfung sowie Entstauungsgymnastik. In wöchentlichen Kontrollen werden Umfangs- und Volumenbestimmung sowie Beweglichkeitsprüfungen dokumentiert und Therapiemodalitäten angepasst. Informationsmaterial, Merkbblätter und Listen von Lymphtherapeuten am Heimatort werden dem Patienten ausgehändigt, ebenso ein Therapeuten-Info für den weiter behandelnden Lymphtherapeuten.

Die Bearbeitung existentieller Lebenskrisen und beruflicher Probleme erfordern weitere Hilfestellung.

#### **15.5. Ergebnisqualität**

Der wichtigste Erfolgsparameter sind die Endvolumenmessung nach intensiver stationärer komplexer physikalischer Entstauung und die Beweglichkeit der Extremitäten, gemessen nach der Neutral-Null-Methode. Ebenso wie die Effizienz lymphtherapeutischer Maßnahmen und die Mobilitätssteigerung gemessen werden kann, ist die Reintegration in den Arbeitsprozess als ein objektivierbarer Erfolgsparameter anzusehen, wobei die weitere Therapie des Lymphödems, eine oft zeitaufwendige Maßnahme, mit berücksichtigt werden muss.