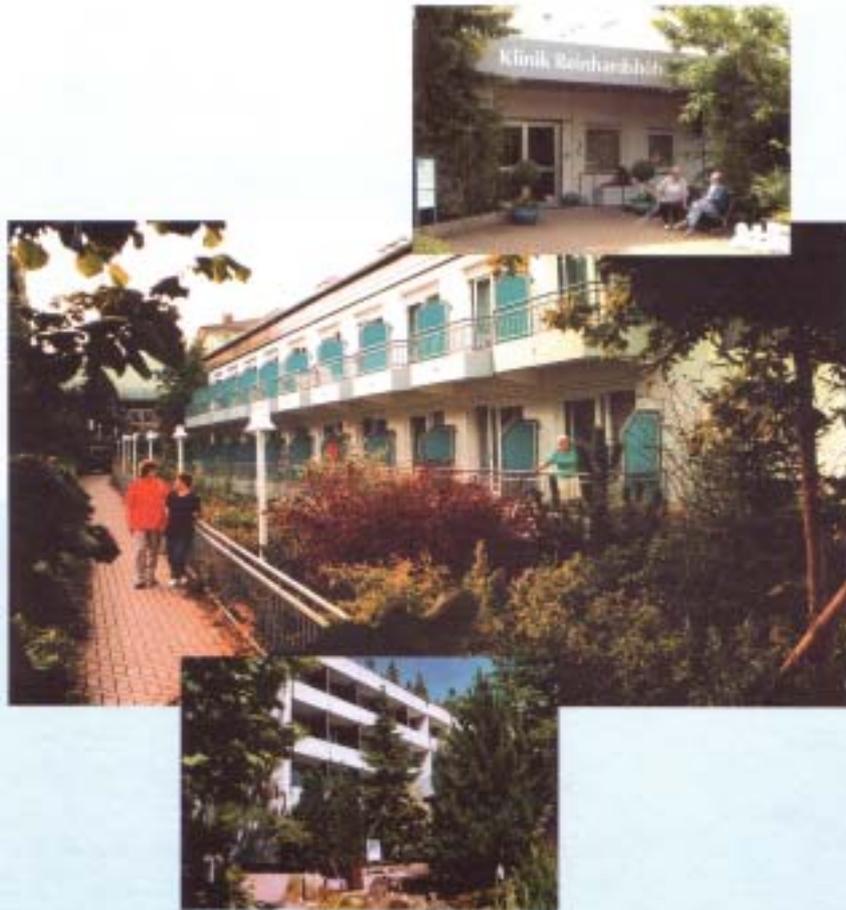


KLINIK REINHARDSHÖHE

Fachklinik für Medizinische Rehabilitation



Klinikkonzept

*Urologische Rehabilitation
Therapie der Harninkontinenz und der erektilen
Dysfunktion*

Klinik Reinhardshöhe
Fachklinik Verwaltungs- und Betriebs GmbH
Dr. Ebel und Klinge

FACHKLINIK FÜR MEDIZINISCHE REHABILITATION

Quellenstraße 8 - 12
34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

Tel. 056 211 705-0
Fax 056 211 70 31 01
E-Mail: info@klinik-reinhardshoeh.de
www.klinik-reinhardshoeh.de

Institutionskennzeichen: 510662784

Ein Haus der Dr. Ebel Fachkliniken



Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Klinikstruktur	3
1.1. Träger und Standort	3
1.2. Indikation	3
1.3. Personalstruktur – Medizin	3
1.4. Belegungsdaten	4
2. Allgemeines Konzept der Rehabilitation	4
3. Urologische Rehabilitation	4
4. Indikationsübergreifende Aufgaben (Rehabilitationsziele)	5
5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation	6
6. Indikationsspezifische Funktionsstörungen (Beispiele)	7
7. Diagnostik	7
7.1 Vorbefunde	7
7.2 Diagnostisches Grundprogramm	8
7.3 Indikationsspezifische Diagnostik	8
8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen	9
Beispiel: Harninkontinenz	
8.1 Diagnostik	9
8.2 Verhaltensmodifikation	9
8.3 Spezielle therapeutische Maßnahmen	10
8.4 Schulung und Information	10
Beispiel: Erektile Dysfunktion	11
8.5. Diagnostik	11
8.6. Therapie	11
8.6.1. SKAT	11
8.6.2. Phosphodiesterasehemmer	12
8.6.3. Psychologische Verfahren	12
8.6.4. Physiotherapeutische Begleitmaßnahmen	14
8.6.5. Therapieablauf in der Klinik	14

9. Indikationsübergreifende Behandlungskonzepte	15
9.1 Medizinische Behandlung	15
9.1.1 Medizinische Basistherapie	15
9.1.2 Supportive Maßnahmen	15
9.1.3 Allgemeine rehabilitative Maßnahmen	15
9.1.4 Schmerztherapie	15
9.1.5 Therapie von Simultanerkrankungen	16
9.2 Pflegerische Betreuung	16
9.3 Ernährungstherapie	17
9.4 Physikalische Therapie	17
9.5 Ergotherapie	19
9.5.1. Therapeutischer Aufgabenbereich	20
9.6 Besondere Therapieprogramme	20
9.6.1 Aktives Bewegungstraining	20
9.6.2 Programm „Aktiv Gesundheit fördern“	21
9.6.3 Programm „Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom (Fatigue)“	22
10. Allgemeine Schulung und Information	23
10.1 Allgemeines Programm (Curricula)	23
10.2 Spezielles Programm	23
11. Klinische Psychologie und Psychotherapie	24
12. Sozialberatung und soziale Hilfestellung	26
13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung	27
14. Qualitätssicherung	28
14.1 Qualitätsmanagement	28
14.2 Qualitätslenkung	28

1. Klinikstruktur

1.1 Träger und Standort

Die Klinik ist eine Rehabilitationsklinik und wurde 1960 als „Waldsanatorium Roth“ gegründet. Sie befindet sich heute in Trägerschaft der Dr. Ebel Fachkliniken GmbH und Co. Anlagen KG/R. Klinge, welche bundesweit insgesamt 10 Fachkliniken betreibt.

Standort der Klinik ist das Bäderzentrum Bad Wildungen, zwischen Edersee und Kellerwald reizvoll gelegen, umgeben von Laub- und Nadelwäldern. Das Klima entspricht der gemäßigten Mittelgebirgslage: hohe Sonnenscheindauer und Strahlungsintensität, geringe Nebelbildung und nahezu vollständige Staubfreiheit.

1.2 Indikationen

- Onkologische Erkrankungen (bösartige Geschwulst- und maligne Systemerkrankungen), speziell
 - Urologische Tumoren
 - Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane einschl. der Brust
 - Maligne Systemerkrankungen (Lymphome)
 - Tumoren des Gastrointestinaltraktes
- Nichtonkologische, innere, urologische und gynäkologische Erkrankungen
- Psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen
- Krankheiten des Lymphsystems

Zusatzindikationen:

- Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

1.3 Medizinische Personalstruktur

Ärztliche Qualifikationen

Urologie

Innere Medizin (3 Ärztinnen/Ärzte)

Teilgebiet Hämatologie/Onkologie

Gynäkologie

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Sozialmedizin,

Balneologie

1.4 Belegungsdaten

188 Einzelzimmer, 10 Doppelzimmer

Belegungsträger für die onkologische Rehabilitation:

- Landesversicherungsanstalten Braunschweig, Hessen, Hannover, Schleswig Holstein,
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Gesetzliche Krankenkassen
- Private Krankenkassen

Die Klinik ist beihilfeberechtigt.

Es besteht ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V (11.03.2002) für Kostenübernahmen gem. § 40,2 SGB V zur Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Anschlussheilbehandlungen werden im Auftrag der Rentenversicherungsträger und gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.

2. Allgemeines Konzept der Rehabilitation

Ziel der onkologischen Rehabilitation ist eine weitestgehende Reduktion von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die als Folge des Grundleidens selbst bzw. dessen Therapie auftreten. Im Mittelpunkt steht hierbei die Unterstützung oder Verbesserung von Kompensationsmöglichkeiten, um funktionelle Einschränkungen, Aktivitätsminderungen des täglichen Lebens, Beeinträchtigungen des Berufslebens oder der gesellschaftlichen Integration zu verringern, evtl. sogar ganz zu beseitigen.

Der Betroffene soll in die Lage versetzt werden, ein möglichst beschwerdefreies Leben zu führen, auch dann, wenn aufgrund des Grundleidens oder der Vorbehandlung die körperliche Unversehrtheit dauerhaft eingeschränkt bleiben wird. Die aktive Beteiligung des Rehabilitanden an der Krankheitsbewältigung durch Anleitung und Schulung gilt hierbei als zentrales Anliegen.

Selbstbestimmtes Leben mit einer Behinderung bedeutet, Wahlmöglichkeiten für die eigene Lebensgestaltung zu erhalten und aktiv zu verwenden. Hierbei muss Rehabilitation als kontinuierlicher und die verschiedenen Eingliederungshilfen verbindender Prozess im Rahmen eines Rehabilitations-Gesamtplanes angelegt sein. Die ganzheitliche Zielsetzung der Rehabilitation erfordert das produktive Zusammenwirken aller hieran beteiligten Professionen, wobei der Arzt die Koordination übernimmt.

Die Onkologische Rehabilitation ist bedarfsabhängig auch mit der Behandlung des Tumorleidens selbst verzahnt, beispielsweise bei der Fortsetzung einer zytostatischen Therapie. Somit erscheint der kurativ-medizinische Aspekt auch als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes der stationären Rehabilitation, die sich somit als Bindeglied zwischen Primärbehandlung des Tumorleidens im Krankenhaus und der nachfolgenden Betreuung durch den Hausarzt versteht.

3. Urologische Rehabilitation

Die Erfolge bei der Behandlung urologischer Tumoren sind häufig verbunden mit dem Verlust wichtiger anatomischer Strukturen und mit dem Auftreten konsekutiver

Funktionsstörungen. Insbesondere die radikalen Operationen im Bereich des kleinen Beckens führen im hohen Prozentsatz zu spezifischen Folgen (z.B. Urostomaversorgung) und Funktionsstörungen, (z.B. Harninkontinenz, erektiler Dysfunktion usw.) oder zu einer erforderlichen Urostomaversorgung.

Das Therapiespektrum urologischer Malignome umfasst je nach Tumorlokalisierung, Tumorstadium und Krankheitsverlauf neben operativen Eingriffen im erhöhten Maße auch zytostatische, radiogene und hormonelle Therapiemaßnahmen. Aufgrund der verschiedenen Therapiemodalitäten, aber auch wegen der unterschiedlichen Verlaufsprognosen haben sich die betroffenen Patienten mit vielfältigen und tiefgreifenden Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, die Rehabilitationsbedarf, -bedürftigkeit und -aufwand grundlegend beeinflussen.

Häufig benötigen diese Patienten eine besondere psychische Zuwendung. Ihre Belastung erstreckt sich nicht nur allein auf somatische Beeinträchtigungen sondern besteht neben der verständlichen Angst vor einer möglichen Progredienz des Leidens auch in der häufig massiven Störung wichtiger Körperfunktionen (z.B. der Kontinenz).

Ferner ist bei allen rehabilitativen Maßnahmen zu bedenken, dass die Gruppe der Patienten nach urologischer Tumorthherapie vergleichsweise ein höheres Durchschnittsalter aufweist als mehrheitlich betroffenen anderer Tumorentitäten.

Nach radikaler Prostataoperation wegen eines Prostatakarzinoms sind etwa 80-90 % der Patienten im ersten postoperativen Monat inkontinent. Ein Jahr nach dem Eingriff beträgt die Inkontinenzrate immerhin noch 20-30 % oft mit bleibenden Folgen.

Die urologische Rehabilitation umfasst aber nicht nur die rehabilitative Versorgung onkologischer Patienten. Auch außerhalb der Onkologie besteht ein großer Bedarf an rehabilitativen Therapiemaßnahmen. Harninkontinenz ist ein häufig ignoriertes, aber dennoch vordringliches Gesundheitsproblem. Ihr Vorkommen wird bei 5-10 % aller Erwachsenen eingeschätzt, wobei die Häufigkeit im Alter zunimmt. Bei über 65-jährigen soll die Häufigkeit schon bei 30 % liegen und bei Menschen in Pflegeheimen einen Anteil von

50-70 % erreichen. Die Altersabhängigkeit der Inkontinenz ist ein Faktor, der bei unserer derzeitigen Bevölkerungsentwicklung für die Zukunft eine große Bedeutung erreichen wird. Erfolgreiche therapeutische bzw. rehabilitative Maßnahmen könnten hierbei die enormen Kosten für die Hilfsmittelversorgung senken helfen und davon abhängige Pflegemaßnahmen verringern.

4. Indikationsübergreifende Aufgaben (Rehabilitationsziele)

Die Diagnose und die zum Teil eingreifenden therapeutischen Maßnahmen bedeuten bei Tumorpatienten einen tiefen Einschnitt in die Existenz und den Lebenslauf der Betroffenen. Zu den Belastungen gehören neben den Schmerzen, der Erschöpfung, den Ängsten, der Depression und den sozialen Folgen, auch Probleme der Krankheitsverarbeitung und des Informationsdefizits.

Eine Harninkontinenz - auch unabhängig von ihrer Ursache und einer eventuellen Tumorthherapie - kann zum Teil gravierende Beeinträchtigungen mit psychosomatischen, sozialen und auch ökonomischen Auswirkungen haben.

Im Folgenden seien die möglichen Defizite und Behandlungsziele beispielhaft dargestellt, wobei die Aufstellung keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

Somatische Therapieziele:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Schmerzlinderung
- Verminderung postoperativer Beschwerden
- Wundversorgung
- Minderung der Fatigue-Symptomatik
- Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Verminderung eines Lymphödems
- Minderung einer Inkontinenz
- Minderung von Hormonausfallerscheinungen
- Verbesserung der Stomaversorgung

Therapieziele im psychischen Bereich

- Abbau von Angst
- Verminderung der depressiven Verstimmung
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen
- Verminderung sexueller Probleme
- Verminderung von Schlafstörungen
- Verbesserung der Akzeptanz des veränderten Körperbildes
- Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven
- Kompensation der Angst vor unkontrollierbaren Funktionsstörungen
- Stärkung der Akzeptanz des veränderten Körpers und der ausgefallenen Körperfunktionen

Therapieziele im sozialen Bereich:

- Verbesserung der sozialen Integration
- Teilnahme am geselligen kulturellen Leben
- Berufliche Integration bzw. Wiedereingliederung
- Informationen, Hilfen im sozialen arbeitsrechtlichen Bereich
- Festigung der Integration in Familie, Partnerschaft und Alltag

Edukative Therapieziele:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Inkontinenzversorgung)
- Erwerb von Kenntnissen über gesundes und krankheitsgerechtes Verhalten
- Beherrschen von Strategien und Techniken zur Stressbewältigung

5. Therapieplanung – Ergebnisbeurteilung – Dokumentation

Die Qualität einer Rehabilitationsmaßnahme orientiert sich ausschließlich daran, ob oder in welchem Umfang ein vorher festgesetztes Therapieziel erreicht worden ist. Dieses wird nach Abschluss der Diagnostik und nach Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs formuliert und schriftlich fixiert. Durch regelmäßige fortlaufende Kontrollen der ergriffenen Maßnahmen werden konkrete Aussagen über die Umsetzung des gesteckten Zieles geschaffen. Der damit erlangte Zwischenstatus erlaubt nicht allein Rückschlüsse über den Verlauf und die Qualität des Vorgehens, sondern gestattet auch eine Überprüfung des Rehabilitationszieles, mit der Möglichkeit einer Neudefinition desselben, wenn notwendig.

Grundlage der Arbeit ist hierbei der vom Gesetzgeber definierte Auftrag (SGB I, III, IV, V und IX) und die Vorgaben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) im Rahmen seines Qualitätssicherungsprogramms.

Einbezogen in die Therapieplanung werden:

- Medizinische Behandlung
- Physiotherapie
körperliche Leistungsfähigkeit
Funktionsstörungen, Behinderungen
- Ergotherapie
- Hilfsmittelversorgung
- Psychologische Intervention
- Ernährungstherapie
- Schulung- und Information
- Soziale und berufliche Beratung
- Planung und Anregung weiterer rehabilitativer Maßnahmen

Die wesentlichen Prozessmerkmale, das Therapieergebnis und nicht zuletzt die sozialmedizinische Stellungnahme sowie mögliche Vorschläge für ein Nachsorgekonzept werden im Entlassungsbericht ausführlich dargestellt. Dieser berücksichtigt konsequent die Merkmale des Prozess-Screenings im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (sog. Peer-Review-Verfahrens).

6. Indikationsspezifische Funktionsstörungen (Beispiele)

1. Harn-(und Stuhl)inkontinenz
2. Erektile Dysfunktion
3. Direkte Operationsfolgen (Wundheilungsstörungen, Adhäsionsbeschwerden, Anastomosenstriktur)
4. Postradiogene Läsionen (radiogene Zystitis, Radioderm, radiogene Proktitis, Diarrhoe, Lymphödem der unteren Extremitäten)
5. Störungen nach zytostatischer Therapie (Hämatopoese, Polyneuropathie)
6. Störungen unter androgener Deprivation (Libidoverlust, Hitzewallungen)
7. Lumboischialgien
8. Psychische und partnerschaftliche Probleme

7. Diagnostik

7.1 Vorbefunde

Die bei der Primär- oder Vorbehandlung erhobenen Untersuchungsbefunde müssen zu Beginn eines Rehabilitationsverfahrens ausführlich dokumentiert vorliegen und sollten Angaben aufweisen über

- Primärsitz der Geschwulst
- Befund der histomorphologischen Untersuchung
- Grad der anatomischen Tumorausbreitung (TNM-System)
- Operationsverfahren
- Form und Ergebnis der zytostatischen Therapie

- Form und Ergebnis der Strahlentherapie
- Angaben über zusätzliche therapeutischen Maßnahmen

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

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

7.2 Diagnostisches Grundprogramm

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

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

- Anamnese
- Klinische Untersuchung
- Laboruntersuchung
- Apparative Untersuchungsverfahren(optional):
EKG, Belastungs-EKG
Spirometrie
Sonografie
- Psychologische Testverfahren (HAD-S)
- Konsiliarfachärztliche Diagnostik

7.3 Indikationsspezifische Diagnostik

- Pad Test
- Uroflow
- Urinzytologie
- Sonografie, Dopplersonografie
- Endoskopie

8. Spezielle rehabilitative Maßnahmen

Beispiel: Harninkontinenz

8.1 Diagnostik

- ➔ *Anamnese (Formular)*
 - Miktionsfrequenz –Nykturie*
 - Harndrangsymptomatik – Schmerzen*
 - Zeitpunkt des Harnverlustes*
 - Umstände beim Harnverlust*
 - Miktionsverzögerung*
 - Nachträufeln*
 - Harnstrahl*
 - Trinkmengen mit Zeitpunkt*
 - Medikamente*

➔ *Spezielle Untersuchungen*

- Restharnbestimmung*
- rectal-digitale Untersuchung*
- Funktionstest*
 - „Stresstest“*
 - „Marshall-Probe“*
- apparative Untersuchungen*

➔ *Tagebuch*

- *Trinkmenge*
- *Toilettenbesuche*
- *Unfreiwillige Urinabgänge*
- *Beschwerden (Harndrang etc.)*
- *Situation bei Harnverlust (Anwesenheit bestimmter Personen, Weg zur Toilette etc.)*
- *Morgenmiktions (Menge)*
- *Medikamenteneinnahme*

8.2 Verhaltensmodifikationen

- *Information (Grundlage)*
- *Trinkmengeregulierung (2-3) l*
- *Gewichtsreduktion*
- *Blasentraining*
 - Vergrößerung des Volumens*
- *Toilettentraining*
 - Individueller Miktionsrhythmus*
 - Bilanzierung*
 - Intervallverlängerung*
- *Individuelle Inkontinenzversorgung*

8.3 *Spezielle therapeutische Maßnahmen*

- ***Beckenbodentraining***
Indikation prüfen
Voraussetzungen prüfen
motivieren
- ***Elektrostimulation***
- ***Hilfsmiteinsatz***
(Vaginalkonden usw.)
- ***Biofeedback Training***
- ***Medikamente***

8.4 *Schulung und Information*

Anatomie und Funktion der Beckenbodens
Inkontinenz und Inkontinenzformen
Hilfsmittelgebrauch
Einführung in die Trainingsprogramm
Prophylaktische Maßnahmen
Kenntnisse über die Biofeedback-Methode

Beispiel: Erektile Dysfunktion

8.5. Diagnostik

Als Basis für die Diagnostik der erektilen Dysfunktion dient die Empfehlung der ersten internationalen Konsultation 1999 unter der Schirmherrschaft der WHO. Dieser Empfehlung nach sollen folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

1. Anamnese: Spezielle Fragen zu kardiovaskulären Erkrankungen und Risikofaktoren wie arterieller Hypertonus und Diabetes mellitus, KHK, Herzinfarkt, Hyperlipidämie und apoplektischer Insult. Darüber hinaus werden die genaue Medikamenteneinnahme, relevante Operationen, hormonelle oder infektiöse Erkrankungen erfragt. Erhebung der Sexualanamnese nach einem definierten Fragenkatalog (IIEF-5).

2. Körperliche Untersuchung: Neben der allgemeinen körperlichen Untersuchung Begutachtung und Untersuchung des äußeren Genitals und die rektale Palpation.

3. Labordiagnostik: Bestimmung des Testosterons, des Prolaktins sowie der Glucose und bei Diabetikern auch HbA1c. Darüber hinaus wird die Bestimmung der Blutfette und die Urinanalyse durchgeführt.

4. Spezifische Diagnostik: Dabei handelt es sich um weiterführende diagnostische Maßnahmen, die bei gezielter Fragestellung und zum Ausschluss anderer Ursachen der erektilen Dysfunktion eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang wird im wesentlichen die Doppler-Sonographie der Penisarterie durchgeführt. Weitere invasive diagnostische Maßnahmen wie Penisangiographie, Kaverosometrie und -graphie, neurophysiologische Untersuchungen und die Corpus-cavernosum-Elektromyographie werden nur sehr selten benötigt und in Kooperation mit anderen Kliniken veranlasst.

8.6. Therapie

Die Therapie der erektilen Dysfunktion sollte sich nach den Bedürfnissen des Patienten und der Partnerin richten. Darüber hinaus müssen natürlich die Befunde der Diagnostik Berücksichtigung finden. Zum Einsatz kommen die Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT) mittels Alprostadil, der topischen und transurethrale Einsatz von Alprostadil (MUSE), die Verwendung einer Vakuumpumpe, die systemische medikamentöse Therapie mit Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, u.a.), Gefäßoperationen und Penisimplantate.

Darüber hinaus sollte das therapeutische Bemühen zusätzlich durch psychologische und wenn vorhanden auch durch physiotherapeutische Verfahrensweisen unterstützt werden.

8.6.1. SKAT

Das Prostaglandin E1 Alprostadil stellt seit 15 Jahren die führende Substanz in der SKAT Methode dar und ist in 10- und 20 µg Dosierungen auf dem Markt. Inzwischen wurden sogenannte „Dual-chamber-Spritzen“ entwickelt, die den bis dahin komplizierten Mischvorgang überflüssig machen und damit die SKAT Methode vereinfachen. Die Wirksamkeit beruht auf einer Stimulierung der Adenylatzyklase mit Erhöhung der 3'5'-cAMP, Hemmung der Noradrenalinfreisetzung an den α 1-Rezeptoren über präsynaptische Prostaglandin E1-Rezeptoren und Hemmung der Angiotensin-II-Sekretion. Dadurch kommt es zur Relaxation der glatten Schwellkörpermuskulatur mit Abnahme des peripheren Gefäßwiderstandes in den Sinusoiden und Aa helicinae. Dies führt zur deutlichen Zunahme der Blutfülle im Schwellkörper und leitet die Erektionsphase ein. Darüber hinaus wird die für

die irreversible erektile Dysfunktion wahrscheinlich verantwortliche Hypoxie des Corpus cavernosum und der daraus resultierenden Gewebeschädigung verhindert. In einer randomisierten Studie von 30 Patienten konnte gezeigt werden, dass bei 67% der Patienten die eine SKAT erhalten haben, die Erholung der erektilen Funktion im Median nach 3 Monaten nach Einleitung der Therapie erfolgte. Bei Patienten ohne Therapie wurde dies nur bei 20% beobachtet. Der Unterschied war trotz des geringen Patientenkollektivs statistisch signifikant. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis dahingehend, dass der frühe postoperative Einsatz von Alprostadil die Gewebehypoxie verhindert und bei der Mehrzahl der Patienten die erektile Dysfunktion wiederherstellt. Voraussetzung dafür ist allerdings die Durchführung einer nervenschonenden Operationsmethode. Die besten Erfolgsraten werden bei einem frühen Beginn der SKAT beobachtet. Aus diesem Grund wird empfohlen, mit der intracavernösen Therapie während der ersten vier Wochen nach NRP zu beginnen.

In Phase II Studien liegt die Erfolgsrate bei 75% und in der Langzeitanwendung bei den Respondern bei 96%. Damit erreicht die SKAT Methode im Vergleich zur oralen systemischen medikamentösen Therapie in der Langzeittherapie die höchste Effektivität und Zuverlässigkeit bei geringer lokaler oder systemischer Nebenwirkung. Ein besonderer Vorteil von Alprostadil eine sehr gute Gewebeverträglichkeit mit nur 1-11% Schwellkörperindurationen und einer geringen Priapismusneigung (< 1%). Bei 40% der Patienten kommt es zu penilen Schmerzen, deren Ursache unbekannt ist.

8.6.2. Phosphodiesterasehemmer

Die Verwendung der Phosphodiesterase Typ 5-Hemmer (PDE5-I) bei Patienten nach RNP hat seit der offiziellen Verfügbarkeit des Medikamentes in Deutschland im Jahre 1998 deutlich zugenommen. Derzeit sind verschiedene Substanzen auf dem Markt, wobei die gängige Substanz das Sildenafil ist. Die besten Ergebnisse können bei Patienten mit einem Lebensalter unter 60 Jahren nach bilateraler NRP erreicht werden. Die PDE5-I hemmen vornehmlich aber nicht ausschließlich die PDE-5 im corpus cavernosum. Dies führt zu einer Steigerung von cyclischem GMP, welches die Relaxation der glatten Muskulatur hemmt, dadurch die Durchblutung des Schwellkörpers erhöht und damit die erektile Dysfunktion verbessert. Am günstigsten wirken die PDE5-I bei Patienten mit psychosomatischer oder vaskulär bedingter ED und bei Patienten die eine Strahlentherapie statt einer NRP erhalten haben. Nach einer Radiatio können durch den Einsatz von Sildenafil bis zu 70-80% der Patienten ihre erektile Funktion wieder erreichen. Bei Patienten nach NRP ist die Erfolgsrate geringer, insbesondere nach non-NRP mit einer Rate von nur 15%. Patienten, die eine uni- oder bilaterale NRP erhalten haben und reine ED entwickeln, ist die Erfolgsrate von 35-71% deutlich besser. Offensichtlich ist die Wirksamkeit der PDE5-I abhängig von der restlichen nervalen Versorgung des corpus cavernosum nach NRP. Kommt es darüber hinaus unter der Therapie mit PDE5-I zu keiner optimalen Wirkung kann eine Kombinationstherapie mit der SKAT Methode versucht werden. Mydlo et al untersuchten 32 Patienten, die auf eine alleinige Therapie mit PDE5-I nicht angesprochen haben. Die Untersucher konnten bei 22/32 Patienten (68%) eine Verbesserung der erektilen Funktion durch eine Kombinationstherapie erreichen. Zu beachten sind bei einer Therapie mit PDE5-I die Nebenwirkungen und die Kontraindikationen.

8.6.3. Psychologische Verfahren

Vorrangiges Ziel aller psychosozialen Maßnahmen ist es, die Patientinnen und Patienten zu stärken und sie darin zu unterstützen, sich auf die Gegenwart und die Zukunft zu orientieren und Ihre Bewältigungsfertigkeiten und das Erleben der Kontrolle zu fördern. Das gilt entsprechend auch für den Umgang mit sexuellen Störungen und Beeinträchtigungen, die

Folge einer onkologischen Erkrankung oder Nebenwirkung medizinischer Behandlungsmaßnahmen sind.

Die Patienten werden in der Regel vom behandelnden Arzt überwiesen. Ein ärztliches Beratungsgespräch hat stattgefunden. Über ihre Erkrankung, Auswirkung dieser Erkrankung oder der Behandlung auf ihre Sexualität und mechanische oder medikamentöse Erektionshilfen sind sie informiert. Unter dieser Voraussetzung ist beim Prostatakarzinom eine psychologische Beratung oder Psychotherapie (i.S. einer Kurzzeittherapie) in folgenden Fällen zu empfehlen:

- ❖ Die sexuelle Störung ist vorwiegend seelisch bedingt. Zwar sind die physiologischen Voraussetzungen (nach nervenerhaltender Operation) gegeben, aber Ängste, Scham und / oder depressive Verstimmungen hindern den Patienten an der Ausübung sexueller Aktivitäten.
- ❖ Die sexuelle Störung ist zwar körperlich verursacht, z.B. Folge einer Prostatektomie, aber seelische Faktoren (Rückzugsverhalten) erschweren Akzeptanz und Bewältigung.
- ❖ Nach antihormoneller Behandlung ist auch das sexuelle Verlangen verschwunden, aber der Patient wird mit diesem Verlust nicht fertig.
- ❖ Die sexuelle Dysfunktion führt zu einer Belastung der Ehe.
- ❖ Durch die onkologische Erkrankung und / oder die Behandlung werden bestehende eheliche Konflikte aktiviert oder verstärkt.
- ❖ Der Patient hat sein sexuelles Leben vor der Erkrankung als befriedigend erlebt, aber nie oder selten darüber gesprochen und weiß nicht, wie er über seine Wünsche und Bedürfnisse sprechen soll.

Im Erstgespräch werden das Anliegen des Patienten abgeklärt und Zielvorstellungen erarbeitet. Dazu wird eine Problemanalyse erstellt und Modell der sexuellen Störung / Dysfunktion entwickelt, wobei folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- ❖ Prädisponierende Faktoren, wie z.B. eine primäre Sexualangst oder „Gehemmtheit“
- ❖ Auslösende bzw. vorausgehende Faktoren, wie z.B. eine mangelnde sexuelle Kommunikation
- ❖ Aufrechterhaltende Faktoren:
 - Angst, Erwartungen nicht mehr zu genügen
 - dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit
 - dysfunktionale Kognitionen oder „Mythen“ (B. Zilbergeld): „Sex gleich Koitus“; „Ohne Penetration kein Orgasmus“, „Ich bin kein Mann mehr“, „Ohne Samenerguss gibt es keinen Orgasmus“
- ❖ Umgang mit Hilfsmitteln (SKAT, Vakuumpumpe) zwar mit medizinischer Begleitung eingeübt, aber in der Praxis treten Schwierigkeiten auf: Vorbereitung dauert Ehefrau zu lange, Spontaneität geht verloren, Patient fürchtet, dass seine Inkontinenz Sexualität beeinträchtigt oder dergleichen.

Dabei wird angenommen, dass die Maßnahmen vorwiegend beratenden Charakter haben, seltener psychotherapeutischen (wobei die Übergänge sicherlich fließend sind), d.h. die Vermittlung von Vorschlägen zum praktischen Umgang mit konkreten Problemen wird überwiegen. Je nachdem, welchem Faktor die relativ größte Bedeutung zukommt, werden die verschiedensten Interventionen eingesetzt: Rollenspiele (zur Einübung sexueller Kommunikation), kognitive Umstrukturierung (bei dysfunktionalen Kognitionen), imaginative Methoden (zur Erarbeitung eines neuen sexuellen Skripts oder sexualtherapeutische Techniken (zur Entwicklung eines neuen Verhältnisses zum eigenen Körper) usw.

8.6.4. Physiotherapeutische Begleitmaßnahmen

Zur Unterstützung der spezifischen medikamentösen Therapie und der psychologischen Betreuung kommen gezielte krankengymnastische und physiotherapeutische Übungen zur Anwendung. Diese zielen im Wesentlichen auf die Stärkung der Muskulatur (genitale Muskeln, Beckenboden, Adduktoren, Gesäßmuskulatur) und auf eine bewusste Empfindung der einzelnen Muskelgruppen. Darüber hinaus wird durch eine gezielte Reflexarbeit versucht, die sensiblen und motorischen Fasern zu aktivieren.

8.6.5. Therapieablauf in der Klinik

Nach ausführlicher Erhebung der Anamnese und nach Durchführung der noch notwendigen Diagnostik, wird mit dem Patienten und ggf. der Partnerin zusammen der Behandlungsbedarf geklärt. Daran anschließend erfolgt bei Therapiewunsch ein ausführliches Beratungsgespräch über die therapeutischen Möglichkeiten und die Prognose. Bei diesem Gespräch finden die persönlichen Wünsche des Patienten und der Partnerin im Hinblick auf die Art und Weise der Therapie ihre Berücksichtigung. Eine bereits bestehende Therapie wird bei bisher gutem Erfolg natürlich unverändert fortgesetzt.

Den Patienten werden folgende Optionen angeboten und die Vorgehensweise sowie die Vor- und Nachteile diskutiert:

Systemische Therapie: PDE-5 Hemmer (z.B. Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil)

Lokale medikamentöse Verfahren: SKAT oder transurethral (Alprostadil)

Lokale nicht-medikamentöse Verfahren: Vakuumpumpe

Psychotherapeutische Begleitung

Physiotherapeutische Anwendungen

Als Erstlinientherapie wird den Patienten insbesondere dann, wenn eine nächtliche Spontanerektion besteht, ein PDE-5 Hemmer empfohlen. Die Auswahl des Präparates richtet sich nach den speziellen Wünschen und wird in Absprache mit dem Patienten getroffen. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Substanzen werden erläutert und der Patient über die Dosierung sowie die Risiken aufgeklärt. Bei Therapieversagen, Kontraindikationen gegen PDE-5 Hemmer oder beim Auftreten von Nebenwirkungen werden die Alternativen besprochen, eine Empfehlung ausgesprochen und ggf. die Behandlung eingeleitet.

Bei der SKAT-Methode wird mit einer Dosierung von 5 µg Alprostadil begonnen, die dann bei Bedarf bis zu einer Maximaldosierung von 40 µg im Einzelfall gesteigert werden kann. Die Applikation erfolgt bis zu 3x pro Woche und erfolgt anfangs durch den betreuenden Urologen und später ggf. durch den Patienten selbst. Im Falle des Therapieversagens wird die SKAT-Methode beendet und ein Alternativverfahren angeboten. In diesem Zusammenhang kommen die PDE-5 Hemmer zum Einsatz. Das Vorgehen erfolgt dann wie weiter oben bereits beschrieben. Als weiteres nicht medikamentöses Verfahren wird auch die Vakuumpumpe angeboten. Patienten, die nicht auf die konventionellen Verfahren ansprechen bzw. bei denen Kontraindikationen bestehen, werden über weiterführende invasive Maßnahmen wie z.B. Penisimplantat informiert.

9. Allgemeine Behandlungskonzepte

9.1 Medizinische Behandlung

9.1.1 Medizinische Basistherapie

Unmittelbar postoperativ auftretende Komplikationen können im Rahmen einer Anschlussrehabilitation behandelt werden, so dass eine Rückverlegung in das Akutkrankenhaus meist vermieden werden kann.

Die medizinische Basistherapie setzt die bereits bestehende medikamentöse Versorgung unverändert fort, Veränderungen werden vorgenommen, wenn fachliche Gründe vorliegen. Den Indikationsschwerpunkten entsprechend wird eine bereits eingeleitete Langzeitbehandlung fortgesetzt, oder wenn nötig, modifiziert. Im Rahmen einer notwendigen zytostatischen Therapie werden sämtliche Mono- und Kombinations-Protokolle in Absprache mit den primär behandelnden Ärzten durchgeführt. Oberstes Ziel hierbei ist es, die Kontinuität in der Behandlung zu ermöglichen unter Berücksichtigung von Ansprechraten und Lebensqualität.

9.1.2 Supportive Maßnahmen

Unerwünschte Nebenwirkungen und spezifische Probleme der zytostatischen Therapie werden durch begleitende Maßnahmen gemindert (Schleimhautprotektion, Uroprotektion, antiemetische Therapie, Granulozyten - Stimulation usw.) Hierzu gehört auch die Einbeziehung der betroffenen Patienten in die Entscheidungsfindung belastender Therapien mit dem Ziel einer höheren Akzeptanz verbunden mit einer geringeren Abbruchquote. Die umfassende fachliche Aufklärung über Sinn und Nutzen der beabsichtigten Therapie und deren Kurz- und Langzeitfolgen ist selbstverständlich.

9.1.3 Allgemeine rehabilitative Maßnahmen

Nach längerer Bettlägerigkeit, z.B. nach ausgedehnten Operationen, Zytostatika- oder Strahlentherapie, aber auch bei tumor- oder therapiebedingten Schwächezuständen werden dosierte, an den Leistungszustand angepasste aktivierende Therapieformen notwendig (Krankengymnastik, gestuftes Ergometertraining, Isokinetischer Muskelaufbau, Schwimmen usw.). Positive Auswirkungen sind hierbei nicht nur auf den körperlichen Zustand, sondern auch auf das psychische Befinden zu erwarten. Auch soll im Rahmen aktivierender Maßnahmen eine mögliche Assoziation der Krankheit mit Schonung und Inaktivität verringert werden.

Dem Beschwerdebild des chronischen Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom bei Krebspatienten (sog. Fatigue-Syndrom) wird in besonderer Form Rechnung getragen durch die Möglichkeit der Teilnahme an einem speziellen Therapiekonzept (Kapitel 7.6.3).

9.1.4 Schmerztherapie

Bei vielen Patienten mit chronischen Schmerzen bestehen nur unklare Vorstellungen über die Fortschritte moderner Schmerztherapie und nicht selten wird die Überzeugung vertreten, dass die körperliche und seelische Befindlichkeit durch eine kontinuierliche Schmerztherapie erheblich eingeschränkt wird (z.B. bei BtM usw.).

Durch eine gründliche Schmerzanamnese, eine gezielte Diagnostik und ein ausführliches aufklärendes Gespräch, ggf. mit Angehörigen, lassen sich meist diese Missverständnisse ausräumen. Adäquate therapeutische Maßnahmen werden mit Sicherheit die Lebensqualität der betroffenen Patienten deutlich erhöhen.

Eine medikamentöse Schmerzbehandlung erfolgt grundsätzlich nach dem Stufenschema der WHO und wird, wenn möglich, kombiniert mit physiotherapeutischen Anwendungen und psychologischer Intervention.

9.1.5 Therapie von Simultanerkrankungen

Neben der Rehabilitation des Tumorleidens und dessen Therapiefolgen werden Begleiterkrankungen auf internistischem und gynäkologischem Fachgebiet mitbehandelt bzw. eine bestehende Therapie fortgesetzt. Die konsiliarärztliche Betreuung außerhalb der genannten Fachgebiete ist gewährleistet.

9.2 Pflegerische Betreuung

Die pflegerische Betreuung ist eine der wichtigsten rehabilitativen Aufgaben. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang die Wund- und Stomaversorgung unmittelbar nach ausgedehnten operativen Eingriffen zu nennen. Für diese zum Teil aufwendigen und fachspezifischen Maßnahmen steht ein geschultes Personal und die notwendigen Räumlichkeiten und Ausstattungen zur Verfügung. Im Hinblick auf die Materialien werden alle gängigen Produkte eingesetzt. Darüber hinaus ist der Umgang mit Vakuumpumpen (s. g. Vakuumversiegelungstherapie) etabliert.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich innerhalb der Pflege ist die Hilfsmittelberatung und das damit verbundene praktische Training. Unsicherheiten und Komplikationen werden besprochen, prophylaktische Maßnahmen geübt.

Der häufige Kontakt der zuständigen Krankenschwester mit dem Patienten bei Verbandswechsel, Stomapflege, Blutdruckmessung, Medikamentenausgabe usw. führt naturgemäß zu einer intensiveren Beziehung und hierdurch zu einer eingehenden Kenntnis der Entwicklung des Rehabilitationsverlaufes. Aber nicht nur Änderungen im Gesundheitszustand, in der Stimmung, oder im Verhalten des Patienten, sondern auch wichtige Probleme in der Vorgeschichte, der Partnerschaft usw. kommen oft erst nach Tagen oder Wochen gegenüber der Schwester zur Sprache und können als Grundlage für eine notwendige Änderung der therapeutischen Strategie verwendet werden.

Als primäre Ansprechpartner für die betroffenen Patienten wird die in der Rehabilitation tätige Krankenschwester über ihre berufstypischen Fachkenntnisse hinaus besonders auf körperliche und physische Beeinträchtigungen der ihr anvertrauten Patienten achten. Eine umfassende Erfahrung ist deshalb bei den pflegerischen Aufgaben in der Rehabilitation dringend erforderlich, speziell bei der einzelverantwortlichen pflegerischen Tätigkeit im Nachtdienst. Aus diesem Grunde wird letzterer in der hiesigen Klinik ausschließlich von examinierten Krankenschwestern versehen.

Wegen seiner zentralen Aufgaben im Rehabilitationsablauf wird das Pflegepersonal bei allen Entscheidungs- und Planungsvorgängen des Rehabilitationsprozesses einbezogen. Tägliche Dienstbesprechung mit Ärzten und wöchentliche interdisziplinäre Konferenzen ermöglichen eine reibungslose Organisation und eine Optimierung des Therapieablaufes.

9.3 Ernährungstherapie

Bei vielen gravierenden Erkrankungen und insbesondere nach den eingreifenden therapeutischen Maßnahmen ist es erforderlich, dass der Patient seine Ernährungsweise an die Krankheit bzw. an die Funktionsstörungen anpasst. Besonders gilt dies für Patienten nach ausgedehnten Operationen, Bestrahlungen und Anorexie, aber auch bei manchen Simultan-Erkrankungen wie Diabetes oder bei Adipositas. In der onkologischen Rehabilitation ist die erfolgreiche Behandlung von Untergewicht und Malnutrition ein wesentlicher Baustein zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und auch zur Besserung der Lebensqualität.

Die intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzten (Ernährungsbeauftragter Arzt, Gastroenterologe), Diätassistentinnen und diätetisch geschulten Küchenmeistern ermöglicht ein optimales Eingehen auf individuelle Erfordernisse.

Die Klinikverpflegung basiert auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und den Diättempfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften.

Eine permanent durchgeführte Berechnung des Speiseplanes gewährleistet, dass Vollkost, leichte Vollkost, Reduktions- und Diabeteskost eine Nährstoffrelation von ca. 15 % Eiweiß, 30 % Fett und 50 % Kohlenhydraten aufweist. Berechnet werden ferner Kostformen mit speziellen therapeutischen Anforderungen z.B. fettarm, kalorienreich, laktosefrei, eiweißarm, kohlenhydratdefiniert.

Grundlage jeder Ernährungsberatung sind die Beratungsstandards der DGE, die auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen und medizinisch und therapeutisch sinnvoll sind. Neben gründlichen Einzelberatungen wird in Gruppengesprächen und Arztvorträgen auf Ernährungsprobleme eingegangen.

Grundsätzliches Ziel ist es, dass der Patient während des Heilverfahrens die positive Wirkung einer für ihn richtigen Ernährungsweise erfährt. Das vermittelte theoretische Wissen, wird in der modern ausgestatteten Lehrküche von den Patienten umgesetzt. Über Information, Motivation und Schulung wird mit dem Patienten trainiert, das in der Klinik Erlernete im Alltag weiterzuführen. Nicht zuletzt ist eine intensive Diätberatung und Schulung im Nachsorgeprogramm der Tumorpatienten notwendig, um paramedizinische einseitige Ernährungsweisen auszuschließen.

9.4 Physikalische Therapie

Der Aspekt einer körperlichen Schonung mag bei einem Teil der Patienten – speziell bei Anschlussheilbehandlungen nach umfangreichen Eingriffen – zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme bei oberflächlicher Betrachtung als eine sinnvolle Therapie erscheinen. Im Mittelpunkt des Therapiekonzeptes steht aber das Ziel einer Aktivierung des Patienten.

Welche Form der physikalischen Therapie, in welcher Dosierung und in welcher Wiederholung bzw. in welchen Kombinationen hängt vom aktuellen Befund und dem Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung ab, aber auch von der Konstitution und der Belastbarkeit des Einzelnen.

Indikationsstellung und Frequenz einzelner physikalischer Maßnahmen werden fachärztlich kontrolliert und – wenn notwendig – korrigiert.

Bei der Planung und Durchführung von balneo-physikalischen Maßnahmen werden grundsätzlich die Qualitätsmerkmale der „Klassifikation therapeutischer Leistungen

KTL“(Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) zugrunde gelegt, welche die maßgeblichen therapeutischen Parameter definieren: Therapieindikation, Therapieziel, strukturelle Voraussetzungen (fachliche Voraussetzung der Therapeuten) sowie Form der einzelnen therapeutischen Maßnahmen (z.B. Dauer und Frequenz).

Die physikalische Therapie beschränkt nicht allein auf die Behandlung von Funktionsausfällen bzw. -störungen sondern zielt im gleichen Maße auf Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und die Stärkung der noch verbliebenen körperlichen Ressourcen, aber auch auf die Vermeidung gesundheitlicher Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit Bewegungsmangel auftreten (primäre Prävention). Die Vermittlung dieser trainierenden Therapieangebote hat das Ziel, die Patienten zu motivieren, nach dem Rehabilitationsverfahren am Heimatort das Erlernte zu verwenden, um aktiv und eigenverantwortlich den Gesundheitsprozess fördern und zu können.

Therapieverfahren der Klinik:

- *Einzel- und Gruppengymnastik* (Indikations- und funktionsspezifisch den Indikationen angepasst)
Verschiedene WS-Programme, Atemgymnastik, Gefäßtraining, Kontrakturbehandlung, Entstauungsgymnastik, Beckenbodengymnastik,
- *Hydro- und Balneotherapie*
Güsse, verschiedene Bäder, Wärmepackungen, lokale Kälteapplikationen
- *Elektrotherapie*
Gleichstrom, diodynamischer Strom, transkutane Elektrostimulation, Frequenztherapie, Hochfrequenzwärmetherapieformen, Ultraschall
- *Inhalationen*
- *Massagen*
Verschiedene Massageprogramme incl. Unterwassermassage, manuelle Lymphdrainage (komplexe physikalische Entstauungstherapie)
- *Sport- und Bewegungstherapie*
Gezieltes Training für Ausdauer, Koordination, Ergometertraining, diodynamisches Muskeltraining

Manuelle Lymphdrainage, komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)

Die manuelle Lymphdrainage hat in der Klinik einen besonderen Stellenwert. Die ersten lymphtherapeutischen Maßnahmen wurde bereits 1981 durch entsprechend geschultes Personal vorgenommen. Da die hier tätigen Lymphtherapeuten größtenteils seit Beginn der Lymphtherapie in der Klinik tätig sind, verfügen sie über eine langjährige Erfahrung, wobei der Erfolg nicht nur über messtechnische Daten nachweisbar ist, sondern sich die Patientenzufriedenheit auch in einer großen Zahl von Wiederholungsmaßnahmen niederschlägt.

Es werden Lymphödeme unterschiedlicher Atiologie behandelt:

- Primäres Lymphödem
- Sekundäres Lymphödem (Operation und Bestrahlungsfolge)
- Phlebolymphostatisches Ödem
- Morbus Sudek
- Inaktivitäts-Lymphödem

Nach einer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird der Behandlungsplan festgelegt und der Erfolg in wöchentlichen Konsultationen sowohl klinisch als auch über messtechnische Daten überprüft.

Das Programm der komplexen physikalischen Entstauungstherapie umfasst:

1. Manuelle Lymphdrainage
2. Kompressionsbehandlung (Bandagierung)
3. Bewegungstherapie: Entstauungsgymnastik, Bewegungsbad, Schultermobilisierung, Haltungsschulung, leichter Sport
4. Information und Schulung: Verhaltensmodifikation, Prophylaxe

In enger Zusammenarbeit mit der Orthopädietechnik wird nach komplexer physikalischer Entstauung am Ende der Rehabilitationsmaßnahme eine Kompression angemessen und im weiteren Verlauf der exakte Sitz kontrolliert. Für den weiterbehandelnden Therapeuten am Heimatort erhalten die Patienten eine entsprechende Therapeuteninformation aus der Behandlungsmethoden, Besonderheiten und Messdaten, sowie Empfehlungen der Weiterbehandlung zu entnehmen sind.

9.5 Ergotherapie

Aufgabe der Ergotherapie ist es, bei Menschen die körperlich, psychisch oder kognitiv beeinträchtigt sind, Handlungskompetenz für das tägliche Leben und den Beruf zu entwickeln oder zu verbessern („Hilfe zur Selbsthilfe“). Im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen, vor allem im Bereich berufsorientierter und arbeitsphysiologisch ausgerichteter Therapieverfahren, nimmt der Bereich der Ergotherapie einen zunehmenden Stellenwert ein. Die hierbei erlernten Fähigkeiten der Patienten sind alltagsorientiert und übertragbar, sodass Funktionsverbesserungen auch danach weiterhin möglich sind.

Therapieziele (Beispiele!):

- Verbesserung der Feinmotorik
- Erhalt oder Verbesserung von Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Konzentration
- Entwicklung von Kreativität und Phantasie
- Erhöhung der physischen und psychischen Belastbarkeit
- Förderung von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit
- Akzeptieren eigener Grenzen
- Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Förderung der Entscheidungsfähigkeit

In Anlehnung an verschiedene Therapiemethoden und -medien wird ein schriftlicher Therapieplan erstellt, wobei Kontraindikationen zu berücksichtigen sind.

Durch Anwendung unterschiedlicher Gesprächsführungsmethoden (z.B. nondirektive Gesprächsführung nach *Rogers*) ist es möglich, die selbstwahrnehmende Patienten zu fördern, in dem sie ihre Empfindungen äußern, verstehen und akzeptieren können. Im Rahmen einer Gruppe können die Merkmale der Kommunikation und Interaktion aufgezeigt und evtl. anhand von darstellenden Spielen geübt werden.

Hierdurch kann dem Patienten geholfen werden, sozialen Rückzug aufgrund von Missverständnissen zu vermeiden aber auch partnerschaftliche Probleme zu bewältigen. Neben den funktionellen Verfahren haben die Kunst- und Gestaltungstherapie eine besondere therapeutische Qualität. Neben der körperlichen und geistigen Komponente ist hier besonders die emotionale Förderung zu erwähnen. Kreative Techniken wie Seidenmalerei, Malen,

Peddigrohr, Speckstein, Makramee, Papierarbeiten, Weben, Collagen usw. können ein neues Lebensgefühl vermitteln, stärken Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und tragen zur besseren Krankheitsverarbeitung bei. Interaktionelle Gruppenarbeiten fördern die Kontaktfähigkeit und wirken Vereinsamungstendenzen entgegen.

9.5.1. Therapeutische Aufgabenbereiche:

Funktionstraining in Einzeltherapie oder in der Gruppe

Im Rahmen einer berufsbezogenen Rehabilitation werden Arbeitsbelastungszeiten erfasst und bei der Beobachtung von simulierten Arbeitsabläufen (z.B. unter Anwendung von MELBA) ergeben sich Hinweise auf Leistung, Merkfähigkeit, Ausdauer und Konzentration.

Selbsthilfetraining (ADL)

Unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen und kognitiven Voraussetzungen werden Defizite zur Bewältigung des täglichen Lebens diagnostiziert und erarbeitet und unter Berücksichtigung verschiedener Hilfsmittel die Beratung bzw. das Training durchgeführt.

Beispiele:

- Toilettengang
- Wasch- und Anziehtraining
- Essen
- Trinken
- Zubereitung der Speisen
- Haushaltsführung, Reinigung
- Einkaufen und andere Tätigkeiten in der Öffentlichkeit
- Freizeitgestaltung
- Pflege sozialer Kontakte
- Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- Berufliche Tätigkeit

Hirnleistungstraining/Gedächtnistraining

Therapieziel:

Verbesserung von Merkfähigkeit, Ausdauer und Konzentration, logischem Denken oder kognitiver Belastbarkeit.

Medien: Denksportaufgaben (z.B. Gehirnjogging, Aufgabenstellung nach *Dr. F. Stengel*)

Mnemotechniken, Computergestütztes kognitives Training (geplant)

9.6 Besondere Therapieprogramme

9.6.1 Aktives Bewegungstraining

Das Aktives Bewegungstraining ist ein auf pädagogischen Prinzipien basierendes Gruppentraining mit einem Konzept, dass Bewegung, Ausdauer und Entspannung miteinander verbindet. Die Hauptakzente liegen deshalb bei der Prävention von gesundheitlichen Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit Bewegungsmangel auftreten. Unter aktiver Einbindung des Patienten soll seine körperliche Belastungsfähigkeit durch gezielte dosierte und ausdauernde sportliche Aktivitäten kontinuierlich gesteigert werden, so dass er nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Lage ist, ein auf sich eigens abgestimmtes Trainingsprogramm selbstständig und regelmäßig durchführen zu können.

Es soll erreicht werden, dass der Betroffene präventive Aktivitäten in Eigenverantwortung übernimmt.

Struktur:

- *Einführungsgespräch*: Erläuterung des Zieles und des geplanten Ablaufes sowie des Sicherheitsbereiches (Pulsfrequenzbereich, keine körperliche Belastung). Im Einführungsgespräch soll – vor dem Hintergrund der vorangegangenen Tumorkrankheit und –therapie –, die Angst vor körperlicher Aktivität genommen und die notwendige Motivation gestärkt werden. Anlegen eines Trainingsprotokolls, in dem der Trainingsverlauf, und die erbrachten Leistungen dokumentiert werden.
- *Vergleichender Ergometertest*: Messung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit. Testung mit der altersabhängigen stufenweisen Belastungserhöhung.
- *Muskelfunktionsstraining/Aufwärmphase*: Leichte Ganzkörperbewegung im Stand, Dehnung und Kräftigung der Muskelgruppen, die beim folgenden Ausdauertraining besonders beansprucht werden (Dauer ca. 10 – 15 Min).
- *Ausdauertraining*: Ergometertraining, Walking und/oder leichtes Jogging im Intervall, abhängig von der Leistungsfähigkeit der Gruppe. Die Intensität (Tempo und Strecke) wird so gestaltet, dass eine Pulsfrequenz von 180 minus Lebensalter individuell nicht überschritten wird (Dauer ca. 45 Min., je nach Leistungsstand der Teilnehmer).
- *Entspannung*: Die Entspannungsphase findet direkt im Anschluss an das Ausdauertraining im Schwimmbad statt. Hierbei lernt der Teilnehmer die subjektiv positiven Auswirkungen einer wohldosierten körperlichen Belastung kennen mit dem Ziel einer Motivationsgrundlage für ein regelmäßiges Training am Heimatort zu bilden.
- *Abschließender Ergometertest (wie oben)*
- *Abschlussgespräch*: Besprechung des Trainingsprotokolls und nochmalige Motivation des Teilnehmers.

9.6.2 Programm „Aktiv Gesundheit fördern“

Das Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation „Aktiv Gesundheit fördern“ ist an die Bedürfnisse und die Struktur des onkologischen Patientenkollektivs angepasst worden. Es wird das Ziel verfolgt, gesundheitsbezogene Risiko- Verhaltensweisen zu reduzieren, die Kompetenz zur Krankheitsbewältigung zu verbessern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Die Struktur des Programmes ist in Form der empfohlenen Seminareinheiten aufgebaut.

- Seminareinheit: Schutzfaktoren: Was hält und gesund ?
- Seminareinheit: Essen und Trinken
- Seminareinheit: Bewegung und körperliches Training (siehe Therapiekonzept: Aktives Bewegungstraining)
- Seminareinheit: Stress und Stressbewältigung
- Seminareinheit: Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Abhängigkeit

9.6.3 Programm: Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue“)

Das Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue-Syndrom“) bei onkologischen Patienten ist in der letzten Zeit immer mehr in den Mittelpunkt des diagnostischen und therapeutischen Interesses gerückt. Nach neueren epidemiologischen Untersuchungen sind etwa drei Viertel aller onkologischen Patienten betroffen. Somit gilt Fatigue neben Tumorschmerzen, Anorexie, Übelkeit und psychischer Belastung als eine der häufigsten negativen Begleiterscheinungen einer Tumorkrankheit.

Der genaue Pathomechanismus ist nicht bekannt. Es wird ein multifaktorieller Ursprung angenommen. Möglicherweise ist die lang anhaltende chronische Belastung durch die Tumorkrankheit der entscheidende Auslöser. Als weitere mögliche Ursachen werden neben den Einflüssen der Tumorkrankheit selbst (Zytokine, Energieverbrauch, Anorexie usw.) auch Folgen der zytostatischen Therapie, der Strahlentherapie und der lang andauernden Narkosen bei umfangreichen operativen Eingriffen angesehen. Nicht zuletzt dürften auch sekundäre Einflüsse der Tumorthherapie eine wesentliche Rolle bei der Entstehung dieses Beschwerdebildes darstellen, wie zum Beispiel Anämie, Schlafstörungen, Schmerzen, psychische Belastungen, Immobilität usw.

Definiert wird Fatigue bei Krebskranken als „ein subjektives Gefühl unüblicher Müdigkeit, das sich auswirkt auf den Körper (physisch), die Psyche (affektiv) und die geistigen Funktionen (kognitiv), das längere Zeit dauern kann und sich durch Ruhe und Schlaf nur unvollständig oder gar nicht beheben lässt“ (*modif. n. Piper*).

Das Erscheinungsbild im einzelnen (Beispiele):

- **physisch:** Verminderte Leistungsfähigkeit, Schwäche, Kraftlosigkeit
Unübliches vermehrtes Ruhe- und Schlafbedürfnis, Gestörtes Schlafmuster, Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags
- **affektiv:** Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Angst, Depression, Reizbarkeit
Mangel an Motivation und Interesse
- **kognitiv:** Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit

In Anbetracht des multifaktoriellen Ursprungs und der vielgestaltigen Symptomatik weist die Behandlung recht unterschiedliche Ansätze auf. Je nach individueller Symptomatik und Belastung können alle Therapiemaßnahmen des Programms genutzt werden oder aber bedarfsadaptiert nur einzelne Behandlungsangebote:

- ❖ **Beratung** (Gruppen- und Einzelgespräche): Anpassung an das Beschwerdebild, Vorsorgemaßnahmen, Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- ❖ **Körperliches Training** (siehe „Aktives Bewegungstraining“): Individuelle Anpassung, stufenweise Steigerung
- ❖ **Psychologische Hilfen** (siehe auch „Klinische Psychologie und Psychotherapie“): Gruppen- und Einzelgespräche, Entspannungsübungen
- ❖ **Konzentrations- und Gedächtnisübungen**(siehe auch „Hirnleistungstraining/Gedächtnistraining in der Ergotherapie“)
- ❖ **Ernährungsberatung** (siehe auch „Ernährungstherapie“): Theorie und Praxis

❖ Medikamentöse Maßnahmen

Eine Therapieevaluierung der Harninkontinenz wird anhand einer Dokumentation durchgeführt. Die Evaluierung der Lebensqualität vor Beginn und am Ende der Rehabilitation erfolgt mittels des Lebensqualitätsfragebogens der EORTC (QLQ-30).

10. Allgemeine Schulung und Information

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

10.1 Allgemeines Programm (Curricula)

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 der hiesigen Klinik angepasst wurde.

Grundgedanke ist es, in Form von Gesprächskreisen mit bedarfsabhängig integrierten Vorträgen strukturierte Informationsinhalte über die Krebskrankheit zu vermitteln.

An den Programmen sind Ärzte, Psychologen und eine Sozialpädagogin beteiligt. Bewusst sind sechs Themenkreise gebildet wurden, um bei einer dreiwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme alle notwendigen Informationsbereiche mit 2x in der Woche stattfindenden Veranstaltungen abzudecken.

Die einzelnen Module und ihre Themen:

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

10.2 Spezielles Programm

Zusätzlich werden themenzentrierte Vortrags- und Informationsveranstaltungen angeboten, an denen sich Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Krankenschwestern beteiligen. Diese Veranstaltungen werden jeweils in 3-wöchigen Abständen durchgeführt, um dem Patienten zu ermöglichen, während seiner Rehabilitationsmaßnahme, die für ihn notwendigen Informationen zu erhalten.

Spezielle Vorträge und Schulungen:

- Therapieassoziierte Nebenwirkungen bei Patienten mit Prostatakarzinom
- Degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen
- Das Lymphödem seine Behandlung
- Verdauungsbeschwerden, wie helfe ich mir selbst ?
- Bewegung und körperliches Training
- Schutzfaktoren: Was hält uns gesund ?
- Stress und Stressbewältigung
- Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Abhängigkeit
- Schlafstörungen: Ursachen und Behandlung

11. Klinische Psychologie und Psychotherapie

Das Problem der Verarbeitung einer belastenden Krankheit steht an erster Stelle des Bedarfs für fachpsychologisch begründete Interventionen und psychotherapeutische Maßnahmen. Je nach Situation kann eine fachgerechte Information den gleichen Erfolg haben wie eine professionelle fachpsychologische Entwicklung adäquater Verarbeitungsmethoden.

Ziel einer Intervention ist es, Hilfestellung zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens und hierdurch aufgebrochener Lebenskonflikte zu geben und mögliche individuelle Ressourcen zu erkennen.

Die Probleme resultieren aus:

- der Angst vor zunehmender Krankheitsbelastung
- der veränderten Lebenssituation nach gravierenden operativen Eingriffen (Krankheitsverarbeitung)
- den konditionierten Reaktionen im Rahmen der Primärtherapie (Überempfindlichkeiten, Schmerzsyndrome, Brechreiz)
- den sozialen Rückzugstendenzen
- den Konflikten in Partnerschaft und Familie
- den Problemen mit der Akzeptanz der Krankheit (verändertes Körperbild)
- den Problemen mit fatiguebedingten Störungen

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

Indikationskriterien zur Kontaktaufnahme nach stationärer Aufnahme sind:

- Eigenes Anliegen des Patienten
- Auffällige Werte im HADS-D
- Empfehlung bzw. Verordnung des behandelnden Arztes
- Aus der Vorgeschichte bekannte oder aktuelle psychische und psychiatrische Auffälligkeiten

Eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen einer 3-4-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme wird nicht in Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, dennoch besteht die Möglichkeit der Einleitung eines Veränderungsprozesses.

- Emotionale Ebene
Unterstützung und Stabilisierung
Verbesserte Wahrnehmung, Akzeptanz und Ausdruck von Gefühlen
- Kognitive Ebene
Restrukturierung subjektiver Krankheitstheorien, irrationaler Überzeugungen
Stärkung von Kontrollüberzeugung
Verbesserte Realisierung patienteneigener Ressourcen
Unterstützung bei der Suche nach neuen Zielen, Sinn für ein Leben mit der Krebserkrankung
- Verhaltensebene
Initiierung, Stabilisierung, Verbesserung hilfreicher Strategien der Krankheitsbewältigung und Beziehungsgestaltung.

Vorgehensweise:

Psychologisches Erstgespräch 1-3 Tage nach der medizinischen Aufnahmeuntersuchung.

Inhalte:

- o Aktuelle psychische und physische Befindlichkeit, Anliegen/Bedürfnis des Patienten
- o Grad der Informiertheit, subjektives Krankheitsverständnis
- o Bisherige Krankheitsverarbeitung (Reaktionen und Prozesse auf emotionaler und kognitiver Ebene, z.B. Angst, Depression, Attributionen, Selbstwert, Körperbild)
- o Bevorzugte Strategien zur Problemlösung und Krisenbewältigung
- o Typische Verhaltensmuster hinsichtlich der Gestaltung von Beziehungen und des Umganges mit Konflikten
- o Aktuelle Belastungen und/oder Defizite (emotionale, psychische, sozialberufliche, finanzielle Ebene)
- o Ressourcen und Energiequellen (individuelle Fähigkeiten, soziale Unterstützung, Entspannungsmöglichkeiten, angenehme Aktivitäten, Hobbies usw.)
- o Ziele/Zukunftsperspektiven des Patienten (Berücksichtigung von Abstraktions- und Realitätsgrad, Kurz- und Langfristigkeit, Operationalisierung in Teilziele)
- o Information über Umfang und Inhalte des jeweiligen psychologischen Gesundheitsangebotes

Ziel des psychologischen Erstgesprächs sind:

- Kontaktaufnahme im Sinne des Aufbaus einer kooperativen Arbeitsbeziehung
- Diagnostische Erstklärung und Erhebung eines psycho-onkologischen Status
- Gemeinsame Erarbeitung realisierbarer Ziele auf psycho-sozialer Ebene
- Gemeinsame Vereinbarung von Perspektiven hinsichtlich Art und Umfang der weiteren Behandlung bzw. Nutzung des psychologischen Angebotes

Ergebnisse der psycho-onkologischen Stuserhebung und Zielvereinbarung werden schriftlich dokumentiert. Treffen Patienten und Psychologen eine Entscheidung für Folgetreffen im Sinne psychotherapeutischer Kurzzeitbehandlung, finden diese 1-3 pro Woche statt. Bei Patienten die mehr psychologische Angebote als das orientierende Erstgespräch in Anspruch genommen haben, findet ein Abschlussgespräch statt.

Ziele hierbei sind:

- Bilanzierung des Erreichten
- Erneute Stärkung des Kontrollüberzeugungen der Patienten und ihre Motivation zur aktiven und eigenverantwortlichen Nutzung der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen und Fähigkeiten
- Thematisierung angemessener Zukunftsperspektiven und Nachsorgemaßnahmen

Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird eine ausführliche abschließende psychologische Stellungnahme vorgenommen mit Empfehlungen zur weiteren Entwicklung und Stabilisierung des Bewältigungsverhaltens nach der stationären Nachsorge.

Weitere Angebote im Rahmen des psychologischen Gesundheitsangebotes

1. Gruppenentspannungstraining

Zur Vermittlung des Verfahrens des progressiven Muskelrelaxation (nach Jacobson).

Ziel:

Entwicklung einer Strategie im Umgang mit emotionalem und körperlichem Stress, Schmerzschonhaltungen, psychosomatischen Erkrankungen und Schlafstörungen.

2. Offene psychologische Sprechstunde

Ziel:

Psychosoziale Beratung zur Unterstützung bei speziellen evtl. auch akut auftretenden Problemstellungen, in Frage der Gesundheitsbildung und/oder Nachsorge bzw. der sozialen Reintegration.

3. Beteiligung an den Schulungs- und Informationsprogrammen und Curricula (Kapitel 8)

4. Bei Bedarf: Angehörigengespräche zur Unterstützung bei der Klärung von krankheitsbedingter Konflikte bzw. Krisen in Partnerschaft und/oder Familie

5. Bei Bedarf: Kriseninterventionen bei Patienten in außerordentlichen Belastungssituationen mit Dekompensationsgefahr während der Rehabilitation mit dem Ziel emotionaler Stabilisierung und möglicher Einstimmung auf psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung oder psychiatrische Behandlung.

12. Sozialberatung und Hilfestellung

Die soziale Isolation durch Rückzug, Partnerprobleme und Depressionen erfordert zusätzliche soziale Hilfestellungen über den üblichen Standard hinaus, besonders in Form von Hilfen und Beratung bei der 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, dem Arzt oder anderen Mitarbeitern zur Klärung der beruflichen und sozialen Probleme.
- Aufzeigen der Möglichkeiten und Entscheidungshilfen die zur Lösung der anstehenden Probleme führen können.
- Erstellung eines psychosozialen Konzeptes als Teil des Gesamtplanes sowie Planung der erforderlichen Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten.
- Beratungsinhalte (Beispiele):
 - Information über sozialrechtliche Möglichkeiten
 - Praktische Hilfe im Umgang mit Behörden (Antragstellung für Schwerbehindertenausweise usw.)
 - Beratung zum Schwerbehindertenrecht (Kündigungsschutz, steuerliche Vergünstigungen usw.)
 - Fragen zur Sozialversicherung (Krankenkassenleistung, Krankengeld, Rentengeld, Leistungen der Arbeitsverwaltung)
 - Pflege und Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe)

13. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

In der urologischen Rehabilitation hat der berufsbezogene Anteil häufig nicht ganz den zentralen Stellenwert wie bei anderen Indikationsgebieten der Rehabilitation, da ein Teil der Patienten wegen des höheren Alters nicht mehr im Erwerbsleben steht. Gleichwohl wird bei berufstätigen Patienten die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess so früh wie möglich angestrebt, nicht allein aus Gründen der zu erwartenden wirtschaftlichen Vorteile sondern auch, um ein resignatives Verhalten und den sozialen Rückzug infolge verminderter Lebensqualität und evtl. unsicherer Prognose zu verhindern.

Die gründliche sozialmedizinische Diagnostik ist immer Voraussetzung für Beratung und abschließende Beurteilung der Leistungsfähigkeit unter Erwerbsbedingungen.

Sie umfasst:

- die medizinische und fachspezifische körperliche Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte
- die fachspezifische diagnostische und prognostische Einschätzungen der behandelnden Abteilungen (Physikalische Therapie, Ergotherapie usw.)
- die Ergebnisse der psychologischen Mitbehandlung im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme
- Gründliche Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Klinik
- Kontakt zu Betriebsärzten, arbeitsmedizinischen Diensten (BAD), Haus- und Fachärzten am Heimatort des Patienten

Grundlage für die berufliche Beratung und einer sozialmedizinischen Stellungnahme ist neben der Berücksichtigung des Alters der Betroffenen und des zu erwartenden Verlaufs der Krankheit:

- die Dokumentation der krankheitsbedingten Funktionsausfälle
- die Beschreibung der verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
- die umfassende Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit
- der Vergleich der Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit
- die Beschreibung von funktionellen Beeinträchtigungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit (negatives Leistungsbild)

- die Beschreibung der verbliebenen zumutbaren qualitativen Leistungsmerkmale des körperlichen Arbeitsumfanges der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation (positives Leistungsbild)
- die Selbsteinschätzung des Betroffenen zur beruflichen Leistungsfähigkeit
- Empfehlungen zu berufsfördernden Maßnahmen (wenn erforderlich)

Problematische medizinische Zusammenhänge werden in den täglichen ärztlichen Besprechungen bzw. den wöchentlichen interdisziplinären Konferenzen erörtert.

14. Qualitätssicherung

14.1 Qualitätsmanagement

Das Ziel einer qualitätsorientierten Arbeit ist nur auf dem Fundament eines umfassenden und stringenten Qualitätsmanagements zu erreichen. Hierbei müssen die qualitätsrelevanten Betriebsabläufe nicht nur vereinbart sondern auch schriftlich – und damit nachvollziehbar – fixiert sein. Die Arbeit aller Mitarbeiter ist auf diese Festlegungen ausgerichtet und stimmt mit ihnen überein.

Der Nutzen eines funktionierenden Qualitätsmanagements erscheint in der Klinik Reinhardtshöhe in der

- Transparenz der Prozessabläufe
- Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen
- Förderung der Handlungssicherheit für die Mitarbeiter
- Erstellung von Nachweisen gegenüber den Kostenträgern
- Einführung von Tätigkeitsnachweisen
- Reduzierung von Kosten durch die Ermittlung und Beschreibung von Schnittstellen
- Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen
- Unterstützung bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Verbesserung der Patientenzufriedenheit
- Effektivität des Beschwerdemanagements

Um die qualitätsorientierte Arbeit zu strukturieren und den Nachweis eines funktionierenden Qualitätsmanagement zu erbringen ist die DIN EN ISO 9001:2000 systematisch eingeführt und implementiert worden in Verbindung mit dem Qualitätsmanagementmodell der DEGEMED. Die erfolgreiche Zertifizierung sowohl nach DIN EN ISO 9001:2000 als auch nach den Richtlinien der DEGEMED erfolgte im November 2003.

14.2. Qualitätslenkung

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

- Tägliche Morgenbesprechung (Ärzte und Schwestern):
Informationsaustausch, Organisation, Übergabe, Entscheidungen
- Wöchentliche interdisziplinäre Konferenz:

Vorstellung problematischer Therapiemaßnahmen, Modifikation der Behandlungspläne, Erfahrungsberichte, Problemlösungen, allgemeiner Informationsfluss

- Sozialmedizinische Falldarstellungen (wöchentlich im Anschluss an die interdisziplinäre Konferenz): Sozialmedizinische Synopse, interdisziplinäre Meinungsbildung
- Visiten durch die behandelnden Ärzte: Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes, Adaption an Verlaufsveränderungen
- Chefarzt-Visiten: Bilanzierung, Dienstaufsicht, Ausblicke, Konzeption des Entlassungsberichtes
- Ausführliches Nachtdienstbuch: Dokumentation besonderer Vorkommnisse, Kontrolle (Abzeichnung von diensthabendem Arzt und Chefarzt)
- Klinikinterner Patientenfragebogen: Patientenzufriedenheit, Fehlersuche
- Ärztliche und pflegerische Betreuung 24 Stunden pro Tag
- Möglichkeit der täglichen Patientenaufnahme (mit adäquater Betreuung)
- Therapeutische Maßnahmen grundsätzlich an allen Wochentagen
- Sämtliche indikationsspezifischen Therapiemaßnahmen grundsätzlich im Hause
- Aktive Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger