

Inhaltsverzeichnis

1. Klinikstruktur	5
1.1. Träger und Standort	
1.2. Indikation	
1.3. Ärztliche Personalstruktur	
1.4. Belegungsdaten	
2. Allgemeines Konzept der Rehabilitation	7
3. Medizinisches Konzept bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren	9
4. Indikationsübergreifende Rehabilitationsziele	10
5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation	12
6. Indikationsspezifische Funktionsstörungen	13
7. Diagnostik	14
7.1. Vorbefunde	
7.2. Diagnostisches Grundprogramm	
7.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik	
8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen	15
8.1. Stimmliche Rehabilitation	
8.2. Rehabilitation bei sekundär aufgetretenem Lymphödem	
8.3. Psychotherapeutische Begleitmaßnahmen	
8.4. Physiotherapeutische Maßnahmen	

9. Allgemeine Behandlungskonzepte	20
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)	
10. Allgemeine Schulung und Information	34
10.1. Allgemeines Programm	
10.2. Spezielles Programm	
11. Klinische Psychologie und Psychotherapie	36
12. Sozialberatung und soziale Hilfestellung	39
13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung	40
14. Qualitätssicherung	41
14.1. Qualitätsmanagement	
14.2. Qualitätslenkung	

15. Qualitätssicherung rehabilitativer Maßnahmen bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

43

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)
 - Kopf- Hals -Tumore
 - Tumore des Gastrointestinaltraktes
 - Tumore der weiblichen Geschlechtsorgane einschließlich der Brust
 - Urologische Tumore
 - Maligne Systemerkrankungen (Lymphome)

- **Sämtliche nicht-onkologische, urologische, gynäkologische und innere Erkrankungen**

- **Psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen**

- **Krankheiten des Lymphgefäßsystems**
- **Rehabilitation nach Nierentransplantation**
- **Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates**

1.2 Medizinische Personalstruktur:

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

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 Behandlungen 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 onkologische 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 Rehabilitationsbehandlung, d. h. 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 Kopf-Hals-Tumoren

Kopf-Hals-Tumoren sind der Überbegriff von histologisch verschiedenen Neoplasien im ORL-Bereich. Das Kehlkopfkarcinom ist unter den Neoplasien die häufigste Tumorentität und betrifft nur in 10% Frauen.

Lokalisation der Kopf-Hals-Tumoren:

- Mundhöhle und Oropharynx,
- Hypopharynx,
- Larynx mit Supraglottis, Glottis, und Subglottis,
- Nasennebenhöhlen,
- Nasopharynx,
- Speicheldrüsen.

Bei unterschiedlicher Lokalisation sind die Grundprinzipien der Primärbehandlung 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 unterschiedlicher Verlaufsprognosen mit denen sich die Betroffenen, aber auch die Angehörigen auseinandersetzen müssen.

Dank mikroskopisch operativer Techniken ist die erwartete postoperative Lebensqualität in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Doch langfristige Erfolge sind an eine adäquate Nachbehandlung in Form einer allumfassenden Rehabilitation geknüpft.

Neben lokalen Rezidiven, die hauptsächlich in den ersten zwei Jahren auftreten, sind leider Zweitmalignome die häufigste Todesursache bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren, sind sie doch häufig Folge der ursprünglichen karzinogenen Einwirkung. Da Alkohol und Nikotin, insbesondere in Kombination für über 80% der Mundhöhlen- und Larynxkarzinome verantwortlich sind, bekommen sozialmedizinische und psychoonkologische Maßnahmen während der Rehabilitation einen besonderen Stellenwert.

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.

4. Indikationsübergreifende Rehabilitationsziele

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist nicht nur die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sondern insbesondere die Rehabilitationsbereitschaft 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 seines 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,
- Schulung im Umgang mit einer Tracheostomaversorgung,
- Schulung im Umgang mit einer Sprechkanüle,
- Schulung in der Ösophagussprache nach Laryngektomie,
- 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,
- Beeinflussung eines Suchtverhaltens,
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung des Schlafverhaltens,
- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen,
- Abbau von Schlafstörungen,
- Akzeptanz eines veränderten Körperbildes,
- Akzeptanz ausgefallener Körperfunktionen (z.B. veränderte Sprache),
- 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 (Ösophagussprache),
- 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,
- Ergotherapie,
- Ernährungstherapie,

- Sprachtherapie,
- Tracheostomaberatung,
- 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 laryngektomierten Patienten ergibt sich aus dem Tumor und den Therapiefolgen. Im Mittelpunkt des Störungsbildes steht der Stimmverlust. Die sprachliche Verständigung erfolgt sowohl über eine Flüsterstimme, als auch über eine Sprechkanüle. Dies führt zu zahlreichen Problemen sowohl in der Familie als auch im sozialen Umfeld, die mit einer Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls einhergehen.

- Direkte Operationsfolgen (Wundheilungsstörungen, Adhäsionsbeschwerden, Strikturen, Ulzerationen),

- Postradiogene Läsionen (Radioderm, Lymphödem),
- Störung nach zytostatischer Therapie,
- Stimmverlust und erschwerte tracheostomale Atmung,
- Geruchsverlust und Geschmacksbeeinträchtigung,
- Essstörungen,
- Perkutane enteroskopische Gastrostomie (PEG),
- 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 nachfolgende Angaben aufweisen:

- 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.

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 sowie Inspektion des Tracheostomas,
- Laboruntersuchung,
- Apparative Untersuchungsverfahren (optional),
 - EKG, ggfs. Ergometrie,
 - Sonographie,
 - Spirometrie,
 - Röntgenuntersuchung.
- Psychologische Testverfahren (HAD-S),
- Konsiliarfachärztliche Mitbehandlung und Diagnostik.

7.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik

- HNO-ärztliche Untersuchung mit Endoskopie und Audiometrie,
- Dermatologische Untersuchung bei radiogener oder infektiöser Dermatitis, Erysipel oder Mykose,
- Internistische Untersuchung bei radiogen bedingter Hypothyreose, dysphagiebedingter Fehlernährung und latenter diabetischer Stoffwechselstörung.

8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen

Die Rehabilitation ist im Sinne einer Ganzheitsbehandlung, komplex auf alle Therapiestörungen ausgerichtet. Diese beinhaltet:

- Erlernen der Tracheostomapflege zur Vermeidung einer gefürchteten stenosierenden Tracheitis,
- Erlernen der Kanülenpflege,
- Erlernen des Einsetzen von Kanülen unterschiedlicher Länge und Größe,
- Aufmerksame Selbstbeobachtung,
- Erlernen des Absaugens,
- Erlernen eines Hustenmechanismus mittels dessen der Patient ohne instrumentelle Hilfe expektorieren kann,
- Beobachten eines trachealen Expektorats,
- Erlernen einer wirksamen Atemtechnik,
- Umgang mit der PEG,
- Ggfs. Erlernen der Ösophagusersatzsprache,
- Beheben einer Beweglichkeitseinschränkung nach Neck-dissektion im Kopf-, Hals-, Schulter-, Oberarmbereich,
- Verbesserung einer Xerostomie,
- Spezielle Ernährungszubereitung und Ernährungstherapie.

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. Stimmliche Rehabilitation

Bei den Patienten mit oder ohne Tracheostoma, mit oder ohne zusätzlicher Radio- und / oder Chemotherapie steht im Vordergrund die stimmliche Rehabilitation, da ohne verbale Kommunikationsmöglichkeit die psychische, soziale und berufliche Integration äußerst erschwert ist, so dass der Patient durch sein Handycap, in die Isolation und somit in ein Schattendasein gedrängt wird.

Der Umgang mit dem Tracheostoma, der Kanüle und den Hilfsmitteln wird in enger Verzahnung von Logopädie und HNO-ärztlicher Mitbehandlung erlernt und der

Patient wird motiviert, in der therapiefreien Zeit das Erlernte in Eigeninitiative weiter zu verfestigen. Sollte auch nach mehreren Monaten die Ösophagusersatzstimme von den laryngektomierten Patienten nicht angenommen werden, können elektronische Sprechhilfen sprachliche Kommunikationsbarrieren und somit soziale Isolation überwinden helfen.

Im logopädischen Aufnahmegespräch werden zunächst nochmals die erfolgte Operationstechnik und die zu erwartenden Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs wie stenosierende Tracheitis und Verschleimung erörtert und Informationsdefizite erkenntlich gemacht. Das Verstehen der kausalen Zusammenhänge von Therapie und resultierenden Funktionssörungen 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 zervikale Blockdissektion?
- Ist das Ödem in den frühen Morgenstunden am stärksten ausgeprägt?
- Bestehen morgendliche Verschleimungen und Auswurf?
- Treten Hustenattacken auf?
- Treten Schluckbeschwerden und Verschlucken auf?
- Treten Erstickungsanfälle oder Atemprobleme auf?
- Liegen verminderter Speichelfluss und Mundtrockenheit vor?
- Liegen Zahnprobleme vor?
- Kann der Patient das Tracheostoma selbst versorgen?

Inspektion:

- Ödemausmaß (Augenlider, Wangen, Lippen, Hals, submandibuläre, okzipitale, supraklavikuläre Regionen),
- Zyanose von Haut und Lippen,
- Ausbildung von Kollateralvenen,
- Fibrosen, knotige Hautveränderungen, Ulzerationen,
- Facialislähmung,
- Beweglichkeit von Augenlidern und Auge,
- Tracheostoma,
- Weichteilschrumpfung der vorderen Halsregion,
- Wundheilungsstörungen mit Krusten- und Ulcusbildung.
-

Palpation:

- Ödembeschaffenheit unter Einbeziehung von Schleimhäuten und Mundboden,
- Wundheilungsstörungen mit Krusten- und Ulcusbildung,
- Palpable Lymphknoten,
- Knotige und indurative Veränderungen.

Neben des Erlernens einer Ersatzstimmbildung, steht die Behandlung eines sich entwickelnden Lymphödems bei postoperativ verminderter Transportkapazität des Lymphgefäßsystems. Der sich nach Operation und Bestrahlung auftretende lokale Lymphstau prägt sich nach sechs bis acht Wochen enoral, hypopharyngial und zervikal aus und bedarf einer manuellen Entstauungstherapie, ggfs. auch den Mundinnenraum einbeziehend. Je nach veränderter Transportkapazität des Lymphgefäßsystems und einem Proteinstau kommt es zunächst zu einer Fibrosierung, mit voranschreitender Zeit zu einer Induration und Sklerose. Die Fibroselockerung sowohl im Narbengebiet als auch in den strahlengeschädigten Hautpartien im Hals und Wangenbereich 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 Mundschleimhautpflege durch Pflegepersonal und Patient 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 therapiebegleitend tagsüber mehrmals durchführen kann.

Insgesamt ist bei den Patienten eine langfristige intensive interdisziplinäre Betreuung mit Kontrollen unumgänglich, um so schnell Fehlentwicklungen korrigieren zu können. Das Erlernen der Ersatzstimme und des Einsatzes elektrischer Tongeneratoren ist zwar ein langfristiger und für alle Beteiligten ein mühsamer Weg, jedoch für den Betroffenen ein Aspekt der sozialen Integration.

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,
- Vermitteln 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 gezielte krankengymnastische, lymphtherapeutische und physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Diese zielen im wesentlichen auf:

- Stärkung der Muskulatur,
- Aktivierung spezieller Muskelgruppen,
- Lockerung von Fibrosen,
- Entstauung bei Lymphödem,
- 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.

- Schleimhautprotektion, mehrmals täglich Mundspülung mit:
 - o Ampho-Moronal®,
 - o Salviathymol®,
 - o Glandomet,®
- Antiemetische Therapie,
- Xerostomie, mehrmals täglich Mundspülung mit:
 - o Glandosane®,
- Erythem nach Radiotherapie:
 - o Bepanthen Salbe
 - o Azulon Creme
- Refluxösophagitis:
 - o H₂ – 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 der beabsichtigten Therapie und deren Kurz- und Langzeitfolgen nicht nur mit einer höheren Akzeptanz sondern auch mit einer geringeren Abbruchquote verbunden sind.

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 Ergometer- oder Laufbandtraining,
- Isokinetischer Muskelaufbau.

Eine Wassertherapie ist für den Kehlkopflosen Patienten empfehlenswert, wobei zunächst nach HNO-ärztlicher Voruntersuchung ein Wassertherapiegerät angepasst wird. Nachdem der Patient die Gebrauchshandhabung durch versiertes Fachpersonal erlernt hat, kann er ohne weiteres, bei Benutzung dieses Gerätes, an einer Wassertherapie wie Unterwassermassage, Bäder und Schwimmen teilnehmen. 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 Wund- und Stomaversorgung, die Mund- und Zahnhygiene sowie die Kanülen-Pflege zu nennen. Für diese zum Teil zeitaufwendigen und fachspezifischen Maßnahmen stehen ein geschultes Personal und die notwendigen sterilen und unsterilen Räumlichkeiten zur Verfügung.

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

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

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.

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 eingreifenden onkologisch therapeutischen Maßnahmen ist es erforderlich, dass der Patient seine Ernährungsweise an die Krankheit bzw. an die entstandene Funktionsstörung anpasst. Dies betrifft in hohem Maße den laryngektomierten Patienten, sowohl mit als auch ohne Neck-dissection. Ist gerade doch bei ihm in zunehmendem Maße, auf Grund der zunächst bestehenden Schluckstörungen, einhergehend mit Hustenattacken, Regurgitation und Schmerzen, eine Nahrungsverweigerung zu beobachten. 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. Eine bereits bestehende Sondenernährung über die PEG oder eine perorale Zusatzernährung werden fortgesetzt und zunehmend an die klinischen Bedingungen des Patienten angepasst. Ziel ist es, eine weitgehend normale orale Ernährung zu erreichen.

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,

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 der 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 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 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 körperlichen Beeinträchtigung und der augenblicklichen Belastbarkeit des Patienten ab.

Die Indikationsstellung einer physikalischen Maßnahme erfolgt über einen Facharzt, 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 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, die Patienten zu motivieren, auch nach dem Rehabilitationsverfahren zu Hause das Erlernte umzusetzen, um so aktiv in Eigenverantwortlichkeit seinen Gesundungsprozess weiter zu fördern.

Therapieverfahren in der Klinik:

- Einzel- und Gruppengymnastik,
 - o Verschiedene WS-Programme,
 - o Atemgymnastik,
 - o Gefäßgymnastik,
 - o Entstauungsgymnastik,

- Beckenbodengymnastik,
- Gymnastik zur Kontrakturlockerung.
- Hydro- und Balneotherapie (Wassertherapiegerät für den kehlkopfloren Patienten),
 - Medizinische Bäder,
 - Bäder mit der ortsgebundener Quelle,
 - Güsse,
 - 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 Orthopädiotechnik am Ort wird nach der intensiven komplexen physikalischen Entstauung bei Beendigung der Rehabilitation eine Kompression angemessen und dieselbe 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.

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,
- 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 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 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 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 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, 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,
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 der veränderten Essmodalitäten des laryngektomierten Patienten.
- **Medikamentöse Maßnahmen**

Eine Therapieevaluierung des Lymphödems 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 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

Zusätzlich 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 laryngektomierte Patienten:

- Therapieassoziierte Nebenwirkungen bei dem kehlkopflosen Patienten,
- Zahn- und Mundhygiene,

- Tracheo-Stomapflege,
- Behandlung des Lymphödems,
- Ursache und Behandlung von Schlafstörungen und Schnarchen.

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 mannigfaltig:

- Angst vor zunehmender Krankheitsbelastung,
- 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 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.

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, 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 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),

- Pflege und Pflegehilfen,
- Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe).

13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

In der Rehabilitation der Kehlkopflösen Patienten 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 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 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 –ordner 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 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,
 - 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.
- 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 bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

15.1 Rehabilitationsbedarf

Die Rehabilitation dient der Beseitigung und Linderung therapiebedingter Auswirkungen, nachdem durch die Therapiefolgen mehrere Organsysteme des oberen Aerodigestivtraktes in ihrer Funktion z. T. erheblich beeinträchtigt wurden, wengleich auch der Stimmverlust und die daraus resultierenden Probleme vorrangig sind.

15.2. Rehabilitationsziel

Zur psychischen, sozialen und beruflichen Integration steht vorrangig die stimmliche Rehabilitation, aber auch die Folgeerkrankung mit motorischer Funktionsstörung im Kopf-, Hals-, Schulterbereich, ggfs. auch ein Lymphödem

15.3. Strukturqualität

Die Probleme des Kehlkopflosen Patienten sind mannigfaltig, sodass eine Rehabilitation nur in qualifizierten Kliniken durchgeführt werden sollte, um später ambulant weitergeführt zu werden. Eine engmaschige Vernetzung der einzelnen Abteilungen ist ebenso erforderlich wie die Durchführung HNO-ärztlicher Untersuchungen mit Endoskopie, Sonographie und Audiometrie. 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 somatischen Funktionsausfälle als auch auf die psychosozialen Auswirkungen ausgerichtet. Der Betroffene erlernt nach Stimmbahnung und Sprachgestaltung über Ösophagus-Ersatzstimme Abhustechniken und Mechanismen, die ihm Selbstvertrauen bei reibungslosem Ablauf seiner Kanülenversorgung geben. Die Bearbeitung existentieller Lebenskrisen und beruflicher Probleme erfordern weitere Hilfestellung.

15.5. Ergebnisqualität

Der wichtigste Erfolgsparameter sind neben der Stimmrehabilitation die Techniken, die der Patient zur Eigenversorgung erlernt hat. Ebenso wie die Effizienz lymphtherapeutischer Maßnahmen und Mobilitätssteigerung gemessen werden kann, ist die Reintegration in den Arbeitsprozess als ein objektivierbarer Erfolgsparameter anzusehen.