



ASKLEPIOS KATHARINA-SCHROTH-KLINIK  
SKOLIOSEZENTRUM · ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION



**Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim**

# Skoliose-Intensiv-Rehabilitation (SIR) Behandlungskonzeption (V 1.1)

**Verfasser**

Dr. Omar Zabar - Chefarzt

Facharzt für Orthopädie- und Unfallchirurgie

Tel: (06751) 874-151

Fax: (06751) 874-170

email: o.zabar@asklepios.com

**weitere Verfasser:**

Udo Roevenich (Therapieleiter)

Pia Fey (Pflegedienstleitung)

**(Stand: November 2024 E-ÄD-05)**

## Kontaktdaten

<b>Anschrift:</b>	Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Korczakstr. 2 55566 Bad Sobernheim
<b>Telefon:</b>	(06751) 874-0
<b>Telefax:</b>	(06751) 874-170
<b>eMail:</b>	info.badsobornheim@asklepios.com
<b>Homepage:</b>	www.asklepios.com
<b>Bundesland:</b>	Rheinland-Pfalz
<b>Institutions- kennzeichen</b>	<b>260 710 602</b>
<b>Träger</b>	Asklepios Katharina-Schroth-Klinik GmbH, Königstein
<b>Ansprechpartner</b>	
<b>Geschäftsleitung:</b>	<b>Annett Traue</b> Tel./Fax: (06751) 874-160 / 874-170 email: a.traue@asklepios.com
<b>Chefarzt:</b>	<b>Dr. med. Omar Zabar</b> Facharzt für Orthopädie- und Unfallchirurgie Tel./Fax: (06751) 874-151 / 874-170 email: o.zabar@asklepios.com
<b>QM-Beauftragter</b>	<b>Udo Roevenich</b> Tel./Fax: (06751) 874-146 / 874-170 email: u.roevenich@asklepios.com
<b>Patientenverwaltung:</b>	<b>Dagmar Weigand</b> Tel./Fax: (06751) 874-162 / 874-170 email: d.weigand@asklepios.com

## Inhalt

Kontaktdaten	3
1. Allgemeine Angaben	7
1.1 Zur Einrichtung	7
1.1.1 Geographische Lage/Verkehrsanbindung	7
1.1.2 Klima	7
1.1.3 Klinikgebäude	8
1.1.4 Historie der Einrichtung	8
1.1.5 Besonderheiten	10
1.1.6 Angaben zur Barrierearmut bei Seh-, Geh-, Hör- und sonstigen Behinderungen	10
1.1.7 Aufnahme adipöser Rehabilitanden	10
1.2 Zur Fachabteilung	10
1.2.1 Kostenträger	10
1.2.2 Kooperationen	11
1.2.3 Mitaufnahme Begleitpersonen/Begleitkinder	11
1.2.4 Nachsorge/Prävention	12
1.2.5 Freizeitangebote	12
2. Struktur der Einrichtung	14
2.1 Räumliches Angebot	14
2.2 Medizinisch-technische Ausstattung	16
2.3 Personelle Besetzung	17
2.4 Öffnungszeiten	18
2.5 Verpflegung	18
3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	19
3.1 Indikationen/Kontraindikationen	19
3.2 Rehabilitationsziele	21
3.2.1 Gesetzliche Grundlagen, trägerspezifische Reha-Ziele	21
3.2.2 Ziele der Rehabilitation unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells	21
3.2.3 Ausführungen zu konkreten Reha-Zielen unter Berücksichtigung der ICF	22
3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung	24
3.3.1 Ursachen und Folgen der Wirbelsäulenfehlformen	24
3.3.2 Rehabilitationsbedürftigkeit/Rehabilitationsbedarf	25
3.3.3 Rehabilitationspotential/Rehabilitationsfähigkeit	26
3.3.4 Funktionale Gesundheit	26
3.3.5 Komponenten der ICF	27
3.3.6 Körperfunktionen und Körperstrukturen	27
3.3.7 Aktivitäten	28
3.3.8 Teilhabe	28
3.3.9 Kontextfaktoren	28
3.3.10 Rehabilitationsansatz	29
3.3.11 Abgrenzung zur kurativen Versorgung	30
3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Verkürzung/Verlängerung	30
4. Rehabilitationsablauf und -inhalte	32
4.1 Aufnahmeverfahren	32
4.2 Rehabilitationsdiagnostik	33
4.2.1 Anforderungen an eine rehabilitationsspezifische Diagnostik	34
4.2.2 Verlaufsorientierte Diagnostik	34

4.2.3 Funktionsdiagnostik	35
4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team	35
4.4 Ärztliche Aufgaben	37
4.4.1 Verantwortung für den gesamten Reha-Prozess	37
4.4.2 Teamleitung und -koordination	38
4.4.3 Überprüfung von Reha-Indikation, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose	38
4.4.4 Aufnahme-/Abschlussuntersuchung, Veranlassung von Diagnostik, Visiten, offene Sprechstunden, Erstellung des E-Berichts	38
4.4.5 Partizipative Abstimmung, Überprüfung und Anpassung von Reha-Zielen und Therapieplan, Monitoring des Zielerreichungsgrades	40
4.4.6 Ärztliche Beratungen zu Krankheiten und Therapie, sozialmedizinische Beratung	41
4.4.7 Umgang mit Komorbiditäten	42
4.4.8 Art und Durchführung ärztlich-therapeutischer Angebote/Behandlungen	42
4.4.9 Arznei-, Verband- und Hilfsmittelversorgung	43
4.4.10 Einbindung in Gesundheitstraining und Patientenschulung	43
4.4.11 Kooperation mit Konsiliarärzten, niedergelassenen Ärzten, Betriebsärzten, Selbsthilfegruppen, sonstigen externen Partnern	44
4.4.12 Indikationsstellung zur Nachsorge, Anregung und Einleitung sonstiger weiterführender Leistungen	44
4.4.13 Verantwortliche Einbindung in Notfallmanagement, Dokumentation, Qualitätssicherung sowie Fort- und Weiterbildung, Supervision	45
4.4.13.1 Notfallmanagement	45
4.4.13.2 Dokumentation	45
4.4.13.3 Qualitätssicherung	46
4.4.13.4 Fort- und Weiterbildung und Supervision	46
4.4.13.5 Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens unter Einbeziehung des Reha-Teams	47
4.4.14 Kindeswohl in der Rehabilitation	47
4.5 Behandlungselemente	48
4.5.1 Pflegedienst, Erzieher, Betreuungspersonal	48
4.5.2 Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten	49
4.5.3 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	54
4.5.4 Gesundheitstraining und Patientenschulung	55
4.5.5 Einbeziehung der Angehörigen	58
4.6 Entlassungsmanagement	59
4.6.1 Berufliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	59
4.6.2 Erstellung des Reha-Entlassungsberichts	60
4.7 Notfallmanagement	60
4.7.1 Notfallausrüstung	60
4.7.2 Notfallmaßnahmen	61
4.7.3 Notfallschulungen und Übungen	62
4.8 Hygiene	62
5. Dokumentation	64
5.1 Patientenakte	64
5.2 Therapieplanung	64
5.3 Umsetzung der KTL-Vorgaben	64
5.4 Erfassung durchgeführter Leistungen	65
6. Datenschutz	66

7. Qualitätssicherung	67
7.1 Qualitätssicherung (extern/intern)	67
7.2 Prozesse	68
7.3 Richtlinien und Arbeitsanweisungen	68
7.4 Planung der Prozesse	69
7.5 Spezifische Qualitätspolitik	69
7.6 Aufbau des QM-Systems	70
8. Mustertherapiepläne/Modellhafter Therapieverlauf	71
9. Forschungsaktivitäten	74
10. Abkürzungsverzeichnis	75
11. Literaturverzeichnis	76

### **Anhänge**

Leitbild

Notfallkette

Konzeption MBOR Stufe B

# 1. Allgemeine Angaben

Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

## 1.1 Zur Einrichtung

### 1.1.1 Geographische Lage/Verkehrsanbindung

Die Stadt Bad Sobernheim liegt an der mittleren Nahe, zentral zwischen Bad Kreuznach und der Edelsteinmetropole Idar-Oberstein im Landkreis Bad Kreuznach in Rheinland-Pfalz. Nördlich erheben sich der Hunsrück und Soonwald, südlich das Nordpfälzer Bergland. Bad Sobernheim hat ca. 6.400 Einwohner.

Bad Sobernheim ist gut und schnell von den Ballungsgebieten Rhein-Main, Rhein-Neckar, Köln-Bonn und Saar-Lor-Lux erreichbar. Die Verkehrsanbindung über die Bundesstraße 41 an die Autobahn A 61 ist vierspurig ausgebaut. Weiterhin verfügt die Stadt über einen Bahnhof, an dem alle Züge in Richtung Saarbrücken oder Mainz/Frankfurt in regelmäßigen Abständen halten.

Die Klinik liegt ca. 10 Fußminuten vom Stadtzentrum/Bahnhof entfernt und ist innerorts sehr gut ausgeschildert. An den An- und Abreisetagen übernimmt die Klinik die Transferfahrten zwischen Klinik und Bahnhof. An der Klinik stehen ausreichend Parkplätze zur Verfügung. Der Parkplatz der Klinik ist gut ausgeschildert.



### 1.1.2 Klima

Bad Sobernheim befindet sich durch die Lage im mittleren Nahetal in einer der klimatisch begünstigten Regionen Deutschlands. Im Norden halten der Idar-, Soon- und Binger Wald als Höhenzüge des Hunsrück Wind und Niederschläge ab. Wegen dieser begünstigten Lage zählt die Region zu den niederschlagärmsten im Bundesgebiet. Im Naheland herrscht ein ausgewogenes Klima mit warmen Sommern und milden Wintern vor.

### 1.1.3 Klinikgebäude

<b>Baujahr</b>	<b>1997</b>
Bettenerweiterung	2003
Einzelzimmer	37
Doppelzimmer	101
<b>Betten gesamt</b>	<b>239</b>
bisher im Belegungsvertrag enthaltene Betten gesamt	202
<b>Fachabteilungen:</b>	
Pädiatrie	127
Pädiatrie (mit Begleitung)	25
Orthopädie	50
Betten Begleitpersonen	37

### 1.1.4 Historie der Einrichtung

Die „Dreidimensionale Skoliotherapie nach Katharina Schroth“ ist eine Therapiemethode zur Behandlung von vielfältigen Formverschiebungen und Statikveränderungen des skoliotischen Körpers, die in der teilfixierten Verkrümmung der Wirbelsäule in seitlicher Richtung und anderen daraus resultierenden Folgeschäden bestehen. Im Laufe der Geschichte entwickelte sich die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik zu einer modernen Rehabilitationsklinik mit einem ganzheitlichen Ansatz.

- 1921 Katharina Schroth (1894 -1985) führte 1921 in Meißen als Erste das Prinzip der Haltungsschulung unter Berücksichtigung des Haltungs- und Bewegungsempfindens und der Atmung in das seinerzeit noch sehr mechanisch geprägte Verständnis der Krankengymnastik ein. Die von ihr entwickelte Drehwinkelatmung ergänzte das Grundkonzept der „Dreidimensionalen Skoliotherapie“. Der ganzheitliche Behandlungsansatz mit dem „Erspüren“ der Haltungskorrektur hob sich schon damals von anderen rein mechanischen Therapieansätzen ab.
- 1958 Entwicklung des heutigen Fortbildungssystems für ambulante Physiotherapeuten zur nachstationären Versorgung der Rehabilitanden
- 1961 Beginn der stationären Behandlung unter der Leitung von Christa Lehnert-Schroth (Tochter; 1925 - 2015) in einem neu gegründeten krankengymnastischen Zentrum im Leinenborner Weg in Bad Sobernheim mit zunächst 5 Patientenzimmern.

Neu hinzu kamen Therapien für Patienten mit sagittalen Formveränderungen der Wirbelsäule. Im Laufe der Entwicklung qualifizierte sich die Behandlungsstätte zur staatlich konzessionierten Privatkrankenanstalt, die stationäre Rehabilitationsverfahren mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchführte.

- 1969 Katharina Schroth wurde mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.
- 1961-90 Ständige Erweiterungen der Klinik um Behandlungsplätze und Patientenzimmer
- 1995 Übernahme des Skoliosezentrums durch die Asklepios Klinik Gruppe
- 1997 Neubau und Bezug der Klinik im Nachtigallental
- 2003 Erweiterung des Klinikgebäudes um 34 Zimmer, 4 Therapiehallen und weitere Funktionsbereiche
- 2011 Jubiläumsfeier zum 50-jährigen Bestehen der Klinik in Bad Sobernheim
- 2011 Abschluss des Belegungsvertrages gem. § 21 SGB IX mit der Deutschen Rentenversicherung Bund als federführendem Beleger
- 2012 Zertifizierung nach KTQ1.1 inkl. BAR Kriterien (freiwilliges Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen) und Erhalt des dazugehörigen Qualitätssiegels
- 2015 Re-Zertifizierung nach KTQ inkl. BAR Kriterien
- 2018 1. Re-Zertifizierung nach IQMP-Kompakt inkl. BAR Kriterien
- 2021 2. Re-Zertifizierung nach IQMP-Kompakt inkl. BAR Kriterien
- 2021 Jubiläumsfeier zum 100-jährigen Bestehen der Klinik in Bad Sobernheim, Aufgrund der Pandemie wurde anlässlich des Jubiläums ein Buch veröffentlicht.
- 2024 3. Re-Zertifizierung nach IQMP-Kompakt inkl. BAR Kriterien

### 1.1.5 Besonderheiten

Durch die ausgeprägte Spezialisierung der Rehabilitationsklinik erhalten Rehabilitanden mit Wirbelsäulenverkrümmungen ein absolut auf die individuellen Bedürfnisse der Erkrankung ausgerichtetes intensives medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Behandlungsprogramm.

Unser interdisziplinäres Behandlungsteam hat sich auf die Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen spezialisiert. In allen Bereichen der Rehabilitationsklinik wird den speziellen Bedürfnisse der Rehabilitanden Rechnung getragen, insbesondere im medizinisch-diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Bereich.

### 1.1.6 Angaben zu Barrierearmut bei Geh-/Seh-/Hör- und sonstigen Behinderungen

Das Klinikgebäude verfügt über 4 Etagen, die über 2 Aufzüge barrierefrei zugänglich sind. Auf den 3 Hauptetagen ist jeweils eine behindertengerechte öffentliche Toilette verfügbar. Alle Türen zu öffentlichen und medizinischen/therapeutischen Bereichen sind elektrisch bzw. werden entsprechend barrierefrei offengehalten. Es gibt ein rollstuhlgerechtes Patientenzimmer auf der 1. Etage mit Zugang zur großen Terrasse. Rehabilitanden mit hochgradiger Sehbehinderung/Blindheit können aufgenommen werden, wenn die Kostenübernahme für eine Begleitperson bewilligt wurde. Für hochgradig Hörgeschädigte/Taube ist die Klinik strukturell nicht ausgestattet. Es sollte bei den Rehabilitanden keine schwere kognitive Einschränkung vorliegen, da sonst die Umsetzung der Krankengymnastik nach Katharina Schroth nicht möglich ist.

### 1.1.7 Aufnahme adipöser Rehabilitanden

Die Ausstattung der Klinik ist max. für ein Gewicht von 150 kg zugelassen. Eine Sonderausstattung für adipöse Rehabilitanden über diesem Gewicht wird nicht vorgehalten.

## 1.2 Zur Fachabteilung

### 1.2.1 Kostenträger

**Federführender Kostenträger:** Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

**Verträge:**

- Belegungsvertrag nach § 21 SGB IX mit der Deutschen Rentenversicherung
- Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den gesetzlichen Krankenkassen

**AHB-Zulassung:** keine.

### 1.2.2 Kooperationen

Die Rehabilitationseinrichtung arbeitet mit anderen an der Versorgung der Rehabilitation Beteiligten (z. B. niedergelassene Ärzte, Akutkrankenhäuser,

Rehabilitationskliniken, Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstation, Selbsthilfegruppen) eng zusammen.

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sichergestellt, dass die ambulante und stationäre Rehabilitation als integrativer Bestandteil der Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften Eingliederung der Rehabilitanden beiträgt.

<b>Ext. Konsile</b>		
Dr. Sasshoff	Bad Sobernheim	Chirurg (BG)
Dr. Becker	Bad Sobernheim	Internist (Labor)
Dr. Lauf	Bad Sobernheim	Kinderarzt (Labor)
Dr. Gerisch	Bad Sobernheim	Gynäkologin
Augenarztzentrum	Bad Kreuznach	Augenarzt
Dr. Stein	Bad Sobernheim	Kieferorthopädin
Dr. Arzt	Bad Sobernheim	Zahnarzt
Dr. Schwidetzky	Kirn	HNO-Arzt
Dr. Mauer	Bad Kreuznach	Hautarzt
Dr. Wedel / Dr. Blümlein	Bad Kreuznach	Urologe
<b>Krankenhäuser</b>		
Gesundheitszentrum Glantal	Meisenheim	
St. Marienwörth	Bad Kreuznach	
Diakonie	Bad Kreuznach	
Diakonie	Kirn	
Göttschied	Idar-Oberstein	
<b>Hilfsmittelversorgung</b>		
Sanomed	Bad Sobernheim	
<b>Apotheke</b>		
Felke-Apotheke	Bad Sobernheim	

### 1.2.3 Mitaufnahme Begleitpersonen/Begleitkinder

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik hält für Begleitpersonen 25 Betten vor. Für Rehabilitanden unter 12 Jahren ist die Mitaufnahme einer Begleitperson zur Erreichung der Rehabilitationsziele notwendig. Bei allen anderen Rehabilitanden richtet sich die Notwendigkeit nach den jeweiligen individuellen Gegebenheiten.

Für die Mitaufnahme von Begleitkindern ab 3 Jahren ist eine Betreuung während der Therapiezeiten in unserer Klinik gewährleistet. Bei schulpflichtigen Kindern erfolgt vormittags je nach Wunsch der Erziehungsberechtigten entweder der Besuch der regionalen Schulen in Bad Sobernheim oder die Teilnahme an unserem Krankenhausunterricht. Am Nachmittag werden die schulpflichtigen Begleitkinder von den Erziehern in der Klinik betreut.

#### **1.2.4 Nachsorge/Prävention**

Einerseits erfolgen im Entlassungsbericht die Therapieempfehlungen zur orthopädischen Weiterbehandlung sowie bei orthopädischen, internistischen oder pädiatrischen Akutbeschwerden die hierzu notwendige Diagnostik. Des Weiteren werden im Bericht bei Notwendigkeit die Empfehlungen der psychologischen Weiterbehandlung und die Zusatzempfehlungen wie Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Nikotin- und Alkoholkarenz u.v.m. ergänzt.

Die erlernten Übungsinhalte sollen in Eigenregie fortgeführt werden. Hierzu erfolgt die Übergabe eines speziellen Katharina-Schroth-Übungsheftes mit dem jeweils individuellen Übungsprogramm.

Um den Erfolg der Rehabilitation auch nachhaltig aufrecht zu erhalten und stabilisieren zu können, ist als Nachsorgeprogramm die Weiterbehandlung durch eigens ausgebildete und zertifizierte Schroth-Therapeuten vorgesehen. Durch diese Ausbildung erfolgt die Entwicklung einer flächendeckenden ambulanten Therapeutendichte und Nachsorgestruktur.

Auch werden spezielle Nachsorgeprogramme (z.B. IRENA, TRENA, Funktionstraining, Reha-Sport) verordnet. Die Verordnungen werden durch den Oberarzt bei der Oberarztvisite ausgestellt. Darüber hinaus werden die Rehabilitanden motiviert, sich Selbsthilfegruppen und ambulanten Sportgruppen anzuschließen. Auch der Verweis auf neue Kommunikationsmedien zum Austausch mit anderen Betroffenen z.B. Online Skolioseforen erfolgt. Die jeweils gültigen gesetzlichen Regelungen/Vereinbarungen zum Entlassungsmanagement werden umgesetzt.

Bei erfolgloser konservativer Therapie und entsprechender Indikationsstellung sowie dem Fortschreiten der Wirbelsäulenfehlform erfolgt die Empfehlung zur Vorstellung in einem operativen Skoliose-Zentrum.

#### **1.2.5 Freizeitangebote**

Bad Sobernheim ist für die traditionelle Felke-Kur bekannt, die Pastor Emanuel Felke von 1915 bis 1925 in Sobernheim als ein Vertreter der Naturheilkunde entwickelte. Diese Tradition wird mit dem Barfußpfad in Bad Sobernheim fortgeführt.

Mit dem Nahe-Radweg, dem Rheinland-pfälzischen Freilichtmuseum, dem durch die Hl. Hildegard v. Bingen weltberühmten Disibodenberg, einer einzigartigen Draisinenstrecke und dem Naturpark Soonwald-Nahe verfügt die Region über viele touristische Möglichkeiten. In 2023 wurde im Bad Sobernheimer Stadtwald der „Felke-Heil- und Aktivwald“ eröffnet, der mit seinen 3 unterschiedlichen Wander- und Aktivmöglichkeiten auch unseren Rehabilitanden zur Verfügung steht.

Durch die geografisch günstige Lage bzw. Anbindung der Stadt sind Besuche der Städte Mainz, Bad Kreuznach oder Idar-Oberstein unproblematisch.

## 2. Struktur der Einrichtung

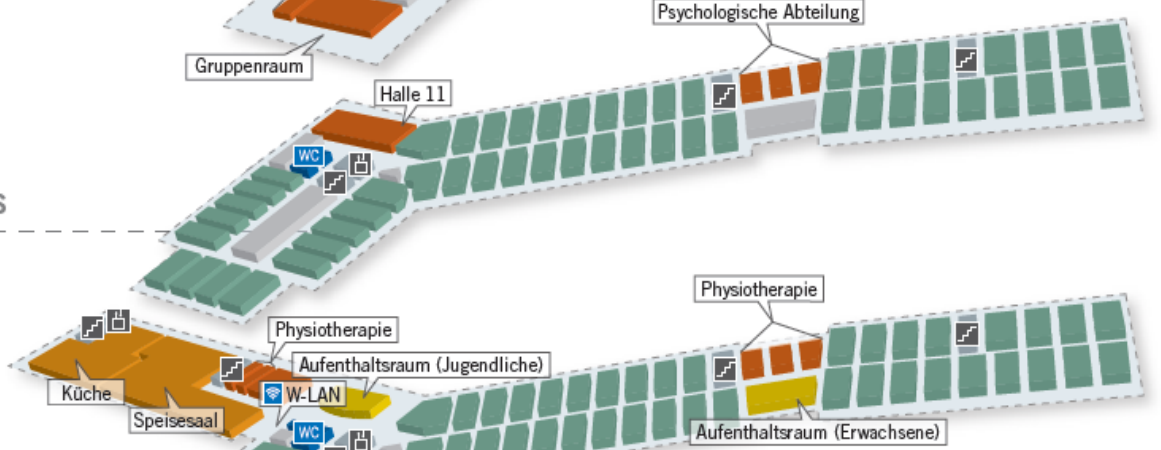
### 2.1 Räumliches Angebot

Ärztliche Räume	10 Behandlungszimmer 2 Sekretariate/Schreibbüro
Pflegerische Räume	1 Pflegestützpunkt (EG) 1 Behandlungsraum (3 Kabinen, 1 Notfallkabine)
Diagnostische Räume	1 Röntgenraum 1 Raum für Rasterstereographie und Bodyplethysmographie 1 Scolioscan
Therapeutische Räume	gesamt ca. 2.600 qm 10 x zwischen 80 und 300 qm 1 MTT Raum 1 Bewegungsbad mit 120 qm 1 überdachter Außentrainingsplatz  9 Behandlungsplätze physikalische Therapie 10 Einzeltherapieräume  1 Ergotherapiehalle 3 Ergotherapieräume  1 Lehrküche  1 Schulungsraum  3 Unterrichtsräume
Psychologie	3 Beratungszimmer 1 Gruppenraum
Sozialberater	2 Beratungszimmer
weitere Räumlichkeiten	4 Aufenthaltsräume (Beschäftigungs- und Spielzimmer) 1 Freizeitraum 1 Spielraum 1 Hobby- und Bastelraum 1 Outdoor Kinderspielplatz 2 Außensportplätze 1 zentraler Speisesaal

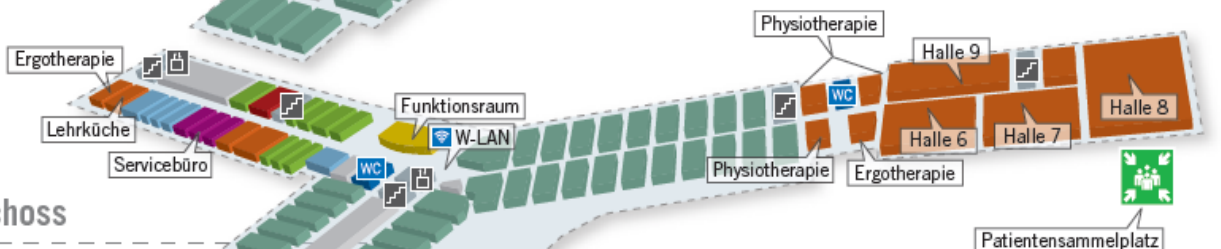
4. Obergeschoss



3. Obergeschoss



2. Obergeschoss



1. Obergeschoss



Erdgeschoss



**Legende**

-  Therapieräume
-  Ärztlicher Dienst
-  Pflegedienst/Diagnostik
-  Verwaltung
-  Servicebüro
-  Aufenthaltsbereiche
-  Patientenzimmer
-  Speisesaal
-  Toiletten
-  Treppen
-  Fahrstühle
-  Patientensammelplatz

Rehabilitandenzimmer:

Einzelzimmer	37
Doppelzimmer	101
<b>Betten gesamt</b>	<b>239</b>
bisher im Belegungsvertrag enthaltene Betten gesamt	202
<b>Fachabteilungen:</b>	
Pädiatrie	127
Pädiatrie (mit Begleitung)	25
Orthopädie	50
Betten Begleitpersonen	25

Ausstattung: jeweils mit eigener Nasszelle und Balkon bzw. Zugang zur Terrasse

**2.2 Medizinisch-technische Ausstattung**

Alle Therapiehallen der Klinik sind mit Sprossenwänden und Korrekturspiegeln an Wänden und Decken zur visuellen Selbstkontrolle ausgestattet, die ein wesentlicher Bestandteil des Haltungstrainings ist. Unterstützend wird Lagerungsmaterial in ausreichender Stückzahl vorgehalten. Im Rahmen der Funktionsgymnastik werden Pezzibälle, Therabänder, Deuserbänder, Aerex-Balancepads sowie Swingsticks eingesetzt. Weitere unterstützende Ausstattung:

- Physiomed-Gerät für Elektrotherapie
- Ultraschall
- Heißluft
- Wärmepackungen
- Hydrojet

Apparative Diagnostik:

- Digitale Röntgenanlage - AGFA DX-D300 (BJ 2016)
  - WS-Ganzkörperaufnahme in 2 Ebenen
- Scolioscan
- Rasterstereographie
- Bodyplethysmographie
  - Ganzkörperplethysmographie
  - kleine Spirometrie
- 12-Kanal-EKG
- Sonografie
  - Abdomen
  - Thoraxorgane
  - periphere und extrakranielle Gefäße
- Langzeit-Blutdruckmessung

## 2.3 Personelle Besetzung

	Orthopädie	Kinder- und Jugend- Rehabilitation	
Ärzte			
Chefarzt	0,25	0,75	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, Besuch aller Kurse zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin (Weiterbildungsermächtigung 12 Monate)
Ober-/Fachärzte	0,25	0,75	FÄ für Orthopädie Besuch aller Kurse zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin
	1,0		FÄ für Innere Medizin; Besuch aller Kurse zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin Hygienebeauftragte Ärztin
		1,0	Facharzt für Kinder - und Jugendmedizin, Pädiatrische Intensivmedizin, Health Care Management
		1,0	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Assistenzärzte	2	3	
Bereitschaftsärzte		4	
app. Psychotherapeut		1	
Psychologen	0,5	2	Dipl.-Psychologen
Sozialdienst	0,5	1,5	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter
<b>Pflegedienst</b>			
Gesundheits- und Krankheitspfleger	3	10	Davon exam. Krankenschwestern
Erzieher		8	Erzieher oder angelernt

	Orthopädie	Kinder- und Jugend- Rehabilitation
--	------------	--

Therapie		
Physiotherapeuten	4	8
Dipl.-Sportlehrer		3
Masseure / med.	1	1
Bademeister		
Gymnastiklehrer		3
Ergotherapeuten	0,75	1,5
Diätassistenten	0,5	2

Stand Stellenplan: 11/2024 noch nicht final verabschiedet.

#### zusätzliche Qualifikationen in der Therapie:

- Schroth-Therapeut
- Rückenschule
- Manuelle Therapie
- Therapeutisches Klettern
- Triggerpunkt-Therapie
- Atlas-Therapie
- Taping
- Sportphysio
- MTT Therapeut
- Tai Chi
- Aqua Trainer
- RAT
- Lymphdrainage
- BG-Massage

Nachts und an den Wochenenden (24 Std. täglich) sind der Pflegedienst (voll examinierte Krankenpflegekräfte) und der ärztliche Bereitschaftsdienst in der Reha-Einrichtung anwesend. Die Rufbereitschaft wird durch die Fachärzte gewährleistet.

## 2.4 Öffnungszeiten

Die Therapiezeiten liegen montags bis freitags zwischen 8:00 und 18:00 Uhr, samstags von 8:00 bis 12:00 Uhr. Sonntags findet keine Therapie statt. Je nach Lage der gesetzlichen Feiertage findet an abgestimmten Tagen auch ein therapeutisches Grundangebot statt, welches in Teilen verpflichtend als auch freiwillig für die Rehabilitanden ist.

## 2.5 Verpflegung

Nach den Prinzipien der gesunden Ernährung werden in der hauseigenen Küche optisch und geschmacklich abwechslungsreiche Mahlzeiten hergestellt. Die Grundlage für eine gesunde Ernährung ist die Nährstoff-Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Die Themen Gesundheit und Ernährung gehören

untrennbar zusammen, denn zu einer gesunden Lebensweise gehört auch eine ausgewogene Ernährung.

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik bietet 5 Mahlzeiten am Tag:

- Frühstück
- Müslipause
- Mittagessen
- Obstpause
- Abendessen

Alle Mahlzeiten werden in Buffetform und zum überwiegenden Anteil zur Selbstbedienung angerichtet. Beim Mittagessen können die Rehabilitanden zwischen 3 Kostformen (Vollkost, vegetarisch, energiebilanzierte Mischkost) wählen. Sofern Sonderkostformen notwendig sind, werden diese von den Diätassistenten zubereitet und ausgegeben. Zu allen Mahlzeiten stehen kostenfreies Wasser oder Tee zur Verfügung. Zum Frühstück und zur Müslipause wird kostenfrei Kaffee angeboten.

Im Rahmen der Diät- und Ernährungsberatung werden die Rehabilitanden informiert, geschult und praktisch in den Lehrkücheneinheiten angeleitet, eine ausgewogene Ernährung auch zu Hause weiter fortzuführen.

### 3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

Neben der strukturellen und personellen Ausrichtung, der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter sowie der technisch qualitativ hochwertigen Ausstattung der Bereiche Diagnostik und Therapie basieren die Grundlagen des Rehabilitationskonzeptes auf der ganzheitlichen Ausrichtung hinsichtlich edukativer und therapeutischer Programme. Gleichzeitig beinhaltet es durch ein humanistisches Weltbild in der Ausgestaltung und Führung der Klinik eine geistig-philosophische Ebene. Mitarbeiter und Rehabilitanden werden hier in ihrer Komplexität gewürdigt, geachtet und respektiert.

Ein Kernpunkt des Konzeptes ist die Ausrichtung am bio-psycho-sozialen Gesundheits-/Krankheitsfolgemodell der WHO unter der Konzeption ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Demnach erfolgt bei Rehabilitationsfähigkeit sowie einer positiven Rehabilitationsprognose die stationäre Rehabilitation aufgrund von muskuloskeletalen Erkrankungen als Folge von Schädigungen und der damit entstandenen Beeinträchtigungen der Teilhabe-Aktivitäten. Hierdurch wird die Verbesserung oder der Erhalt der Teilhabe an der Gesellschaft, dem sozialen Umfeld, sozialen Kontakten, kulturellen und sportlichen Aktivitäten angestrebt.

Ein weiterer Kernpunkt ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit mit dem Behandlungsziel einer Teilhabe am Arbeitsleben oder der zeitnahen Reintegration ins Erwerbsleben unter Ausnutzung aller Integrationsmöglichkeiten (bspw. Reha-Berufsberatung, Berufsförderungswerk).

Abschließend für das Rehabilitationskonzept ist die Zusammenführung unterschiedlicher, auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhender Behandlungsmethoden in einem multimodalen, interdisziplinären Therapieansatz.

#### 3.1 Indikationen/Kontraindikationen

1.	Idiopathische Skoliose (infantil, juvenil, adoleszent, adult) zur Verbesserung von Haltung, Beweglichkeit, Ausdauer, Muskelkraft, Korsett An- und Abschulung, Vermeidung einer Operation, Linderung von Schmerzsymptomatik und gegebenenfalls psychischer Symptomatik	M41.0- M41.1- M41.2-
2.	Postoperative Skoliose, nach Abschluss von Wundheilung und knöcherner Konsolidierung (keine AR-Indikation) bei fortbestehendem muskulärem Defizit, eingeschränkter Beweglichkeit und/oder anhaltender Schmerzsymptomatik	M41. – Q76,-
3.	Kongenitale Skoliose und Skoliosen anderer Ätiologie, wie neuromyopathische Skoliosen (M41.4), sekundäre Skoliosen (M41.5) bei bestehendem muskulärem Defizit, eingeschränkter Beweglichkeit und/oder anhaltender	Q76. – M41.3- bis M41.9 M 96.5-

	Schmerzproblematik zur Haltungsverbesserung und zur Vermeidung einer Operation	
4.	Morbus Scheuermann mit ausgeprägtem muskulärem Defizit, ausgeprägter Fehlhaltung und/oder ausgeprägter Schmerzproblematik	M42.0-
5.	Ausgeprägte Wirbelsäulenfehllhaltung und/oder Haltungsverstörung (Kyphose, Lordose) z. B. Flachrücken (M40.3), zur Verbesserung von Haltung, muskulärem Defizit und/oder Schmerzproblematik und zur Vermeidung einer Operation	M40.--
6.	weitere Wirbelsäulendeformitäten wie Spondylolysen (M43.0-), Spondylolisthesen (M43.1), habituelle Wirbelsubluxation/Laterallisthesen (M43.5-) als Begleiterkrankung der oben genannten Diagnosen	M43.--
7.	Beckenfehlstellungen (Beckentiefstand)	M21.79
8.	Muskuläre Dysbalance	M62.88

Gravidität stellt keine generelle Kontraindikation dar. Die Rehabilitation ist möglich ab dem 4. bis einschließlich 6. Schwangerschaftsmonat, wenn ein gynäkologisches Attest vorgelegt wird.

#### Die 3 häufigsten Rehabilitationsdiagnosen

1.	Idiopathische Skoliose (infantil, juvenil, adolescent)	M41.--
2.	Hyperkyphose, Hyperlordose	M40.--
3.	Kongenitale Skoliose	Q76.-

#### Mitbehandelbare Nebendiagnosen

Restriktive und obstruktive Lungenfunktionsstörung	J96.--
Rückenschmerzen	M54.--
Essentielle Hypertonie	I10.--
Hypothyreose	E03.9-
Asthma Bronchiale	J45.9-
Senk-Spreiz-Knick-Füße	Q66.-- / M21.68

#### Kontraindikationen

- Neuromuskuläre Erkrankungen mit permanenter Rollstuhlpflicht
- Höhergradige geistige Retardierung und Demenz
- Kardiopulmonale Dekompensation
- Blindheit - ohne Begleitung
- Sucht
- Psychosen
- Schwere Osteoporose
- Körpergröße unter 1,10 m

- Alter unter 7 und über 75 Jahren
- Gewicht über 150 kg

## 3.2. Rehabilitationsziele

### 3.2.1 Gesetzliche Grundlagen, trägerspezifische Reha-Ziele

Die medizinische Rehabilitation ist eine Säule des Gesundheitswesens mit langer Tradition in Deutschland. Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik greift diese gute Tradition im Therapiekonzept auf und stellt die informativen und trainingsbetonten Therapieeinheiten, die dem Erlernen und dem Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen dienen, als bedeutungsvoll heraus. Der individuelle und gesellschaftliche Nutzen der Rehabilitation soll auf mehreren Ebenen erkennbar werden.

### 3.2.2 Ziele der Rehabilitation unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells

Die Medizinische Rehabilitation verfolgt somit das Ziel, mit dem Erkennen und Behandeln einer Krankheit im Prozess der Heilung einer drohenden Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen, eine Verschlimmerung zu verhindern und die Auswirkungen von festgestellten Erkrankungen zu mildern und/oder zu verhindern. Klares Ziel ist auch die Abwendung krankheitsbedingter Frühberentung. Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist es weiterhin, den Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner Neigung und Eignung möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern beziehungsweise, wenn er noch schulpflichtig ist, beratend und fördernd in der Berufswahl miteinzuwirken. Die sozialmedizinische Beurteilung muss gewährleistet sein.

Neben den indikationsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Klinik insbesondere auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren einzugehen.

Die Rehabilitation soll daher auch Hilfen zur Änderung eines gesundheitlichen Fehlverhaltens beinhalten, z. B. bei Übergewicht, Bewegungsmangel, Suchtverhalten sowie bei körperlichem und seelischem Stress. Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung von Rehabilitanden mit somatischem Krankheitsbild wird ein großes Augenmerk auf die Darstellung und Vermittlung der wechselseitigen Beziehung zwischen Krankheit und Behinderung und ihren Folgen gelegt. Auch wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit als Zusammenspiel gegenseitiger körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren erklärt.

Es werden Kenntnisse über das Zusammenwirken von störungsbedingten Leistungseinbußen, individuellen Dispositionsfaktoren und sozialen Gegebenheiten, sowie ein psychosomatisches Verständnis und ein Reha-Gesamtverständnis vermittelt. Es werden individuelle, personenspezifische Ressourcen und Störungen aus der Vergangenheit und Gegenwart ermittelt und deren Zusammenhänge mit den

Rehabilitanden besprochen und dargelegt. Symptome und deren Ursachen werden differenziert und die Rehabilitanden zu weiteren Maßnahmen motiviert. Zusammen mit den Rehabilitanden legen wir gemeinsame Ziele fest oder machen vorgegebene Ziele transparent.

### **3.2.3 Ausführungen zu konkreten Reha-Zielen unter Berücksichtigung der ICF**

Ziele sind die Beseitigung, Besserung, Verhütung einer Verschlimmerung von Schädigungen der primär befallenen Abschnitte der Wirbelsäule und die Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden an den primär nicht betroffenen Abschnitten des Bewegungssystems, insbesondere bezüglich der Deformationen, Fehlstellungen sowie Instabilitäten.

Diese Ziele werden erreicht durch:

- Erlernen korrigierender Bewegungsabläufe zum Erhalt des hier erworbenen Haltungsgefühls auch für zu Hause
- Aufhalten bzw. Verzögerung einer Krümmungszunahme
- Krümmungsaufrichtung (auch kurzfristig als Bonus für weiteren Verlauf)
- Verbesserung des Krümmungswinkels und/oder der Rotationskomponente
- mentale und muskuläre Festigung des Haltungs- und Bewegungsgefühls wie auch der hier erreichten Haltungskorrekturen
- Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit im täglichen Leben
- Complianceverbesserung bzw. -unterstützung für die Orthesenversorgung
- Ganzheitliche Behandlung mit Reduzierung der körperlichen, geistig-seelischen und psychosozialen Belastungsfaktoren
- Bewältigung psychosozialer Probleme
- Aufbau von selbst- und verantwortungsbewusster Eigeninitiative

Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist es auch, auf Gesundheit und Krankheit einwirkende Kontextfaktoren zu erfassen und diese, soweit erforderlich und möglich, zu modifizieren, indem die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen/Beeinträchtigungen des Rehabilitanden angepasst werden. Bei Bedarf finden Beratungen zur Wohnraumanpassung oder auch Arbeitsplatzanpassung sowie die Ausstattung mit Mobilitäts- und/oder technischen Hilfen statt.

Dazu ist auch die Möglichkeit der Vermeidung bzw. Verringerung negativer Kontextfaktoren durch den Rehabilitanden selbst oder im Rahmen von Maßnahmen der verschiedenen Rehabilitationsträger zu prüfen. Der Rehabilitand soll unterstützt werden, mit nicht veränderbaren Kontextfaktoren krankheits- und behinderungsgerecht umzugehen und insofern sinnvolle Bewältigungsstrategien für die Erkrankung zu finden. Jede Rehabilitationsmaßnahme hat weiterhin das Ziel, spezifische Gesundheits-/Krankheitsrisiken zu vermeiden und darüber hinaus auch allgemeine Risikofaktoren für Erkrankungen, nicht nur für muskuloskeletale Erkrankungen, zu vermeiden oder zu vermindern.

### **Rehabilitationsziele bezogen auf Beeinträchtigungen**

Ziele sind die Vermeidung, Beseitigung, Besserung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Beeinträchtigungen, insbesondere

- von situationsbedingten Beeinträchtigungen, z. B. in der Ausdauer im Sitzen und Stehen, in der körperlichen Ausdauer (Kondition), in der Belastbarkeit und Arbeitstoleranz,
- in der Fortbewegung, z. B. beim Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen, beim Treppensteigen, bei der Transferfähigkeit, beim Heben und Tragen
- in der Beweglichkeit, z. B. beim Aufheben, Greifen und Ziehen, beim Hocken, Knien und Bücken, in der gleichgewichtigen Körperhaltung und Koordination der Körperteile,
- in der Geschicklichkeit und dem Gleichgewicht z. B. beim Gangbild,
- in der Selbstversorgung, z. B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungszubereitung und der Nahrungsaufnahme.

### **Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe**

Ziel ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern, insbesondere Einschränkungen in der

- physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung),
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes),
- sozialen Integration,
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit),
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung).

### **Abstimmung der Rehabilitationsziele**

Die Reha-Ziele werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden besprochen und aktuell nach Notwendigkeit mit dem Rehabilitanden abgestimmt. Die gemeinsame Festlegung von Therapiezielen - „Shared Decision Making“ - ist Grundlage für die Schaffung von Motivation und Compliance des Rehabilitanden und bildet die wesentliche Grundlage für den Therapieerfolg.

## **3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung**

### **3.3.1 Ursachen und Folgen der Wirbelsäulenfehlformen**

Die Ursachen der Skoliosen und Hyperkyphosen sind häufig nicht bekannt, man spricht hier von idiopathischen Skoliosen und Hyperkyphosen. Diese Erkrankungen führen, neben Verbiegungen der Wirbelsäule in der Frontal- und/oder der Sagittalebene, oft auch zu einer Rotation der einzelnen Wirbelkörper mit Ausbildung

des kosmetisch störenden und psychisch belastenden Rippenbuckels und Lendenwulstes. Allein diese Wortwahl des klinischen Erscheinungsbildes stigmatisiert den Betroffenen sehr, so dass in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik von Rippenberg und Rippental beziehungsweise von Lendenberg und Lendental gesprochen wird.

Im Laufe der Erkrankung kommt es dann als Folge der Thoraxdeformierung zu einer Einschränkung der kardiopulmonalen Funktionen und einer pulmonalen Hypertonie. Es treten zudem häufig Schmerzen auf, die zur Chronifizierung neigen.

Vor allem im Wachstumsalter besteht oft eine erhebliche, in kurzer Zeit stattfindende, Progredienz der Wirbelsäulenfehlform, die jedoch auch im Erwachsenenalter häufig, wenn auch mäßiger, fortbesteht. Bei nichtbehandelten Skoliosen kommt es zu einer erheblichen Progressionsrate (Heine, J.: Spontanverlauf der idiopathischen Skoliose. Vortrag 1992; Lonstein und Carlson: The prediction of curve progression in untreated idiopathic scoliosis during growth, 1984). Betroffen ist überwiegend das weibliche Geschlecht mit einem Verhältnis von 4:1. Das Erkrankungsalter liegt in den meisten Fällen zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr, mit erheblicher Progredienz bis zum Wachstumsabschluss.

#### Weitere Ursachen von Wirbelsäulendeformitäten:

- angeborene Deformitäten im muskuloskeletalen Bereich
- erworbene Deformitäten im muskuloskeletalen Bereich
- Syndromerkrankungen mit beteiligtem muskuloskeletalen Bereich
- Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Erkrankungen
- degenerative muskuloskeletale Erkrankungen
- Fehlstatik oder Dysfunktionen im muskuloskeletalen Bereich
- Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane
- Über-, Unter- oder Fehlbeanspruchung im muskuloskeletalen Bereich
- Z.n. Tumoren
- Z.n. Kompressionssyndromen des Rückenmarks oder peripherer Nerven
- Schmerzen bzw. Störungen der Schmerzverarbeitung
- Durchblutungsstörungen
- Fibrose
- unerwünschte Folgen von Therapiemaßnahmen (Operation, Medikamente)
- Luxationen
- Sehnen- und Bänderinsuffizienz
- Kollagenosen
- Weichteilrheumatische Krankheiten
- Bandscheibenschäden
- Gefügestörungen der WS
- Polyarthrosen
- Fehlhaltungen

### 3.3.2 Rehabilitationsbedürftigkeit/Rehabilitationsbedarf

Der Rehabedarf bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte, drohende oder bereits eingetretene manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der stationären medizinischen Rehabilitation unter Einschluss von somatischen, edukativen, psychologischen und sozialmedizinischen Aspekten notwendig macht. Aus der Erfassung des Behandlungsbedarfs erfolgt die konkrete individuelle Behandlungsplanung.

Das gesundheitliche Problem von Wirbelsäulendeformitäten bezieht sich auf die Schädigungen und die Beeinträchtigungen von Aktivitäten. Dabei müssen Kontextfaktoren, der gesamte individuelle Lebenshintergrund, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren mitberücksichtigt werden. Umweltfaktoren beschreiben die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen ihr Leben gestalten.

Positive Umweltfaktoren müssen früh erkannt werden, um ihre rehabilitationsfördernde Wirkung nutzen zu können (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Bei negativ wirkenden Umweltfaktoren ist das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin zu beachten und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (z.B. Übergewicht, Untergewicht, Essstörungen, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel, Selbstverletzungstendenzen).

In der Rehabilitation müssen auch die beruflich orientierten Problemfelder aufgegriffen werden: Ergonomie am Arbeitsplatz, innerbetriebliche Umsetzung, Umschulung, Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie Stress am Arbeitsplatz. Die Rehabilitationsziele müssen gemeinsam mit den Rehabilitanden vor Rehabilitationsbeginn definiert werden.

Das Vorliegen folgender Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit einer Wirbelsäulenfehlform kann ebenfalls zur Einleitung der stationären Skoliose-Intensiv-Rehabilitation führen:

- verminderte Leistungsfähigkeit,
- funktionelle Bewegungsstörungen,
- Korsettanschulung bei Jugendlichen,
- Korsettabschulung bei Jugendlichen,
- psychischer Stress durch Skoliose,
- drohende soziale Isolation,
- eingeschränkte berufliche Entwicklung bei Erwachsenen,
- mangelndes Krankheitsverständnis, z.B. schwere Ängste nach oder vor Wirbelsäulenoperation,
- Selbstwertproblematiken,
- Versagensängste,
- Zukunftsängste,
- chronische Schmerzen.

### 3.3.3 Rehabilitationspotential/Rehabilitationsfähigkeit

Das Rehabilitationspotential wird maßgeblich von den jeweils individuell vereinbarten Rehabilitationszielen geprägt. Folgende Kriterien sollten allerdings für eine stationäre Skoliose-Intensiv-Rehabilitation mindestens erfüllt sein:

- orthopädische oder kinderärztliche Vorbefunde, nach Möglichkeit mit entsprechenden Röntgenbildern,
- stabiler Allgemeinzustand,
- keine ansteckenden Krankheiten,
- Bereitschaft zur Mitarbeit (Motivierbarkeit),
- vorhandene Übungs- und Lernfähigkeit,
- kognitive Reife, mit der Fähigkeit zur Umsetzung der Vorgaben
- Körpergröße mind. 1,10 m für die Therapie an Sprossenwänden,
- Mindestalter 7 Jahre,
- keine schwerwiegenden internistischen Nebenindikationen (bzw. bedarf dies einer gesonderten Einzelfallprüfung).

### 3.3.4 Funktionale Gesundheit

Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe und ist somit nicht nur ein personenbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Entsprechend der ICF sind somit im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit für die einzelnen Komponenten von Gesundheit die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren eingeführt und definiert worden. Die unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die psychosozialen Komponenten umfassen, finden auf allen Ebenen besondere Beachtung.

Die funktionale Gesundheit bezieht sich sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf deren Beeinträchtigung auf den in der ICF beschriebenen Ebenen:

- Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie
- Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

und geht insofern über den biomedizinischen Ansatz der ICD (ICIDH) hinaus.

Die funktionale Gesundheit einer Person wird dabei vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personenbezogene Kontextfaktoren) betrachtet und beschreibt das Ergebnis der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren einer Person.

### 3.3.5 Komponenten der ICF

Entsprechend der ICF definieren wir nun die einzelnen Komponenten:

Der Begriff der **Funktionsfähigkeit** wird für Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen

verwendet und umfasst die positiven (oder neutralen) Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Der Begriff der **Behinderung** wird ebenfalls für Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet, umfasst aber im Gegensatz dazu jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, also die negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Danach kann die funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt sein, wenn

- Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und/oder der Körperstrukturen vorliegen (Beeinträchtigung der Körperfunktion und Körperstrukturen),
- sie nicht mehr das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICF) erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen).

### 3.3.6 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Während mit Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie z.B. das Sehvermögen oder der Verstand bezeichnet werden, versteht man unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Mit dem Begriff der „funktionalen/strukturellen Integrität“ auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen kann die Funktionsfähigkeit einer (gesunden) Person beschrieben werden. „Schädigung“ bezeichnet dabei den Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene bei einer Person.

Hierzu zählen insbesondere Schädigungen

- der inneren Organe oder des Stoffwechsels,
- der Sensorik, z. B. Schmerzen,
- des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage; hierzu zählt auch die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen,
- des Stütz- und Bewegungsapparates, u. a. mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung,
- der Sprach-, oder Sehfunktion,
- der Haut, z. B. durch Brandverletzungen.

### 3.3.7 Aktivitäten

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person. Eine Person ist (auf dieser Ebene) dann funktionsfähig, wenn sie alle Aktivitäten, die von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet werden, ausführen kann. Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann, werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bezeichnet. Beeinträchtigungen der Aktivität zeigen sich z. B.

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung,
- im Umgang mit Stress,
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

### **3.3.8 Teilhabe**

Mit Teilhabe wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogenseins in allen für sie wichtigen Lebensbereichen bezeichnet. Eine Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, wenn eine Person nicht in der Weise und in dem Umfang wie eine Person ohne gesundheitsbedingte Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten an den ihr wichtigen Lebensbereichen teilhaben kann.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe zählen z. B. Einschränkungen in den Möglichkeiten der

- Selbstversorgung,
- Mobilität (Fortbewegen in der Umgebung, Reisen),
- Bildung und Ausbildung,
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit),
- sozialen Integration,
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

### **3.3.9 Kontextfaktoren**

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe). Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personenbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z. B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personenbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ

wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten. Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z. B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Negative Kontextfaktoren mit Risikoeigenschaft bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind zum Beispiel:

- schwere körperliche Arbeit (Heben, Tragen von Lasten),
- repetitive Arbeit und Monotonie,
- Zwangshaltungen,
- Bewegungsmangel,
- psychosoziale Faktoren (z. B. Stress),
- Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft,
- geringe Handlungsspielräume.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die stationäre medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

### **3.3.10 Rehabilitationsansatz**

Die stationäre medizinische Rehabilitation der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Bessern einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen, mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg. Dieser Rehabilitationsansatz erfordert – unter Berücksichtigung des Einzelfalls – die Anwendung von komplexen Maßnahmen aus medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und diätetischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung von Krankheitsfolgen und Verhaltensänderung mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

### **3.3.11 Abgrenzung zur kurativen Versorgung**

Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung im Sinne des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer

Krankheit/Schädigung und zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden und auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen ab.

Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das biomedizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation ICD. Dem gegenüber liegt der medizinischen Rehabilitation ein bio-psycho-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung zugrunde, welches Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass neben Erkenntnissen aus der medizinischen Versorgung auch die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen die Rehabilitanden leben, Teil des Prozesses der medizinischen Rehabilitation werden.

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihren fördernden oder hemmenden Einflüssen beschreibt und bewertet,
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationszieles,
- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung,
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufes und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationszieles.

### **3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Verkürzung/Verlängerung**

Grundsätzlich werden Rehabilitationsmaßnahmen mit orthopädischer Indikation bei erwachsenen Rehabilitanden gem. SGB V für 21 Tage bewilligt. Der Richtwert der Dt. Rentenversicherung für die orthopädische Indikation liegt bei 23 Tagen bzw. 30 Tagen bei der Behandlung von Kindern- und Jugendlichen. Im Rahmen der Rehabilitation von Jugendlichen (ab dem vollendeten 7. Lebensjahr) bzw. der Erstrehabilitation von Erwachsenen wird eine Verweildauer von 28 bis 42 Tagen empfohlen. Die Aufnahme Jugendlicher unter 12 Jahren erfolgt ausschließlich mit einer dauerhaften Begleitung (Mitschulung der Begleitperson aufgrund fehlender Selbstverantwortung).

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation wird in begründeten Fällen eine Verlängerung beim Kostenträger beantragt (z.B. Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit durch z.B. interkurrente Erkrankungen). Bei Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen wird der Verlängerungsantrag spätestens 5 Arbeitstage vor Ablauf der Kostenzusage mit aussagefähigen Befunden (u.a. Angaben zu den konkreten Reha-Zielen und zu den weiteren geplanten Therapien) der zuständigen Krankenkasse zugeleitet.

Ebenso kann es Gründe geben, die einen medizinischen Abbruch oder eine Verkürzung der Rehabilitationsmaßnahme notwendig machen. Die Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn sich während der

Rehabilitationsmaßnahme die in Kapitel 4 erwähnten Ausschlusskriterien zeigen oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist.

Bei schwerwiegenden persönlichen wie auch medizinischen Einschränkungen, die die Erreichung der Rehabilitationsziele in Frage stellen, kann es zu vorzeitigen Entlassungen aus medizinischen Gründen mit ärztlichem Einverständnis kommen. Auch sind bei mehrmaligen bzw. schwerwiegenden Verstößen gegen die Hausordnung vorzeitige Entlassungen aus disziplinarischen Gründen möglich.

## **4. Rehabilitationsablauf und -inhalte**

### **4.1 Aufnahmeverfahren**

Die Anmeldung jedes Rehabilitanden erfolgt durch den Leistungsträger. Nach Eingang der erforderlichen Unterlagen findet eine medizinische Indikationsprüfung anhand der vorliegenden Befunde statt. Erst dann erfolgt die Einberufung des Rehabilitanden. Die Aufnahme/Anreise erfolgt ausschließlich mittwochs.

Die Rehabilitanden werden vor Anreise bereits über die Aufnahmeuntersuchungstermine informiert. Nach einer kurzen administrativen Aufnahme an der Rezeption erfolgen weitere Aufnahmen durch den Ärztlichen Dienst, Pflegedienst und die Physiotherapie sowie bei bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-Allergien auch ein klärendes Gespräch mit dem Diätassistenten. Die Therapie beginnt nach Abschluss aller Untersuchungen für alle Rehabilitanden am Tag nach der Anreise.

#### Ärztliche Aufnahme

Neben einer dokumentierten ausführlichen körperlichen Untersuchung am Tag der Aufnahme werden bei Bedarf weiterführende diagnostische Maßnahmen eingeleitet. Mit jedem Rehabilitanden werden gemeinsam die Rehabilitationsziele und der Behandlungsplan besprochen und vereinbart. Während der fachärztlichen Aufnahme (innerhalb von 48 Std.) wird neben bestehenden orthopädischen Problemstellungen auch eine berufliche/schulische Anamneseerhebung durchgeführt, um notwendige weitere Behandlungen direkt einleiten zu können.

#### Pflegerische Aufnahme

Während der pflegerischen Aufnahme erfolgt eine indikationsspezifische Erhebung der Pflegeanamnese, um mögliche bestehende Problemstellungen (z.B. Sturzrisiko, Korsettdruckstellen, nötige Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens) frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Bedürfnisse und Fähigkeiten werden erfragt, Vitalwerte ermittelt sowie Pflegeziele und -maßnahmen abgeleitet. Bei jedem Rehabilitanden wird weiterhin eine Rasterstereographie- und Lungenfunktionsmessung durchgeführt.

### Physiotherapeutische Aufnahme

Im Rahmen der physiotherapeutischen Aufnahme erfolgt die fachlich korrekte Einteilung des Rehabilitanden auf Grundlage der Deformitätsklassifikation sowie die Erweiterung des befundspezifischen individuellen Übungsprogrammes.

Des Weiteren erfolgt bei bestehender Indikation (Auswertung des Anamnesefragebogens, welcher vor Anreise vorliegt) am Anreisetag eine Vorstellung bei der Ernährungsberatung zur Abstimmung von Sonderkostformen. So können ernährungsbedingte Erfordernisse bereits frühzeitig bei der Verpflegung berücksichtigt werden. Darüber hinaus erhalten alle Rehabilitanden ab 16 Jahren eine Vorstellung bei der Ernährungsberatung, in der ersten Therapiewoche um individuelle Bedürfnisse und Fragen, rund um die Ernährung zu klären.

Alle Aufnahmeprozesse sind standardisiert und schriftlich festgehalten, um eine vollständige und nachvollziehbare Erhebung und Dokumentation des Rehabilitandenstatus zu gewährleisten sowie eine befundadaptierte Behandlungsplanung unter Einbeziehung aller Bereiche der medizinischen, sozialen und beruflichen Bedürfnisse des Rehabilitanden.

## **4.2 Rehabilitationsdiagnostik**

Zu Beginn, während und am Ende der Rehabilitationsbehandlung werden bedarfsgerecht regelhafte diagnostische Maßnahmen durchgeführt. Die Befunde der Vorfelddiagnostik werden hierbei berücksichtigt. Schädigungen, Beeinträchtigungen und/oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen sowie Risikofaktoren werden beschrieben und bewertet. Zusätzliche Befunde werden zeitnah berücksichtigt.

Notwendige medizinische (Vor-)Informationen:

- ausführliche psychosoziale Anamnese
- Erweiterung der medizinisch-ätiologischen Anamnese um Fragestellungen zur beruflichen und sozialen Situation
- Belastungsfaktoren
- Risikokonstellationen
- Motivation zur Lebensstilveränderung
- persönliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit

Die klinische Basisuntersuchung:

- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- eingehende fachspezifische Untersuchung
  - Inspektion der Körpersymmetrie und der Körperstatik in allen Raumebenen
  - Funktionsprüfungen in sagittaler, frontaler und transversaler Ebene
  - Palpation der Beckenstatik

- Palpation Muskelstatus und Schmerzpunkte
- Durchführung befundspezifischer Tests wie z.B. Vorbeugetest (Adams Test, Schober Ott, FBA und Matthiastest)
- Körperlänge, Sitzhöhe und Armspannweite
- klinische Messung der Oberflächenrotation mittels Bunnell Skoliometer
- medizinische und psychosoziale Anamnese

Die klinische Diagnostik:

- Lungenfunktionsmessung
- Rasterstereographie (Formetric)
- Scolioscan (Ultraschall der Wirbelsäule)
- Röntgendiagnostik
- Ruhe-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- psychologische Diagnostik und Testverfahren (u.a. UKS-Screening für Erwachsene, Kidscreen für Kinder und Jugendliche)
- Sonographie der Gelenke und Weichteile der Extremitäten, des Abdomens
- Labordiagnostik (extern in Kooperation)
- Schmerzanalyse

Weitere dokumentierte Befunderhebungen erfolgen im Rahmen der Einzeltherapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung und Sozialberatung).

#### **4.2.1 Anforderungen an eine rehabilitationsspezifische Diagnostik**

Rehabilitationsspezifische Diagnostik bedeutet zum einen die Durchführung multidimensionaler diagnostischer Maßnahmen, um ein vollständiges multiperspektivisches Bild von den Problembereichen der Rehabilitanden zu erstellen. Durch ein solches Vorgehen können für die Erstellung und Optimierung des Therapieplans angemessene Ansatzpunkte ermittelt werden. Im Gegensatz zur kurativen Akutmedizin werden die diagnostischen Informationen nicht ausschließlich auf das untersuchte Organ, sondern auf die gesamte Lebenssituation des Rehabilitanden bezogen. Ziel ist es, das Ausmaß der empfundenen Beeinträchtigung durch Krankheit oder Behinderung zu ermitteln. Eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung soll dadurch in einen ganzheitlichen Begründungszusammenhang (unter Berücksichtigung der verschiedenen Lebensbereiche eines Menschen) gestellt werden.

Bei chronischen Schmerzpatienten wird zusätzlich eine ausführliche Schmerzdiagnostik durchgeführt. Hierbei werden speziell entwickelte Fragebögen zur Schmerzsymptomatik (Schmerzskala, Schmerzlineal, etc.) angewandt, um den Patienten später ein speziell auf ihre Symptome abgestimmtes Programm zuführen zu können.

#### **4.2.2 Verlaufsorientierte Diagnostik**

Der Rehabilitationsprozess wird fortlaufend überwacht (Visiten, Besprechungen etc.) und die Therapien werden dem Fortschritt (ggf. auch Rückschritt) des Rehabilitanden angepasst. Zu Beginn findet eine chef-/fachärztliche Visite statt.

Im Verlauf erfolgt eine weitere fach-/oberärztliche Visite, bei der u.a. der Erreichungsgrad der vereinbarten Therapieziele überprüft wird (z.B. Besprechung der gemessenen Lungenfunktionsparameter, Auswertung der Rasterstereographie, ggf. der Röntgenbilder) und ggf. notwendige Änderungen bzw. Anpassungen in der Therapieverordnung vorgenommen werden.

Bei Rehabilitanden mit Korsettversorgung wird das Korsett in der wöchentlich stattfindenden Korsettsprechstunde beurteilt. Bei Bedarf werden Empfehlungen zur Änderung am Heimatort für den versorgenden Orthopädietechniker, aber auch zur Tragezeit oder ggf. zur Abschulung gegeben.

Bei allen therapeutischen Einheiten wird vom Therapeuten auf Veränderungen geachtet. Ggf. werden im Übungsheft Änderungen der Lagerung/Übungsauswahl dokumentiert und bei Verschlechterung bzw. negativer Abweichung vom normalen Genesungsweg der behandelnde Arzt informiert.

#### **4.2.3 Funktionsdiagnostik**

##### **Rasterstereographie**

Mit Hilfe der Rasterstereographie wird eine dreidimensionale Wirbelsäulenvermessung vorgenommen. Mit dieser Methode ist eine untersucherunabhängige, schnelle Messung und Analyse der Rückenfläche und Wirbelsäulenform mit genauer mathematischer Analyse ohne Strahlenbelastung möglich.

##### **Scolioscan (Ultraschall Wirbelsäule)**

Strahlungsfreie 3D-Darstellung der Wirbelsäule mit hohe Reliabilität. Sehr gut geeignet zur Skoliose-Verlaufskontrolle (Alternative zur Röntgenkontrolle).

##### **Röntgen**

Zur Erkennung der strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule ist eine aktuelle Röntgenaufnahme der Wirbelsäule, welche nicht älter als 6 Monate ist, erforderlich. Mit dieser Röntgenaufnahme wird der Krümmungswinkel nach Cobb gemessen. In der Klinik können mittels einer digitalen Röntgenanlage im Bedarfsfall auch Teil- oder Ganztaufnahmen der Wirbelsäule zur Therapiesteuerung und Ergebnis-/Veränderungsdokumentation angefertigt werden.

##### **Bodyplethysmographie**

Mittels Atemwiderstandsbestimmung können die möglichen Beeinflussungen und Verbesserungen des Lungenvolumens und der Atemkapazität unter der Therapie deutlich gemacht werden.

**12-Kanal EKG**

Die diagnostischen Möglichkeiten werden weiterhin ergänzt durch ein hochmodernes EKG-System mit PC-Auswertung über 12-Kanal-Verstärker inkl. Software für Ruhe-EKG und Ergometrie sowie Elektrodensauganlage.

**Langzeit-Blutdruckmessung**

Im Rahmen der internistischen Mitbetreuung erfolgt bei Bedarf die Durchführung einer Blutdrucklangzeitmessung.

**Ultraschall - Sono**

Für die diagnostische Abklärung altersbedingter Sekundär- und Begleitindikationen insbesondere von Abdomen, Gelenken und Schilddrüse kann eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden.

**Labordiagnostik**

Die Labordiagnostik erfolgt bei Bedarf und in Notfällen in Kooperation mit der amb. Praxis Dr. Lauf/Hein, Bad Sobernheim oder bei dem ortsansässigen Internisten Dr. Becker.

**4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team**

Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Rehabilitation ist die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams, weswegen wöchentlich verschiedene interdisziplinäre Teambesprechungen/Fallbesprechungen stattfinden.

Um Gelegenheit und Zeit zu einem fachbezogenen und disziplinübergreifenden Kontakt zwischen den Teammitgliedern zu gewährleisten, finden regelmäßige Teamsitzungen aller therapeutischen Mitarbeiter statt. In diesen Teamsitzungen werden Organisationsfragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, besprochen und rehabilitandenbezogene Fallbesprechungen durchgeführt, in denen insbesondere sozialmedizinische Aspekte sowie auch Rehabilitations- und Therapieziele ggf. mit den Behandlungsplänen neu abgestimmt bzw. bestätigt werden. Im Weiteren werden individuelle rehabilitandenbezogene Besprechungen durchgeführt mit dem Rehabilitanden, Therapeuten und Facharzt zur individuellen Therapieabstimmung bei auffälligen Befunden (IPS).

Die Dokumentation erfolgt in dafür vorgesehenen Protokollen, welche elektronisch nachlesbar aber auch in Papierform (Ordern) hinterlegt sind und in der elektronischen Patientenakte.

<b>Team</b>	<b>Teilnehmer</b>	<b>Zeit</b>
Interdisziplinäre Patientenbesprechung (IDP)	Chefarzt, Oberarzt, Psychologen, Therapie, Pflegedienst, Sozialberater, Betreuung, Diätassistenten	wtl. mittwochs 13:15-13:45
Ärztliche Frühbesprechung	Chefarzt, Oberarzt, Abteilungsärzte, Pflegedienst	tgl. 08:00-09:00

Teambesprechung Medizin	Chefarzt, Oberarzt, Abteilungsärzte, Therapieleitung, Diätassistenten, Sozialberater, Psychologen, PDL, Betreuung	wtl. freitags 08:15-09:15
MBOR-Besprechung	Chefarzt, Oberarzt, Sozialberater, Psychologen, Ergotherapeut	wtl. donnerstags 14:00-15:00
Interdisziplinäre Psychologische Fallkonferenz	Chefarzt, Oberarzt, Psychologen, Betreuung	wtl. donnerstags 15:00-16:30
Team „Kindeswohl“	Chefarzt, Oberarzt, Psychologen, Betreuung, Sozialberater	wtl. freitags 09:00-09:30 o.b. Bedarf
Interdisziplinäre Patientensprechstunde (IPS)	Patient, Facharzt, Therapeut	Montag - Freitag bei Bedarf
Teamleitersitzung	Chefarzt, Pflegedienstleitung, Therapieleitung	wtl. donnerstags 16:00-16:30
Arbeitsfrühstück Therapie	Therapieleitung, Mitarbeiter Therapie	Montag-Freitag 10:15 - 10:30
Dienstübergabe Pflegedienst	Diensthabende Mitarbeiter Pflegedienst	3x täglich
Dienstübergabe Ärzte	Diensthabende Ärzte	2x täglich

## 4.4 Ärztliche Aufgaben

### 4.4.1 Verantwortung für den gesamten Reha-Prozess

Der Chefarzt ist für die Umsetzung des ganzheitlichen Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Trägervorgaben bzw. bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich einschließlich der Umsetzung der sozialmedizinischen Beurteilung.

Insbesondere konzipiert und koordiniert er dem aktuellen Wissensstand angepasste Rehabilitationskonzepte, die eine medizinisch-somatische Behandlung zur Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit gewährleisten. Hierbei müssen medizinisch-therapeutische Strategien mit psychologischen, pädagogischen und sozialen Ansätzen kombiniert werden, um dem sozial-medizinischen Auftrag der Reha - der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung - nachzukommen.

Er koordiniert dieses in Abstimmung mit den Oberärzten und im Weiteren mit den Abteilungsärzten.

Zu den Aufgaben des Chefarztes sowie der Oberärzte gehören:

- Leitung des Rehabilitationsteams,
- Festlegung der klinikinternen Therapiestandards nach den aktuellen Leitlinien und Empfehlungen der DRV,
- Planung und Koordination des Rehabilitationsablaufs,

- Festlegung der notwendigen diagnostischen Verfahren insbesondere auch zur Leistungsdiagnostik und von Konsiliaruntersuchungen zur Abklärung einer sozialmedizinisch relevanten somatischen und/oder psychischen Komorbidität,
- Organisation und Durchführung des Gesundheitstrainings und weiterer Informations- und Schulungsprogramme für Patienten,
- Durchführung von supervidierenden Visiten und gegebenenfalls notwendiger Anpassung der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans,
- Kontrolle der Entlassungsberichte und Überprüfung der sozialmedizinischen Beurteilung des Einzelfalles wie auch der Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen und die Nachsorgeempfehlungen,
- Kooperation mit Externen (Krankenhausärzten, therapeutischen Einrichtungen),
- Sicherstellung der ärztlichen Fortbildung und der Fortbildung der nichtärztlichen Mitarbeiter einschließlich einer regelmäßigen Schulung zu Fragen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und der Erstellung von Reha-Entlassungsberichten nach den Vorgaben der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend den Qualitätsanforderungen des Peer Review,
- Umsetzung der ärztlichen Fortbildung im Allgemeinen und der Weiterbildung im Rahmen der vorhandenen Weiterbildungsermächtigung,
- Qualitätskontrolle auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben und des eingeführten Qualitätsmanagement-Systems,
- Durchführung spezifischer arbeitstäglichlicher Sprechstunden zu speziellen Fragen,
- Sicherstellung der Hygiene in der Klinik in Abstimmung mit der externen Hygienefachkraft und den internen Hygienebeauftragten,
- Sicherstellung der Schulung der Mitarbeiter zu fachbezogenen und rehabilitationsmedizinischen Themen und zum Notfallmanagement.

#### **4.4.2 Teamleitung und -Koordination**

Auch erfolgen unter Leitung bzw. Vorgabe des Chefarztes regelmäßig stattfindende Teambesprechungen, wie oben genannt. Diese Teams unterstützen die erfolgreiche Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes bezogen auf das individuelle Therapieprogramm für den Patienten.

#### **4.4.3 Überprüfung von Reha-Indikation, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose**

Der Chefarzt bzw. die Oberärzte überprüfen vor Einbestellung eines jeden Patienten anhand der vorgelegten Unterlagen die Reha-Indikation und den Reha-Schwerpunkt. Hierbei werden auch die mitgeteilten Begleiterkrankungen kritisch geprüft. Ggf. erfolgt seitens des Chefarztes bzw. der Oberärzte eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten selbst oder dem ambulant betreuenden Arzt.

Auch bei der Aufnahme erfolgt eine sorgfältige Überprüfung der Reha-Indikation und Reha-Fähigkeit, zunächst durch die aufnehmenden Pflegekräfte, dann durch die Stationsärzte in direkter Vorstellung bei den Oberärzten bzw. dem Chefarzt.

#### **4.4.4 Aufnahme-/Abschlussuntersuchung, Veranlassung von Diagnostik, Visiten, offene Sprechstunden, Erstellung des Entlassungsberichts**

Schwerpunktmäßig liegen die Aufgaben der Abteilungsärzte in den Bereichen:

- Durchführung der Anamneseerhebung und der Aufnahmeuntersuchung einschließlich einer Arbeits- und Berufsanamnese mit ausführlicher Darstellung des Tätigkeitsprofils,
- Festlegung der Therapieziele und des Therapieplans in Abstimmung mit dem Rehabilitanden,
- bedarfsgerechte Einleitung aller notwendigen Therapien, der Beratung und Veranlassung von Schulungen des Rehabilitanden und dessen Angehörigen zur Bewältigung der nachstationären Phase, z.B. Umgang mit der Krankheit, Umgang mit Korsetten, Empfehlung zu adäquatem Bewegungsverhalten etc.
- Verantwortung für die Verordnung und Beschaffung notwendiger Hilfsmittel, z.B. Korsettversorgung und deren Nachbetreuung – siehe unten
- Entscheidung im Einzelfall über die frühzeitige Einleitung (unmittelbar nach der Aufnahmeuntersuchung) einer Einzelberatung/Betreuung durch die Sozialpädagogik, Ernährungsberatung, Psychologie oder Ergotherapie
- Überwachung des Ablaufs der Rehabilitation und – falls notwendig – Anpassung der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes,
- Schulung des Patienten im Umgang mit seiner orthopädischen Erkrankung,
- Vorstellung der Patienten bei den Oberärzten und dem Chefarzt, Durchführung von Visiten/Sprechstunden,
- Veranlassung notwendiger diagnostischer Maßnahmen,
- Überprüfung und gegebenenfalls Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie in Anlehnung an die Empfehlungen der DSG,
- Fortführung und – falls notwendig – Optimierung der medikamentösen Behandlung,
- Notfallversorgung,
- Planung der postrehabilitativen Nachsorge in Abstimmung mit dem Rehabilitanden incl. Organisation der Weiterversorgung nach Beendigung der Reha in Zusammenarbeit mit den Oberärzten
- Durchführung einer ärztlichen Abschlussuntersuchung,
- Erstellung von Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen und der Nachsorge in Abstimmung mit dem Rehabilitanden,
- Erstellung des ärztlichen Reha-Entlassungsberichts nach den Vorgaben der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend dem »Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung«. Dieser enthält auch alle relevanten Prozessmerkmale des Peer-Review-Verfahrens für somatische Indikationen,
- Gestaltung des Gesundheitstrainings und weiterer Informations- und Schulungsprogramme,
- regelmäßige Teilnahme an klinikinternen und an externen ärztlichen Fortbildungen.

Die Korsettversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der konservativen Skoliose-Therapie (siehe Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und des Berufsverbandes der Ärzte für

Orthopädie (BVO)). Bei bestehender Wachstumserwartung und Krümmungswinkeln von weniger als 40° sind hierbei deutliche endgültige Krümmungskorrekturen möglich.

Da in den Hauptwachstumsphasen oftmals eine alleinige physiotherapeutische Behandlung nicht ausreicht, wird bei noch nicht erfolgter Korsettversorgung zum Vermeiden einer weiteren Krümmungsverschlechterung die Korsettversorgung stationär durchgeführt. Dabei werden neue Korsette angeschult und während des stationären Behandlungsverlaufs hinsichtlich der Passform und Krümmungskorrektur kontrolliert und bei Bedarf angepasst.

Für die ausgiebige Aufklärung und Betreuung während der An- und Abschlusphasen im Rahmen der stationären Skoliose-Intensiv-Rehabilitation wird der ärztliche Dienst durch die Ergotherapeuten, den Pflegedienst und die Physiotherapeuten unterstützt.

Ergänzend wird die Bewältigung der Korsettversorgung bei Bedarf durch Angebote der Psychologen begleitend unterstützt. Dabei wird über die Bearbeitung negativer Gefühle im Zusammenhang mit der Korsetttherapie die Fähigkeit zur Mitarbeit der einzelnen Rehabilitanden gefördert und die Akzeptanz der Korsettversorgung erheblich verbessert.

Bei Bedarf kann sich der Patient arbeitstäglich einen Sprechstundentermin bei seinem Abteilungsarzt durch Melden beim Pflegedienst/Servicebüro geben lassen. Jeder Patient erhält beim Abteilungsarzt eine Abschlussuntersuchung. In diesem Rahmen werden auch die Inhalte des Entlassungsberichtes und die Nachsorgeempfehlungen incl. der zu initiierenden Nachsorgeprogramme besprochen. Wenn möglich erhält schon am Entlassungstag der Patient den supervidierten Entlassungsbericht ausgehändigt, anderenfalls, falls notwendig, einen Kurzarztbericht. Der ausführliche Entlassungsbericht an den Kostenträger und die weiterbehandelnden Ärzte wird den Adressaten nach Abreise des Patienten zeitnah zugesendet.

#### **4.4.5 Partizipative Abstimmung, Überprüfung und Anpassung von Rehabilitationszielen und Therapieplan, Monitoring des Zielerreichungsgrades**

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung besprechen der Abteilungsarzt bzw. der später hinzukommende Facharzt mit dem Patienten dessen persönliche Rehabilitationsziele anhand des Reha-Zielebogens. Der Therapieplan leitet sich unter sozialmedizinischen Aspekten aus dem Krankheitsbild und den Rehabilitationszielen des Patienten ab und wird diesem auch so erläutert. Rückfragen hierzu werden in den Therapien, Visiten oder bei den Sprechstunden beantwortet. In den Visiten oder den Sprechstunden wird gegebenenfalls auch der Therapieplan modifiziert. Hierbei fließen die Rückmeldungen der verschiedenen Therapiebereiche und die Ergebnisse aus den spezifischen Teamsitzungen mit ein.

Therapieziele sind zentraler Bestandteil jeder rehabilitativen Maßnahme. Zunächst sind sie wichtig für die Therapieplanung und gegebenenfalls -anpassung: Die

Behandlungsplanung orientiert sich am Bedarf des einzelnen Patienten, wobei der Anspruch besteht, die Rehabilitation an Prinzipien der **Evidence based medicine** auszurichten. Darüber hinaus ist die gemeinschaftliche Festlegung (shared decision making) von Therapiezielen auch wichtig für die Schaffung von Motivation und Compliance bei den Rehabilitanden und bildet auch die Grundlage für die Beurteilung des Rehabilitationserfolgs.

Die **Rehabilitationsziele** für orthopädische Behandlungen in der Asklepios-Katharina-Schroth-Klinik lassen sich generell auf fünf Ebenen formulieren:

- Zielsetzungen auf der **somatischen Ebene**: Diagnostische Einschätzung des orthopädischen Krankheitsbildes, Verbesserung von körperlichen Funktionsdefiziten, ggf. Linderung von Schmerzen und anderen somatischen Beschwerden, allgemeine Konditionierung, Schulung von Kompensationstechniken, Optimierung des Ernährungszustandes, Optimierung der Medikation u.a., aktiver Aufbau eines individuellen Eigenübungsprogrammes.
- Zielsetzungen auf der **funktional-behavioralen Ebene**: Ablegen einer passiven Krankenrolle, Steigerung von Aktivität und funktioneller Leistungsfähigkeit, (Wieder)-Erwerb von Vertrauen in eine alltagstaugliche körperliche und psychische Belastbarkeit, aktiver sinnvoller Umgang mit dem vorgeschädigten Rücken usw., Förderung der sozialen Teilhabe, Verbesserung der Alltagsbewältigung.
- Zielsetzungen auf der **beruflichen/sozialmedizinischen Ebene**: Klärung der sozialmedizinischen Situation, Abwendung einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, Förderung der beruflichen Teilhabe.
- Zielsetzungen auf der **psychisch-psychosozialen Ebene**: Verbesserung von emotionalen, kognitiven und behavioralen Aspekten, Verbesserung von Eigenmotivation und Autonomie, soziale Reintegration, Bewältigung von Stress- und Konfliktsituationen, Entwicklungshemmnissen und biografischen Belastungen, kognitive Restrukturierung wie z. B. Akzeptanz veränderter Lebensbedingungen u.a.
- Zielsetzungen auf der **psychoedukativen Ebene**: Vermittlung eines adäquaten bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses, Förderung einer angemessenen Krankheitsverarbeitung und Compliance, Motivierung zu gesünderer Lebensweise (ggf. Motivation zur Gewichtsnormalisierung, Raucherentwöhnung) und zur aktiven Teilnahme am Rehabilitationsprozess, Vermittlung von Verhaltens-/Lebensstilstrategien zur Umsetzung eines krankheitsgerechten/gesundheitsbewussten Verhaltens in Alltag, Beruf und Freizeit, Erzielung eines nachhaltigen Rehabilitationserfolgs auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Ansatzes der ICF.

Über die bereits dargestellten Strategien hinaus sind folgende **Leitprinzipien** von Bedeutung:

- Eine sorgfältige somatische **Eingangsdiagnostik** schafft die Voraussetzungen für eine weitgehend **individuell** und flexibel gestaltete **Therapie**. Eingesetzt werden diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen, für die die jeweils **beste empirische Evidenz** vorliegt.

- Eine routinemäßig etablierte **Verlaufsdagnostik** sichert die Anpassung der Therapiepläne an veränderte Gegebenheiten.
- An den Planungs- und Entscheidungsprozessen sind die **Rehabilitanden jederzeit partizipativ beteiligt**.

Die ärztliche Betreuung von Patienten in der orthopädischen Rehabilitation ist weniger mit der Durchführung zusätzlicher technischer diagnostischer Maßnahmen verbunden als vielmehr mit der genauen Anamnese des Patienten, nicht nur in orthopädischer Hinsicht, sondern auch im Hinblick auf die Anforderungen seines Alltagslebens im privaten und schulischen/beruflichen Bereich. Hier setzt vor allem die ärztliche orthopädisch-rehabilitative Beratung an.

#### **4.4.6 Ärztliche Beratung zu Krankheiten und Therapie, sozialmedizinische Beratung**

Während der Rehabilitationsmaßnahme wird auch in den Gesprächen stets Augenmerk auf die individuelle Beratung der Patienten im Hinblick auf die bestehenden Erkrankungen und der daraus resultierenden Folgen gelegt auch im Hinblick auf sozialmedizinische Aspekte. Dieses erfolgte bereits im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung, setzt sich fort bei den Visiten, Sprechstunden, ärztlichen Schulungen und der Abschlussuntersuchung. Ggf. werden deshalb in Abstimmung mit dem Patienten die Therapien modifiziert. Dadurch soll der Patient befähigt werden, nach dem Reha-Aufenthalt den Anforderungen in seinem Alltagsleben im privaten und schulischen/beruflichen Bereich besser gerecht zu werden.

#### **4.4.7 Umgang mit Komorbiditäten**

Die bestehenden Begleiterkrankungen werden, wenn nötig, im Rahmen der Patientenbetreuung mitbehandelt. Dieses schließt die somatischen als auch die psychischen/psychosomatischen Erkrankungen mit ein. Regelmäßig erfolgt dann die Kontaktaufnahme der Abteilungsärzte zu den Fachärzten und der Psychologie. Diese legen weitere Maßnahmen/Therapien fest und überwachen diese. In den Teamsitzungen werden hier ggf. auch Maßnahmen festgelegt.

#### **4.4.8 Art und Durchführung ärztlich-therapeutischer Angebote/Behandlungen**

In der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik werden neben medikamentösen Interventionen insbesondere spezielle schmerztherapeutische Interventionen angeboten. Die ärztlichen Mitarbeiter verfügen über manualmedizinische Kenntnisse. Von besonders qualifizierten Ärzten werden manipulative Maßnahmen an der Wirbelsäule und an den Extremitätengelenken durchgeführt. Wir weisen darauf hin, dass in unserer Klinik Manipulationen nur nach nicht erfolgreicher Mobilisation erfolgen. Insgesamt bevorzugen wir »Weiche Techniken«. An der HWS nehmen wir generell keine Manipulativverfahren vor, sondern Techniken wie PIR (Postisometrische Relaxation). Manualtherapeutische Verfahren erfolgen in Kombination oder Ergänzung der physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Ferner finden therapeutische Lokalanästhesie und Kinesio-Taping ärztlicherseits Anwendung. Im Rahmen der Fortbildungen sind alle Ärzte psychosomatisch geschult

und wenden verhaltensmedizinische Interventionen an. Hierzu gehören gesprächstherapeutische Interventionen mit Verstärkung aktiver selbstbestimmter lösungsorientierter Krankheitsbewältigung, aber auch Entspannungsverfahren. Außerdem erfolgt die Versorgung mit Verbänden und orthopädischen Hilfsmitteln.

Über die bereits dargestellten Strategien hinaus sind folgende **Leitprinzipien** von Bedeutung:

- Eine sorgfältige psychosomatische und somatische Eingangsdiagnostik schafft die Voraussetzungen für eine weitgehend individuell und flexibel gestaltete Therapie. Eingesetzt werden diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen, für die die jeweils beste empirische Evidenz vorliegt.
- Eine routinemäßig etablierte Verlaufsdiagnostik sichert die Anpassung der Therapiepläne an veränderte Gegebenheiten.
- In das medizinisch-therapeutische Konzept sind erforderlichenfalls Maßnahmen zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung integriert.
- An den Planungs- und Entscheidungsprozessen sind die Rehabilitanden jederzeit partizipativ beteiligt.
- Die Maßnahmen unterliegen einer regelmäßigen Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität. Dazu gehören auch diejenigen, die eine interne und externe Kommunikation und Vernetzung sicherstellen.

#### **4.4.9 Arznei-, Verband- und Hilfsmittelversorgung**

Nach ärztlicher Verordnung werden im Pflegedienst Arzneimittel ausgegeben und Patienten nach ärztlicher Aufklärung durch die Pflegekräfte angeleitet. Die Belieferung erfolgt durch die Felke-Apotheke Bad Sobernheim. Halbjährlich findet eine Arzneimittelkonferenz statt. Über den Pflegedienst erfolgt auch die Verbandmittelversorgung unter ärztlicher Verlaufskontrolle. Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes ist Wundexpertin nach ICW.

Im Rahmen des Klinikaufenthaltes wird bei bestehender Skoliose oder Kyphose auch Augenmerk auf die Versorgung mit korrigierenden oder stabilisierenden Korsetts bei Notwendigkeit gelegt. In der ärztlichen Korsettsprechstunde werden die Passform, der Tragekomfort, die Notwendigkeit einer Versorgung oder Abschulung eines Korsetts visitiert und ggf. Vorschläge für weitere Maßnahmen geäußert. Diese Beurteilungen sind im E-Bericht hinterlegt. Bei Bedarf erfolgen auch Korsettversorgungen vor Ort seitens eines lokalen Sanitätshauses nach ausdrücklicher Zustimmung der Patienten bzw. Erziehungsberechtigten.

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik arbeitet mit dem lokalen Sanitätshaus Sanomed in Bad Sobernheim zusammen. Mit weiteren erforderlichen Hilfsmitteln können die Patienten ebenfalls versorgt werden bei entsprechender Indikation. Diese Hilfsmittel werden im Regelfall zeitnah ausgehändigt und von den Ärzten, Pflegekräften sowie Ergotherapeuten/Therapeuten auf ihre Passgenauigkeit und Wirksamkeit überprüft. Selbstverständlich steht es den Patienten frei, ein Sanitätshaus ihrer Wahl in Anspruch zu nehmen.

Die Patienten erhalten u. a. Informationen und Anleitung zu folgenden Hilfsmitteln:

- korrigierende Korsetts (Cheneau- oder Reklinationskorsett),
- Schmerz-Korsetts,
- orthopädische Maßeinlagen,
- Bandagen,
- Schuheinlagen und Fersenkeil,
- Rollatoren, Gehstützen und Rollstühlen,
- Elektrostimulationsgeräten usw.

#### **4.4.10 Einbindung in Gesundheitstraining und Patientenschulung**

Die Ärzte der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik sind intensiv in die Patientenschulungen einbezogen. Sie vermitteln den Rehabilitanden Kenntnisse über das Behandlungskonzept der Dreidimensionalen Skoliotherapie nach Katharina Schroth, sind in der Schulung „Medizinische Aspekte der Wirbelsäulenverkrümmung“ sowie „Korsettversorgung bei Wirbelsäulendeformitäten“ eingebunden.

#### **4.4.11 Kooperation mit Konsiliarärzten, niedergelassenen Ärzten, Betriebsärzten, Selbsthilfegruppen, sonstigen externen Partnern**

Die Kooperation von stationärer Skoliotherapie und ambulanter Therapie ist ein fester Bestandteil des Gesamtkonzepts der Schroth-Therapie. Deshalb bildet die Klinik externe Physiotherapeuten in der Dreidimensionalen Skoliotherapie nach Katharina-Schroth aus.

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik arbeitet eng mit niedergelassenen Ärzten und Akutkliniken, aber auch darüberhinausgehend mit weiteren Partnern zusammen. Der Chefarzt der Klinik ist Mitglied des Fachbeirates des Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e.V.

In der Lokalpresse werden in größeren Abständen Artikel über aktuelle Anlässe bzw. Aktivitäten der Klinik veröffentlicht. Auch auf Gesundheitsmessen und auf Kongressen sind unsere Ärzte und Mitarbeiter als Referenten und Ansprechpartner vertreten, um stetigen Informationsaustausch mit Zuweisern und (potentiellen) Patienten zu gewährleisten.

Im Bedarfsfall können niedergelassene Ärzte für innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, aber auch Zahnmedizin im Ort zur Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Spektrums herangezogen werden.

Bedarfsweise und in Absprache mit den Rehabilitanden und dem interdisziplinären Reha-Team nehmen die Ärzte und Mitarbeiter des Sozialdienstes Kontakt zu Betriebsärzten, Selbsthilfegruppen oder Pflegediensten auf.

#### **4.4.12 Indikationsstellung zur Nachsorge, Anregung und Einleitung sonstiger weiterführender Leistungen**

Um einen langfristigen Erfolg durch die Rehabilitationsmaßnahme zu sichern, ist ein Hauptziel in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik, die Motivation zu Verhaltens- und Lebensstiländerungen bei den Patienten anzustoßen. Deshalb spielt die Förderung von Motivation und Eigenbefähigung zu jedem Zeitpunkt der Rehabilitation eine wichtige Rolle. Sowohl in den Arzt-Patienten- oder Therapeuten-Patienten-Gesprächen als auch in den Schulungsprogrammen ist Motivation ein ganz besonderer Bestandteil der Gesprächsführung. Die Patienten erhalten in allen Therapiebereichen (auch schriftliche) Anleitungen und Motivation zur Weiterführung eines strukturierten Eigenübungsprogramms sowie beispielsweise auch zum kognitiven Training oder zur Ernährung.

Besonderer Wert wird auf die Einleitung/Abstimmung von Nachsorgeprogrammen gelegt, damit der langfristige bzw. noch auszubauende Erfolg der Reha gewährleistet ist. Die Nachsorgemöglichkeiten werden in der Oberarztvisite mit dem Patienten besprochen. Auch ist die Nachsorge ein großes Thema in den Teambesprechungen.

Hier werden Anregungen der verschiedenen Fachgruppen zur Nachsorge zusammengetragen und vom Stationsarzt umgesetzt. Die subjektive Einschätzung des Patienten wird in besonderer Weise gewürdigt und diskutiert. Sollten sich Problematiken im Bereich der medizinischen oder sozialmedizinischen Einschätzung ergeben, erfolgt eine erneute chefärztliche oder oberärztliche Konsultation. Zur Stabilisierung und Festigung des Reha-Erfolges sind die Einleitung von beispielsweise Rehabilitationssport, Funktionstraining, IRENA oder T-RENA sinnvoll. Auch Empfehlungen für den weiterbehandelnden Arzt, wie zum Beispiel Weiterverordnung von physiotherapeutischen Maßnahmen oder Funktionstraining, Verordnungen von Hilfsmitteln oder ggf. Arzneimittelversorgung, weiterer Diagnostik am Heimatort, Kontaktaufnahme mit Nachsorgeeinrichtungen am Wohnort, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung usw. sind Inhalt der Nachsorge.

#### **4.4.13 Verantwortliche Einbindung in Notfallmanagement, Dokumentation, Qualitätssicherung sowie Fort- und Weiterbildung, Supervision**

##### **4.4.13.1 Notfallmanagement**

Die Sicherheit aller Patienten und der gesamten Einrichtung hat oberste Priorität. Die Organisation eines funktionierenden Notfallmanagements obliegt der Geschäftsleitung, wobei federführend, neben den Vorgaben aus der Konzernzentrale, das medizinische Notfallmanagement der Ärztlichen Leitung und das technische Notfallmanagement der Geschäftsleitung unterliegen.

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik verfügt über ein Notrufsystem. Durch die technische Ausstattung kann der Notruf an allen öffentlichen Bereichen der Einrichtung ausgelöst und durch Verbindung mit der Telefonanlage mobil empfangen werden.

Dem Pflegedienst als auch dem diensthabenden Arzt steht jeweils ein Notfallrucksack zur Verfügung. Über ein mobiles Telefon können beide jeweils getrennt voneinander informiert werden. Der Notfallrucksack beinhaltet alle notwendigen Materialien und medizinisch-technischen Geräte, um lebensrettende Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. Die ärztliche Leitung legt die obliegende Ausstattung und Wartung des gesamten Notfallequipments fest, welches von Mitarbeitern des Pflegedienstes gewartet wird. Die Überprüfung erfolgt nach festgelegten Regeln und ist im QM hinterlegt.

Alle Mitarbeiter werden jährlich im Reanimationstraining praktisch und theoretisch geschult.

#### **4.4.13.2 Dokumentation**

Eine gute Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements, um den sich aus dem Versorgungsauftrag ergebenden Schutz der körperlichen Unversehrtheit unserer Patienten zu sichern. Im Qualitätsmanagementsystem ist die Vorgehensweise diesbezüglich hinterlegt. Sämtliche Prozesse, die den Patienten betreffen, werden in der elektronischen Patientenakte, elektronisch im Patientenverwaltungsprogramm und im Terminierungsprogramm dokumentiert, gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Durch eine transparente medizinische Dokumentation besteht aber auch ein berufsübergreifender Informationsaustausch, der von allen Berufsgruppen genutzt wird. Dieses dient zur Sicherung des Reha-Erfolges. Die Verantwortung für die korrekte Umsetzung der Dokumentation seitens des medizinischen Personals obliegt der ärztlichen Leitung.

#### **4.4.13.3 Qualitätssicherung**

Allen Mitarbeitern im ärztlichen Dienst stehen die Ergebnisse des externen Qualitätssicherungssystems seitens der DRV und internem QM mit den quartalsweisen Auswertungen der Patientenzufriedenheit, internen Auswertungen der Arztbrieflaufzeit, der Patientenverteilung und andere Parameter zur Verfügung.

Bei jedem Arztkontakt wird nicht nur über das Befinden und die Fortschritte des Patienten in Zusammenhang mit seinen mit ihm abgestimmten Reha-Zielen gesprochen, sondern ärztlicherseits erfolgt eine Überprüfung des Therapieplans, bedarfsweise die Umsetzung von Verordnungen, die Dokumentation in der Patientenakte, die Kontrolle der Teilnahme an den Therapien, die Besprechung ggf. aufgekommener Störungen oder Fragen. Außerdem sind alle ärztlichen Mitarbeiter in der Umsetzung der Reha-Therapiestandards geschult und können die konkrete Anwendung pro Patient auch in unserer elektronischen Patientenakte fallbezogen überprüfen. Hierdurch entstehen kurze Wege.

Auf Wünsche oder Änderungsbedarf von Patienten kann schnell und adäquat reagiert werden. Die ärztlichen Mitarbeiter sind in den Reha-Teamsitzungen anwesend und bringen sich unter chef- bzw. oberärztlicher Anleitung entsprechend auch zur Qualitätssicherung ein. Es existieren feste Regeln bezüglich der Aufnahmeuntersuchung, der Visiten, der Facharztvorstellungen, der

Spezialsprechstunden und der Abschlussuntersuchungen. Auch hier wird der Verlauf durch die ärztliche Leitung überprüft und ggf. korrigiert.

#### **4.4.13.4 Fort- und Weiterbildung und Supervision**

Gemäß der Berufsordnung der Ärzte § 4 ist der medizinische Dienst verpflichtet, »sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist«.

Um den Qualitätsstandards unserer Klinik gerecht zu werden, wird eine regelmäßige externe und interne Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter aller Abteilungen sichergestellt. Ziel ist es, ständig die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in die tägliche Arbeit der Rehabilitationsklinik einfließen zu lassen. Die Verantwortung liegt hierzu sowohl bei der Geschäftsleitung als auch der ärztlichen Leitung.

Der Chefarzt verfügt über die Weiterbildungsbefugnis „Orthopädie und Unfallchirurgie“ für 1 Jahr und der pädiatrische Oberarzt die Weiterbildungsbefugnis „Kinder- und Jugendmedizin“ für 6 Monate. Maßgeblich ist die jeweils gültige Weiterbildungsordnung der zuständigen Ärztekammer Rheinland-Pfalz, Bezirksstelle Koblenz.

Alle ärztlichen Kollegen und die Mitarbeiter aller Abteilungen haben die Möglichkeit, in spezialisierten Akutkliniken zu hospitieren, um stets die aktuellen Erfordernisse an die Rehabilitationseinrichtung zu erfüllen.

In der Klinik werden regelmäßig interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen zu Reha-Themen durchgeführt, die von Mitarbeitern der unterschiedlichen Teambereiche organisiert werden. Auch in den Frühteams und wöchentlichen Reha-Teams werden aktuelle medizinische Erkenntnisse vermittelt und diese fließen in die Therapie mit ein.

Eine Überprüfung des medizinischen Wissensstandes bzw. der erworbenen Kenntnisse der medizinischen Mitarbeiter erfolgt über Gespräche in den Teams oder im Einzelgespräch seitens der ärztlichen Leitung.

#### **4.4.13.5 Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens unter Einbeziehung des Reha-Teams**

Jeder Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter wird im Rahmen der stationären Reha ausführlich beruflich beraten zu arbeitsplatzhalterhaltenden Maßnahmen, einschließlich Eingliederungshilfen, Arbeits- und Berufsförderung sowie Arbeitsplatzumsetzung (LTA).

Bei der Erstellung der sozialmedizinischen Beurteilung werden die Einzelinformationen der unterschiedlichen medizinischen und therapeutischen Bereiche sowie ggf. die Ergebnisse der arbeits- und sozialmedizinischen Diagnostik zusammengeführt und zu einer aussagefähigen sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung als Handlungsgrundlage für die berufliche Reintegration oder weiterer sozialmedizinischer Planungen und Beurteilungen verdichtet.

Im interdisziplinären Rehabilitationsteam wird nicht nur der gesamte Rehabilitationsverlauf jedes einzelnen Rehabilitanden besprochen, sondern stets auch der Aspekt der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung angesprochen. Wer die arbeitsplatzerhaltenden Maßnahmen finanziert, ab wann eine berufliche Neuorientierung sinnvoll und durchführbar ist und wo detaillierte Informationen erhältlich sind, erfährt der Rehabilitand im Rahmen der beruflichen Sozialberatung, im Einzelfall ggf. auch bei einem zusätzlichen Termin mit dem Rehabilitationsberater der DRV. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der medizinischen Befunde in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten.

Die sozialmedizinische Entwicklung wird im gesamten Behandlungsverlauf durch die behandelnden Ärzte kontrolliert, mit dem Behandler-Team abgestimmt und wiederholt mit dem Patienten ausführlich besprochen. Somit drückt die sozialmedizinische Beurteilung, die im Entlassungsbrief differenziert dargestellt wird, im Regelfall eine übereinstimmende Einschätzung von Rehabilitand und Arzt einschließlich Reha-Team aus.

Zur sozialmedizinischen Beurteilung gehören insbesondere auch die Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen, wenn diese nicht nur einer nahtlosen Fortführung der Behandlung dienen, sondern darüber hinaus auch zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erforderlich werden und deshalb bei der Leistungsbeurteilung im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden müssen.

Um eine professionelle sozialmedizinischen Beurteilung für den Rehabilitanden mit all seinen nachfolgenden Maßnahmen sicherzustellen, trifft sich wöchentlich das MBOR-Team für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen.

#### **4.4.14 Kindeswohl in der Rehabilitation**

Die Arbeitsgruppe „Kindeswohl in der Rehabilitation“ trifft sich einmal pro Monat (oder bei Bedarf) unter Federführung des Chefarztes und Leitung des Oberarztes für Kinder- und Jugendmedizin. Das interdisziplinäre Team besteht aus Leitungskräften und Mitarbeitern verschiedener Abteilungen wie medizinischer Dienst, Psychologie, Pflegedienst, Betreuung, Physiotherapie und Sozialdienst.

Es werden folgende Ziele verfolgt:

- Einerseits geht es um die Entwicklung skoliose-unabhängiger Angebote, um die Kinder und Jugendlichen ganzheitlich in ihrer Entwicklung zu fördern. Sie sollen gestärkt aus der Reha zurückkehren durch Förderung des Selbstbewusstseins, der Teamfähigkeit, der sozialen Kompetenz, durch Wissensvermittlung, durch Aufzeigen beruflicher und privater Chancen etc. Dazu wurde u.a. das Projekt „Schroth saves lives“ entwickelt, in dem die Rehabilitanden zwischen 12 und 18 Jahren in Reanimationsmaßnahmen geschult werden.
- Andererseits bieten die Sitzungen Raum für Reflexionen zum Thema Kindeswohlgefährdung und sorgen für die Sensibilisierung des gesamten Teams für die psychologische Beratung der Kinder und Jugendlichen. Bei Erkennen eines

akuten Falles sollen Lösungen im Sinne des Kindes/Jugendlichen gefunden werden. Verfahrensanweisungen, die auf der aktuellen AWMF-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“ fußen, liegen bei Verdacht auf akute Kindeswohlgefährdung sowie bei NSSV vor.

## 4.5 Behandlungselemente

### 4.5.1 Pflegedienst, Erzieher, Betreuungspersonal

Neben der pflegerischen Aufnahme und den allgemeinen pflegerischen Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst auch erzieherische Aufgaben und trägt dafür Sorge, dass die Hausordnung eingehalten wird. Der Pflegedienst ist rund um die Uhr für alle Rehabilitanden erreichbar.

Die Aufgaben des Pflegedienstes sind im Einzelnen:

Kinder- und Gesundheits- und Krankenpfleger, medizinischer Fachangestellter:

- pflegerischer Aufnahmeprozess: Aktenvorbereitung, Rasterstereographie, Lungenfunktionsmessung, Vitalwerteerhebung, pflegerische Anamnese
- Korsettdruckstellenbetreuung
- Organisation Medikamentenbeschaffung und Verabreichen von Medikation
- Durchführung von Pflegestandards, z. B. Wundbehandlung, Verbände, Einreibungen, Wärmetherapie, Injektionen, Sturzprophylaxe, Blutdruck und Herzfrequenzmessung, Blutzuckermessung, Thromboseprophylaxe, Richten einer Infusion, Krankenhauseinweisung
- Ausführung von ärztlichen Anordnungen
- Organisation Facharztvorstellungen
- Routinerundgänge und Krankenbesuche
- Mitverantwortung med. Notfallmanagement
- Mitverantwortung der Rehabilitandensicherheit
- Organisation pflegerischer Abschlussprozess

Die Aufgaben der Erzieher und des geschulten Betreuungspersonals sind im Einzelnen:

- betreute Freizeitangebote außerhalb der Therapie: Kernzeiten für alle Rehabilitanden von 17:00 bis 21:30 Uhr
- Kennenlern-Angebote für neuangereiste Rehabilitanden 16-20 Jahre (jeden Donnerstag 10:00-11:00 Uhr)
- Betreuungsangebote für Rehabilitanden bis 11 Jahre
- allgemeine Betreuung und Unterstützung während der Therapie-Kernzeiten (Mo.-Fr. 08:00-17:00 Uhr)
- Heimwehbetreuung
- Speisesaalbetreuung von Kindern und hilfsbedürftigen Erwachsenen
- Betreuung von Begleitkindern

- Planung, Organisation und Durchführung von speziellen Programmen und Angeboten zu besonderen Anlässen
- Wissensvermittlung in der Kleingruppe zum Thema „Cybermobbing“
- Routinerundgänge

#### **4.5.2 Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten**

Bei allen Therapien wird auf ärztliche Behandlungsstandards der Klinik sowie auf die Leitlinien der Fachgesellschaften zurückgegriffen. Für jede Indikation bestehen detaillierte Behandlungsmodule bezogen auf Diagnosen und Beeinträchtigungen. Im Sinne der ICF und Teilhabezielsetzung werden bei Aufnahme der Rehabilitanden neben klinischen Diagnosen auch Rehabilitationsdiagnosen festgelegt und entsprechende Rehabilitationsziele und Inhalte definiert. Dabei werden die spezifischen Kontextfaktoren der Rehabilitanden ausführlich berücksichtigt.

##### Physiotherapie

Kernstück des Behandlungskonzeptes ist die Dreidimensionale Skoliosetherapie nach Katharina Schroth. Die Schroth-Therapie basiert auf neurophysiologischen Grundlagen. Sensomotorische und kinästhetische Korrekturprinzipien werden genutzt, um asymmetrische Haltungs- und Bewegungsmuster bewusst zu machen und zu verändern. Im Mittelpunkt steht die Rekalibrierung der durch die Skoliose/ Wirbelsäulendeformität veränderten motorischen Steuerung und Kontrolle. Durch visuelle Feedbackschleifen und spezifische Mobilisations- und Stabilisationsübungen werden reversible Funktionsdefizite korrigiert und neue balancierte Haltungsvariationen installiert.

Großer Wert wird dabei auf edukative Elemente in der Körpertherapie gelegt, um ein Verständnis für die Wirbelsäulendeformität sowie die Einsicht und Motivation zum Üben und Trainieren beim Betroffenen zu wecken. Dies ist wichtig für den Transfer in den Alltag und die Motivation für die poststationäre Weiterbehandlung durch autorisierte Schroth-Therapeuten in Wohnortnähe.

Inhaltliche Schwerpunkte der Schroth-Therapie in Einzel-, Kleingruppen- und Gruppentherapie (max. 12 Rehabilitanden) sind:

- skoliosespezifische Physiotherapie nach Katharina Schroth,
- befundspezifische Physiotherapie bei sagittalen Haltungsstörungen,
- Atemtherapie.

Ergänzende Physiotherapeutische Maßnahmen sind

- physiotherapeutische Einzeltherapie bei Funktionsstörungen und Schmerzen (z.B. Manuelle Therapie, PNF, FBL, Reflektorische Atemtherapie, Brügger, ...),
- befundspezifische Physiotherapie für Rehabilitanden nach Wirbelsäulenoperation (WS-OP), Instabilitäten der Wirbelsäule und sagittalen Haltungsstörungen als Kleingruppen (max. 5 Rehabilitanden) und Einzeltherapie (z.B. WS-OP-Programm, McKenzie, HWS-Selbstübungsprogramm, Autostabilisationsübungen).

### Sport- und Bewegungstherapie

- Sport-/Bewegungstherapie im Bewegungsbad
- Rückenschule und ATL-Training
- Training auf dem Minitrampolin für sagittale Haltungsstörungen
- Nordic Walking
- Koordinations- und Atemgymnastik im Freien
- MTT als indikationsspezifisches allgemeines Kraft-/Koordinations- und Ausdauertraining

### Physikalische Therapie

- klassische Rückenmassagen
- Wärmetherapie (Wärmepackungen, Rotlicht, Heiße Rollen, etc.)
- Elektro- und Ultraschalltherapien
- Lymphdrainage
- Hydrojet-Massage

### Ergotherapie

- Korsetttraining
- Gleichgewichts- und Koordinationstraining
- Fein- und Grobmotorik/Wahrnehmungstraining
- Kleingruppen zu den Themen Arbeitsplatz, Schule und Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Hausarbeit)
- Hilfsmittelberatung und -training

### Ernährungsberatung

Im Rahmen der Ernährungsberatung sind Diätassistenten für die Beratung der Rehabilitanden in Ernährungsfragen nach den Leitlinien der DGE zuständig. Sie findet in Form von Einzelberatungen, themenspezifischen Schulungen, Büffetberatungen sowie in Lehrkücheneinheiten statt. Da bei vielen Rehabilitanden mit Skoliose Untergewicht bzw. Kachexie vorliegt, benötigen sie besondere ernährungsmedizinische Unterstützung.

Grundlegende Kenntnisse sowie evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen können praktisch in altersabgestuften Lehrkücheneinheiten (3 x wöchentlich, 2,5 Std.) vermittelt und vertieft werden. Des Weiteren werden individuell angepasste Sonderkostformen zubereitet, falls dies auf Grund von Allergien, Unverträglichkeiten oder speziellen Kostanforderungen notwendig ist. Bedingt durch die Altersgruppen unserer Rehabilitanden liegt ein weiterer großer Schwerpunkt im Bereich der Ernährungsprävention. Dies wird in den Schulungen und der Lehrkücheneinheit „Gesundes Frühstück“ (4 x wöchentlich, 1,0 Std.) vermittelt. Hier bereiten die Rehabilitanden im Rahmen einer Kleingruppe (max. 5 Rehabilitanden) unter Anleitung ihr Frühstück zu.

Weitere Schulungsthemen sind:

Gesunde Ernährung, Ernährungsmythen, Osteoporose, Vegane Ernährung, Emotionales Essverhalten, Herzgesunde Ernährung, Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen.

### Sozialberatung

Auf Grundlage des biopsychosozialen Modells bietet die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik eine Beratung in Form von Einzelberatungen und Informationsveranstaltungen/Schulungen in allen sozialrechtlichen Fragen an. Es erfolgt eine Unterstützung hinsichtlich der Umsetzung und Handhabung bestehender Möglichkeiten bei individuellen Fragestellungen und gesellschaftlichen Problemen der Rehabilitanden vor dem Hintergrund der jeweiligen öko-sozio-kulturellen Rahmenbedingungen. Bei Fragen zum Thema Rehabilitation und Teilhabe, Hilfestellung bei Beantragungen bis hin zum Ausfüllen von notwendigen Anträgen und Formularen (z.B. Grad der Behinderung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) wird der Rehabilitand unterstützt.

- Information und Unterstützung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung (u.a. Klärung von finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit längerfristiger/wiederkehrender Krankheit und bestehender/drohender Arbeitslosigkeit)
- Beratung und Organisation der weiteren Versorgung (z.B. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen, Angehörigeneinbeziehung, Vermittlung / Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen)
- Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Grundsicherung und Sozialhilfe; (Erwerbsminderungs-) Renten, Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe, des Schwerbehindertenrechts sowie weiterer Leistungen nach dem Sozialrecht
- Unterstützung und Beratung bei Problemen mit Krankenkassen, Arbeitsagenturen, DRV, den Ämtern für soziale Angelegenheiten, Integrationsämtern oder weiteren öffentlichen Einrichtungen; Erarbeitung von Entscheidungshilfen für Fragen bezüglich der Rechte und Pflichten der Rehabilitanden; im Bedarfsfall und mit Einverständnis des Rehabilitanden konkrete Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Stellen zur Beschleunigung der Verfahren
- Unterstützung/Beratung bei familiären/schulischen / persönlichen Problemen
- Beratung bzgl. der Beantragung eines Pflegegrades
- Hilfestellung und Beratung bei der Berufsfindung unter Berücksichtigung der bestehenden Erkrankung
- Unterstützung im Rahmen des Entlassmanagements zur optimalen weiteren Versorgung zu Hause.

### Psychologischer Dienst

Das psychologische Angebot steht allen jugendlichen und erwachsenen Rehabilitanden sowie deren Begleitpersonen offen, soweit eine ausreichende sprachliche Verständigung möglich ist. Psychologische Interventionen finden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting statt. Dabei werden umfangreiche Zielsetzungen verfolgt:

- Förderung der Vernetzung und des Austauschs der Rehabilitanden untereinander über das Krankheitsgeschehen und bereits gefundene Lösungsansätze, Unterstützung von selbsthilfeorientierten Copingansätzen,
- Förderung gesundheitlicher Schutz-/Resilienzfaktoren, abgeleitet aus den biopsychosozialen und salutogenetischen Modellen, Vermittlung von spezifischen Gesundheitsinformationen,
- Unterstützung bei der Krankheits- und Schmerzverarbeitung sowie Klärung von Verlaufsprozessen und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung in diesem Zusammenhang,
- individuelle Problembearbeitung und Ressourcenaktivierung, Stressbewältigungsmöglichkeiten und Entspannungsverfahren (PMR),
- ressourcenorientierte Beratung von Begleitpersonen darüber, wie diese ihr Kind bestmöglich im Krankheitsprozess und der Gesundheitsfürsorge begleiten können,
- Unterstützung des Transfers aller in der Reha (weiter)entwickelten Copingstrategien in den persönlichen und beruflichen Kontext.
- Anbahnung/Organisation einer mgl. notwendigen weiteren psychologischen Betreuung nach der Rehabilitation am Wohnort

Der Zugang zu den psychologischen Angeboten wird auf verschiedenen Wegen sichergestellt:

In der pflegerischen Aufnahme werden bekannte Vorbelastungen erfasst, diese dann in der ärztlichen Aufnahme vertiefend erhoben und bei Bedarf Einzelberatungstermine verordnet. Ebenso ist ein Zugang durch den psychologischen Dienst selbst möglich, z.B. bei festgestelltem Bedarf in Folge des Ultrakurzscreenings (UKS nach KÜCH), für Erwachsene und im Kidscreen für Kinder und Jugendliche, bei unterdurchschnittlicher gesundheitsbezogener Lebensqualität.

In den zum Standardprogramm der Anfängerwoche gehörenden Gruppeninterventionen können Rehabilitanden ebenfalls Kontakt aufnehmen und Bedarf für eine vertiefende Bearbeitung der angesprochenen Themen anmelden.

Das niedrigschwelligste Angebot stellt die mehrfach wöchentlich stattfindende „Offene Sprechstunde“ dar, die von allen Betroffenen ohne Voranmeldung genutzt werden kann.

### Multimodale Schmerztherapie

Für Rehabilitanden mit chronischen Schmerzbeschwerden sind Behandlungsansätze vorrangig auf der medizinischen, physiotherapeutischen und psychologischen Ebene angesiedelt. Sie finden aufeinander abgestimmt statt und gliedern sich hauptsächlich in bildende, aktive und passiv mobilisierende Bausteine.

Die psychologische Behandlung chronischer Schmerzen richtet sich in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik nach den aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien und in Anlehnung an das DRV Curriculum und umfasst die vorgeschriebenen evidenzbasierten Therapiemodule. Inhaltlich werden hier in Anlehnung an das DRV-Curriculum u.a. die Aktivierung psychischer Ressourcen, die Akzeptanz unveränderlicher Krankheitsfolgen und die Entwicklung einer realitätsangepassten Lebensperspektive angestrebt. Dies findet im Rahmen der Wissensvermittlung des

biopsychosozialen Krankheitsmodells statt, welches in den kognitiv-behaviouralen Ansatz einzuordnen ist.

Die Rehabilitanden werden durch Schulungen und Präsentationen im Rahmen einer speziellen Gesundheitsbildung intensiv betreut. Damit wird der Grundstein für eine erfolgreiche spätere Krankheits- bzw. Schmerzbewältigung gelegt.

Die Schmerztherapie wird ergänzt durch Teile der manuellen Therapie, die sich vorrangig auf die Behandlung der reversiblen Funktionsstörungen konzentriert. Inhaltlich wechseln sich mobilisierende und stabilisierende Elemente ab. Schmerz- und Belastungsgrenzen werden thematisiert, wodurch die Kontrollfähigkeit von Belastung, Schmerz und Regeneration zunehmend wiederhergestellt wird. Maßnahmen zur Förderung der Körperwahrnehmung und Verbalisierung von Körperempfindungen unterstützen das propriozeptive, koordinative Training. Hier findet der fließende Übergang in die psychologische Behandlung der Schmerzpatienten statt, die die physiotherapeutische Behandlung durch die Vermittlung von kognitiv-verhaltenstheoretischen Schmerzbewältigungskompetenzen ergänzt. Diese beinhalten u. a. die Vermittlung von Kenntnissen über funktionale subjektive Krankheitstheorien, das Kennenlernen von Schmerzbeobachtungsinstrumenten, Stressbewältigungsstrategien, das Erkennen von externen Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen und Entspannungsverfahren.

Im Bedarfsfall erfolgt in der täglichen interdisziplinären Sprechstunde zeitnah mit dem Facharzt für Orthopädie, den behandelten Physiotherapeuten und ggf. auch den Ergotherapeuten eine effektive und strukturierte Befundung.

Zudem kann eine an das WHO-Stufenschema angelehnte medikamentöse Schmerztherapie angeboten werden. Weitere schmerztherapeutische Maßnahmen sind die Anpassung und Anschulung eigens dafür entwickelter Schmerzorthesen.

#### Betreuung-/Rekreationstherapie

Um den jugendlichen Rehabilitanden die Eingewöhnung zu erleichtern, finden in den ersten beiden Anwesenheitstagen strukturierte „Kennenlernetreffen“ der neu angereisten Rehabilitanden bis zum Alter von 15 Jahren statt, die fest im Behandlungsplan hinterlegt sind.

Kinder zwischen 7 und 11 Jahren werden während therapiefreier Zeiten an den Nachmittagen im Wechsel in der aktiven und kreativen Beschäftigungstherapie betreut.

Für die Betreuung der Rehabilitanden nach der Therapie (ab 17:00/18:00 Uhr) und an den Wochenenden stehen den Rehabilitanden grundsätzlich zwei unterschiedliche Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zum einen der „Freizeitraum“, in dem vorrangig Sport- und Gesellschaftsspiele angeboten werden, zum anderen der „Hobbyraum“, hier werden eher gestalterische Aktivitäten angeboten. Zudem bieten wir externe Aktivitäten an und organisieren Ausflüge und Besichtigungen in die Umgebung.

In den Abendstunden steht den Rehabilitanden unter Aufsicht das Bewegungsbad zur Verfügung.

#### Krankenhausunterricht/Überbrückungsunterricht

Im Rahmen der stationären Rehabilitation findet für Rehabilitanden bis 16 Jahre die Weiterführung der schulischen Ausbildung statt. Dazu bietet die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik einen am individuellen Wissens- und Lernstand der Rehabilitanden orientierten schulischen Überbrückungsunterricht von jeweils 10 Stunden pro Woche an. Die Rehabilitanden werden in kleinen Gruppen unter Berücksichtigung ihrer Schulart unterrichtet. Der Unterricht wird in den Gesamttherapieplan integriert.

#### **4.5.3 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote**

In der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik wird ein auf die Bedürfnisse unserer Rehabilitanden angepasstes MBOR-Modell dargestellt, welches die arbeits- und berufsbezogene Orientierung als Leitmotiv umsetzt.

Das Konzept basiert auf einer Analyse der beruflichen und alltagsrelevanten Gegebenheiten der Rehabilitanden. Diese Analyse führt zu einem Anforderungsprofil, welches zum einen berufstätige Rehabilitanden berücksichtigt, aber auch jugendlichen Rehabilitanden, die kurz vor ihrer Berufswahl stehen, gerecht wird. Es soll die gesundheitlichen Voraussetzungen und Einstellungen zu ihrer Leistungsfähigkeit im Hinblick auf eine zukünftige berufliche Situation verbessern und einschätzen. Die Umsetzung erfolgt aufgeteilt in einen allgemeinen präventiven und einen sozialmedizinisch-diagnostisch spezifischen Teil.

Die Konzeption der MBOR-Stufe B befindet sich im Anhang.

#### **4.5.4 Gesundheitstraining und Patientenschulung**

Ein effektives Gesundheitstraining soll nachhaltiges Wissen und Fertigkeiten vermitteln sowie positive Einflussnahme auf die Einstellung des Patienten nehmen, um eine problemorientierte Krankheitsbewältigung (Coping) zu erzielen. Somit sind Informations- und Schulungsmaßnahmen ein wesentlicher Baustein einer modernen Rehabilitation. Aus diesem Grunde erhalten alle Patienten ein Schulungsprogramm, welches sich an den Vorgaben der Curricula der DRV Bund orientiert. Wesentliche Grundlage für die individuelle Verordnung sind anamnestiche Daten und die mit dem Patienten gemeinsam formulierten Therapieziele. Für die einzelnen Seminare und Schulungsmaßnahmen gilt, dass sie allgemein verständlich, praxisbezogen und vor allem später im Alltag umsetzbar sind. Der Patient hat während der Schulung die Möglichkeit, individuell auftretende Probleme zu erörtern und zu klären. Ggf. wird die Erörterung im Einzelgespräch fortgesetzt.

Am Gesundheitsbildungsprogramm sind alle therapeutischen, pflegenden und beratenden Berufsgruppen sowie vor allem Ärzte und Psychologen beteiligt. Schulungen sind aber nicht immer scharf abgrenzbar gegenüber anderen Therapieformen, so erfolgt die Wissensvermittlung auch in Arzt-Patienten-

Gesprächen sowie in Gesprächen seitens der Mitarbeiter des Reha-Teams mit dem Patienten.

#### **Zielsetzung des Gesundheitstrainingsprogramms:**

- Stärkung der krankheitsbezogenen Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit (Manager der Erkrankung), positive Einstellung zur aktiven Mitarbeit in der Reha
- Vermittlung eines gesunden Lebensstils und die Umsetzung im Alltag
- aktive Teilnahme in Alltag und Beruf trotz Einschränkung durch Nutzung umfassenden Wissens zur Krankheit
- Erlernen von Bewältigungsstrategien und (Kompensations-)Techniken

Dabei unterteilen wir für die Patienten Schulungsangebote mit obligatorischer Teilnahme für alle Patienten und individuell abgestimmt auf das Krankheitsbild fachbezogene Informationen. Selbstverständlich können die Patienten bei Interesse an jeder angebotenen Schulung der Klinik teilnehmen.

Neben den Gesundheitsbildungsmaßnahmen in den medizinischen, therapeutischen und psychologischen Bereichen nehmen die Rehabilitanden auch an Schulungsmaßnahmen im ernährungswissenschaftlichen Bereich teil.

Die psychologischen Mitarbeiter halten einen Vortrag zur Suchtprävention und das Seminar „Skoliose und Alltag“. In Letzterem wird in Kleingruppen der Austausch unter Betroffenen gefördert und die Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien mit Fokus auf gesund erhaltenden Faktoren unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells.

Im altersabgestuften Ernährung-Schulungsprogramm werden grundlegende Kenntnisse über die Einflüsse der Ernährung und den entsprechenden Umgang mit der Erkrankung vermittelt. Auf die Motivation zum eigenverantwortlichen Krankheitsmanagement wird großen Wert gelegt, teilweise auch eingebunden in die Schulungen in der Lehrküche, da die Erfahrungen und Erkenntnisse praktisch umgesetzt werden können. Ergänzt werden diese Schulungsmaßnahmen bei entsprechend bestehender Nebenindikation (z.B. Diabetes mellitus oder bei Nahrungsmittelallergien) durch Einzeltherapien. Grundlegende Kenntnisse sowie evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen werden praktisch in altersabgestuften bzw. indikationsspezifischen Lehrkücheneinheiten vermittelt und vertieft.

Diverse sozialrechtliche Aspekte werden durch unsere Mitarbeiter des Sozialdienstes vorgestellt.

Im Rahmen der Betreuung erfolgt in der Kleingruppe eine Wissensvermittlung zum Thema „Cybermobbing“.

Folgendes bieten wir im Rahmen des Gesundheitstrainings an:

- »**Begrüßung**«
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Informationen für neu angereiste Rehabilitanden
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Information über den Reha-Ablauf, Erwartung bzgl. der Reha, Reha-Ziele, Vorstellung der Berufsgruppen, Hausordnung
<u>Didaktik/ Methode:</u>	PowerPoint-Präsentation
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 30 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	alle neu anreisenden Rehabilitanden, als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Chefarzt oder Oberärzte
  
- »**Medizinische Aspekte der Wirbelsäulenverkrümmung**«
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Schulung bzgl. Skoliose und Kyphose / alle Rehabilitanden
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung über Ursachen, Folgen, Therapie, Vorurteile und Ängste abbauen
<u>Didaktik/ Methode:</u>	PowerPoint-Präsentation / Diskussion
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 60 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	ca. 30 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Ärztlicher Dienst
  
- »**Korsettversorgung bei Wirbelsäulendeformitäten**«
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Compliance fördern bei Rehabilitanden mit Korsettversorgung
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung, Vorurteile und Ängste abbauen
<u>Didaktik/ Methode:</u>	PowerPoint-Präsentation / Diskussion
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 30 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	ca. 30 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Ärztlicher Dienst
  
- »**Skoliose und Alltag**«
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Selbsthilfeansätze unterstützen und Förderung der Teilhabe an Beruf / Schule, Gesellschaft und Alltag, Krankheitsverarbeitung und -bewältigung alle Rehabilitanden, welche erstmalig in der Klinik sind
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien fördern bei bestehender Wirbelsäulenerkrankung mit Fokus auf gesund erhaltenden Faktoren unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells
<u>Didaktik/ Methode:</u>	Aktiv-Seminar in Kleingruppenarbeit
<u>Manual:</u>	ja
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 90 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	bis 12 Rehabilitanden
<u>Referent:</u>	Psychologen

- » **PMR-Einführung** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Einführung in das Entspannungsverfahren Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson alle Rehabilitanden, welche an der PMR teilnehmen
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung über Indikation und Wirkungsweise des Entspannungsverfahrens PMR, individueller Transfer in den Alltag
<u>Didaktik/Methode:</u>	Vortrag und erstmalige Durchführung
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 60 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	bis 10 Rehabilitanden
<u>Referent:</u>	Psychologen
  
- » **Sucht und Genuss** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Suchtprävention bei Jugendlichen alle Rehabilitanden im Alter von 14-18 Jahren
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung: Entwicklung von Suchtmechanismen, Prävention und weiterführende Hilfen
<u>Didaktik/Methode:</u>	PowerPoint-Präsentation
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 30 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	ca. 30 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Psychologen
  
- » **Sozialrecht** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Realistische Sicht der eigenen soz. Situation alle Rehabilitanden ab dem 16 Lbj.
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung: Grundbegriffe Sozialrecht, Integration bzgl. Arbeitsplatz, Integration bzgl. Schule, Teilhabe
<u>Didaktik/Methode:</u>	Vortrag
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 60 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	ca. 30 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Sozialarbeiter
  
- » **Nährstoffe** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	allg. Gesundheitsbildung bzgl. Ausgewogener Ernährung / alle Rehabilitanden
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung: Grundlagen einer gesunden und vollwertigen Ernährung
<u>Didaktik/Methode:</u>	Seminar
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 45 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	max. 12 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Diätassistent

- » **Ernährungsmythen** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Gesundheitsbildung bzgl. Ernährungsmythen / alle Rehabilitanden
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Besprechung/ Aufklärung verbreiteter Ernährungsmythen
<u>Didaktik/ Methode:</u>	Seminar
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 45 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	max. 12 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Diätassistent
  
- » **Vegane Ernährung, emotionales Essverhalten, Gesundheit und Ernährung** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Gesundheitsbildung / alle Rehabilitanden
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung zu div. Ernährungsthemen
<u>Didaktik/ Methode:</u>	Seminar
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 45 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	max. 5 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Diätassistent
  
- » **Cybermobbing** «
 

<u>Zielsetzung/ Zielgruppe:</u>	Erkennen von Cybermobbing alle Rehabilitanden im Alter von 12-17 Jahren
<u>Inhalt des Angebotes:</u>	Wissensvermittlung: Definition Mobbing allgemein, Mobbing im Internet und in Sozialen Medien, Hilfemöglichkeiten
<u>Didaktik/ Methode:</u>	PowerPoint-Präsentation und Vortrag
<u>Manual:</u>	nein
<u>Frequenz/ Zeitdauer:</u>	1x / 45 min.
<u>Teilnehmerzahl:</u>	ca. 30 Rehabilitanden als offene Gruppe
<u>Referent:</u>	Betreuung

#### 4.5.5 Einbeziehung der Angehörigen

Durch das psychologische Gesprächsangebot und die Teilnahme an Krankheitsaufklärungsveranstaltungen können Eltern lernen, besser mit ihren kranken Kind umzugehen und es zu verstehen. Hierzu wurde bereits gesondert ein Begleitpersonenkonzept erstellt.

Die Beratung der Eltern kann unabhängig von und gemeinsam mit den Rehabilitanden erfolgen. Themenschwerpunkte können hier, ähnlich der Zielsetzung im Gruppenangebot „Skoliose und Alltag“ folgende sein:

- Strategieentwicklung für die Krankheitsbewältigung zur Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen sowie Stress und zum Erlernen von Kompensationsstrategien

- Erlernen und Üben von sozialen Fähigkeiten, Selbstwertgefühl und Konfliktlösungsmustern (durch die Gruppenerfahrungen an sich und durch die Teilnahme, mit Unterstützung ebenfalls Betroffener, am sozialen gesellschaftlichen Leben, Ausprobieren pers. Feedback-Erfahrungen, Lernen Selbstbildnis und Fremdbeurteilung zu differenzieren und realistisch wahrzunehmen)
- Aufbau von selbst- und verantwortungsbewusster Eigeninitiative
- gemeinsame Entwicklung eines Behandlungspfades für die Zeit nach der Rehabilitation

#### **4.6 Entlassungsmanagement**

Die ärztliche Abschlussuntersuchung zur Vorbereitung der Entlassung erfolgt 1-2 Tage vor Abreise des Rehabilitanden. Der Verlauf des Rehabilitationsverfahrens wird resümiert, nochmals die sozialmedizinische Beurteilung mit dem Rehabilitanden erörtert und die Entlassungsform bei erwerbsfähigen Rehabilitanden als arbeitsfähig oder arbeitsunfähig besprochen und begründet. Eventuelle Nachsorgeleistungen werden verordnet. Auch bei Leistungsträgerschaft einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgt eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

Die Rehabilitanden erhalten in der Regel, bei Entlassung ihren Entlassungsbrief, mit Angabe der Arbeitsfähigkeit und weiteren wesentlichen Informationen für den behandelnden Arzt am Wohnort. Ansonsten erfolgt die Übermittlung des Entlassungsbriefes an den Kostenträger und auf Wunsch auch an den Rehabilitanden spätestens bis zum 10. Werktag nach Entlassung.

Für die nachstationäre Versorgung nimmt der Rehabilitand sein Übungsheft mit nach Hause, welches alle relevanten Übungen und Befundungen für den weiterbehandelnden Physiotherapeuten enthält.

##### **4.6.1 Berufliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben**

Der Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter wird im Verlauf der Rehabilitation zur Frage der beruflichen Wiedereingliederung beraten und unterstützt. Bei Einwilligung des Rehabilitanden wird der zuständige Betriebsarzt bzw. der Arbeitgeber bereits während der Rehabilitationsmaßnahme vom Sozialdienst angesprochen, um alle Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung zu überprüfen, z. B. durch eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder um andere Maßnahmen der beruflichen Integration vorzubereiten.

Ist absehbar, dass der Rehabilitand nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren kann und kommt auch eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen, ggf. der Behinderung angepassten Arbeitsplatz nicht in Betracht, wird der zuständige Träger der beruflichen Rehabilitation eingeschaltet.

#### **4.6.2 Erstellung des Reha-Entlassungsberichts**

Nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme erhalten der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht gem. den datenschutzrechtlichen Vorgaben, der u.a. folgende Angaben enthält:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen,
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; dies umfasst z. B. die Stellungnahme
  - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext,
  - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
  - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation, Nachsorgeprogramme, wie IRENA, T-Rena, Rehabilitationssport und Funktionstraining),
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Maßnahmen vorgeschlagen, sollte, mit Einwilligung des Rehabilitanden, auch der betriebsärztliche Dienst den Teil des Entlassungsberichtes, der diese Vorschläge enthält, erhalten.

#### **4.7 Notfallmanagement**

Die standardisierte Leitlinie zum Notfallmanagement beinhaltet sowohl das medizinische Notfallmanagement als auch die Prozessbeschreibung. Dadurch ist eine zeitnahe strukturierte Notfallversorgung zu allen Tages- und Nachtzeiten gewährleistet. Das Reanimationsteam besteht aus dem diensthabenden Arzt und dem diensthabenden Gesundheits- und Krankenpfleger. Alle Notfälle werden auf einem standardisierten Formular dokumentiert und dem Chefarzt zur Auswertung und Besprechung im Nachgang zugeleitet.

##### **4.7.1 Notfallausrüstung**

Es wird eine Notfallausrüstung bestehend aus Notfallrucksack (Dienstarzt), O<sub>2</sub>-Flasche und AED + EKG- Funktion (PDZ R53) sowie eine leichte Notfalltasche PD, die der Pflegedienst immer mit sich führt, vorgehalten. Zusätzlich befindet sich ein AED im 1.OG Flur vor Halle 6 und ein AED im Flur 1.OG vor R 162.

Umgang mit der Notfallausrüstung:

- Den Notfallrucksack hat der diensthabende Arzt bei sich und übergibt ihn bei Dienstübergabe dem nachfolgenden Kollegen. Dieser überprüft den Rucksack auf Unversehrtheit. Der Dienstarzt überprüft auch die Ablaufdaten der Medikamente in regelmäßigen Abständen.
- Der Pflegedienst überprüft 1x wöchentlich die AED's und O2- Flasche auf Funktionstüchtigkeit und den vollständigen Inhalt der leichten Notfalltasche.
- 1x/Monat wird der Inhalt des Notfallrucksacks sowie die Funktionsfähigkeit der Notfallausrüstung anhand einer Checkliste durch den Pflegedienst/Dienstarzt geprüft und dokumentiert.
- Die Funktionsfähigkeit der medizinischen Geräte (AED, Sauerstoffgerät, Laryngoskop, BZ-Gerät) wird 1x/wöchentlich routinemäßig geprüft (intern) und durch den PD dokumentiert.
- 1x jährlich erfolgt eine Bestandsaktualisierung durch den CA/OA/Beauftragten Notfallmanagement.
- Jeder medizinische Mitarbeiter hat Zugang zur Notfallausrüstung.
- Neben den darin enthaltenen Notfallmedikamenten haben alle befugten PD-Mitarbeiter jederzeit uneingeschränkten Zugriff auf den Arzneimittelbestand in der Pflegezentrale.

#### **4.7.2 Notfallmaßnahmen**

Die Organisation der Notfallversorgung obliegt dem Chefarzt. Der Dienstarzt ist für die Umsetzung im Notfall verantwortlich, er führt immer einen nach dem Standardnotfallmanagement ausgerüsteten Notfallrucksack mit. Bei Bedarf wird ein Defibrillator vorgehalten, der zusätzlich auch an 2 öffentlichen Bereichen vorgehalten wird. Das Vorgehen in einer med. Notfallsituation ist schriftlich geregelt (Notfallkette siehe Anlage). Jeder Notfall wird im Notfallprotokoll genau dokumentiert.

Die Notfallalarmierung erfolgt grundsätzlich über die Notruftaster, die in allen Bereichen der Klinik vorgehalten werden. In Räumen (Büros) ohne Notruftaster, erfolgt die Alarmierung über das Telefon Nr. 250 direkt an die PDZ.

Wurde ein Notruf über die Notrufanlage ausgelöst, nimmt der Pflegedienst sofort telefonischen Kontakt auf. In Bereichen, in denen keine telefonische Kontaktaufnahme möglich ist bzw. das Telefon nicht abgenommen wird, begibt er sich mit der Notfalltasche sofort zu dem auf der Notrufanlage angezeigten Ort. Vor Ort entscheidet er dann, ob der Ärztliche Dienst via Funkgerät verständigt werden muss. Sollte dies notwendig sein, werden sofort nach Verständigung des Arztes Erste-Hilfe-Maßnahmen eingeleitet. Stellt sich heraus, dass der Notfall nicht mit den hausinternen Mitteln beherrschbar ist, wird der Rettungsdienst informiert und es findet eine Verlegung ins nächste Krankenhaus statt.

Ein eingetretener Notfall wird in der Patientenakte ausführlich dokumentiert. Bei Verlegung werden wichtige Informationen des Rehabilitanden für den weiterbehandelnden Arzt im Krankenhaus, der zwischenzeitlich telefonisch über das Eintreffen eines Notfallpatienten informiert wurde, kopiert und mitgegeben. Der

behandelnde Arzt hat die Aufgabe, sich über den weiteren Krankheitsverlauf des Rehabilitanden zu informieren.

Nach jedem Notfall wird ein Notfallprotokoll ausgefüllt sowie eine dokumentierte Nachbesprechung (bei Einsatz des Notfallrucksacks) für jeden Fall durchgeführt. 1x jährlich findet im Rahmen der Teambesprechung eine statistische Erhebung der Notfälle statt. Es wird bekannt gegeben, wie viele Notfälle im Jahr mit Einsatz des Notfallrucksacks eingetreten sind.

#### **4.7.3 Notfallschulungen und Übungen**

Jährlich findet für das med. Personal (Reanimationsteam bestehend aus exam. Krankenschwestern und Ärzten) eine Schulung zum Notfallmanagement inkl. praktischer Reanimationsschulung statt. Unter Anleitung und Kontrolle des beauftragten Arztes für Notfallmanagement, übt jeder Teilnehmer die praktischen Handlungen der Reanimation im gemeinsamen Zusammenspiel. Alle 2 Jahre werden alle Mitarbeiter der Einrichtung in den Grundlagen der Reanimation unter Anleitung und Kontrolle eines speziell ausgebildeten MA in der Reanimation theoretisch wie auch praktisch geschult.

Weiterhin schulen alle Abteilungsleiter jährlich ihre Mitarbeiter bzgl. Notfallalarmierung und im Umgang mit dem Erste-Hilfe-Koffer. Jeder neue Mitarbeiter wird im Rahmen der standardisierten Einarbeitung hinsichtlich des Notfallmanagements geschult.

#### **4.8 Hygiene**

Durch die Einhaltung der Richtlinien der Krankenhaushygieneverordnung des jeweiligen Landes werden Krankenhausinfektionen verhütet und bekämpft. Die hausinterne Richtlinie regelt die maßgebenden Verfahren zur Einhaltung der gesetzlichen Richtlinie.

Die Klinik verfügt über ein Hygienekonzept, in dem alle für eine Rehabilitationsklinik relevanten Hygienemaßnahmen und -kontrollen verbindlich vorgeschrieben sind. Die Inhalte des Hygieneplans basieren auf den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes und den Vorschriften der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Zur Umsetzung der Vorgaben hat die Klinik einen hygienebeauftragten Arzt und zwei hygienebeauftragte Pflegekräfte ausgebildet und bestellt. Unterstützt werden die internen Beauftragten durch eine externe Hygienefachkraft.

Es finden regelmäßig standardisierte und protokollierte Hygienebegehungen aller Bereiche durch die Hygienefachkraft gemeinsam mit einem hygienebeauftragten Mitarbeiter der Klinik statt. Die etablierte Hygienekommission der Klinik hat u.a. die Aufgabe, die Ergebnisse dieser Begehungen zu besprechen, abgeleitete Maßnahmen zu überwachen sowie die Beachtung von Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen unter Einbeziehung therapeutischer

Maßnahmen zu protokollieren. Die Ergebnisse der regelmäßigen mikrobiologischen Wasseruntersuchungen werden ebenfalls in der Hygienekommission besprochen, beraten und protokolliert.

Die Hygienekommission tagt 4x jährlich. Zu den Mitgliedern gehören Geschäftsleitung, Chefarzt, hygienebeauftragte Ärztin, hygienebeauftragte Mitarbeiter der Pflege, externe Hygienefachkraft, Qualitätsbeauftragter sowie alle Abteilungsleiter.

Die jährliche Hygieneschulung ist für alle Mitarbeiter eine Pflichtschulung und umfasst hygienebezogene Themen. 1 x jährlich nehmen die hygienebeauftragten Mitarbeiter an der 2-tägigen Asklepios Hygienekonferenz/-schulung teil. Die hygienebeauftragten Mitarbeiter besuchen 1x jährliche Fortbildungsmaßnahmen (z.B. Asklepios-interne, regionale oder nationale Veranstaltungen).

Hygienefachkraft (extern)	Andrea Stumm (Asklepios Paulinen Klinik, Wiesbaden)
Hygienebeauftragte Ärztin	Angelika Möhler
Hygienebeauftragte im Pflegedienst	Pia Fey

## 5. Dokumentation

### 5.1 Patientenakte

Für jeden Rehabilitanden wird eine elektronische Krankenakte angelegt, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen und durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation umfasst insbesondere:

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente,
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation,
- die definierten Rehabilitationsziele und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen sowie der Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen in definierten Formularen der elektronischen Patientenakte,
- den Entlassungsbericht.

### 5.2 Therapieplanung

Die Therapieplanung für die Rehabilitanden erfolgt ebenfalls elektronisch im KIS zunächst nach vorgegebenen Behandlungspfaden. Bei der medizinischen und therapeutischen Aufnahme der Rehabilitanden wird dieser Behandlungspfad

bestätigt oder verändert bzw. um notwendige individuelle Maßnahmen ergänzt. Die Verordnung der Therapien erfolgt ebenfalls elektronisch. Die Verordnungen werden in der Therapieplanung über eine entsprechende Aufgabenliste zentral bearbeitet.

Für den Rehabilitanden werden wöchentliche Therapiepläne ausgedruckt und ausgehändigt. Bei unterwöchigen Änderungen wird ein neuer Plan generiert und ausgehändigt.

### **5.3 Umsetzung der KTL-Vorgaben**

Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) ist in der EDV hinterlegt. Für die Umsetzung der KTL-Vorgaben hält die elektronische Therapieplanung ein Ampelsystem vor, welches dem verordnenden Arzt Auskunft hinsichtlich des Erfüllungsgrades der KTL-Vorgaben gibt. In regelmäßigen Abständen werden interne Reportings erstellt, um die Einhaltung zu überprüfen.

Weiterhin wird die KTL-Auswertung der Dt. Rentenversicherung genutzt, um die Behandlungspfade weiter zu optimieren. Auch konzernintern werden diese Informationen in einem Benchmark erfasst und ausgewertet.

### **5.4 Erfassung durchgeführter Leistungen**

Alle Termine des Rehabilitanden werden zentral in der Therapieplanung geplant und gespeichert, so dass am Ende der Rehabilitation die Vollständigkeit der Behandlungstermine sichergestellt ist.

Nimmt ein Rehabilitand einen Behandlungstermin nicht wahr, gibt der Behandler eine entsprechende Rückmeldung an die Therapieplanung und der Termin wird nach Möglichkeit neu geplant oder gelöscht, wenn kein Alternativtermin mehr möglich ist. Nicht wahrgenommene Termine werden vom behandelnden Arzt mit dem Rehabilitanden besprochen.

Weiterhin führt der Rehabilitand sowohl für die ausführliche Information aller am Behandlungsprozess behandelnden Therapeuten als auch für die ambulante nachstationäre Versorgung das Übungsheft mit sich. In diesem Übungsheft werden von den Therapeuten Unterschriften für die durchgeführten Übungen dokumentiert. Bei jugendlichen Rehabilitanden dient das Übungsheft auch der Kontrolle der Mitarbeit.

## **6. Datenschutz**

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik hat einen externen Datenschutzbeauftragten bestellt, welcher regelmäßige protokollierte Begehungen durchführt und die Mitarbeiter zu Themen des Datenschutzes informiert und schult. Intern steht eine benannte Datenschutzassistentin für alle Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Die Klinik verfügt über das notwendige Verzeichnisse zum Datenschutz als auch über ein Datenschutzhandbuch. Jeder neue Mitarbeiter wird hinsichtlich des

Datenschutzes verpflichtet. Alle Mitarbeiter werden regelmäßig im Datenschutz sowohl von den Abteilungsleitern als auch dem Datenschutzbeauftragten geschult.

Im Rahmen des Datenschutzes wird auf den vertraulichen Umgang, die sichere Archivierung und konsequente Vernichtung geachtet. Für die datenschutzkonforme Nutzung aller gespeicherten Rehabilitandendaten liegt ein Berechtigungskonzept vor. Der Zugang zum Aktenarchiv ist ebenfalls schriftlich geregelt und nur 3 Bereichen vorbehalten. Jede Aktenentnahme und -rückgabe wird entsprechend dokumentiert.

Die ab Mai 2018 gültige EU-Datenschutzgrundverordnung wird in der Einrichtung umgesetzt und beachtet.

Datenschutzbeauftragter (extern)	Dipl.-Ing. Jan Alkemade Egerländer Str. 9 61239 Ober-Mörlen Tel: 06002-939593
Datenschutzassistentin (intern)	Juliane Hofmann

## 7. Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement (QM) ist in der Unternehmensstrategie der Asklepios-Gruppe fest verankert und hat damit einen hohen Stellenwert. Im Sinne der Asklepios Unternehmensgrundsätze „Gesund werden. Gesund leben.“ betreibt die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim ein Qualitätsmanagement, welches die Interessen und das Wohl der Rehabilitanden und Mitarbeiter in den Vordergrund stellt. Grundlage aller Qualitätsmanagement-Aktivitäten ist das bei Asklepios entwickelte Asklepios-Modell für integriertes Qualitätsmanagement (AMIQ).

Das Modell ist in allen Einrichtungen der Asklepios-Gruppe implementiert und wird fortwährend ausgebaut. Es umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierbei erfolgt eine systematische Beschreibung und Überprüfung aller Abläufe und Strukturen, der Ausbau von Stärken, die Arbeit an Verbesserungspotentialen sowie die Messung und Überwachung der Qualität.

Die Klinik wurde 2012 erstmalig nach KTQ (einschl. BAR-Kriterien) zertifiziert. Die erste Re-Zertifizierung nach KTQ erfolgte im Sommer 2015. Seit 2018 wird die Klinik nach IQMP-Kompakt (einschl. BAR-Kriterien) im 3 Jahreszyklus zertifiziert.

### 7.1 Qualitätssicherung (extern/intern)

Die Asklepios Katharina-Schroth Klinik nimmt an dem Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung teil.

Im Rahmen des konzernweit ausgerollten Asklepios Auditprogramms findet jährlich ein Jahresaudit durch den Konzernbereich Qualität statt. Darüber hinaus führt der QMB 5 interne Schwerpunktaudits lt. Auditjahresplan durch. Zusätzlich finden regelmäßig Audits und Begehungen durch externe Beauftragte (Hygienefachkraft, Datenschutzbeauftragter und Fachkraft für Arbeitssicherheit) statt.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung werden Daten in definierten Zeitintervallen erhoben, in einer Kennzahlentabelle erfasst und durch den QMB ausgewertet. Die Ergebnisse werden in den Sitzungen, alle 2 Monate, tagenden QM-Lenkungsgruppe besprochen und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Die Klinik beteiligt sich an folgenden Qualitäts-Benchmarkprojekten:

- Asklepios Qualitätsmonitor (wird vom Asklepios Konzern geführt und ist ein Managementmonitor, der die Ergebnisqualität aller Asklepios Einrichtungen in unterschiedlichen Kennzahlensystemen transparent darstellt und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses eine Steuerung ermöglicht),
- Qualitätskliniken Reha (Vergleich mit anderen Einrichtungen zu den Dimensionen Rehabilitandenzufriedenheit, -sicherheit, Organisationsqualität und med. Ergebnisqualität =4QD Reha. inkl. externer Rehabilitandenbefragung),
- Asklepios Reha-Bewertungssystem.
- Kontinuierliche Rehabilitanden Befragung mit konzernweit standardisiertem Fragebogen und Auswertung durch Institut Anaquestra

## **7.2 Prozesse**

Die Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung unserer Rehabilitanden ist selbstverständlich die erste und wichtigste Aufgabe der Klinik und aller Mitarbeiter. Zur Strukturierung und Optimierung aller klinischen Abläufe und Sicherung eines hohen Qualitätsstandards wurde ein Prozessmodell entwickelt, in dem die umfassende Rehabilitandenversorgung (Kernprozess) in den Prozessschritten Aufnahme, Diagnostik, Behandlung und Entlassung geregelt ist. Dabei hat für uns die Rehabilitandensicherheit in allen Prozessschritten oberste Priorität.

## Prozessmodell



### 7.3 Richtlinien und Arbeitsanweisungen

Inhaltlich sind alle Prozessschritte in Form von Prozessbeschreibungen, Standards (SOP), Verfahrensanweisungen und/oder Arbeitsanweisungen auf Basis aktuell gültiger Leitlinien und wissenschaftlicher Erkenntnisse schriftlich geregelt und somit verbindlich für alle Beteiligten. Für die Hauptdiagnosen sind standardisierte Behandlungspfade definiert.

Alle Dokumente der Einrichtung werden gemäß der Verfahrensanweisung erstellt und im Rahmen der Dokumentenlenkung in regelhaften Abständen inhaltlich überprüft und bei Bedarf angepasst.

In einer zentralen Dokumentenbibliothek, auf die alle Mitarbeiter jederzeit Zugriff haben, sind alle Dokumente verfügbar. Sie werden in regelmäßigen Prüfzyklen aktualisiert und erneut freigegeben. Damit ist gewährleistet, dass alle Mitarbeiter mit aktuellen und gültigen Dokumenten arbeiten.

### 7.4 Planung der Prozesse

Bei der Prozessplanung und Entwicklung werden aktuelle Leitlinien und wissenschaftliche Erkenntnisse sowie nationale und internationale Standards berücksichtigt. Die ständige Überprüfung der Prozesse und Abläufe ist durch die konsequente Anwendung des PDCA-Zyklus gewährleistet. Abläufe im Kernprozess werden jährlich intern auditiert, Führungs- und Unterstützungsprozesse im 3-Jahreszyklus.

### 7.5 Spezifische Qualitätspolitik

Im QM-Konzept der Klinik sowie der jährlichen QM-Zielplanung sind Umsetzung und Weiterentwicklung des QM festgelegt.

Als Teil der Gesamtzielplanung der Einrichtung wird jährlich ein QM-Zielplan aufgestellt. Er beinhaltet die Zielevaluation des Vorjahres sowie definierte Qualitätsziele auf Einrichtungs- und Abteilungsebene für das kommende Jahr. Zur Erreichung der Ziele sind im QM-Zielplan konkrete Umsetzungsmaßnahmen festgelegt.

Im Rahmen des Fehlermanagements, des Auditwesens, der Dokumentationsanalyse und des Beschwerdemanagements werden alle fehlerhaften Leistungen erfasst und immer im Sinne des PDCA-Zyklus bearbeitet. Betroffene Mitarbeiter werden, sofern bekannt, immer in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen. Der QM-Maßnahmenplan dient als Dokumentations- und Steuerungsgrundlage. Alle Korrekturmaßnahmen werden über den QM-Maßnahmenplan erfasst und monatlich durch die QMLG kontrolliert.

#### Beschwerdemanagement/Rehabilitandenbefragung

Das interne Beschwerdemanagement ist auf Basis des Asklepios Standards zum Beschwerdemanagement geregelt. Über das Beschwerdemanagement, das Internet als auch persönlich werden Rückmeldungen von Rehabilitanden sowie Besuchern der Klinik systematisch erfasst. Die Annahme, Bearbeitung, Controlling und das Ableiten von Verbesserungspotential erfolgen auf Basis von Schweregraden und Kategorien standardisiert.

Rehabilitandenbefragungen werden kontinuierlich mittels standardisiertem Bewertungsbogen durchgeführt und quartalsweise ausgewertet. Die Ergebnisse werden den Rehabilitanden und Mitarbeitern quartalsweise kommuniziert.

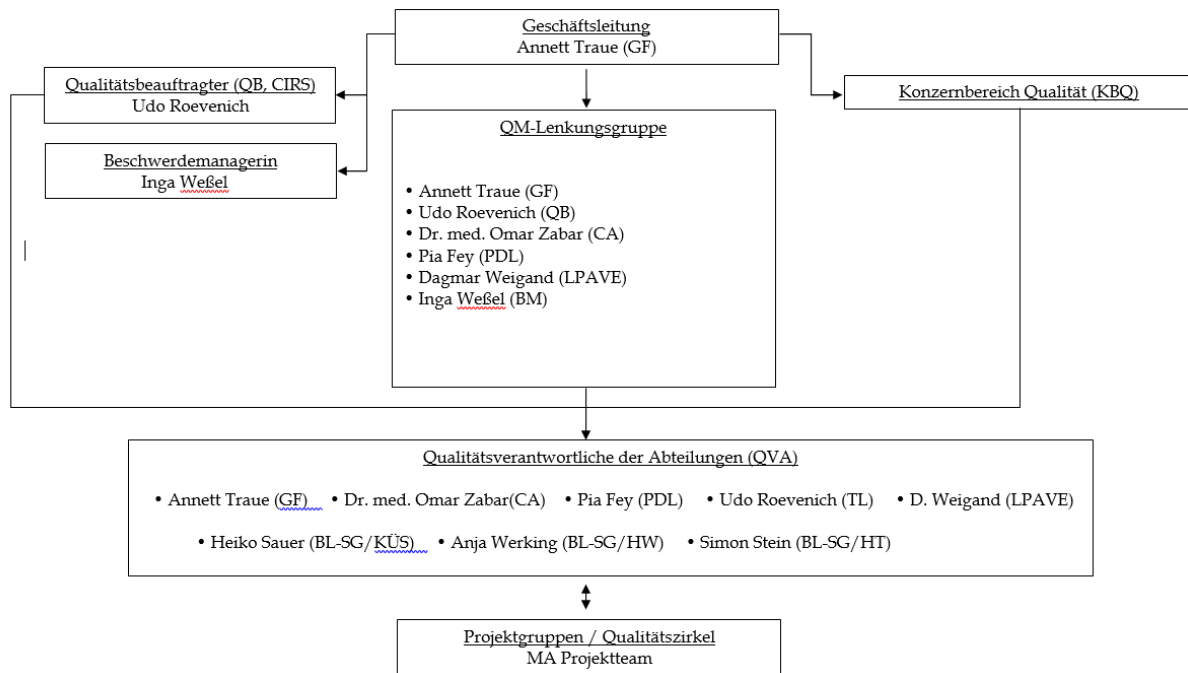
#### Risikomanagement

CIRS (Critical Incident Reporting System) wurde in der gesamten Einrichtung mit der Zielsetzung eingeführt, unerwünschte Ereignisse und Fehler zu vermeiden und so die Rehabilitandensicherheit zu erhöhen. Das Meldesystem funktioniert absolut anonym und wird als wichtiger Impulsgeber zur Prozessoptimierung verstanden. Aus den einzelnen Meldungen werden im Lenkungsausschuss die notwendigen Maßnahmen abgeleitet.

### **7.6 Aufbau des QM-Systems**

Qualitätsmanagement ist in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik als Führungsaufgabe definiert. Die Geschäftsführung, der Chefarzt sowie alle Abteilungsleiter sind verantwortlich in das Qualitätsmanagement eingebunden.

## QM-Organigramm



## 8. Mustertherapiepläne/Modellhafter Therapieverlauf

Die Gruppenstunden bilden wöchentlich eine geschlossene Einheit mit feststehenden Inhalten, die in einem fixen Wochenrhythmus ablaufen. Daher findet in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik ausschließlich mittwochs die An- und Abreise statt, sodass die Gruppenstunden donnerstags starten und dienstags inhaltlich abgeschlossen sind. Für anwesende Rehabilitanden werden mittwochs Inhalte wiederholt, bis donnerstags die neuen Gruppen starten. Je nach Stand der Behandlung und Ausprägung der Skoliose sind die Rehabilitanden zwischen drei und sechs Wochen anwesend. Der Anreisetag ist für die an- und abreisenden Rehabilitanden für Untersuchungen und administrative Termine reserviert. Die Therapie beginnt stets am 1. Tag nach Anreise.

Wir haben unterschiedliche Behandlungspfade für unsere Rehabilitanden, die sich modellhaft wie folgt darstellen lassen.

## Mustertherapiepläne

Mustertherapieplan: Rehabilitand 11 Jahre, weiblich, Schülerin, juvenile idiopathische Skoliose, Flachrücken, Korsett-versorgt

Zeit/ Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag + Sonntag
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00	Visite	Atemtherapie	Schulunterricht	Juniortraining	<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	
08:30	Schulunterricht	Psychologisches Gr. Angebot				
09:00						
09:30						
10:00	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	
10:30	Schulunterricht	Visite	Schulunterricht	Kleingr./Flachrücken	Korsett- sprechstunde	
11:00		Juniortraining		<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	Juniortraining	
11:30						
12:00						
12:30	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen
13:30				Ergotherapie (Bsp. Korsettschulung)		Freizeit/ Rekreationsth.
14:00	Juniorfreizeit	<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	Funktions- spez. Übung	Bewegungsbad	Bewegungsbad	
14:30						
15:00	Bewegungsbad	Juniorfreizeit	Skoliosegr./ADL	Juniorfreizeit	<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	
16:00						
16:30						
17:00		Lehrküche (bis 19:00 Uhr)				
17:30						
18:00	Abendessen		Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30 bis 21:30	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.

Mustertherapieplan: Rehabilitand 16 Jahre, weiblich, in Ausbildung, adoleszente idiopathische Skoliose, Flachrücken, Rückenschmerzen, HWS -Steilstellung, Nussallergie, Korsett-versorgt, OP-Indikation

Zeit/Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00	Schulunterricht	Atemtherapie	Schulunterricht	PT-Einzel	Kleingr./ Minitrampolin	Funktionspez. Übungen	
08:30		Psychologische s Gr. Angebot		Skoliosegr./ musterspez.	Ergo Grp./ Lehrküche		
09:00					Korsettsprechst unde		
09:30					Skoliosegr./ Atmung		
10:00	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	
10:30	Schulunterricht	Kleingr./ Flachrücken	Schulunterricht	Kleingr./ McKenzie HWS	PT-Einzel	MTT	
11:00		Funktionspez. Übung		Funktionspez. Übungen	Skoliosegr./ musterspez.		
11:30		Diagnostik		Sozialberatung	Skoliosegr./ Atmung		
12:00							
12:30	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen	Mittagessen
13:30	PT- Einzel		Ergo / Waschküche	Ergo-Einzel	Korsettschulung/ Ergo		
14:00	Ergo/ PC	Skoliosegruppe / musterspez.	Funktionspez. Übung	Skoliosegruppe / musterspez.	Korsettschulung / Arzt		
14:30	Funktionspez. Übung				Skoliosegr. / Rumpf- u. Bauchmuskeltraining		
15:00							
15:30	Skoliosegr./ musterspez.	Funktionspez. Übungen		Skoliosegr./ ADL	Funktionspez. Übung	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.
16:00	Skoliosegr./ Fußgymnastik	Lehrküche (bis 19:30 Uhr)	Ernährungsberatung				
16:30			Bew. Bad				
17:00	Pause			Vortrag Sozialberatung	Pause	Pause	
17:30			Pause				
18:00	Abendessen		Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30 bis 21:30	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit / Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.

Mustertherapieplan: Rehabilitand 54 Jahre, männlich, berufstätig in Vollzeit, degenerative Lumbalskoliose, Wirbelgleiten L3/L4, chronischer Rückenschmerz, Hypertonie

Zeit/ Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00	Kleingr./ Stabilisation	Atemtherapie	Massage	PT-Einzel	Kleingr./ Minitrampolin	Funktionsspez. Übungen	
08:30	Skoliosegr./ musterspez.	Psychologische s Gr. Angebot	Funktionsspez. Übung	Skoliosegr./ musterspez.	Ergo Grp./ Lehrküche		
09:00	Skoliosegr./ funkt.Gym.Ball			Skoliosegr./ Atmung	Korsettsprechst unde		
09:30	Müslipause			Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause
10:00	Visite	Kleingr./ Flachrücken	Kleingr. McKenzie	Kleingr./ McKenzie HWS	PT-Einzel	MTT	
10:30	Funktionsspez. Übung	Funktionsspez. Übung	Gr. Bew. Bad	Funktionsspez. Übungen	Skoliosegr./ musterspez.		
11:00	Fango	Diagnostik		Sozialberatung	Skoliosegr./ Atmung		Pause
11:30	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf		Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen
12:30	PT- Einzel	Massage	Ergo/ Waschküche	Ergo-Einzel Arbeitsplatz	Fango		
13:30	Ergo/ PC	Entspannung PMR	Funktionsspez. Übung	Skoliosegruppe /musterspez.	Massage		
14:00	Funktionsspez. Übung			Skoliosegr./Ru mpf- u. Bauchmuskeltr aining	Skoliosegr./ Funktionsgymn astik		
14:30		Skoliosegr./Fußgymnastik		Skoliosegr./ADL	Entspannung PMR	Gesundheitsbil dung	
15:00	Skoliosegr./ musterspez.	Funktionsspez. Übungen	Vortrag Sozialberatung	Pause		Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.
15:30	Skoliosegr./ Fußgymnastik	Lehrküche (bis 19:30 Uhr)					
16:00	Pause						
16:30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
17:00	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.
17:30	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)
18:00	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.
18:30 bis 21:30	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)

## 9. Forschungsaktivitäten

Die Klinik besitzt aufgrund der langjährigen Behandlung eine tiefgreifende und breite Erfahrung in der Skoliosebehandlung.

Die wissenschaftliche Datenlage war über Jahre sehr spärlich. Um dies zu ändern, haben wir in den vergangenen Jahren bereits einige Studienkooperationen (zu verschiedenen Themen) aufbauen können:

- Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten in Kooperation mit Frau Prof. Ohlendorf-Trapp, **Goethe-Universität Frankfurt am Main**
- Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten gemeinsam mit der **Johannes-Gutenberg-Universität Mainz**
- Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten gemeinsam mit **FH Aachen**
- Verschiedene Studien gemeinsam mit der **Universitätsmedizin Mainz**
- Studie gemeinsam mit der **Hochschule Fresenius Idstein/München**
- Studie gemeinsam mit der **Donau-Universität Krems**
- Gemeinsame Untersuchungen gemeinsam mit der **Uni Würzburg**

Ebenfalls gab es weitere Vorgespräche für künftige Studienkooperationen mit Herrn Prof. Rauschmann, Universitätsklinikum Frankfurt (Fachgebiet Orthopädie) sowie Herrn Prof. Drees, Universitätsklinikum Mainz (Orthopädie) und Herrn Prof. Schulte, Universitätsklinikum Bochum (Fachgebiet Orthopädie).

Das gemeinsame Ziel ist es evidenzbasierte Studien durchzuführen, um einerseits die Behandlungskonzeption weiterzuentwickeln und andererseits die Datenlage zur konservativen Therapie deutlicher aufzuzeigen.

## 10. Abkürzungsverzeichnis

(nicht notwendig)

## 11. Literaturverzeichnis

Basler, H.-D. / Kröner-Herwig, B. (Hrsg.) (1998): Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie. Quintessenz, München.

Baumann, M., Schmitz, C. & Zieger, A. (Hrsg.): Rehapädagogik - Rehamedizin - Mensch. Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie und Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren 2010

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2/2008) Frankfurt: Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining, Frankfurt am Main vom 1. Januar 2011, BAR Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>

DRV Bund (Hrsg.) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung. 3. Auflage (4/2009)

DRV Bund(Hrsg.) (2012): Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2012 -

DRV Bund (Hrsg.) (2014): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. 2. Aktualisierte Auflage.

DRV Baden-Württemberg (Hrsg.) (2014): Spektrum der Deutschen Rentenversicherung, Arbeit-Gesundheit-Rehabilitation, Aug. 2/2014, Okt. 2014.

DRV Bund (Hrsg.) (2014): Reha-Bericht. Update 2014. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

DRV Bund (Hrsg.) (2015): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Medizinischen Rehabilitation.

DRV Bund (Hrsg.) (2019) Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung / Stand: Juni 2015 (in der Fassung vom 1. Juli 2019)

DRV Bund (Hrsg.) (2019): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand 30.10.2019

DRV Bund (Hrsg.) (2021): Das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung. Orientierungsgliederung der Deutschen Rentenversicherung, 11.01.21.

DRV Bund (Hrsg.): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht Reha-Einrichtung.  
Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation  
der gesetzlichen Rentenversicherung 2015; Stand: 01/2021.

ICF Internetadresse: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>

ICF Internetadresse: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021>