

œ•ˆa!~ & á}c;|a*œæ/Ö[\`{ ^}óæ@ê^ { Á}á!~}*•âa}•c



Asklepios Fachklinik Fürstenhof

Konzept der pneumologischen Rehabilitation

Version 3.0

0. Medizinisches Konzept Pneumologische Rehabilitation

0.1 Deckblatt

Name der Einrichtung: Asklepios Fachklinik Fürstenhof
Abteilung: Klinik für Pneumologische Rehabilitation

Datum der Erstellung: 30.5.2017
Datum der Überarbeitung: 03.09.2018
Version: 3.0

Verfasser: Dr. med. (I) Aggi Neumann-Schiebener
Fachärztin für Innere Medizin
Fachärztin für Lungenheilkunde
ZB Notfallmedizin
ZB Schlafmedizin

0.2 Kontaktdaten

Asklepios Fachklinik Fürstenhof
Klinik für Pneumologische Rehabilitation
Brunnenallee 39
D-34537 Bad Wildungen
Tel.: +49 (0) 5621 704-4251
Anmeldung: +49 (0) 5621 704-4150
Fax: +49 (0) 5621 704-4152
E-Mail: fuerstenhof.badwildungen@asklepios.com
www.asklepios.com/badwildungen

Ärztliche Leitung der Einrichtung: Dr. med. Matthias auf dem Brinke
Geschäftsführung: Marc Reggentin
Pflegedienstleitung: Jutta Wagner

Ärztliche Leitung der Abteilung: Dr. med. (I) Aggi Neumann-Schiebener

Träger: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Hamburg

0.3 Inhaltsverzeichnis

0.	Medizinisches Konzept Pneumologische Rehabilitation	2
0.1	Deckblatt	2
0.2	Kontaktdaten.....	2
0.3	Inhaltsverzeichnis	3
1.	Allgemeine Angaben.....	4
1.1	Zur Einrichtung.....	4
1.2	Zur Fachabteilung	5
2.	Struktur der Fachabteilung.....	8
2.1	Räumliches Angebot	8
2.2	Medizinisch-technische Ausstattung.....	9
2.3	Personelle Besetzung	10
2.4	Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden	12
2.5	Organisation der Verpflegung	12
3.	Medizinisch konzeptionelle Grundlagen	14
3.1	Indikationen / Kontraindikationen	14
3.2	Rehabilitationsziele	17
3.3	Abteilungsspezifische Therapieausrichtung.....	22
3.4	Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation	24
4.	Rehabilitationsablauf	24
4.1	Aufnahmeverfahren.....	24
4.2	Rehabilitationsdiagnostik.....	27
4.3	Das interdisziplinäre Reha-Team.....	28
4.4	Ärztliche Aufgaben	29
4.5	Behandlungselemente	30
4.5.1	Therapeutische Bereiche mit Aufgaben und Angeboten	30
4.5.2	Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	53
4.5.3	Gesundheitstraining, Motivation und Patientenschulung.....	54
4.5.4	Einbeziehung der Angehörigen.....	58
4.6	Entlassungsmanagement	58
4.7	Notfallmanagement	59
4.8	Angaben zur Hygiene	62
5.	Dokumentation	64
6.	Angaben zum Datenschutz.....	65
7.	Qualitätssicherung.....	66
8.	Forschungsaktivitäten	68
9.	Literaturverzeichnis	68
10.	Abkürzungsverzeichnis	72
11.	Mustertherapiepläne	74
11.1	Diagnose: operiertes Bronchial-CA, Diabetes, Depression.....	74
11.2	Diagnose: Asthma bronchiale, Adipositas, Hypertonie.....	75

1. Allgemeine Angaben

1.1 Zur Einrichtung

Bad Wildungen befindet sich in einer schönen, weitläufigen Mittelgebirgslandschaft mit sanft ansteigenden Höhen. Umgeben von herrlichen Laub- und Nadelwäldern trägt seine Höhenlage zwischen 280 und 330 m. Es herrscht ein reizmildes Mittelgebirgsklima.

In Bad Wildungen befindet sich Europas größter Kurpark. Er erstreckt sich von Bad Wildungen bis in den Ort Reinhardshausen. Die Leitidee „Wald und Gesundheit“ bezieht sich auf die Richtlinien zum „sanften Tourismus“. Der Kurpark ist eine neue Erholungslandschaft, die den Charakter von Wald und Flur beibehält und in einzelnen Bereichen mit Parkelementen aufgewertet wird. Besonders gekennzeichnet sind Therapiewege mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden, die bei richtiger Anwendung unterstützend in der Therapie wirken und damit der Gesundheit dienen. Diese sind unmittelbar vor der Klinik an der Kurpromenade zu nutzen.

i. Erreichbarkeit

Die Klinik ist per Bahn, Bus und dem Auto zu erreichen und liegt zentral. Für Patienten, die über einen Krankentransport befördert werden, steht eine gesonderte Krankenwagenanfahrt zur Verfügung. Ein kostenloser Bustransfer vom und zum Bahnhof Bad Wildungen wird gestellt.

Ein kostenpflichtiges Parkhaus für Rehabilitanden steht vor Ort mit einer eingeschränkten Platzzahl zur Verfügung.

ii. Historie der Einrichtung

Der Fürstenhof, welcher in zwei Bauabschnitten zwischen 1902 und 1912 errichtet wurde, gilt als eines der schönsten Gebäude Bad Wildungens. Der Bauherr Simon Heinrich Goecke feierte vor über 100 Jahren die Eröffnung seines „Grand Hotel Fürstenhof“.

Der Fürstenhof war Hotel und Sanatorium und ist heute eine anerkannte Fachklinik. Er gehörte in unterschiedlichsten Betriebsformen der Familie Goecke, dem Preußischen Staat, dem Land Hesse und ist heute Bestandteil der Asklepios Kliniken GmbH.

iii. Heutige Struktur der Rehabilitations-Fachabteilungen

Die Asklepios Fachklinik Fürstenhof führt Abteilungen für Kardiologie, Gefäßerkrankungen, Pneumologie/Pulmologie und Psychosomatik.

bisher	
Psychosomatik	70
Kardiologie/Angiologie	97
Gesamt	<u>167</u>
davon IRENA	5-10
geplant	
Psychosomatik	70

Kardiologie/Angiologie	97
Pneumologie	40
Gesamt	<u>207</u>
davon IRENA	5-10

1.2 Zur Fachabteilung

iv. Federführer, Verträge mit anderen Kostenträgern

Die federführende DRV für die Asklepios Fachklinik Fürstenhof ist die DRV Bund. Unsere Klinik erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 und 2 SGB V und verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V. Eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger liegt vor.

Ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht.

v. AHB-Zulassungen – Indikationsgruppen

Die Asklepios Fachklinik Fürstenhof besitzt AHB und MRA Zulassungen für die Indikationen HZ/GF (Herz- und Gefäßkrankungen) 0300, sowie MRA für P (Psychosomatische Medizin) 3100. Für die Indikation 0300 besteht ebenso die Möglichkeit zur ganztägig ambulanten Rehabilitation.

Ganztägig ambulante Rehabilitation wird ebenso für diese beiden Indikationen angeboten. Für die Pneumologie kann ein solches Angebot ebenso eingeführt werden.

vi. Kooperationen intern mit anderen Fachabteilungen und extern

Im Rahmen einer sowohl medizinischen als auch ökonomisch sinnvollen durchgängigen Behandlungskette kooperiert die Asklepios Klinik Fürstenhof mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hervorzuheben ist hier insbesondere die Abteilung für Pneumologie in der Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen, die auch über eine zertifizierte Weaning-Station, Heimbeatmungsstation, ein akkreditiertes Schlaflabor sowie eine Pneumologische Frührehabilitation verfügt. Zudem ist eine Pneumologische Ambulanz angeschlossen. Zudem bestehen weiterhin Partnerschaften mit dem Asklepios Gesundheitszentrum (AGZ) Bad Wildungen als kompetenter Anbieter für Gesundheitsleistungen im Bereich Haus- und Fachärzte, der Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen als Akutkrankenhaus sowie der Asklepios Helenenklinik, welche ebenfalls Rehabilitationsleistungen vollbringt. Zudem besteht eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum Gießen-Marburg (UKGM).

Durch die Anbindung an den Verbund der Asklepios Gruppe besteht eine enge Verknüpfung der Sektoren, die mit qualitativen und wirtschaftlichen Vorteilen in der Patientenversorgung einhergeht.

vii. Angaben zur Barrierearmut

Die Klinik kann Patienten mit starker Gehbehinderung aufnehmen. Es werden 26 behindertengerechte und 24 behindertenfreundliche Zimmer vorgehalten. Die Zimmer sind größtenteils allergiegerecht ausgestattet.

Patientenzimmer, Nasszellen und alle öffentlichen Bereiche sowie Therapiebereiche sind mit Notrufanlagen ausgestattet.

Alle Etagen des mehrstöckigen Gebäudes mit den Patientenzimmern sind mit Fahrstühlen zu erreichen. Liegend- und Bettentransporte sind per Aufzug möglich. Ebenso verfügt der Fürstenhof über eine gesonderte Krankentransportanfahrt.

Rehabilitanden mit Begleitpersonen (auch Begleitkinder) können in Doppelzimmern gemeinsam untergebracht werden.

Ein behindertengerechter Umkleidebereich ist im Therapiezentrum (ehem. Badehaus) verfügbar. Sehbehinderte Rehabilitanden können je nach Einschränkungsgrad aufgenommen werden.

Angebote für hörbehinderte Rehabilitanden bestehen derzeit nicht.

viii. Risikopatienten/besondere Ausstattung im Bedarfsfall

Die folgende Ausstattung für bestimmte Risiko-Patienten-Gruppen (z. B. mit Adipositas oder neuromuskuläre Erkrankungen) muss vorhanden sein oder muss bei Bedarf durch Leihstellungen (z. B. Rahmenverträge für Leasing-/Leihverhältnis) von externen Anbietern kurzfristig zu beschaffen sein:

- Spezialbett, Spezialstuhl und Hebevorrichtung
- 4 Betten mit links-rechts Schwenk
- 3 Mobilisationsbetten
- 1 Thekla
- 1 Lifter mit Waage bis 250 kg

Die Schwerlastbetten (max. 225 kg) und Wechseldruckmatratzen werden patientenbezogen geordert.

ix. Angebote Nachsorge, Prävention

Von Bedeutung ist die Erörterung der weiteren Therapie- und Nachsorgeempfehlungen. Meist konnte jedoch bezüglich der medizinischen Belange schon innerhalb des Aufnahmegespräches ausreichend Klärung erzielt werden.

Die Notwendigkeit der Fortsetzung erlernter Übungen, der weitere Ausbau der Kondition und somit die Eigeninitiative des Patienten bei der Genesung wird mit ihm besprochen (auch Einhaltung von Verhaltensveränderungen). Unterstützend werden die Angebote der einzelnen Kostenträger (z. B. Reha-Sport) dargelegt. Bei Notwendigkeit der Fortsetzung von z.B. Krankengymnastik wird dies sowohl im Kurzbrief, der dem Patient bei Entlassung ausgehändigt wird, als auch im Reha-Entlassungsbericht dokumentiert.

Der Hinweis auf die Existenz von z.B. Lungensportgruppen war zwar bereits in sozialmedizinischen Informationsveranstaltungen thematisiert worden, die Sinnhaftigkeit wird im Rahmen des Abschlussgespräches nochmals dargelegt.

Informationsmaterial zu medizinischen, sozialrechtlichen und sportlichen / physiotherapeutischen Belangen liegt in den speziellen Abteilungen und auf allgemein zugänglichen Ständern aus, wird auf Wunsch aber auch ausgehändigt.

Eine Kontaktvermittlung zu Ärzten ist selbstverständlich möglicher Inhalt.

Neben den Schilderungen im ärztlichen Abschlussgespräch hat der Patient die Möglichkeit, den Grad der Veränderungen in einem Bewertungsbogen anzugeben.

2. Struktur der Fachabteilung

2.1 Räumliches Angebot

Die Diagnostikmaßnahmen werden aufgrund der entsprechenden Beschwerdesymptomatik durchgeführt. Weitergehende Untersuchungen erfolgen, um Beschwerden zu verifizieren und gegebenenfalls zur Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens klärende Informationen zu bringen.

Berufsgruppenspezifische Funktionsräume sind in folgenden Ausprägungen vorhanden:

- Indikationsspezifische, medizinische Funktionsräume und –bereiche
 - 1x EEG 20,95 m²
 - 1x Langzeit-EKG 8,83 m²
 - 2 Kabinen á 1,54 m²
 - 1x EKG Untersuchung 7,13 m²
 - 1x EKG + Vorraum 21 + 7,63 m²
 - 1x Lungenfunktion 11,25 m²
 - 1x Prosektur 11,25 m²
 - 1x BGA (Blutgasanalyse)
- 1x Labor (interdisz.) 19,2 m²
- Vortragsraum (interdisz.) 118,07 m²
- Räume für Gruppenverfahren (u.a. psycholog.-psychotherap. Gruppen)
- Jeder Arzt und Psychologe der Abteilung verfügt über ein eigenes Büro. Für Gruppentherapien hat die Abteilung zwei Gruppenräume. Darüber hinaus befinden sich in der Klinik ein Multimediaraum, ein großer und ein kleiner Vertragsraum sowie ein Seminarraum, die entsprechend dem Belegungsplan genutzt werden können.
- Sozialarbeiter haben eigene Büros und bei Bedarf Zugriff auf Gruppenräume.
- Zur Durchführung der Sport- und Bewegungstherapie stehen ein Bewegungsbad bzw. Schwimmbad mit Hebelift in der nahegelegenen Asklepios Helenenlinik (ca. 5 Minuten Fußweg bzw. organisierter Gruppentransport) zur Verfügung.
- Sport- und Bewegungshalle (interdisz.)
 - Kleiner Gymnastikraum 58,29 m²
 - Großer Gymnastikraum 113,42 m²
 - Ball- und Geräteraum 20,2 m²
- Raum für Physiotherapie (interdisz.)
 - 8 x Einzel-Physiotherapie 62 m²
 - Unterwassermassage 10,5 m²
 - 7x Massage 71 m²
 - 2x Psammotherapie 17,2 m²
 - 6x Kohlensäuretherapie 51,7 m²
- Raum für medizinische Trainingstherapie (interdisz.)
 - Fahrradtrainingsraum 57,66 m² (Pulsoxymeter, Belastungs-EKG)
- Lehrküche (interdisz.)
 - 1x 39 m²
 - 1x 89,17 m²
- Raum für Ergotherapie (interdisz.)
 - 1x Therapie 25,12 m²
 - 1x Büro 39,9 m²
- Direkt im Haus befindet sich die Notarzt-Einsatzzentrale. Eine sofortige Verlegung in die Asklepios Stadtklinik ist jederzeit gewährleistet. Daher hält der Fürstenhof keinen eigenen Notfallraum vor.

Aktuell beträgt die Plankapazität 40 Betten. Eine Erweiterung ist bei entsprechender Genehmigung jederzeit möglich.

Alle Patienten wohnen in Einzelzimmern mit großzügiger Ausstattung. Alle Zimmer verfügen über Dusche, WC und Kabel-TV-Anschluss. Ein Großteil der Zimmer verfügt außerdem über einen eigenen Balkon.

Einige Zimmer haben einen Sauerstoffanschluss oder es kann über mobile Systeme eine 24 stündliche Sauerstoffversorgung gewährleistet werden. Eine eventuell notwendige Isolationsmaßnahme wegen spezieller Antibiotika-resistenter Keime (zum Beispiel MRSA, ESBL etc.) ist im Patientenzimmer möglich, unter strenger Beachtung der Hygienevorschriften. Eigens hierfür erstellte SOPs erleichtern den Umgang mit Rehabilitanden, die mit einer Keimbelastung zu kämpfen haben.

Empfangen werden die Rehabilitanden in einer zentralen Rezeption mit großzügiger Lobby. Neben einer kleinen Bibliothek – gleichzeitig Lesezimmer - gibt es kleinere Aufenthaltsräume für die Rehabilitanden und mehrere Vortrags- und Seminarräume sowie eine Cafeteria.

Es besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Internetnutzung.

Für die Therapie stehen ein großzügiger Geräteraum mit modernen Fitnessgeräten, mehrere große Gruppenräume, zahlreiche Einzelgymnastikräume sowie ein Schwimmbad in der nahegelegenen Helenenklinik und eine Lehrküche zur Verfügung.

Auf dem gesamten Gelände sowie in allen Räumen besteht Rauchverbot.

Angebunden an den Pflegestützpunkt gibt es einen Behandlungsraum für Blutentnahmen, Injektionen, Verbände und kleinere Wundversorgungen. Darüber hinaus ist im Haus eine speziell ausgebildete Wundmanagerin in der Pflege tätig.

2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Folgende Parameter, die durch das interne und externe Labor durchgeführt werden, sind:

- Hämatologie
- Hämostaseologie
- Klinische Chemie
- Immunologie
- Blutgasanalyse/Lactat
- Blutkörperchen Senkungsgeschwindigkeit (BSG)
- Blutgruppe/Kreuzprobe/Antikörper-Suchtest/Coombs-Test
- Urin-Analysen
- Stuhl-Diagnostik

2.3 Personelle Besetzung

x. Konzeptorientierter Basis-Soll-Stellenplan

In der Abteilung für pneumologische Rehabilitation, mit insgesamt 40 zur Verfügung stehenden Betten, werden vorwiegend Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und Zuständen nach akuten Traumata oder Erkrankungen der Atemwege rehabilitiert.

Entsprechend der Strukturqualität von Reha-Einrichtungen wurde die Personelle Anforderung auf 100 Betten für dieses Konzept berechnet.

Die Angaben sind unter Vorbehalt zu betrachten, da die Stellen derzeit teils noch nicht besetzt sind.

Indikation: Pneumologie

Berufsgruppen	Anzahl / 100	Anzahl/40
Ärzte	6	2,4
Psychologen	1,25	0,5
Pflegepersonal	8,5	3,4
Physiotherapeut	2,5	1
Diplom-Sportlehrer	1,5	0,6
Sportlehrer/Bewegungstherapeut	1	0,4
Masseur	1PTA	0,4
Diät-Assistent/Ökotrophologe	1	0,4
Sozialarbeiter	1	0,4
Ergotherapeut	0,6	0,24
MTA	0,5	0,2
MTLA	0,5	0,2
MTRA	0,5	0,2
PTA	0,5	0,2
Neurophysilog. Assistent	2	0,8

xi. Benennung der ärztlichen Leitung und Vertretung mit Fachgebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungsbefugnissen

Als ärztliche Leitung fungiert Frau Dr. med.(I) Aggi Neumann-Schiebener. Frau Dr. Neumann-Schiebener ist Fachärztin für Pneumologie, Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und Schlafmedizin. Frau Dr. Neumann-Schiebener wird sich für entsprechende Sozialmedizinische Kurse anmelden.

Fr. Dr. Neumann-Schiebener steht für die Erbringung chefärztlicher Leistungen in der Pneumologie an 15 Std. pro Woche als Ansprechpartnerin zur Verfügung

Die Vertretung hat Dr. Dieter Puplat inne, Facharzt für Pneumologie. Dr. Puplat steht in Vertretungssituationen mit bis zu 15 Std. pro Woche zur Verfügung. Besondere Fachkompetenz im Bereich der Rehabilitation steuert Dr. Michael Laukötter bei. Des Weiteren besitzt der Ärztliche Direktor der Einrichtung, Dr. med. Matthias auf dem Brinke, die Zusatzbezeichnung Rehabilitationsmedizin. Weitere sozialmedizinische Kompetenzen sind in der Psychosomatik (Dr. med. Catri Tegtmeier) vorhanden.

xii. Qualifikationen der sonstigen Ärzte und therapeutischen Berufsgruppen

Ärzte (exkl. Leitung):

- 1 Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin (Dr. Laukötter, ZB Sozialmedizin)
- Assistenzärzte (nicht in Weiterbildung)

Psychologen

- Diplom-Psychologe

Pflege

- Examiniertes Pflegefachpersonal und Medizinische Fachangestellte

Therapeuten

- Physiotherapeuten
- Sportlehrer und Bewegungstherapeuten
- Masseur
- Ergotherapeut
- Diät-Assistent
- Atmungstherapeuten zertifiziert (DGP) in Kooperation mit der Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen

Med.-tech.Bereich:

- MTA
- MTLA
- MTRA
- PTA

Sonstige

- Diplom-Sozialarbeiter

xiii. Angaben zur zeitlichen Präsenz der Berufsgruppen

Ärztlicher 24-Stunden-Präsenzdienst sowie der fachärztliche Hintergrunddienst werden stets vorgehalten. Jegliche Vertretungsregelungen sind in den zugehörigen Stellenbeschreibungen enthalten.

Für die Berufsgruppen Ärzte, Pflege, Therapeuten regelt ein Dienstplan die Anwesenheit und ist auf die Therapiezeiten der Rehabilitanden abgestimmt.

xiv. Vertretungsregelungen

Sonstige Berufsgruppen sind entsprechend Einteilung MO-SA im Haus.

2.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

Die Therapiezeiten sind montags bis freitags von 08.00 bis 17:00 Uhr und samstags von 08:00 bis 12:00 Uhr (siehe auch Seite 26). Selbständiges Trainieren (MTT oder Bewegungsbad) ist darüber hinaus zu den ausgewiesenen Öffnungszeiten möglich.

Die Verplanung des Therapien und weiterer erforderlicher Patiententermine erfolgt softwaregestützt mit dem Programm „Time Base“ der Firma Magrathea. Freitags erhalten die Patienten die Therapiepläne für die darauf folgende Woche. Zeitveränderungen und weniger relevante Verschiebungen innerhalb der verordneten Therapien können die Patienten innerhalb der täglich stattfindenden Sprechstunden der Therapiedisposition vornehmen lassen. Therapieveränderungen werden innerhalb der Visiten vorgenommen, können aber auch in Absprache zwischen Arzt und Therapeut erfolgen.

Aktualisierte Therapiepläne werden den Rehabilitanden bei Änderungen umgehend zur Verfügung gestellt.

Untersuchungstermine sowie ärztliche Konsile werden über die Pflege in Abstimmung mit dem laufenden Therapieplan terminiert.

2.5 Organisation der Verpflegung

Im hauseigenen Speisesaal werden die Rehabilitanden verköstigt. Die Verpflegung wird auf Convenience-Basis hergestellt und den Patienten vor Ort frisch serviert. Die Essensversorgung erfolgt über das Asklepios Klinikum Schwalmstadt. Die Herstellung erfolgt dort nach den aktuell gültigen HACCP Kriterien.

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.

Sofern keine Sonderkost verordnet wurde, stehen dem Rehabilitanden täglich 3 Menüs zur Auswahl, darunter mindestens ein vegetarisches Gericht.

Bis auf das Mittagessen werden alle Mahlzeiten in Buffetform und zum überwiegenden Anteil zur Selbstbedienung angerichtet. Zu allen Mahlzeiten stehen kostenfreies Wasser oder Tee zur Verfügung. Zum Frühstück wird kostenfrei Kaffee angeboten.

Im Rahmen der Diät- und Ernährungsberatung werden die Rehabilitanden informiert, geschult (bei Bedarf in Gruppen oder Einzel) und praktisch in den Lehrkücheneinheiten angeleitet, eine ausgewogene Ernährung auch zu Hause weiter fortzuführen.

3. Medizinisch konzeptionelle Grundlagen

3.1 Indikationen / Kontraindikationen

xv. Rehabilitationsdiagnosen der Hauptindikationen nach ICD 10 GM

Code	Bezeichnung
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
J45.8	Mischformen des Asthma bronchiale
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes
J98.4	Sonstige Veränderungen der Lunge
J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Schweregrade GOLD I-IV
- Asthma bronchiale
- Lungenemphysem
- Patienten, die auf eine Lungentransplantation warten oder
- Patienten mit Z. n. Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
- Tumorerkrankungen und Metastasen-Erkrankungen der Lunge und des Brustkorbs
- Bronchiektasenerkrankungen
- Chronische Ateminsuffizienz: Einleitung, Steuerung bzw. Überwachung einer Langzeitsauerstofftherapie (LTOT) und Nicht-invasiver Beatmung (NIV) sowie invasiver Beatmung
- Lungenfibrosen, Pneumokoniosen, Sarkoidosen und andere interstitielle Lungenerkrankungen
- Z. n. Pneumonie jedweder Genese
- Prä- und postoperative Zustände nach Thorax Operationen
- Schlafbezogene Atemstörungen
- Umweltbedingte pneumologische Erkrankungen
- Arbeitsbedingte pneumologische Erkrankungen

Epidemiologisch zählen Erkrankungen der Atmungsorgane, wie COPD, Asthma und Lungenkarzinom zu den großen Volkskrankheiten. Entsprechend bewegt sich die Pneumologie weltweit auf einem der dominierenden Plätze innerhalb der Inneren Medizin. Laut statistischem Bundesamt liegen bei etwa 10 % aller Todesursachen deutschlandweit Erkrankungen der Atmungsorgane zu Grunde. Krankenhausdiagnosen erlauben ferner Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung hinsichtlich spezieller

Erkrankungen, zumal akut-klinische Behandlungen auf dem Atemwegs- und Tumorsektor sehr häufig Anschluss-Heilbehandlungen nach sich ziehen.

Leider erkrankt ein Großteil der Patienten an Lungenproblemen vor Erreichen des Rentenalters, was zu erheblichen sozioökonomischen Defiziten führt. Aus diesem Grunde ergibt sich ein breiter Behandlungsansatz für die pneumologische Rehabilitation, insbesondere bei deren Hauptindikation COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), welche - evidenzbasiert - zudem von einem guten Lernerfolg begleitet wird. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist dann angemessen, wenn nicht nur eine vorübergehende Teilhabestörung vorliegt, sondern eine Beeinträchtigung im Sinne des SGB IX vorliegt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn durch Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, über den Atemwegstrakt hinaus bestehende Funktionsstörungen, Behinderungen und Schädigungen von z. B. Körperstrukturen oder Körperfunktionen feststellbar sind, welche die Alltagsaktivitäten beeinträchtigen, deren Teilhabe einschränken oder auch so genannte Kontextfaktoren (umweltbezogene und personenbezogene) vorliegen. Grundsätzlich ist das Reha Potenzial weiterhin zu ermitteln, so dass die Rehabilitationsfähigkeit des Betroffenen auch im Sinne des SGB IX individuell abgesichert ist. Im Übrigen gelten die dort niedergelegten Bestimmungen sowie die individuellen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI.

Als Indikation zur pneumologischen Rehabilitation bieten sich vor allem chronische Erkrankungen der Atemwegsorgane und der Lunge, aber auch prä- und postoperative Zustände, Tumorerkrankungen und Erkrankungen, die mit chronischer respiratorischer Insuffizienz einhergehen. Ferner sind in den Indikationen schlafbezogene Atmungsstörungen und umweltbezogene chronische Erkrankungen an unserem Standort berücksichtigt:

- Krankheiten und Zustand nach Operation an den Atmungsorganen bzw. respiratorischen Insuffizienz
- Bösartige Erkrankungen der Atemwegsorgane sowie des Brustkorbs inklusive Metastasen extrathorakaler maligner Erkrankungen

Die Durchführung dieser stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist insbesondere in den nachfolgenden Fällen angebracht:

- reduzierte Alltagsbelastbarkeit bzw. fehlende Teilhabe am Arbeitsleben
- Beeinträchtigungen und systematische Schädigungen als Folge ausgeprägter Multimorbidität
- Entlastung und Distanzierung vom üblichen sozialen Umfeld, insbesondere bei fehlender sozialer Unterstützung und Bedrohung
- Fehlende Möglichkeit zur Teilnahme an ambulanten pneumologischen Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund der Unzumutbarkeit einer täglichen An- und Rückreise infolge der erkrankungsbedingten Behinderung

xvi. Benennung der 3 häufigsten Reha-Diagnosen

Chronische obstruktive Lungenerkrankung, in diversen Ausprägungen
Asthma bronchiale
Zustand nach Bronchialkarzinom/Transplantation
Hyperkapnie

xvii. Mitbehandelbare Nebendiagnosen

Durch die Nähe zur Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen, sowie den vorgehaltenen Fachabteilungen im Haus sind Nebendiagnosen aus folgenden Fachbereichen direkt bzw. über Konsil mitbehandelbar:

- Kardiologische, angiologische,
- Neurologische, neuro-physiologische,
- Psychische/psychosomatische,
- Internistische, nephrologische, gastroenterologische,
- Urologische, urogynäkologische,
- Orthopädische,
- Schmerztherapeutische,
- HNO

Top 10 (seit 2016):

J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes

xviii. Angabe der Kontraindikationen, Ausschlusskriterien

Bei nachfolgenden Erkrankungen ist eine primäre technologische Rehabilitation in der Asklepios Klinik Fürstenhof nur nach Rücksprache möglich, da wir in diesen Fällen auf die Nutzung der Akutklinik zurückgreifen müssen:

- Schwere dekompenzierte-respiratorische Insuffizienz, invasive Beatmungsbedürftigkeit
- neu aufgetretene Erkrankungen, die die Rehabilitationsfähigkeit aufheben, wie z. B. akute Lungenembolie
- akuter Myokardinfarkt
- akut aufgetretene Frakturen
- neu entdeckte konsumierende Erkrankungen

- Intensivmedizinische Überwachung
- Herzinsuffizienz im Stadium vier nach NYHA
- fachchirurgisch zu versorgende Wundheilungsstörungen
- akute operationsbedürftige strukturelle und funktionelle Störungen
- begleitende psychiatrische Erkrankungen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung
- schwere hirnorganische Störungen
- Demenz mit Desorientiertheit und Weglauftendenz
- akute Abhängigkeitserkrankung (zum Beispiel akuter Alkohol- oder Drogenmissbrauch)
- delirante Zustände
- nicht abgeschlossene, medikamentöse Einstellung psychischer Erkrankungen
- akute Stoffwechsellentgleisung (schwere Hypoglykämie, Ketoazidose)
- fehlende Motivation des Rehabilitanden in Bezug auf Diagnostik und Therapie
- fehlendes Rehabilitationspotenzial
- Transplantatversagen (zum Beispiel akute Abstoßungsreaktionen nach Lungentransplantation)

Individuelle Kontraindikationen sind selbstverständlich immer zu berücksichtigen.

3.2 Rehabilitationsziele

Die Asklepios Fachklinik Fürstenhof hat sich mit einem breit gefächerten Team aus Ärzten, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten, Masseuren, Sportlehrern, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Ernährungstherapeuten auf die umfassende und ganzheitliche Rehabilitation von pneumologischen Patienten spezialisiert. Ziel ist die möglichst vollständige Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit und der Lebensqualität in allen Bereichen des beruflichen und privaten Lebens. Unser einzigartiges Angebot von Akut- und Rehabilitationsmedizin aus einer Hand ermöglicht es unseren Patienten, zu fast jedem Zeitpunkt der Erkrankung eine Rehabilitationsmaßnahme anzutreten.

Eine ergebnisorientierte Rehabilitation soll individuelle Therapieziele aus somatischen, funktionsbezogenen, sozialen und edukativen Bereichen darstellen und erfassen.

Speziell in der Rehabilitation der Pneumologie folgen wir den Richtlinien mit den evidenzbasierten Therapiemodulen. Wesentlich für alle Indikationen ist die Erfassung und Behandlung der speziellen Behandlungs- und Therapiefolgen sowie Nebenwirkungen.

xix. Gesetzliche Grundlagen, trägerspezifische Reha-Ziele

Im pneumologischen Rehabilitationsalltag finden folgende Leitlinien eine verbindliche Verankerung bei unseren Mitarbeiter:

- S2k-Leitlinie: Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (gültig ab 2017)
- S2k-Leitlinie: Nationale Versorgungsleitlinie COPD (gültig ab 2018)
- S2k-Leitlinie: Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale (gültig bis 01.01.2015)
- S2-Leitlinie: Langzeit-Sauerstofftherapie (gültig bis 31.12.2011 in Überarbeitung)
- S3-Leitlinie: Tabakentwöhnung bei COPD (gültig bis 1.1.2019)
- S3-Leitlinie: Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms (gültig bis 28.2.2015)

- S2-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronisch respiratorischen Insuffizienz (gültig bis 31.12.2014)
- S3-Leitlinie: Allergieprävention (gültig bis 31.7.2019)
- S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf (gültig bis 01.12.2012 in Überarbeitung)

Diese Leitlinien und deren individuelle Anpassung an den Patienten, fördern die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX). Die hier aufgeführten Bereiche der Rehabilitation verfolgen das Ziel, alltagstaugliche, stabile Lebensstiländerungen einzuleiten, die auf den individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten des zu Rehabilitierenden basierend. Das Rehabilitationsteam integriert sowohl berufliche als auch soziale Belange des Patienten unter Einschluss deren Angehöriger. Gesucht wird der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten und zuständigen Stellen für die Hilfsmittelversorgung. Die stationäre Rehabilitation versteht sich als ein Glied dieser Betreuungskette. Hinsichtlich der Hilfsmittel wird ein enger regionaler und überregionaler Kontakt dadurch gewährleistet, dass Vertreter weiterer betreuender Einrichtungen bereits vor Ort in das Behandlungs- und Betreuungskonzept des Patienten eingebunden werden.

xx. Orientierung am bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der WHO

Das medizinische Rehabilitationskonzept der Asklepios Fachklinik Fürstenhof Abteilung Pneumologie versteht sich ganzheitlich, ist interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichtet. Zentrale Bestandteile sind die Rehabilitationsdiagnostik nach dem Prinzip der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), die mit dem Rehabilitanden vereinbarten Rehabilitationsziele, ein hierauf abgestimmter Rehabilitationsplan, sowie die Durchführung und zeitnahe Anpassung der Rehabilitierungsmaßnahmen mithilfe strukturierter Behandlungselemente. Dabei berücksichtigt das Rehabilitationskonzept grundlegend allgemeine Vorgaben, die verfügbare Vordiagnostik, sowie die aktuelle Rehabilitationsdiagnostik.

Die technologische Rehabilitation in der Asklepios Fachklinik Fürstenhof umfasst die Gesamtheit aller medizinischen Aktivitäten im Rahmen eines individuell angepassten, multidisziplinären Programms, welches durch genaue Diagnostik, befundadaptierte Therapie, psychosoziale Unterstützung und intensive Schulung der Pathophysiologie von Lungenerkrankungen beseitigt, bessert oder stabilisiert und zum Ziel hat, die bestmögliche Funktion und Lebensqualität zu erreichen.

Grundlagen des Behandlungskonzeptes sind die nachfolgenden Leitlinien für Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen, Tumorerkrankungen der Atmungsorgane sowie Erkrankungen, bei denen infolge pulmo-kardialer Grunderkrankungen eine entsprechende Komorbidität zu berücksichtigen ist. Wesentlich sind hierbei vier Bereiche des Rehabilitationsprozesses, welche nachfolgenden Bereichsebenen umfassen:

- somatische Ebene
- edukativer Bereich
- psychische Ebene
- sozialer Bereich

xxi. Ausführungen zu konkreten Reha-Zielen unter Berücksichtigung der ICF

Ziel der pneumologischen Rehabilitation ist die maximale Besserung der Atemfunktion, die Erlangung maximaler Selbstständigkeit und nützliche Aktivität, sowie die Erlangung

maximaler Kompetenz im Umgang Unterbelastung, Bestimmung des Transfer-Faktors und der während eines differenzierten Zeitabstandes zurückgelegten Wegstrecke.

Eine moderne morphologische Rehabilitation umfasst die Gesamtheit aller medizinischen Aktivitäten im Rahmen eines individuell angepassten, multidisziplinären Programms. Durch genaue Diagnostik, befundadaptierte Therapie, psychosoziale Unterstützung, intensive Schulung sowie Kenntnisse in der Pathophysiologie sollen Folgen von Lungenerkrankungen beseitigt, verbessert oder stabilisiert werden mit dem Ziel, die bestmögliche Funktion und Lebensqualität zu erreichen. Aufgrund der zentralen Rolle der Atmung für normale biologische Körperabläufe wird verständlich, dass eine Störung in diesem Bereich zu einer erheblichen allgemeinen Beeinträchtigung dieser und auch anderer Organfunktionen und -strukturen führt und hieraus eine erhebliche Beeinträchtigung in den Aktivitäten des Betroffenen resultiert.

Bei der Beeinträchtigung der Atmung und der hieraus resultierenden Minderversorgung gerade auch anderer Organsysteme, ist die Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen beeinträchtigt. Hierbei spielen nicht nur körperliche, sondern auch psychische Beeinträchtigungen eine Rolle, so dass gerade bei Erkrankungen der Atemwegsorgane erhebliche somatische und psychische Krankheitsfolgen in ganz unterschiedlicher Art und Ausprägung resultieren. Diese krankheitsbedingten Einschränkungen der Aktivitäten werden zusätzlich beeinflusst durch so genannte Kontextfaktoren. Hierbei handelt es sich um Faktoren aus der Umwelt des Betroffenen und aus Faktoren, die in seiner Persönlichkeitsstruktur verankert sind. Derartige Determinanten können jeweils positive oder auch negative Auswirkung zeigen. Insgesamt wird dieses Krankheitsmodell durch die Internationale Klassifikation der Funktion, der Behinderung unter Gesundheit (ICF) als bio-psycho- soziales Modell der WHO verstanden.

Bio-psycho-soziales Modell der ICF (=Internationale Klassifikation der Funktion, der Behinderung und der Gesundheit)			
Körperfunktionen und strukturen	-	Aktivitäten	Teilhabe
Umweltfaktoren - Materiell - Sozial - Verhaltensbezogen			Persönliche Faktoren - Alter, Geschlecht - Motivation - Lebensstil

Das Behandlungskonzept der Klinik für pneumologische Rehabilitation beruht auf diesen Grundüberlegungen/ Grundsätzen. Zudem werden Leitlinien, die von Fachgesellschaften und/ oder Kostenträgern mit erarbeitet und publiziert wurden, berücksichtigt. Die Therapiezielorientierung ist ein wesentliches Merkmal der aktuellen Rehabilitationsmedizin. Unterschieden wird dabei zwischen Rehabilitationszielen, die letztendlich für alle Rehabilitationspatienten formuliert werden können, sowie individuellen Therapiezielen, die ganz gesondert auf die Bedürfnisse eines einzelnen Patienten abgestimmt sind. Letztere sind die konkreten, im Rahmen der Rehabilitation (ambulant oder stationär) anzusteuern Ziele. Eine befriedigende Therapiezielerreichung ist aber nur möglich wenn ein ganzheitlicher Ansatz berücksichtigt wird, der letztlich alle Aspekte der Krankheitsursachen berücksichtigt. Um dies sicherzustellen, ist das Rehabilitationsteam der Asklepios Fachklinik Fürstenhof multiprofessionell ausgerichtet, was gerade bei den Atemwegserkrankungen mit den genannten systemischen Auswirkungen erforderlich ist.

Zu diesem Reha-Team gehören Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Pflegekräfte, Sportlehrer, Sozialarbeiter, pneumologische Fachangestellte, Atemtherapeuten

und die Ernährungsberatung. Das Kernteam wird gegebenenfalls ergänzt, z. B. durch Logopäden. Die Interdisziplinarität schließt weiterhin Pflegepersonen im Alltagsleben, Angehörige und ggf. weiterer Ansprechpartner mit ein.

Das multiprofessionelle therapeutische Team verfolgt den Auftrag, positiv bzw. negativ wirkende Faktoren aus der sozialen und physikalischen Umwelt zu erkennen und diese therapiezielgerecht zu beeinflussen.

xxii. Partizipative Vereinbarung von Therapiezielen mit dem Rehabilitanden

Die Rehabilitationsziele orientieren sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der WHO, dem aktuellen Gesundheitszustand des einzelnen Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Aufnahme und der damit erreichbaren Umfänge von Rehabilitationserfolgen, sowie an den spezifischen Vorgaben der Kostenträger. Die Ziele beziehen sich im Bereich der gesetzlich Versicherten insbesondere auf Aspekte, die die Selbstständigkeit in der Versorgung, die Sekundärprävention und die Beseitigung von Funktionsstörungen, Beeinträchtigung der Aktivität sowie Kompensation negativer Kontext- und Risikofaktoren beinhalten. Im Falle der Rentenversicherten finden die gleichen Ziele Anwendung unter besonderer Berücksichtigung der Wiedererlangung einer ausreichenden Leistungsfähigkeit zur Durchführung der Erwerbsfähigkeit. Auch hier sind Schädigungen, Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und negative Kontext- und Risikofaktoren zu berücksichtigen - insbesondere wenn hier mögliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in dem Gesamtrehabilitationsplan zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit mit einzubeziehen sind.

Das bio-psycho-soziale Krankheitsfolgenmodell (ICF) der WHO Gesundheitsproblem

- Umweltfaktoren
 - materiell
 - sozial
 - verhaltensbezogen
- Persönliche Faktoren
 - Alter, Geschlecht
 - Motivation
 - Lebensstil
 - Körperfunktionen und –strukturen
- Aktivität
- Teilhabe

Rehabilitationsziele bezogen auf Schädigungen und Funktionsfähigkeit

Verschiedene Schädigungen und Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit können bei pneumologischen Rehabilitationspatienten im Vordergrund stehen. Dabei sind Schädigungen relativ häufig durch die onkologische Therapie

(z.B. Chirurgie/Strahlentherapie/Chemotherapie) und oft weniger durch die eigentliche Krebserkrankung bedingt. Insbesondere die nachfolgenden Aspekte sind zu berücksichtigen:

- Fatigue
- Kachexie
- Wundschmerz
- Wundheilungsstörungen
- Verminderte Immunabwehr
- Konzentrations- und Merkstörungen

- Psychische Anpassungsstörungen
- Respiratorische Einschränkungen mit teilweise kardialen Folgeerkrankungen
- (Cor pulmonale)
- Störungen und Schädigungen des Stimm- und Sprechapparates

Rehabilitationsziele bezogen auf Beeinträchtigung der Aktivität

Beeinträchtigungen der Aktivität resultieren insbesondere aus den respiratorischen Beschränkungen, die wiederum durch die Grunderkrankung (COPD, Asthma etc.), deren Therapie (Lungenteilresektion bei Tumor) oder Folgeerkrankungen (Cor pulmonale, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, muskuloskelettalen Schwäche etc.) bedingt sind.

Davon können Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen sein wie:

- Selbstversorgung im häuslichen Umfeld (Körperpflege, Einkaufen, Haushaltsführung etc.)
- Mobilität (Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und des eigenen PKW)
- berufliche Aktivität insbesondere bei körperlicher Arbeitsbelastung (Handwerksberufe, Berufe in der industriellen Fertigung etc.)

Beeinträchtigungen der Aktivität können sich darüber hinaus aus dem veränderten Körperbild (Z. n. Langzeitbeatmung bei COPD) oder Fatigue ergeben. Entsprechend ist insbesondere folgenden Zielen Rechnung zu tragen:

- Verbesserung von Beeinträchtigung in der Beschäftigung (z. B. Haushaltsführung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit)
- Verbesserung der physischen und psychischen Unabhängigkeit
- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der sozialen Integration/Reintegration
- Verbesserung der sozialen Kompetenz

Rehabilitationsziele bezogen auf Beeinträchtigung der Teilhabe

Beeinträchtigungen der Aktivität gehen mit Beeinträchtigungen der Teilhabe einher. Eine Vielzahl von Aspekten ist hier zu berücksichtigen. So können beispielsweise nach Langzeitbeatmung bei COPD, Veränderungen des Körperbildes, Sexualstörungen oder physische Reaktionen

- die Paarbindung
- die Teilnahme innerhalb des Familienlebens
- die Einbeziehung im Freundeskreis
- oder Vereins- und andere Gruppenkontakte

schwer belasten und zum sozialen Rückzug führen. Dieser kann wiederum mit einer deutlich schlechteren Krankheitsverarbeitung einhergehen.

Rehabilitationsziele bezogen auf Kontext und Risikofaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umwelt- und personenbezogene Faktoren, die eine Bedeutung für eine Person mit einer bestimmten körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung haben.

Kontextfaktoren können einen günstigen Einfluss (positive Kontextfaktoren) auf die Schädigung oder Beeinträchtigung und somit auch 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 Einfluss (negative Kontextfaktoren) auf Schädigung oder Beeinträchtigung haben. Einige solcher negativen Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken; wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen können also durch Faktoren verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der individuellen Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind.

Dazu zählen:

- Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich zum Abbau von Risikofaktoren
- Anleitung zur Verminderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel
- Erlernen von Stressbewältigungsstrategien
- Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien
- Planung von Arbeitsplatzanpassung/Umsetzung
- berufliche Wiedereingliederung
- Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Rentenantragstellung
- Einleitung zur Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

xxiii. Schwerpunkte und indikationsspezifische Besonderheiten, therapeutische Grundlagen

In der Abteilung Pneumologie der Asklepios Fachklinik Fürstenhof erfolgt die Patientenbetreuung leitliniengerecht in Planung und Ausführung. Leitlinien nachfolgender Fachgesellschaften haben dabei eine besondere Bedeutung:

- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
- Sektion Prävention und Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin/ Schlafforschung (DGSM)
- European Respiratory Society (ERS)
- American Thoracic Society (ATS)
- Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines

In Abhängigkeit von den erhobenen Befunden, den besprochenen Zielen sowie den Wünschen und Neigungen der Patienten wird während des Aufnahmegesprächs der Therapieplan mittels des diagnosebezogenen Verordnungsbogens erstellt. Dabei werden patientenbezogene Behandlungsziele mit den aktuellen Leitlinien und Therapieempfehlungen abgeglichen, was zu einem auf den Patienten zugeschnittenen Behandlungsprogramm führt. Die Therapiefestlegung wird in der elektronischen Akte dokumentiert. Die ärztliche Verordnung für die Therapien erfolgt mittels elektronischer Verordnung im Orbis. Durch die Schnittstelle gelangt die elektronische Verordnung des Arztes in die Therapiedisposition und wird in die sog. Patientenverordnung im Time Base übernommen. Bei Bedarf kann die Verordnung ausgedruckt werden und dem Pflegepersonal zur Verfügung gestellt werden. Die Therapeuten erhalten ggf. weitere Informationen über ihren eigenen Dienstplan. Die Patienten erhalten einen Überblick Ihrer täglichen Therapie im sog. Therapieplan. Bei Nachverordnungen des Arztes werden diese wieder ins Time Base übernommen und der Patient erhält den aktualisierten Therapieplan in seinen persönlichen Briefkasten.

Über das Time Base – Therapieplanungssystem – werden die Therapien und Visiten verplant. Bei zusätzlich erforderlichen diagnostischen Untersuchungen, werden diese ebenfalls über Time Base verplant, so dass Behandlungsausfälle möglichst vermieden werden können.

Der zuständige Stationsarzt entscheidet, weiterhin je nach Zustand des Patienten, über die Verfügung von Sperrzeiten, damit in ihrer Belastbarkeit noch eingeschränkte Patienten dem Behandlungsprogramm auch intentionsgerecht folgen können. Bei hochgradiger Mobilitätseinschränkung werden entsprechende Karenzzeiten eingeräumt. Dies gilt insbesondere bei pneumologischen Patienten mit erheblicher Belastungsatemnot und -schwäche bei z.B. schwerer respiratorischer Insuffizienz oder auch muskuloskelettalen Defiziten im Rahmen einer schweren chronischen Grunderkrankung (z.B. COPD, Lungenfibrose, ALS). Bei relevanten Mobilitätseinschränkungen wird eine Therapiebegleitung durch den Pflegedienst oder auch durch Angehörige organisiert.

xxiv. Orientierung an Reha Therapiestandards der DRV und KTL-Vorgaben

Die Behandlungs- und Therapieziele des einzelnen Patienten orientieren sich an:

- individuellen Patientenzielen (und gegebenenfalls denen seiner Angehörigen)
- Ziel Festlegung des Rehabilitationsteams
- Zielen/Programmen der Kostenträger

Diese Therapieziele werden mit dem einzelnen Patienten, ganz wesentlich orientiert an der durch ihn geschilderten funktionellen Beeinträchtigung, festgelegt. Durch Ärzte und das interdisziplinäre Rehabilitationsteam wird konkret nach den spezifischen Belastungen am Arbeitsplatz, am Wohnort und im Freizeitbereich gefragt. Damit kann das Aktivitätsniveau und dessen Erreichen, durch oben genannten Personenkreis formuliert werden. Die Beschreibung des Aktivitätsniveaus gewinnt für die möglichst zeitnahe und vollständige Wiederaufnahme der früher ausgeübten Tätigkeit und für die Rückgewinnung der Alltagsaktivitäten eine zielführende Bedeutung. Zusammen mit dem Patienten, ggf. auch mit seinen Angehörigen, können durch Ärzte und Therapeuten Modifikationen der individuellen Therapieziele im Rehabilitationsverlauf vorgenommen werden. Dabei ist eine Kommunikation dieser Therapieziele, Änderungen innerhalb des Rehabilitationsteams, ebenso wie deren Aktdokumentation, verpflichtend.

Die Behandlungszeit erstreckt sich von 08:00 bis 17:30 Uhr montags bis einschließlich freitags und zusätzlich samstags von 08:00 Uhr bis 12:00 Uhr. Unsere Patienten erhalten - jeweils aktualisierte - Wochenpläne, auf denen die Tagesbehandlungspläne detailliert abgebildet sind, hinsichtlich Uhrzeit / Maßnahme / Untersuchung / Behandlungsraum. Die Zahl der tatsächlich erfolgten Maßnahmen und Behandlungen wird kontinuierlich und systematisch erfasst und nach dem KTL-Schema registriert.

In der pneumologischen Abteilung erfolgen die Therapieangebote ganztägig in multidisziplinären und damit berufsgruppenübergreifenden Behandlungseinheiten. Das Ausmaß und die Gesamtzahl der Therapien orientieren sich auch an den Anforderungen des jeweiligen Kostenträgers und der verfügbaren Rehabilitationszeit. Der Behandlungsplan umfasst wesentliche Schwerpunkt-bereiche in Anlehnung an die KTL-Kapitel:

- Sport- und Bewegungstherapie
- Physiotherapie / Physikalische Therapie
- Information, Motivation und Schulung

- Klinische Psychologie
- Ernährungsmedizinische Leistungen

Aus diesen Kernbereichen resultiert das Behandlungsangebot an den Patienten. Zur Erreichung des allgemeinen und personenbezogenen Rehabilitationsziels ist es erforderlich, dass aus diesen und sonstigen Behandlungsbereichen eine definierte Behandlungszusammensetzung erfolgt. Art und Umfang der Behandlungseinheiten folgen den Empfehlungen/ Anforderung der generellen Rehabilitationsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und der Deutschen Rentenversicherung.

xxv. Spezielle Angebote

Die kooperierende Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen führt eine pneumologische Fachabteilung mit pneumologischer Frührehabilitation, ein zertifiziertes Weaning-Zentrum sowie ein akkreditiertes Schlaflabor. Die Klinik bietet darüber hinaus neben der somatischen auch eine psychisch-psychologische Betreuung an, was dem bio-psycho-sozialen Ansatz der Ganzheitlichkeit entspricht.

Des Weiteren ist Bad Wildungen ein angesehener Kurort, u.a. bekannt als Bäder-und Luftherholungszentrum.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

Die durchschnittliche Dauer der pneumologisch Rehabilitations-Maßnahmen beträgt in der Asklepios Fachklinik Fürstenhof in der Regel 21 Tage. In der Rehabilitationsmedizin sollte die Behandlung generell so lange durchgeführt werden, wie eine stationäre Rehabilitation sinnvoll und erforderlich ist. Therapieplan und Behandlungsstrategien richten sich nach der Erreichung sinnvoller Therapieziele in einem angemessenen Behandlungszeitraum. Dabei werden Therapiedichte und Therapiemaßnahmen aufgrund der individuellen sehr unterschiedlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Erkrankung und bestehenden Nebenerkrankungen patientenbezogen definiert. Sollte sich innerhalb des Rehabilitationsverlaufes herausstellen, dass sich Funktionsstörungen schneller zurückbilden, wird die stationäre Rehabilitationsmaßnahme früher als geplant beendet und der Patient in die ambulante Versorgung übergeleitet. Ein Abbruch der stationären Rehabilitationsmaßnahme kommt infrage, wenn sich während des Rehabilitationsverlaufes nachhaltig Zeichen einer fehlenden Compliance bzw. einer anderweitigen Unfähigkeit bzw. Unwilligkeit, die festgelegten Therapieziele zu erreichen, ergeben.

Dies wird vorab mit dem Kostenträger abgesprochen. Sollte sich im seltenen Ausnahmefall herausstellen, dass im Verlauf der Maßnahme das vorgesehene Therapieziel nicht erreicht wird, wird nach Rücksprache mit dem interdisziplinären Rehabilitationsteam, die Maßnahme verlängert oder gekürzt bzw. abgebrochen. Die Entscheidung des Teams wird dann vom zuständigen Arzt mit seinem Patienten besprochen. Bei Verlängerung wird der Rehabilitationsträger zwecks Kostenübernahme informiert. Die Verlängerung ist dabei so bemessen, dass definierte und realistische Therapieziele sinnvoll erreicht werden können.

4. Rehabilitationsablauf

4.1 Aufnahmeverfahren

xxvi. Prüfung der medizinischen Unterlagen im Vorfeld, insbesondere im AHB-Verfahren

Im Rahmen der Aufnahme sind folgende Unterlagen relevant:

- Vorbefunde (unter anderem Laborbefunde, Arztberichte, Medikamentenpläne etc.)
- AHB Unterlagen des Rehabilitationsträgers
- aktuelle bildgebende Diagnostik (prä- und postoperativ) Nachbehandlungshinweise,
- Berichte von bisherigen Therapien und Vorkommnissen
- ggf. Angaben zum Arbeitsplatz und beruflicher Tätigkeit

Liegen die oben genannten Unterlagen zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht vollständig vor, werden diese durch den aufnehmenden Arzt unmittelbar bei dem stationären Vorbehandler oder den niedergelassenen Praxen angefordert. Hierzu findet für den Bereich der postoperativen Rehabilitation eine enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden Krankenhäusern statt. Ist das nachträgliche Anfordern im seltenen Ausnahmefall nicht möglich, wird die fehlende Diagnostik gegebenenfalls ergänzt bzw. bei Kooperationspartnern in Auftrag gegeben z.B. MRT, Speziallabor.

xxvii. Angaben zur Einladung und Kontaktaufnahme vor Reha-Beginn

Die Erstmeldung von Patienten erfolgt in der Regel telefonisch oder per Fax durch die zuweisenden Kliniken, Ärzte oder Kostenträger. Auch ist die Möglichkeit der Datenfernübertragung gegeben. Dieser Erstkontakt erfolgt üblicherweise über das Patientenmanagement oder über das Sekretariat der pneumologischen Chefärztin. Dabei wird auf die Einhaltung der mit Patienten und Kostenträger vereinbarten Aufnahmetermine und die rechtzeitige Verfügbarkeit entsprechender Krankenunterlagen geachtet.

Nur auf diesem Weg ist ein möglichst nahtloser Übergang von der vorherigen stationären oder ambulanten Behandlung zur medizinischen Rehabilitation gewährleistet. Generell arbeitet die Asklepios Fachklinik Fürstenhof einvernehmlich mit den zuweisenden Institutionen und Kostenträgern zusammen, um diese Abläufe zu aktualisieren. Nachdem der Patient am Empfang der Klinik eingetroffen und dort die erste administrative Aufnahme erfolgt ist, wird er, soweit er nicht in der Lage ist, die Station/ das Zimmer selbst aufsuchen zu können, durch Mitarbeiter des Pflegedienstes abgeholt. Die pflegerische Aufnahme erfolgt im Aufnahmezimmer. Hier werden alle anamnestischen Daten für die ärztliche Aufnahme erfasst, welche ebenso noch am Anreisetag erfolgt.

Im Haus finden regelmäßige Hausführungen für die Patienten statt, damit diese sich besser orientieren und schneller in den Rehabilitationsablauf einfügen können. Sollten Patienten erst nach 15:00 Uhr die Klinik erreichen, werden diese unmittelbar vom diensthabenden Arzt der Fachklinik Fürstenhof gesehen und nach einer orientierenden Anamnese und körperlichen Untersuchung werden die Medikamente festgelegt und ggf. medizinisch notwendige weitere Schritte eingeleitet. Routinemäßig findet dann die Rehabilitationseingangsuntersuchung am Folgetag statt. Die vom Stationsarzt erhobenen Informationen im Rahmen des standardisierten Aufnahmeverfahrens werden nachfolgend diktiert und dem Schreibbüro zugeleitet, so dass diese Befunde zeitnah in der elektronischen Patientenakte schriftlich verfügbar sind, unabhängig von den Informationen im Aufnahmebogen.

xxviii. Zeitpunkt der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung, der ersten gebietsspezifischen Facharztuntersuchung und der ggf. weiteren notwendigen Eingangsdagnostik

Die fachärztliche pneumologische Vorstellung beim Chef- oder Oberarzt erfolgt innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme. Innerhalb der nächsten 72 Stunden liegen die Ergebnisse einer

standardisierten Eingangsdagnostik vor (unter anderem Laboruntersuchung, Blutgasanalyse, Lungenfunktion, 6-Minuten-Gehtest, EKG). Ergänzende Informationen zu dem Patienten werden zudem in der täglichen Morgenkonferenz sowie in den wöchentlichen Teamgesprächen vorgestellt und besprochen. Die Therapie beginnt idR. am Tag nach der Aufnahme oder spätestens am ersten, folgenden Werktag (z.B.: bei verspäteter Anreise).

Die chef- oder oberärztliche Vorstellung des Patienten erfolgt nach Absprache mit dem aufnehmenden Stationsarzt bei Bedarf am Aufnahmetag oder am Vormittag des Folgetages. Zudem finden regelmäßige fachärztliche Vorstellung beim Chef- oder Oberarzt der pneumologischen Abteilung dienstags zwischen 12:00 Uhr - 15:00 Uhr statt.

Bei Bedarf kann dieser Vorstellungstermin natürlich vorgezogen werden. Zum Zeitpunkt der regelmäßig stattfindenden Visite bzw. fachärztlichen Vorstellung, liegen alle den Patienten betreffenden Informationen zur Rehabilitation vor.

Im Rahmen dieser Vorstellung werden die Therapieziele nochmals erörtert und gegebenenfalls angepasst. Diese sind dann wegweisend für die anschließende Betreuung durch das interdisziplinäre Rehabilitationsteam. Standardisiert und in den Akten dokumentiert werden nachfolgende Kernfragen und Sachverhalte:

- aktuelle Beschwerden und Sorgen (auch außerhalb des Atemwegssektors)
- aktuelle diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- aktuelle berufliche Situation/Probleme am Arbeitsplatz und in der häuslichen Versorgungsfähigkeit

Die Arbeitsplatz- sowie die soziale und psychische Situation wird durch den so genannten Rehabilitationsfragebogen eruiert. Die notwendigen Fragebögen werden den Patienten schon im Rahmen der schriftlichen Einladung zur Rehabilitation zugesandt. Sollte dieser zum Aufnahmegespräch nicht vorliegen, wird dieser zusammen mit dem Stationsarzt ausgefüllt.

xxix. Aufnahme durch weitere therapeutische Berufsgruppen

(siehe Seite 49)

Der psychologische Dienst bietet verschiedene themenspezifische Gesprächsgruppen und Entspannungsgruppen an. Der Arzt stellt gemeinsam mit dem Patienten dessen individuellen Therapieplan zusammen. Dieser Plan enthält, der Diagnose, den Bedürfnissen und Zielen, indikationsspezifische als auch indikationsübergreifende Gruppen und Vorträge.

Weiterhin hat der Patient die Möglichkeit den psychologischen Dienst in Anspruch zu nehmen. Bei Bedarf können dort erneut Gruppentherapien z. B.: Krankheitsbewältigungsgruppe, etc. verordnet werden.

xxx. Therapieplanung unter Einbindung des Rehabilitanden

In Abhängigkeit von den erhobenen Befunden, den besprochenen Zielen sowie den Wünschen und Neigungen der Patienten wird während des Aufnahmegesprächs der Therapieplan mittels des diagnosebezogenen Verordnungsbogens erstellt. Auch spät angereiste Patienten, die erst am Folgetag ihr Aufnahmegespräch haben, können durch diese Vorplanung Therapien am ersten Behandlungstag erhalten.

Eine Änderung der Therapie ist bei Erfordernis jederzeit möglich und erfolgt über eine ärztliche Verordnung auf elektronischem Wege oder durch Therapeuten über einen Therapieempfehlungsbogen, den nachträglich von den Ärzten abgesegnet wird.

xxxi. Zeitpunkt des Therapiebeginns

Die Therapien beginnen bereits innerhalb von 24 Stunden nach der Anreise. Dies kann durch ein standardisiertes Verfahren auf diagnosespezifischen Vorplanungen bei bekannter Diagnose realisiert werden.

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

xxxii. Allgemeine und indikationsbezogene Diagnostik

Die Erstaufnahme des Patienten in der Krankenpflege beinhaltet zunächst die Durchsicht mitgebrachter Unterlagen, hinsichtlich aktueller Medikation und Verwendung sonstiger Hilfsmittel. Die Kontaktdaten von Angehörigen werden erhoben und überprüft. Daneben erfolgt eine kurze Untersuchung zu Basiswerten (Vitalparametern mit Messung von Blutdruck, Puls und Gewicht, Temperatur, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung sowie ggf. eine Wundinspektion). Die ausführliche Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt umfasst die Erhebung der klinischen allgemeinen Anamnese, der aktuellen Beschwerden und der derzeit bestehenden Beeinträchtigung im Beruf und Alltagsleben im Sinne des ICFs. Zu dieser Anamnese gehören die sozialmedizinische Situation, die genaue Berufsanamnese und die Beschreibung der Art der Arbeitsplatzsituation mit den hier spezifischen körperlichen und psychischen Belastungen. Danach erfolgt die klinische Aufnahmeuntersuchung unter besonderer Berücksichtigung des Atemwegstaktes, nicht zuletzt im Vergleich mit Vorbefunden. Unmittelbar nach dieser Gesamtuntersuchung erfolgt die Festlegung der über die Standarddiagnostik hinausgehenden, ergänzenden Rehabilitationsdiagnostik, gemeinsam mit dem Patienten, sowie die Festlegung der Rehabilitationsziele und dem danach ausgerichteten Therapieplan.

xxxiii. Spezielle Funktionsdiagnostik

Die Eingangsdagnostik der Rehabilitation in der Pneumologie umfasst standardmäßig nachfolgende Untersuchungen:

- Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt
- Übliche Funktionsdiagnostik
- Blutgasdiagnostik
- Ruhe- EKG
- Ergometrie mit Oxymetrie
- 6-Minuten-Gehtest
- Röntgen Thorax Untersuchung (soweit nicht vorgelegt und aktuell erforderlich)
- Routine Labordiagnostik (ggf. ergänzt durch spezifisch interessierende Befunde, Asservierung von Serum für weitere Diagnostik)
- Polygraphie

Diese Standarduntersuchung erfolgen in der Regel vormittags, am Folgetag der Anreise kann sie bei Bedarf (z.B. Blutgase, Röntgenthorax) unmittelbar auch nach der Aufnahme durchgeführt werden. Des Weiteren werden bereits vorliegende Befunde in das Aufnahmekonzept mit einbezogen, so dass Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Soweit erforderlich können Befundergebnisse im Bedarfsfall mit den kooperierenden Disziplinen des Hauses besprochen werden. Weitere Voruntersuchungen werden zu diesem Zeitpunkt angefordert. Die angeführten Untersuchungsbefunde liegen somit bei der fachärztlichen Vorstellung beim Chefarzt/ Oberarzt vor und können in diesem Rahmen

zusammen mit den individuellen Therapiezielen besprochen werden. Der Patient kann somit frühzeitig in den Reha-Prozess einbezogen werden. Dadurch kann eine Übereinkunft zu den Therapiezielen und zu den dahin führenden Wegen gemeinsam mit dem Patienten abgestimmt werden. In den meisten Fällen kann auch zu diesem Zeitpunkt bereits die Aufenthaltsdauer in der Klinik abgesteckt werden.

xxxiv. Weiterbetreuung

Es wird eine durchgängige Behandlung durch denselben Arzt/dieselbe Ärztin angestrebt. Die wöchentlichen Einzelvisiten führen der Stationsarzt mit dem zuständigen Ober- oder Chefarzt während des Aufenthalts durch. Ferner steht der Stationsarzt täglich für seine Patienten in Sprechzeiten zur Verfügung. Durch die wöchentlichen Teambesprechungen aller an der pneumologischen Rehabilitation beteiligten Disziplinen kann innerhalb der ersten Woche der sozialmedizinische „Problempatient“ identifiziert werden und entsprechende Schritte können aktiv initiiert werden wie Zugang zum Sozialarbeiter, Rehaberater oder weitergehende Diagnostik. Die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln, Medikamenten und Verbandstoffen erfolgt beschwerdebezogen nach den Richtlinien. Außerdem besteht eine Kooperation mit einem Sanitätshaus.

Die Asklepios Fachklinik Fürstenhof kann sämtliche akutmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten des Akutkrankenhauses nutzen, außerdem steht das komplette Spektrum der diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung.

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

xxxv. Häufigkeit und Inhalte der Team-Sitzungen

Unter ärztlicher Leitung erfolgt wöchentlich eine Teambesprechung bestehend aus Ärzten, Psychologen, der Pflege, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten sowie Diätassistenten, Logopäden, dem Patientenmanagement und der Therapieplanung.

Inhaltlich aktuelle Fälle werden innerhalb einer Runde aus den Ärzten und Psychologen des Reha-Teams einmal wöchentlich nochmals detaillierter besprochen. Fallbesprechungen erfolgen außerdem täglich in der ärztlichen Frühbesprechung. Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen werden im Team besonders besprochen. Die beteiligten Berufsgruppen geben zeitnah Einschätzungen ab ob und wie weit das Leistungsvermögen im bisherigen Beruf beeinträchtigt bzw. aufgehoben ist um notwendige Schritte einleiten zu können wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Vorstellung beim Rehaberater. So früh wie möglich sollen die notwendigen Schritte gebahnt werden.

Alle Neuerungen auf therapeutischer Ebene, alle Umstrukturierungen, alle Ergänzungen oder Umstellungen des therapeutischen Programms erfolgen in Absprache mit der ärztlichen Leitung. Die besprochenen Ergebnisse/Änderungen werden unmittelbar elektronisch und schriftlich – für alle beteiligten Berufsgruppen einsehbar – in der Patientenkurve hinterlegt.

xxxvi. Teilnahme aller therapeutischen Berufsgruppen

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.

4.4 Ärztliche Aufgaben

xxxvii. Verantwortung für den gesamten Reha-Prozess

Grundsätzlich ist es ärztliche Aufgabe, den kompletten Rehabilitationsablauf festzulegen, organisatorisch anzupassen und zu überwachen. Die Betreuung der pneumologischen Patienten liegt damit in kontinuierlicher ärztlicher Verantwortung. Zur Rehabilitationsbeginn erfolgt die strukturierte umfassende Aufnahmeuntersuchung mit detaillierter Erhebung der Erkrankung, der Vorgeschichte, der sozialen und beruflichen Anamnese sowie der aktuell bestehenden funktionellen Einschränkung auf somatopsychischer Ebene. Unter Einbeziehung von Vorbefunden und ggf. auch Festlegung der Kostenträger, werden die Therapieziele festgelegt, woraus sich schließlich der schriftlich fixierte Therapieplan ergibt. Die Festlegung dieser Behandlungsziele erfolgt in enger Abstimmung mit dem Patienten und wird gemeinsam im Patientenbuch festgehalten. Dabei werden nicht nur die Ziele während des Rehabilitationszeitraums in der Klinik angeschnitten, sondern gerade auch die darüber hinausgehenden Ziele im Alltags- und Berufsleben. Hierbei versteht sich die pneumologische Rehabilitation als ein Teil der Betreuungskette im bio-psycho-sozialen Umfeld.

xxxviii. Teamleitung und -koordination

Die Stationsärzte führen - zusammen mit dem Chef- und Oberarzt - pro Woche mindestens eine Visite durch. Im Bedarfsfall kann der Patient täglich visitiert werden, sich jederzeit zur Sprechstunde anmelden oder beim ärztlichen Bereitschaftsdienst vorstellen. Die Visiten umfassen die Therapiezielausrichtung und deren praktische Durchführung, sowie die Kontrolle der medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungsformen nach Art, Häufigkeit und Intensität. Der Stationsarzt kann jederzeit dabei auf das zentrale EDV-Therapie Dispositionsprogramm zugreifen, so dass Änderung umgehend umgesetzt werden können. Die Sprechzeiten stehen nicht nur den Patienten, sondern auch ihren Angehörigen - neben den regulären Visiten - zur Verfügung. In dieses Schema sind auch Chef- und Oberärzte eingebunden mit fachärztlicher und spezifischer Beratung. Unter Berücksichtigung zunehmend betagter multimorbider Patienten kommt der Therapiebegleitung eine wesentliche Rolle zu. Dies gilt im besonderen Maße für die Sicherstellung der medikamentösen Therapie.

xxxix. Verantwortliche Einbindung in Notfallmanagement, Dokumentation, Qualitätssicherung sowie Fort- und Weiterbildung

Durch Seminare kann insbesondere die effektive Einnahme der inhalativen Medikamente geschult und begleitet werden. Bei individuellen Unsicherheiten in der Medikamenteneinnahme kann die Medikation im entsprechenden System vom Pflegedienst vorgerechnet werden oder auch - in Ausnahmefällen - vorübergehend unter Aufsicht erfolgen. Ziel der Rehabilitation ist es jedoch in jedem Falle, dass der Patient - und seine Angehörigen - Verantwortung für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen selbst zu übernehmen lernen. Die notwendige Medikamenteneinnahme soll dem Patienten nahegebracht werden. Auch hier dienen die angebotenen Seminare unterstützend. Ärztliche Aufgabe ist es also die engmaschige Beobachtung anvertrauter Patienten hinsichtlich einer regelrechten, effektiven und für den Patienten verträglichen Medikation zu übernehmen. Die generelle Orientierung erfolgt dabei an den Richtlinien der genannten Fachgesellschaften. Aufgabe des pflegerisch-therapeutischen Kompetenzteams ist es zudem, praktische Übungen (z.B. bei inhalativer Medikamentenapplikation) und Schulungen zu medizinischen

Schwerpunktt Themen durchzuführen (COPD Seminar etc.). Diese werden nach NASA/COPRA Vorbild geplant und durchgeführt.

Daneben leisten die Ärzte Bereitschaft- und Notfalldienst, führen diagnostische Untersuchungen ebenso wie kleinerer Eingriffe (Wundversorgung, Funktionen, etc.) durch. Rechtzeitig, vor dem stationären Rehabilitationsende, erfolgt eine definierte und auf die Therapieziele ausgerichtete Abschlussdiagnostik, um festzulegen, inwieweit die realistischen Behandlungsziele tatsächlich erreicht worden sind. Bei Nichterreicherung der Therapieziele soll dies realisiert, begründet und dokumentiert werden. Es ist weiterhin erforderlich, dass die Zielerreichung mit dem Patienten besprochen und ggf. in das Nachsorgekonzept eingebracht wird. Der Chef- oder Oberarzt sieht den Patienten regelhaft zeitnah nach Aufnahme, eventuell direkt bei Anreise. Dadurch erfolgen eine nochmalige Abfrage des aktuellen Beschwerdestatus, welcher durchaus auch nicht pneumologisch sein kann, eine Überprüfung der Untersuchungsergebnisse und der Therapiezielabstimmung sowie insbesondere auch die Eruiierung von Problemen im Berufs- und Alltagsleben.

Darüber hinaus erfolgen Chef- und Oberarztvisiten nach einem wöchentlichen Zeitplan in Form von Einzelvisiten. Auf die Möglichkeit zur individuellen Sprechstundenvereinbarung wurde bereits hingewiesen. An der Chefarztvisite in der zweiten Behandlungswoche nehmen regelmäßig eine Krankenpflegekraft und falls notwendig auch Mitglieder des für die Patienten zuständigen Rehabilitationsteams teil. Die Dokumentation der Visiten erfolgt in der Patientenakte (elektronisch) bzw. in der Patientendokumentation. Der Medikamentenplan und seine Änderungen werden u.a. direkt in der Patientenakte festgehalten.

4.5 Behandlungselemente

In der pneumologischen Rehabilitation kommt der medikamentösen, aber insbesondere auch der nicht-medikamentösen Therapie eine wesentliche Rolle zu. Bei der nicht-medikamentösen Therapie handelt es sich vorrangig um spezifische Atemtherapie, körperliches Training und edukative Maßnahmen, die den Patienten in die Lage versetzen sollen, während und auch nach der Rehabilitation aus diesen Bereichen eine individuelle Hilfestellung für seine Teilhabestabilisierung zu erfahren. In der wissenschaftlichen Literatur verfügen wir über eine Vielzahl von Daten, die zeigen, dass nicht-medikamentöse Rehabilitationsmaßnahmen positive Effekte auf Krankheitsverlauf, Lebensqualität, Berufsfähigkeit und Teilhabe am sozialen Leben aufweisen. Dies gilt im Prinzip analog bei allen chronischen Erkrankungen, die mit einer Dekonditionierung auf dem Atemsektor verbunden sind.

4.5.1 Therapeutische Bereiche mit Aufgaben und Angeboten

xl. Inhalationstherapie

Die Inhalationstherapie dient der Einbringung von pharmakologisch wirksamen Substanzen in Form von Aerosol in die Atemwege. Bei diesem Aerosol kann es sich um Medikamente und künstlich hergestellte oder natürliche Salzlösung handeln. Die lokale Konzentration dieser Wirkstoffe hängen im Bronchialbaum im Wesentlichen ab von:

- Aerosol
- Aerosolart
- Aerosol erzeugen
- Applikationsarten
- Atemmanöver
- Atemwegsgeometrie
- Inhalationsdauer

Die Auswahl der Medikamente und Salzlösungen hängt von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung ab. Ziele der Inhalationstherapie sind die günstige Beeinflussung der Obstruktion der Atemwege, die Entzündungshemmung und die Verbesserung der Reinigungsfunktion.

Neben Schulungen zur individuell verordneten Inhalationstherapie mit Hilfsgeräten (device mit unmittelbarer Verfügbarkeit des Patienten) bietet die Asklepios Fachklinik Fürstenhof eine professionell eingerichtete Inhalationstherapie. Die hier erfolgenden Einzelinhalationsmaßnahmen erfolgen täglich, ggf. mehrfach täglich in den verschiedenen Ausrichtungen. Dabei können Inhalationsverfahren zur Verbesserung der Reinigungsfunktion unter Zusatz verschiedener Medikamente erfolgen. Standardverfahren sind:

- Inhalationen mittelst Dosieraerosolen/Pulverinhalationen unter gezielter Anleitung; individuelle Inhalationsschulung für jeden Patienten
- Inhalationstherapie mit Düsenverneblern
- Inhalationstherapie mittels Ultraschallverneblern
- Mucojet-Inhalationen
- Druck unterstützte Inhalationsverfahren (IPPB)

Dabei erstrecken sich die Inhalationsverfahren nicht nur auf die bronchialen, sondern auch auf die nasalen Atemwege, wie z.B. das Ultradruckstoß-Vibrationsverfahren. Gerade die oberen, nasalen Atemwege, haben für den gesamten Atemfunktionswegstrakt und die Atemfunktion eine wesentliche Bedeutung und Klimafunktion (Erwärmung, Anfeuchtung und Reinigung der Atemluft).

Atemschulung

In der Atemschulung werden den Patienten individuell Selbsthilfetechniken für den Alltag sowie für Belastungssituationen und Atemnot vermittelt. Die Inhalte der Atemschulung sind daher für den Patienten von großer Bedeutung.

Angst vor Atemnotsituationen oder Bedenken etwas „Falsches zu tun“ können zu einer verstärkten sozialen Isolation führen und die Teilhabe deutlich einschränken. Hier setzt die Atemgymnastik an und versucht durch Informationsvermittlung und praktische Übungen die Handlungskompetenz zu verbessern und die eigene Belastbarkeit besser einschätzen zu können. Dabei werden Inhalte wie z.B. Atemwahrnehmung und -lenkung, Thoraxmobilisation, Techniken zur Senkung der Gewebswiderstände, Hustentechniken, Dehnlagerungen, Verhalten in Belastungssituationen und bei Atemnot, Entspannung sowie Lippenbremse vermittelt.

xli. Sport und Bewegungstherapie

Ziel der Bewegungs-, Trainings- und Sporttherapie ist es, den allgemeinen Leistungszustand der Patienten in Hinblick auf Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit zu steigern und die Patienten möglichst wieder an ihr bisheriges Alltagsniveau heranzuführen. Die Patienten sollen befähigt werden, nach Entlassung aus der Rehabilitation ein Sport- und Trainingsprogramm, wie bereits ausgeführt, in eigener Regie oder unter Anleitung (z.B. Lungensportgruppe) fortzusetzen. Damit können sie nicht nur ihr körperliche, sondern auch ihre seelische Belastbarkeit stabilisieren und verbessern. Die Anwendungen richten sich hierbei nach dem Therapieziel und der individuellen Belastbarkeit. Auf unterschiedliche Übungs- und Trainingsmodalitäten ist dabei gezielt hinzuweisen. Bewegungs- und Ausdauertraining als klassische Übungsform für die oberen und unteren Extremitäten ist in Rehabilitationen weit verbreitet. Die meisten Ausdauertrainingsprogramme beruhen auf der Dauertherapie, bei der über einen längeren Zeitraum ohne Unterbrechung und meist mit gleich bleibender Intensität trainiert wird. Dabei zeigen Programme mit hoher Intensität (80 %

der Maximalleistung) im Vergleich zu einem weniger intensiven Training (50 % der Maximalleistung) bessere Effekte. Neuere Daten belegen jedoch, dass insbesondere bei fortgeschrittener COPD stärker eingeschränkte Patienten auch von einem so genannten Intervalltraining eher profitieren können. Diese Belastungsprobe wird seitens des Atemnotempfindens besser toleriert. Ein hoch intensives Intervalltraining führt zu einer deutlich länger tolerierten Trainingsdauer, mit dem Ergebnis einer höheren Gesamtleistung, als ein mittelintensives Training nach der Dauerperiode. Dabei konnte weiterhin gezeigt werden, dass während des Intervalltrainings eine geringere dynamische Lungenüberblähung und ein damit geringeres Luftnotempfinden als bei der Dauerperiode resultierte.

xlii. Ausdauer und Krafttraining

Während früher üblicherweise ein reines „peripheres“ Muskelausdauertraining durchgeführt wurde, verfügen wir heute über effektive Kombinationstherapien aus Kraft- und Ausdauertraining. Die Intensität der Trainingsbehandlung liegt bei etwa 60-80% der maximalen Belastbarkeit, welche in der Eingangsdiagnostik (Spiroergometrie) bei ausgesuchten Fällen ermittelt wird. Aus dem Ergebnis der wiederholten Untersuchung vor Entlassung in Beziehung zur Eingangsuntersuchung könne wertvolle Hinweise für die abschließende sozialmedizinische Einschätzung gewonnen werden. Durch eine individualisierte Trainingstherapie lässt sich in vielen Fällen der verlorene Aktivitätsradius zurückgewinnen, was jedoch nicht nur auf physische, sondern vor allem auch auf positive psychische Unterstützungseffekte zurückzuführen ist. Ferner konnte gezeigt werden, dass der Effekt der Trainingstherapie auch durch eine adäquate medikamentöse Dauertherapie weiter gesteigert werden konnte. Bei jungen Patienten, insbesondere mit COPD im fortgeschrittenen Stadium muss berücksichtigt werden, dass die Trainingstherapie als wesentlicher Faktor der Rehabilitation von einer zunehmenden strukturell veränderten Muskulatur erbracht werden muss. Die während der Rehabilitation vermittelte körperliche Leistungssteigerung kann dann im Alltag mit relativ einfachen Mitteln längerfristig aufrechterhalten werden (gezielte Empfehlung z.B. täglichen 5x gehen von 75 % der maximalen 6-Minuten-Gehstrecke). Neben dem Ausdauertraining (Fahrrad- Ergometer Training mit und ohne Sauerstoff, Laufband, Terraintherapie, etc.) verfügt die Klinik über eine medizinische Trainingstherapieeinheit (MTT) in der Übungen an Sequenztrainingsgeräten durchgeführt werden können, um die Atemhilfsmuskulatur zu stärken.

xliii. Ergometertraining mit Monitoring (EKG / Pulsoxymetrie)

Fahrradergometer

Ziel:

- Training der allgemeinen aeroben Ausdauerleistung
- effizienter Einsatz der Atmung bei Ausdauerbelastung
- Entängstigung durch kontrollierte Belastung (zum Grunde liegen das festgelegte Pulslimit und das ständige Monitoring der Teilnehmer durch einen Therapeuten)
- gemeinschaftliches Anstrengungserlebnis in einer entspannten, motivierenden Umgebung
- Entgegenwirken von Muskelatrophien
- Verbesserung der Durchblutungsverhältnisse
- Steigerung der Stoffwechsellkapazität
- Verringerung des arteriellen Blutdrucks

Indikation:

- Atemwegspatienten mit geringer bis mäßiger Belastbarkeit (6 min-Gehtest <450m) und/oder ungünstiger Sauerstoffsättigung
- Patienten, die in der Lage sind, selbstständig auf ein Ergometer zu steigen und sich auf diesem 30 Minuten stabil halten können
- Bereitschaft des Beteiligten zum Trainieren

Kontraindikation:

- Begleiterkrankungen, welche Radfahren aus medizinischer Sicht ausschließen (z. B. Amputation, eingeschränkte Beweglichkeit im Kniegelenken und Hüftgelenken)

Dauer und Frequenz:

- 30 Minuten
- 3- 5 x pro Woche

Während des Trainings findet eine permanente Überwachung des Patienten statt (EKG / Pulsoximetrie). Dabei kann anhand des Monitorings auftretenden Herzrhythmusstörungen und sonstige Komplikationen erkannt werden. Das Training wird jeweils anhand subjektivem Belastungsempfinden und objektiven Parametern angepasst und gestaltet.

Alternativ zu dem Fahrradergometer kann auch ein Handkurbel-Ergometer oder ein Laufband für das Ergometertraining genutzt werden.

Liegendergometer

Ziel:

- Siehe Fahrradergometer

Indikation:

- Bewegungseingeschränkte Patienten

Kontraindikation:

- Infektionen
- Patienten, welche sich nicht selbst ständig setzen oder wieder aufstehen können

Dauer und Frequenz:

- 30 Minuten
- 2- 4 x pro Woche

Handkurbel-Ergometer

Ziel:

- Siehe Fahrradergometer

Indikation:

- Patienten, welche durch unterschiedliche Umstände nicht in der Lage sind, auf dem Ergometer zu sitzen und zu trainieren

Kontraindikation:

- Infektionen
- Patienten, deren obere Gliedmaßen nicht oder nur eingeschränkt funktionsfähig sind
- Patienten, welche sich nicht selbst ständig setzen oder wieder aufstehen können

Dauer und Frequenz:

- 30 Minuten
- 2- 4 x pro Woche

Laufband

Ziel:

- Siehe Fahrradergometer
- Verbesserung des Gangbildes bei neurologischen Defiziten
- Angstpatienten, die sich zu Beginn der Therapie nicht trauen das Gelände zu verlassen, mit dem raschen Ziel der Eingliederung zur Terraintherapie

Indikation:

- Gangstörungsbilder
- Patienten, welche durch unterschiedliche Umstände nicht in der Lage sind, auf dem Ergometer zu sitzen und zu trainieren
- Angstpatienten
- geringe Gehstrecke im 6-Minuten-Gehttest

Kontraindikation:

- keine

Dauer und Frequenz:

- 30 Minuten
- 3 x pro Woche

xliv. Medizinische Trainingstherapie

Im Rahmen der Bewegungstherapie steht den Patienten eine modern eingerichtete und mit neuesten Trainingsgeräten ausgestattete medizinische Trainingstherapie zur Verfügung. Unter Beachtung der individuellen Rehabilitationsziele bekommen die Patienten in der medizinischen Trainingstherapie einen auf sie persönlich ausgerichteten Trainingsplan und werden einzeln in das Gerätetraining sowie die Bedienung der Geräte eingewiesen.

Ziel:

- Verbesserung der neuromuskulären Fähigkeiten, durch ein gerätegestütztes Kraft- und Koordinationstraining
- Erlernen einer korrekten Atmung unter kurzzeitiger und länger andauernder Kraftanstrengung
- Heranführen an einfache Kräftigungsübungen für den Hausgebrauch
- Erhalten oder Verbessern einer aufrechten Körperhaltung durch regelmäßige Korrektur bis zur Selbstständigkeit
- Steigerung der Kraftausdauerleistungsfähigkeit des Körpers bei länger dauernden Kontraktionen durch mittlere Belastung in hohen Wiederholungszahlen (15-25 Wiederholungen in zwei bis drei Sätzen oder 2-3 Ampelphasen)

- Adaptation des Körpers an leicht- bis mittelschwere Belastungen
- Prävention verschiedener Krankheitsbilder z.B. Osteoporose

Indikation:

- Patienten, die in der Lage sind, 30 Minuten stabil zu sitzen oder zu stehen
- Bereitschaft des Beteiligten zum Trainieren

Kontraindikation:

- Infektion
- starke Schmerzen während der Belastung und in Ruhe
- Demente Patienten

Dauer und Frequenz:

- 45 - 60 Minuten
- 2 - 4 x pro Woche

Zur Variation des Trainingsangebotes im MTT sind folgende Geräte vorhanden:

- Elektrisch höhenverstellbare Therapiebank
- Airex® Matten
- Pezzi® Bälle
- Lagerungsmaterial Kopf, Nacken, Knie rollen und Kissen, Decken, Igelbälle, Softbälle, Reifen, Tücher, Gewichte, Terra Bänder, Stäbe, Kreisel, Seile, Volley, Volleyball, Fußball, etc.
- Sprossenwand

xlv. Terraintherapie

Hierbei erfolgt eine Einteilung in die Gruppen: Ausdauertraining im Freien und Nordic Walking / Walking anhand der im 6 Minuten-Gehtest geleisteten Gehstrecke. Während des Kurses Ausdauertraining im Freien erfolgt eine regelmäßige pulsoxymetrische Kontrolle durch den Therapeuten.

Ziel:

- Erhöhung der Ausdauerfähigkeit, d.h. physisch und psychisch möglichst lange einer Belastung entsprechen
- Erhöhung der Ermüdungswiderstandsfähigkeit mit anschließender schneller Regenerationsfähigkeit
- Anpassung der Atmung durch gleichmäßigen Atmen- und Bewegungsrhythmus bei individuell leichter Belastung 1:2 und individuell mittlerer Belastung 1:1 (leichte Belastung gleich Atemfrequenz zwischen 15 und 20 Atemzüge pro Minute, mittlere Belastung gleich Atemfrequenz zwischen 21 und 30 Atemzüge pro Minute)
- Anpassung der Muskulatur durch Verbesserung der lokalen Sauerstoffnutzung durch erhöhte Ökonomisierung und Vermehrung der Glycogenspeicher
- Anpassung des Herzens durch Senkung des Arbeits- bzw. Ruhepulses und durch Verminderung des Sauerstoffbedarfs. Durch die Einteilung in verschiedene Leistungsgruppen und ein damit verbundener möglicher Aufstieg in eine höhere Gruppe werden individuelle Erfolgserlebnisse geschaffen
- Pulslimit sollte nicht für längere Zeit überschritten werden

Indikation:

- Alle Patienten mit einer Gehstrecke von mindestens 300 m kommen in die Terraingruppe und gehen auf einen Rundkurs; ohne Steigungen; ihre eigene Geschwindigkeit mit maximal zwei kleinen Pausen
- Das therapeutische Gehen hat eine Gehstrecke von ca. 1000 m mit festem Untergrund und leichter Steigung
- Das Ausdauertraining im Freien hat eine Gehstrecke von ca. 2000 m mit Gehstrecken auf Sand und Treppengehen
- Der Nordic Walking/ Walking Kurs findet überwiegend auf Sand (wenn verordnet oder gewünscht mit Stöcken) mit Treppensteigen sowie zusätzlichem Auf- und Abwärmprogramm statt.
- Die anfängliche Einstufung erfolgt durch den Arzt und dem 6 Minuten-Gehtest, weitere Leistungssteigerungen erfolgen durch den Physio-, Sporttherapeuten in Rücksprache mit dem Arzt

Kontraindikation:

- Patienten mit einer Gehstrecke von unter 300 m
- schwere rheumatische oder degenerative Erkrankungen
- Infekte grippaler Art etc.

Dauer und Frequenz:

- 40 - 75 Minuten
- 3 – 5 x pro Woche

xlvi. Gruppenanwendungen in der Gymnastikhalle

Neben der Atemschulung haben Patienten die Möglichkeit in der Atemgymnastik Übungen unter Anleitung kennen zu lernen, die sie auch selbstständig zu Hause weiterführen können. Dabei werden Atemtechniken, Übungen zur Atemlenkung und Atemvertiefung sowie Möglichkeiten der Sekretlösung vermittelt. Weitere Ziele der Atemgymnastik bestehen in der Verbesserung der Brustkorbmobilität und der Vergrößerung von Kraft und Beweglichkeit. Dies wird unter anderem durch spezielle Kräftigungsübungen, Atemwahrnehmungsübungen, Hustentechniken, Dehnlagen sowie das Erlernen und korrekte Anwenden der Lippenbremse erzielt.

Zusätzlich zu den spezifischen bewegungstherapeutischen Anwendungen für Atemwegspatienten können Patienten je nach Belastbarkeit, Interesse und Komorbidität an weiteren gruppentherapeutischen Angeboten teilnehmen, wie z.B.:

- Hockergymnastik
- Wirbelsäulengymnastik
- Rückenschule
- Reha-Yoga
- Pilates
- Qi Gong

Anwendungen im Bewegungsbad

Therapeutische Anwendungen im Bewegungsbad finden in Form einer spezifischen Wassergymnastik oder als Aquajogging statt. Beide Interventionen bieten die Möglichkeit der Verbesserung konditioneller Fähigkeiten unter Bedingungen, die nur eine geringe Belastung für die Gelenke darstellen. Während der Schwerpunkt beim Aquajogging in der

Verbesserung der kardiorespiratorischen Leistungsfähigkeit liegt, können in der Wassergymnastik in besonderer Weise Bewegungseinschränkungen therapiert werden (z.B. durch Thoraxmobilisation) und weitere spezifische Atemübungen durchgeführt werden.

Ziel:

- Verbesserung der kardiorespiratorischen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der Beweglichkeit bzw. Bewegungserweiterung
- Verbesserung der Körperhaltung durch Erhöhung des Muskeltonus der stabilisierenden Muskulatur
- Verbesserung der Atemfunktion
- Vorbeugen und Lösen von Verspannungen
- Erhöhung der Ermüdungswiderstandsfähigkeit
- Verbesserung der Koordinationsfähigkeiten
- Freude an Bewegung erfahren

Indikation:

- Insbesondere Atemwegspatienten mit orthopädischen Beschwerden im Bereich der unteren Extremitäten (z.B. Cox- und Gonarthrose)
- Patienten mit Wirbelsäulenbeschwerden
- Übergewichtige Patienten

Kontraindikation:

- offene Wunden
- akute Infektionen
- sauerstoffpflichtige Patienten
- Patienten mit "Angst vor Wasser"

Dauer und Frequenz:

- 30 Minuten
- 2 x pro Woche

Physikalische Einzelbehandlung

Für allgemeine Fragestellungen stehen in der Asklepios Fachklinik Fürstenhof auch eine Reihe von hydrotherapeutischen und balneotherapeutischen Maßnahmen zur Verfügung:

- Fangopackungen
- Sandbäder (Wärmetherapie)
- Hydrojet (Überwasserdruckstrahlmassage)
- Medizinische Bäder
- Massageverfahren, manuelle Lymphdrainage

Die Therapieausrichtung erfolgt hier entsprechend des klinischen Untersuchungs-befundes, der Beschwerden und der daraus resultierenden Einschränkung im Tagesfunktionsprofil.

xlvi. Physiotherapeutische Abteilung

Ein hochqualifiziertes Team aus Physiotherapeuten, Diplom-Sportlehrern, Gymnastiklehrern, Masseuren und medizinischen Bademeistern gewährt neben der allgemeinen Diagnostik eine Vielzahl an Therapien, die einen spezifischen Einsatz in allen vorhandenen Fachbereichen ermöglicht.

Therapeutische Zusatzqualifikationen:

- KG Gerät/Med. Trainingstherapie
- Nordic Walking
- Rückenschule
- Aqua-Fit
- Kinesio Tape & Lymptape
- Beckenbodengymnastik
- Manuelle Therapie
- Cranio- Sacrale- Therapie
- Bobath
- Manuelle Lymphdrainage-Einzel

Ausdauertraining im Freien

(Obstruktives Ausdauertraining im Freien)

COPD geht in der Regel mit einer starken Dekonditionierung einher, die wiederum eine Verschlechterung der Teilhabe nach sich zieht. Häufig führt die angestrebte Stärkung der physischen und psychischen Belastbarkeit zu einer besseren sozialen Integration. Die bessere Einschätzung der eigenen Belastbarkeit ist hierbei ein wichtiges Therapieziel, das den Patienten zusätzlich in Beruf und Alltag unterstützt. Die Gruppe ermöglicht eine Weiterführung des Ausdauertrainings nach der Rehabilitation.

Ziel:

- Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit und Belastungs-einschätzung
- Verminderung der Angst vor körperlicher Belastung

Indikation:

- belastbare COPD-Patienten und sonstige Atemwegspatienten (Einteilung erfolgt nur nach 6-Minuten Gehstest)

Kontraindikation:

- Gehen nicht möglich

Inhalt:

- Ausdauertraining (Walking) im Kurpark unter Kontrolle der Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung

Dauer und Frequenz:

- 40 Minuten
- 2 – 3 x pro Woche

Walking / Nordic Walking

Die Gruppe Walking / Nordic Walking bereitet die Patienten darauf vor, Nordic Walking selbstständig zu Hause weiterzuführen. Die Gruppentherapie (psychosoziale Aspekt) ist eine sehr gute Grundlage, die Teilhabe im Beruf und Alltag zu verbessern. Die Therapie führt zu Stressreduktion und einem besseren Umgang mit Stress durch das Ausdauertraining.

Ziel:

- Konditionell: Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit

Indikation:

- belastbare Patienten, die am Strand mehr als 45 Minuten in einem normalen bis zügigen Tempo gehen können (Einteilung erfolgt nach Verordnung bzw. nach 6-Minuten Gehtest)

Kontraindikation:

- Eingeschränkte Gehfähigkeit
- Gehen nicht möglich
- mittel-hochgradige COPD
- Radikuläre Symptomatik

Inhalt:

- Vermittlung von bestimmten Inhalten, wie: Technik, Belastungssteuerung, Ausrüstung, Ansprechpartner vor Ort, Integration in den Alltag bzw. Zeit-management
- Zügiges Gehen mit /ohne Stockeinsatz oder auf Asphalt

Dauer und Frequenz:

- 90 Minuten
- 2 x pro Woche

xlvi. Ergotherapie

Die Abteilung orientiert sich an den allgemeinen Heilmittelrichtlinien und Vorgaben des DVE (Deutscher Verband der Ergotherapie) und der ICF Kriterien. In der Medizin und Therapie wird übergeordnet mit dieser Klassifikation des sog. ICF gearbeitet. Es ist eine objektive Einschätzung des zu Behandelnden.

Im ganzheitlichen Behandlungskonzept der Ergotherapie geht es um:

- Förderung bzw. Erhalt motorischer, kognitiver und sozialer Fähig- und Fertigkeiten
- Befähigung zur Aktivität und Teilhabe in Alltag, Beruf und Freizeit
- Erhalt und Förderung der Lebensqualität

ZIEL:

- Wiedererlangen der kognitiven Belastungsfähigkeit im Hinblick der beruflichen Reintegration
- Förderung der Eigenwahrnehmung (körperliche Grenzen) zum Erhalt der langfristigen Belastbarkeit

Hirnleistungstraining

Das Training beinhaltet das Fördern von verschiedenen Gedächtnisleistungen wie Merkfähigkeit, visuelle Wahrnehmung, Konzentration, Ausdauer und sprachliches Denken. Die Ziele und Übungen werden individuell auf den Patienten abgestimmt und können auf spielerischer Ebene, in Form von mündlichen und schriftlichen Aufgaben sowie z. B. am PC erfolgen. Ebenso werden kreative Medien, wie z.B. Sandkarten gestaltet (Merkfähigkeit) oder Peddigrohr Flechten (Ausdauer, Konzentration) ressourcenorientiert mit einbezogen

Wahrnehmungstraining

Häufig kommt es z.B. durch Langzeitbeatmung bei COPD oder medikamentöse Behandlung zu Einschränkungen der Sensibilität an den Händen oder Füßen. Dies kann sich ganz unterschiedlich äußern, von Kribbeln über Schmerzen im Ruhezustand und bei Belastung bis

hin zu Taubheitsgefühlen (PNP). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um die Sensibilität der Hände und/oder Füße der Patienten wieder zu fördern. Während der „Einführung Wahrnehmungstraining“ werden im Einzeltermin die Materialien wie z.B. Raps oder Bürsten vorgestellt. Die Patienten haben die Möglichkeit, die Materialien auszuprobieren, um feststellen zu können, welches dieser Materialien für ihr Empfinden am angenehmsten ist. Weitere Anwendungen werden in der Regel in einer Kleingruppe zur Vertiefung fortgeführt.

ZIEL:

- Wiederherstellung der sensorischen Fähigkeiten, wie z.B. bei feinmotorischen Tätigkeiten: greifen, schreiben, etc.

Gelenkschutz

Dies gehört zur motorisch-funktionellen Ergotherapie (z. B. Mobilisierung, gezielte Bewegungen auch im Alltag, Handtherapie, Anbahnung physiologisch korrekter Bewegungsmuster, rein physiologisches Haltungs- und Körperbewusstsein).

Ausdruckszentrierte Ergotherapie

Mittels verschiedener Materialien und Techniken, wie Freies Malen, z.B. Acryl, Aquarell, Pastellkreide, Arbeiten mit Seide, oder Peddigrohr bzw. Serviettentechnik werden verschiedene Ziele angestrebt:

- Entspannung und Stressabbau,
- Loslassen lernen, Freude am TUN,
- Krankheitsverarbeitung /-bewältigung,
- Gedanken und Gefühle ausdrücken,
- Förderung von Kontaktfähigkeit und Austausch,
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung,
- Reflektion der eigenen Situation
- positive innere Bilder fördern
- Gesprächsbasis bilden

Hilfsmittelberatung

Diese Beratung wird verordnet wenn Funktionseinschränkungen vorliegen und daher eine individuelle Hilfsmittelberatung notwendig ist. Dabei geht es vor allem um Informationsvermittlung zum Hilfsmiteleinsatz und Entlastung des Bewegungsapparates.

xlix. Klinische Psychologie

Der psychologische Dienst bestehend aus Diplom-PsychologInnen und bietet sowohl Vorträge und Entspannungstherapien, als auch Gesprächsgruppen zu krankheitsspezifischen und übergreifenden Themen sowie beratende Einzelgespräche an.

Neben den spezifischen Zielen der einzelnen, weiter unten aufgeführten Gruppen werden auch allgemeine Ziele formuliert. Hier liegt der Schwerpunkt auf einer Förderung der Krankheitsverarbeitung, Hilfe beim Umgang mit belastenden Ereignisse und der Unterstützung beim Selbstmanagement. Die psychische Stabilisierung und Ressourcenaktivierung, das gemeinsame Erarbeiten möglicher Lösungen für berufliche und

soziale Stress- und Konfliktsituationen sowie das Entwickeln neuer Perspektiven sind weitere Ziele.

Die Zusammenarbeit des psychologischen Dienstes mit der Therapieabteilung und den Ärzten wird durch die wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzungen gewährleistet.

I. Themenspezifische Gruppentherapien

Seminar: Raucherentwöhnung

Zielgruppe: RaucherInnen, die motiviert zum Aufhören sind

Modul 1: Vorbereitung auf den Rauchstopp

- Ziele: Selbstreflexion, Entscheidungsfindung, Motivationsaufbau, Psychoedukation
- Dauer: 60 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Raucherbiographie und eigenen Standpunkt vorstellen
 - Motivation und Erfolgszuversicht
 - Umgang mit „Craving“

Modul 2: Verhaltens- und Bedingungsanalyse

- Ziele: Kritische Situationen und Hindernisse erkennen, intrapsychische Vorgänge bewusst wahrnehmen
- Dauer: 60 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Auslösesituationen benennen
 - Verhaltensanalyse
 - Umgang mit dem inneren Schweinehund (Rollenspiel)
 - Gesundheitliche Folgen des Rauchstopps

Modul 3: Strategien der Rückfallprophylaxe

- Ziele: Alternative Verhaltensweisen entwickeln und stärken, Informationen zu Nachsorge- und Selbsthilfemöglichkeiten geben
- Dauer: 60 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Handlungs- und Notfallplan
 - Rauchfrei-Broschüre der BZGA austeilern und besprechen
 - Alltagstransfer

Seminar: Stress und Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Zielgruppe: PatientInnen mit berufsbedingter Stressbelastung

Modul 1: Aktuelle Stressanalyse

- Ziele: Individuelle Belastungsfaktoren und externe Stressoren benennen, realistische Erwartungshaltung entwickeln
- Dauer: 90 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Arbeitsplatzbeschreibung
 - Erwartungshaltung klären
 - Belastung und Freude im Beruf benennen
 - Definition „Balance“
 - Berufliche Stressquellen identifizieren und bewerten

Modul 2: Stressbewältigungsanalyse

- Ziele: Interne Stressoren identifizieren, dysfunktionale Bewältigungstypen erkennen, Selbstreflektion
- Dauer: 90 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Stressmodell nach Lazarus
 - Stressauslösende und/ oder –verstärkende Einstellungen
 - AVEM: Test und Auswertung
 - Besprechung der Testergebnisse

Modul 3: Physische und psychische Auswirkungen der Stressreaktion

- Ziele: Frühzeitiges Erkennen der eigenen Stressreaktion, kurzfristige und langfristige gesundheitliche Folgen
- Dauer: 90 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Akute Stressreaktion
 - Auswirkungen von chronischem Stress
 - Psychophysiologie des Stresses

Modul 4: Gesunder Umgang mit Belastungen

- Ziele: Neuer Umgang mit Stress, funktionale Stressbewältigungsstrategien kennenlernen
- Dauer: 90 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 12
- Inhalte:
 - Stressbewältigungsstrategien erarbeiten und konkretisieren
 - Entspannungsverfahren besprechen
 - Achtsamkeitsübung
 - Alltagstransfer

ii. Entspannungsverfahren

Bei der Vermittlung von Entspannungsverfahren stehen das regelmäßige Üben und der Transfer in den Alltag im Vordergrund. PatientInnen werden zum eigenständigen Üben motiviert, um den Alltagstransfer zu erleichtern. Aus demselben Grund wird auf Hilfsmittel

wie z.B. Musik bewusst verzichtet. Das Seminar ist unterteilt in ein Modul der Einführung und in ein Modul der darauffolgenden Durchführungstermine.

Autogenes Training

Zielgruppe: PatientInnen, die unter Verspannungszuständen, Nervosität oder innerer Unruhe leiden , mit ruhigem Grundtypus.

Modul 1: Einführung Autogenes Training

- Ziele: Erlernen von Entspannungsfähigkeit, Anwenden der Entspannungstechnik im beruflichen und privaten Alltag.
- Dauer: 60 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 15
- Inhalte:
 - Einführung in das Autogene Training
 - Erlernen der verschiedenen Übungshaltungen
 - Erlernen der Grundformeln
 - Umsetzungsmöglichkeiten in den Alltag thematisieren (AT)

Modul 2 ff.: Praktische Anwendung (Durchführungstermine) AT

- Ziele: Vertiefung der Entspannungsfähigkeit, das Gelernte verankern und den Transfer in den Alltag erleichtern
- Dauer: 30 Min.
- Frequenz: 2 mal pro Woche
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 15
- Inhalte:
 - Einüben der Grundformeln
 - Einüben AT in Alltagssituationen
 - Transfer in den Alltag

Progressive Muskelentspannung

Zielgruppe: PatientInnen, die unter Verspannungszuständen, Nervosität oder innerer Unruhe leiden , mit aktivem Grundtypus.

Modul 1: Einführung Progressive Muskelentspannung

- Ziele: Erlernen von Entspannungsfähigkeit, Anwenden der Entspannungstechnik im beruflichen und privaten Alltag.
- Dauer: 60 Min.
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 15
- Inhalte:
 - Einführung in die Progressive Muskelentspannung(PMR)
 - Erlernen der Langversion
 - Erlernen der Kurzversion
 - Umsetzungsmöglichkeiten in den Alltag thematisieren

Modul 2 ff.: Praktische Anwendung (Durchführungstermine) PMR

- Ziele: Vertiefung der Entspannungsfähigkeit, das Gelernte verankern und den Transfer in den Alltag erleichtern
- Dauer: 30 Min.
- Frequenz: 2 mal pro Woche
- Leitung: Psychologin/ Psychologe
- Teilnehmerzahl: 15
- Inhalte:
 - Einüben der Kurzversion
 - Einüben von PMR in Alltagssituationen
 - Einüben von PMR im Stehen
 - Transfer in den Alltag

Seminar: Stress und Stressbewältigung

1 x 60 Min.; max. 50 TeilnehmerInnen

Indikation:

- grundsätzlich alle PatientInnen; PatientInnen mit Stressbelastung, Überforderung

Ziele:

- Zusammenhänge von Stress und Gesundheit kennen lernen; eigene Ressourcen aktivieren und adäquate Stressbewältigungsstrategien erkennen

Inhalte:

- Definition: Was ist Stress?
- Stressoren und eigene Bewertungen
- Stressreaktion (Gedanken, Gefühle, Körper, Verhalten)
- Stressbewältigungsstrategien und Genuss-Tipps

Psychologische Einzelgespräche

Es besteht die Möglichkeit, dass psychologische Einzelgespräche für bestimmte PatientInnen durchgeführt werden. Vorrangig ist das Verordnen von Gesprächsgruppen.

Voraussetzung für ein Gespräch ist die Freiwilligkeit. Ebenso ist es wichtig, dass keine Psychotherapie ambulant besteht, da dieses für Patienten eher verwirrend sein kann oder gar Prozesse unterbricht. Ausnahmen bilden PatientInnen mit einer Krisensituation oder dem spezifischen Problem der Krankheitsbewältigung.

Indikationen:

- Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen
- Psychische Probleme/ Störungen stehen im Vordergrund
- deutlicher Leidensdruck oder bestehende Krise
- Beratung hinsichtlich Psychotherapie am Heimatort

Ziele:

- Krankheitsbewältigung fördern
- Gewinnen einer neuen Perspektive

- Psychische Stabilisierung
- Erkennen von Belastungsfaktoren und Bewältigungsstrategien
- Selbstwertgefühl aufbauen
- Ressourcen aktivieren

Häufige Inhalte:

- Umgang mit begrenzter Belastbarkeit
- Erweiterung sozialer Kompetenzen, Abgrenzen
- berufliche Schwierigkeiten
- familiäre Konflikte
- Umgang mit Angst, Depressivität, innerer Unruhe
- Trauer, Verlust eines nahestehenden Angehörigen
- Umgang mit körperlicher Veränderung aufgrund von Erkrankung

Psychologische Diagnostik

Der ärztliche Dienst gibt im Aufnahmegespräch eine erste Einschätzung der psychischen Belastung aufgrund der Antworten des HADS, der Anamnese und der aktuellen subjektiven Einschätzung. Wird ein Einzeltermin verordnet, erhält der Psychologe zusätzlich zum Konsil eine Kopie des HADS, anhand dessen er eine erste Einschätzung bezüglich der Depression- und Angstsymptomatik vornehmen kann. Ergänzend werden diagnostische Fragen gestellt, um eine psychische Störung einschätzen zu können, mit dem Hintergrundwissen der ICD-10. Um die mögliche Schwere oder das Vorhandensein einer Depression einschätzen zu können wird der BDI (Becksches Depression Inventar) eingesetzt und entsprechende psychotherapeutische Behandlungsempfehlungen ausgesprochen.

Für die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsmotivation wird der AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) zur Erstellung eines Profils herangezogen und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten besprochen.

Im Entlassungsbericht werden der Einsatz der Verfahren, sowie deren Ergebnisse vermerkt und bei Bedarf entsprechende psychotherapeutische Behandlungen ausgesprochen.

In Kooperation mit unserer Fachabteilung „Medizinische Psychosomatik“ sind neben weiteren diagnostischen Verfahren auch Gruppenanbindungen möglich (z. B. Angstbewältigungsgruppe, Soziales Kompetenztraining, Adipositasgruppe, etc.).

lii. Ernährungstherapie

Unser ernährungsmedizinisches Konzept wird durch das Leitbild der Asklepios Fachklinik Fürstenhof als System der Qualitätssicherung bestimmt: Mensch, Medizin und Mitverantwortung. Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung stellen eine weitere Grundlage unserer täglichen Arbeit dar. Unserer Mitverantwortung für die uns anvertrauten Patienten werden wir außerdem durch die konsequente Umsetzung des HACCP Konzepts zur Hygiene im Küchen- und Speisensversorgungsbereich gerecht.

Die Aufgaben und Tätigkeiten unserer Mitarbeiter in der Ernährungsberatung und bei der Verpflegung, sind dem gemeinsamen Ziel verpflichtet, dass unsere Patienten ein möglichst hohes Maß an körperlichem, seelischem und geistigem Wohlbefinden erlangen oder behalten. Dabei wollen wir sie durch bedürfnisorientierte ernährungstherapeutische Maßnahmen während ihres Aufenthaltes unterstützen. Dies geschieht auf vielfältige Weise.

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“ und daher bieten wir für unsere Patienten einen abwechslungsreichen Speiseplan. Bei Patienten ohne

ernährungsphysiologische Einschränkungen geschieht dies über die Wahlmöglichkeiten entsprechend des Speisenplans beim Mittagessen. Das Frühstück und das Abendbrot werden in Buffetform angeboten.

Den Patienten, die ihr Gewicht verringern möchten, bieten wir eine entsprechend kalkulierte Reduktionskost innerhalb ihres erlaubten Nahrungsenergierahmens an. Zur besseren Orientierung werden die Lebensmittel auf dem jeweiligen Buffet durch entsprechende Beschilderungen mit den dazugehörigen Kalorienangaben gekennzeichnet. Kachektische Patienten können hochkalorische Zusatzkost erhalten.

Für Patienten mit Lebensmittelallergien oder Unverträglichkeiten bieten wir eine hypoallergene Kost an, welche die häufigsten Lebensmittelallergien und Unverträglichkeiten berücksichtigt. Wir verfügen über einen umfangreichen Diätkatalog, um auf die verschiedensten ernährungsbedingten oder ernährungsabhängigen Erkrankungen eingehen zu können:

- Vollkost
- Leichte Vollkost
- Extra leichte Vollkost
- Vollkost ohne Schweinefleisch
- Energiereduzierte Mischkost (Reduktionskost)
- Lipidsenkende Kost
- Diät bei Diabetes mellitus
- Natriumdefinierte Kost
- Purinarmer Kost
- Ovo - lakto - vegetabile Kost
- Ballaststoffreiche Kost
- Energiereiche Kost
- Proteinarme Kost
- Proteinreiche Kost
- Glutenfreie Kost
- Einsatz von MCT – Fetten
- Kaliumarme Kost
- Hypoallergene Kost
- Salicylatfreie Kost
- Kuhmilchallergie
- Eiallergie
- Allergie gegen Zitrusfrüchte
- Nussallergie
- Histaminarme Kost
- Nickelallergie
- Suchdiät bei chronischer Urtikaria
- Perubalsamarme Kost
- Lactosearme/Lactosefreie Kost

Bei Bedarf wird ein individueller Speiseplan erstellt.

Während der Essenszeiten steht eine Diätassistentin zur Verfügung, um die Fragen der Patienten rund um die Speisen zu beantworten.

In Einzelernährungsberatungsgesprächen können ganz persönliche Fragen der Patienten zur Umsetzung der für sie spezifischen Ernährung besprochen werden. Dabei steht nicht nur die Verpflegung der Patienten während ihres Aufenthaltes bei uns im Haus im Mittelpunkt,

sondern auch die Umsetzung der Ernährungsumstellung. Partner oder Angehörige können bei Bedarf, um die Akzeptanz einer Umstellung auf eine möglichst breite Basis zu stellen, miteinbezogen werden. Dies stärkt die Eigenverantwortlichkeit der Patienten in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld. Vorträge, Kleingruppenseminare und Praxisstunden in der Lehrküche zu verschiedenen Themen rund um die gesunde Ernährung, bei denen die Teilnehmer durch die Diskussion von den Erfahrungen ihrer Mitpatienten profitieren können (z. B. Übergewicht und Adipositas, Hypercholesterinämie bzw. Hypertriglyceridämie, allergenarme Ernährung) runden das Angebot ab.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung werden durchgeführte ernährungstherapeutische Maßnahmen dokumentiert. Durch innerbetriebliche und externe Fort- und Weiterbildung wird gewährleistet, dass die Ernährungstherapie sich an aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Regelmäßige Teambesprechungen dienen dem Informationsaustausch und der schnellen zielgerichteten Umsetzung von Neuerungen.

Die Diätabteilung steht unter Leitung einer Diätassistentin. Bei der Kostabsprache und Zubereitung steht sie zur Seite. Die Vorträge und Lehrküchenveranstaltungen werden von einer Diätassistentin durchgeführt. Zusätzlich wird eine freie Sprechstunde von der Diätabteilung angeboten. Spezielle fachliche Fragen der Allergologie werden mit den Fachärzten für Pneumologie geklärt.

liii. Pneumologische interdisziplinäre Gruppentherapien

Nachfolgende Gruppen sind speziell auf Patienten mit pneumologischen Erkrankungen abgestimmt. Die Besonderheit ist die Zusammenarbeit vom Ärztlichen Dienst mit Therapeuten und Psychologen.

Seminar: Asthma

Zielgruppe: Patientinnen/Patienten mit Asthma bronchiale oder Overall-Syndrom

Modul 1: Grundlagenwissen

(zusammen mit COPD)

Ziele: Grundlagen der Erkrankung und Verlauf

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Atemtherapeut

Teilnehmerzahl: max. 15

Inhalte:

- Atmung dient dem Gasaustausch
- Anatomie und Physiologie der Atemwege
- Verschiedene Erkrankungen der Atemwege
- Entstehung und Aufrechterhaltung vom Asthma
- Der akute Asthmaanfall – was läuft ab?
- Reflektion

Modul 2: Selbstmanagement

(spezifisch Asthma)

Ziele: Selber messen und adäquat reagieren

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Ärztin/Arzt

Teilnehmerzahl: max. 15

Inhalte:

- Vor- und Nachteile von Applikationsgeräten
- Inhalationstechniken
- Wieso Peak-flow messen?
- Warum selbst messen?
- Richtig Peak-flow messen
- Peak-flow-Protokolle
- Faktoren die bei der Kurveninterpretation zu beachten sind
- Interpretation der eigenen Werte
- Gründe für Abfall oder Anstieg der Peak-flow-Werte
- Vorgehen bei auffälligen Messwerten
- Motivation zur Selbstmessung daheim
- Fragen und Diskussion
- Langzeit- und Kurzzeitmedikamente
- Wirkungen und Nebenwirkungen der verschiedenen Medikamente
- Wirkungen und Nebenwirkungen von entzündungshemmenden Medikamenten
- Steroide – oral und/oder inhalativ
- Beschwerden steuern die Anpassung der Medikamente

Modul 3: Krankheitsverständnis

Ziele: Auslöser von Asthma erkennen, Wissen über das Krankheitsbild

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Psychologin/Psychologe

Teilnehmerzahl: max. 12

Inhalte:

- Spezifische, unspezifische und psychische Auslöser
- Multifaktorielle Genese
- Umweltfaktoren
- Reflektion

Modul 4: Umgang mit Angst

Ziele: Angstbewältigungsstrategien kennen und erlernen

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Psychologin/Psychologe

Teilnehmerzahl: max. 12

Inhalte:

- Psychophysiologie der Angst
- Spezifische Auslöser
- Coping
- Entspannungstechniken

Modul 5: Leben mit Asthma (im Aufbau)

Ziele: Ressourcen aktivieren, Umgang mit anderen, Lebensstilveränderung

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Psychologin/Psychologe

Teilnehmerzahl: max. 12

Inhalte:

- Selbstbewusst zur Krankheit stehen
- Kommunikation
- Sport und Asthma
- Erfüllt und selbstbestimmt leben trotz chronischer Erkrankung

Modul 6: Atemtechniken bei obstruktiven Atemwegserkrankungen

Ziele: Schulung der Atemtechniken

Dauer: 60 Minuten

Leitung: PhysiotherapeutInnen

Teilnehmerzahl: max. 10

Inhalte:

- Bewusste Atmung
- Unterschiedliche Atmung
- Lippenbremse
- Umgang mit Husten
- Atmung und Belastung
- Trainingsprogramm mit Handout

Seminar: COPD

Zielgruppe: Patientinnen/Patienten mit COPD oder Overlap-Syndrom

Modul 1: Grundlagenwissen

(zusammen mit Asthma)

Ziele: Was ist COPD? Was muss und was sollte ich tun?

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Ärztin/Arzt

Teilnehmerzahl: max. 15

Inhalte:

- Atmung dient dem Gasaustausch
- Aufbau und Funktion der Atemwege
- wichtige Erkrankungen der Atemwege
- Faktoren im Zusammenhang mit der COPD

Modul 2: Krankheit und Krankheitsverlauf

(spezifisch COPD)

Ziele: Verlauf der COPD und die Möglichkeiten der Beeinflussung

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Ärztin/Arzt

Teilnehmerzahl: max. 15

Inhalte:

- Medikamente in der Therapie
- Krankheitsfolgen der COPD
- Beeinflussung des Verlaufs der COPD
- Vorgehen bei akuter Atemnot
- Notarzt – nicht erst wenn es zu spät ist

Modul 3: Krankheitsakzeptanz

Ziele: Krankheitsakzeptanz fördern, Motivation zur Lebensstilveränderung

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Psychologin/Psychologe

Teilnehmerzahl: max. 12

Inhalte:

- Patienteneigene Möglichkeiten, die COPD zu beeinflussen
- Notwendigkeit vom Nikotinverzicht
- Sinn von körperlicher Aktivität
- Sport trotz COPD
- Selbstbewusst zur Krankheit stehen

Seminar: Sauerstofflangzeittherapie

Zielgruppe:

Patienten mit der Notwendigkeit der Sauerstofflangzeittherapie, z.B. COPD, Lungenemphysem, Mukoviszidose, schweres Asthma bronchiale, interstitiellen Lungenerkrankungen etc.

Modul 1

- Ziele: Grundlagen der Sauerstofflangzeittherapie
- Dauer: 45 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt
- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Wann Sauerstofflangzeittherapie
 - Warum Sauerstofflangzeittherapie
 - Wie Sauerstofflangzeittherapie
 - Sauerstoff zuhause bedeutet „Freiheit“

Modul 2

- Ziele: Praktische Sauerstofflangzeittherapie
- Dauer: 60 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt und speziell geschultes Pflegepersonal
- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Verschiedene Formen der Sauerstoffversorgung
 - Verschiedene Sauerstoffsonden
 - Praktische Übungen
 - Kenntnisse von Literatur, Selbsthilfegruppen, Firmenadressen etc.

Seminar: Gewichtsreduktionstraining

Zielgruppe: PatientInnen mit Übergewicht

Modul 1: Gewichtsreduktion – grundsätzliches

Ziele: Erkennen der individuellen Ursachen und Folgen des Übergewichts, Motivationsaufbau und Handlungsstrategien kennen lernen

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Psychologin / Psychologe

Teilnehmerzahl: max. 12

Inhalte:

- Eigener Energiebedarf
- Regeln zur Reduzierung von Übergewicht
- Kalorienverbrauch durch Bewegung
- Auslöser für verstärktes Essen

Modul 2: Ernährungsberatung in der Gruppe

Ziele: Erkennen von gesunden Lebensmitteln anhand von Fett- und Zuckergehalt

Dauer: 45 Minuten

Leitung: DiätassistentInnen

Teilnehmerzahl: max. 8

Inhalte:

- Vermittlung von Fett- und Zuckergehalt bestimmter Lebensmittel
- Erklärungen – Obst & Gemüse 5 mal am Tag; Vollkornprodukte
- Wichtigkeit des Trinkens

Modul 3: Lehrküchenteil

Ziele: praktische Umsetzung des Kochens

Dauer: 135 Minuten

Leitung: DiätassistentInnen

Teilnehmerzahl: max. 8

Inhalte:

- Frische Lebensmittel zum Kochen benutzen
- alltagstaugliche Rezeptauswahl – schnell & einfach
- vegetarische Auswahl der Mahlzeiten

Modul 4: Gesunde Ernährung

Ziele: Verhaltensänderung und Motivation bezüglich der gesunden Ernährung

Dauer: 60 Minuten

Leitung: DiätassistentInnen

Teilnehmerzahl: max. 15

Inhalte:

- Schulung der 10 Regeln der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)
- Praktische Tipps zum Umgang mit Lebensmittelfallen

Modul 5: Verhaltensstrategien zur Gewichtsreduktion

Ziele: Eigene Risikosituationen erkennen, Zielorientierung und Zielerreichung, Ressourcen aktivieren, Alltagstransfer erleichtern

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Psychologin / Psychologe

Teilnehmerzahl: max. 12

Inhalte:

- Gründe für Essen ohne Hunger
- Exploration der Einstellungen und Erwartungen zum Essverhalten
- Festlegung von individuellen Zielen
- Vorgehen bei Rückschlägen

- Unterstützende Angebote

Modul 6: Bewegung im Alltag

Ziele: Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil und Motivation zu mehr Bewegung im Alltag

Dauer: 60 Minuten

Leitung: Diplom-SportlehrerInnen

Teilnehmerzahl: max. 10

Inhalte:

- Praktische Anleitung – Bewegungsspiel & Selbstwirksamkeit erfahren
- Differenzierung Sport & körperliche Aktivität
- Barrieren und Lösungsstrategien

Seminar: Diabetes mellitus Typ II

Zielgruppe:

Patienten mit Diabetes mellitus Typ II

Modul 1

- Ziele: Diabetes mellitus Typ II und seine Folgen
- Dauer: 60 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt
- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Aspekte des Zuckerstoffwechsels
 - Bedeutung des Insulins
 - Unterschiede beim Diabetes mellitus Typ I und II
 - Einflussfaktoren auf die Entstehung eines Diabetes mellitus
 - Begleiterkrankungen der Diabetes mellitus Typ II
 - Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus
 - Eigenverantwortliche Einflussnahme auf „meinen“ Diabetes
 - Kenntnis von Informationsquellen und Hilfen

Modul 2

- Ziele: Therapeutische Möglichkeiten
- Dauer: 60 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt
- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Eigene Einflussmöglichkeiten
 - Notwendigkeit der Reduktion von Übergewicht
 - Folgen von Ernährungs- und Essgewohnheiten
 - Diät bei Diabetes mellitus Typ II – NEIN
 - Positive Aspekte körperlicher Aktivität

Modul 3

- Ziele: Selbstkontrolle
- Dauer: 60 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt und/oder Schwester

- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Vorgehen bei abweichenden Werten vom Ziel
 - Notwendigkeit der Dokumentation des Therapieverlaufes
 - Was macht der Arzt bei der Kontrolle?
 - Notwendigkeit der regelmäßigen Arztbesuche

Seminar: Hypertonus

Zielgruppe:

Patienten mit Bluthochdruck als Nebendiagnose

Modul 1

- Ziele: Hypertonus und seine Folgen inkl. Behandlungsstrategien
- Dauer: 45 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt
- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Blutdruck: systolisch – diastolisch?
 - Hypertonus – ab welchen Werten
 - Bekannte Ursachen des Hypertonus
 - Begleiterkrankungen und deren Konsequenzen
 - Was hat welchen Einfluss auf den Blutdruck
 - Ernährungsempfehlungen
 - Alkohol und Bluthochdruck
 - Körperliche Aktivität und Hochdruck
 - Welche Sport wie betreiben?
 - Eigenen Handlungsplan der körperlichen Aktivität erstellen

Modul 2

- Ziele: Selbstmessung
- Dauer: 50 Minuten
- Leitung: Ärztin/Arzt und/oder Krankenpflege
- Teilnehmerzahl: max. 15
- Inhalte:
 - Unterschied zwischen oszillometrischer und auskultatorischer Messung
 - Übung der Selbstmessung
 - Typische Fehler bei der Selbstmessung
 - Der Blutdruckpass
 - Analyse und Interpretation der Messwerte

4.5.1.1 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

Als medizinische Rehabilitationseinrichtung richten wir uns nach § 15 SGB VI am Ziel der dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung aus und bieten für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beruflich orientierte Basisangebote an.

In der Fachklinik Fürstenhof steht ein Muster-Büroarbeitsplatz zur Verfügung. Des Weiteren kann in Absprache ein speziell eingerichteter MBOR-Raum in der kooperierenden Asklepios Helenenlinik unter Anleitung mitgenutzt werden.

4.5.2 Gesundheitstraining, Motivation und Patientenschulung

Der Rehabilitationsprozess bietet eine besondere Chance, durch gezielte Informationen, Motivation und Training dem Rehabilitanden ein besseres Rüstzeug im Umgang mit seinen Funktionseinschränkungen zu vermitteln.

Die Informations- und Seminarangebote zum Gesundheitstraining werden vor dem Hintergrund der Erkrankung gesehen. Primär richtet sich daher das Interesse der Betroffenen auf alle weitergehenden Maßnahmen zur Reduktion der Krankheitsfolgen und des Fortschreitens der Erkrankung.

Darüber hinaus wird bezweckt, eine positive Grundhaltung zur aktiven Mitarbeit an der Rehabilitation aufzubauen und zu gesunder Lebensweise zu motivieren. Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit sollen gestärkt, sowie Fähigkeiten vermittelt werden, trotz Krankheit aktiv in Beruf und Alltag mitwirken zu können.

Die Patientenschulung, die - wenn möglich - unter Einbeziehung der Familienangehörigen, bzw. zumindest des engsten Lebenspartners, durchgeführt wird, hat eine fundamentale Bedeutung für den Erfolg einer Langzeitbehandlung bei chronischen Atemwegserkrankungen. Die Patienten sollen den Krankheitsprozess verstehen, die Pathogenese in den Grundzügen überblicken, die Symptome der Exazerbation erkennen sowie die Ziele und Details der Therapie begreifen. Der geschulte Patient wird auf diese Weise in die Selbstverantwortung und das Selbstmanagement der Krankheit eingebunden und ist im Stande, eine höhere Selbstkompetenz hinsichtlich der Erkrankung zu entwickeln.

Ein wesentliches Ziel der Patientenschulung ist die angepeilte Compliance-Verbesserung, die erfahrungsgemäß und durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt, dass die Behandlung chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen, erschreckend niedrig ist. Von einer verbesserten Compliance kann man sich eine individuell angepasste und befundorientierte Inanspruchnahme der differenzierten Therapiemöglichkeiten medikamentöser und nichtmedikamentöser Art versprechen. Die Diskrepanz zwischen dem therapeutisch Machbaren und dem in der Realität Erreichten könnte auf diese Weise schrumpfen.

Aus der Lerntheorie ist bekannt, dass ein erheblicher Unterschied zwischen einer Schulung und einer bloßen Weitergabe von Informationen besteht. Die Schulung ist als ein dynamischer Lernprozess anzusehen, der Verhaltensänderungen induziert, während die Informationsweitergabe einen kognitiven Wissenszuwachs bedeutet, ohne zwangsläufig zu Verhaltensänderungen zu führen.

Das Gesundheitstraining in der Asklepios Klinik Fürstenhof wird im Rahmen von Vorträgen und Seminaren durchgeführt. Angebotene Seminare werden mit audiovisuellen Mitteln, Informationsheften verschiedener Verbände und Organisationen, sowie eigenen Informationsblättern und Hinweise auf weiterführende Literatur unterstützt. Es hat sich bewährt, diese Veranstaltungen in Dialogform durchzuführen. Die hohe Motivation der Betroffenen entbehrt dabei meist einer abschließenden Wissenskontrolle.

Inhaltlich wird sich innerhalb der Seminare und Vorträge überwiegend an die von der DRV Bund erstellten Empfehlungen gehalten und um jeweils aktuelle Aspekte erweitert.

Gruppengröße

Seminare werden als Gruppen mit max. 15 Teilnehmern durchgeführt, Vorträge mit max. 50 Teilnehmern. Indikationsbezogene Informations- und Schulungsangebote werden als Pflichtveranstaltung deklariert, die Teilnahme wird dokumentiert. Darüber hinaus werden auch die allgemeinen Informationsveranstaltungen empfohlen.

Eingebundene Berufsgruppen

Je nach Angebot sind Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen und Diätassistenten, Physio- und Sporttherapeuten sowie Sozialarbeiter in diese Veranstaltungen eingebunden. Die Zuordnung zu den einzelnen Curricula erfolgt einerseits indikationsbezogen, weiterhin aber auch bedarfsgerecht entsprechend den Wünschen und Neigungen der Patienten.

liv. Angebote des Sozialen Dienstes

Individuell werden vom Sozialdienst unterschiedliche Schulungen, Hilfen und Beratungen angeboten sowie Patientenschulungen bzw. Hilfen, z. B. der stufenweisen Wiedereingliederung.

Soziale Schwierigkeiten v. a. im Berufsfeld werden vom Sozialdienst bearbeitet. Im Rahmen eines Vortrages stellt sich der Sozialdienst mit seinen Aufgabenbereichen vor. Jeder Rehabilitand hat nach Indikationsstellung mindestens ein Gespräch, in dem es um die Erhebung der Berufsanamnese sowie die Klärung der weiteren beruflichen Integration geht. Bei Bedarf werden Hilfen zur Wiedereingliederung, Fragen zur Berentung usw. gemeinsam bearbeitet; die Hilfe zur Selbsthilfe steht auch hierbei im Vordergrund.

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit erfolgt die Klärung und Organisation des beruflichen Wiedereingliederungsmanagements in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt sowie (soweit möglich) mit dem betriebsärztlichen Dienst. Des Weiteren werden Nachsorgemaßnahmen besprochen bzw. auch eingeleitet (z. B. IRENA, Selbsthilfegruppen), Kontakt mit dem Arbeitgeber zur Klärung der Wiedereingliederung aufgenommen oder der für die Klinik zuständige Reha-Berater bezüglich Terminabsprache zur Klärung berufsfördernder Leistungen kontaktiert. Darüber hinaus versteht sich der Sozialdienst als Anlaufstelle für Rehabilitanden bezüglich anderer Fragen (z. B. Übergangsgeld, Schwerbehindertenrecht). Die Sozialarbeiterin nimmt regelmäßig an den Teamsitzungen teil.

Beratungen des Sozialen Dienstes

Ziele:

Die Beratung durch die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes zielt generell auf eine Optimierung der Lebensqualität der Betroffenen. Krankheit bedeutet häufig eine Veränderung der Lebenssituation. Oberstes Ziel der Rehabilitation ist es, den Menschen weitestgehend notwendige Hilfen und Unterstützung zu geben, um mit oder nach einer Erkrankung weiter am gesellschaftlichen, beruflichen und sozialen Leben teilhaben zu können. Soweit möglich steht bei der Beratung im Hintergrund der Grundsatz, dass Hilfe zur Selbsthilfe gegeben wird. Die zu Beratenden sollen nicht nur passive Empfänger von Information und Hilfen sein, sondern sich nach Möglichkeit als aktive Gestalter ihrer Zukunft empfinden, um so auch das Gefühl von Selbstwirksamkeit zu stärken.

Unter Berücksichtigung der persönlichen Lebenslage der Patienten werden gemeinsam realistische Perspektiven entwickelt, in Bezug auf gesundheitliche, soziale und berufliche Aspekte.

Die gemeinsame Entwicklung der realistischen Perspektiven geschieht in Teamarbeit, d.h. gemeint ist zum einen die aktive Beteiligung der Patienten, zum anderen die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen im Haus, besonders dem ärztlichen Dienst.

Sprechstunde zur Terminvereinbarung:

Die Patienten haben in der Woche die Gelegenheit (ohne ärztliche Verordnung) sich beim sozialen Dienst einen Termin zu holen. Das Anliegen des Patienten wird aufgenommen und zwecks Terminvereinbarung an die Disposition weiter geleitet.

Bei einem einfachen Anliegen und kurzen Fragen können diese auch gleich beantwortet werden. Im Notfall werden Patienten auch in der Sprechstunde beraten, wenn keine andere Möglichkeit (z.B. wegen baldiger Entlassung) zur Terminvereinbarung besteht.

Einzelberatungen

Die Einzelberatung wird in der Regel vom Arzt verordnet. Auch der Patient kann, wie oben beschrieben, einen Beratungstermin vereinbaren. Nach jeder Beratung wird ein Bericht angefertigt, der an den Stationsarzt geleitet wird und später in der Akte abgeheftet wird. Die Schwerpunkte der Einzelberatung sind:

- Berufliche Perspektive:
 - Die berufliche Situation steht im Mittelpunkt des Gespräches, der Ist-Zustand und wie es weiter gehen kann
 - Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Beratung zu Ausbildungs-, Weiterqualifikations- und Umschulungsfragen
 - Beratung zur Stufenweisen Wiedereingliederung
 - ggf. Kontaktaufnahme zu Arbeitgebern, Schwerbehindertenbeauftragten und Integrationsfachdiensten

- Wirtschaftliche Sicherung:
 - Leistungen der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, Arbeitslosengeld I und II
 - Beantragung des Übergangsgeldes
 - Beratung zum erneuten Anspruch auf Lohnfortzahlung und Resturlaub
 - Einmalige Beihilfe der deutschen Krebshilfe

- Schwerbehinderung:
 - Schwerbehindertenrecht
 - Information zu Nachteilsausgleichen und Antragstellung (Dies kann besonders wichtig sein bei früherem Rentenbeginn und bei besonderem Kündigungsschutz)

- Rente:
 - Rentenfragen
 - Informationen zu Alters- und Erwerbsminderungsrenten, sowie zur Grundsicherung
 - Beratung zur Planung der Altersrente / Pensionierung

- Pflege und Weiterbehandlung:
 - Beratung zur Pflegeversicherung und Pflegeeinstufung
 - Informationen über Leistungsumfang und Eilantragstellung
 - ggf. Kontaktaufnahme mit Weiterbehandlern – Ärzten, Pflegediensten, Sanitätshäusern, usw.

- Soziales:
 - Informationen zur Nachsorge und Vermittlung des Ansprechpartners am Wohnort, wie z. B. Selbsthilfegruppen, Rehasport und Beratungsstellen
 - Lebenspraktische Beratung, Organisation von Tagesabläufen, Ermittlung von Kraftressourcen im sozialen Umfeld

Iv. Orientierende Vorträge bzw. Seminare

Neben den auf die Hauptindikationsgebiete bezogenen Seminare/Curricula bieten wir zur Orientierung des Patienten weitere Vorträge aus unterschiedlichen Bereichen an. Ziel ist es hier dem Patienten initiale Informationen zu geben, das Interesse für das Thema zu wecken und insbesondere durch die anschließende Diskussionszeit Raum für die Klärung von Fragen etc. zu geben.

Ivi. Ergotherapie

Die Arbeits-/Ergotherapie dient dazu, Personen mit psychischen Störungen, körperlichen oder geistigen Behinderungen wieder an die Grundanforderungen des Arbeitslebens stufenweise heranzuführen. Hierbei wird die Arbeit als therapeutisches Mittel eingesetzt.

Durch die Arbeitsleistung sollen beispielsweise Selbstvertrauen, Verantwortungsübernahme, Belastbarkeit, Konzentrations-, Anpassungs- und Ausdauerfähigkeit sowie Teamarbeit und das Einhalten von Vorschriften gefördert werden. Zur Erreichung dieser Ziele werden spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratungen genutzt, um den Betroffenen (wieder) eine Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen.

In den einzelnen Therapiegruppen haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie ihre persönlichen Handlungskompetenzen zu verbessern und ihre Belastbarkeit zu erproben. Im Rahmen des Funktionstrainings nimmt die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einen wichtigen Stellenwert ein. Vor dem Hintergrund der ICF-Kriterien erfolgt hierbei auch eine Einschätzung von Handlungsplanung, Ausdauer, Konzentrations- und Durchhaltevermögen, Kommunikation, soziale Interaktion usw. Neben den Gruppentherapien werden beispielsweise auch Hilfsmittelberatungen oder rückenschonendes Arbeiten durchgeführt.

Die Ergotherapie stellt ein breites Spektrum funktioneller, kognitiver und kreativer Techniken zur Verfügung. Das Ziel besteht in der Wiedergewinnung gestörter Funktionen durch aktive Behandlung. Speziell für die Pneumologie werden folgende Therapien angeboten:

Kreativtherapie, freies Gestalten, ausdruckszentrierte Ergotherapie, computergestütztes kognitives Funktionstraining, Belastungserprobung nach MELBA.

Ivii. Reha-Pflege

Im Rahmen des Konzeptes spielt die Pflege eine wichtige Rolle. Im Vordergrund steht hierbei die Kranken- und Gesundheitspflege sowie die Anleitung zur Verbesserung der Lebensqualität.

Von der Pflege werden die Rehabilitanden am Anreisetag an der Rezeption in Empfang genommen und auf ihr Zimmer begleitet. Es erfolgt auch eine pflegerische Aufnahme zur Erhebung bestimmter Parameter (Puls, Blutdruck, Größe, Gewicht, MRSA Screening etc.)

sowie personenbezogener Daten. Die Rehabilitanden werden von der Pflege in die Notfallanlage eingewiesen und erhalten weitere wichtige Informationen zu ihrem Aufenthalt. Am Anreisetag findet auch eine Hausführung statt. Darüber hinaus werden von der Pflege folgende Aufgaben übernommen: Vorbereitung medizinischer Maßnahmen und allgemeine Handreichungen, Anlegen von Verbänden usw., Vorbereitung und Ausgabe der verordneten Medikamente, ggf. Durchführung von pflegerischen Maßnahmen, Weitergabe von Informationen, Organisation von konsiliarischen Untersuchungen, Visitenauswertung, Pflegedokumentation sowie Einweisung der Rehabilitanden in die computergestützte Testdiagnostik.

Des Weiteren ist die Pflege in der Regel erster Ansprechpartner im Rahmen von Krisen. Hier obliegt ihr die Einschätzung darüber, welche weiterführenden Maßnahmen (medizinisch, therapeutisch) einzuleiten sind.

4.5.3 Einbeziehung der Angehörigen

Sind Angehörige mit im Haus, erfolgt eine enge Einbindung in den Rehabilitationsprozess. Bis auf begründete Einzelfälle ist eine Anwesenheit der Angehörigen bei Aufnahmegesprächen, Visiten und Abschlussgesprächen gewünscht.

Im Rahmen der Reha-Teambesprechungen wird zudem abgeklärt, welche Bereiche zusätzlich von den Angehörigen aufgesucht werden sollen. Hier sind insbesondere die psychologische Beratung, der Sozialdienst, die Diätabteilung und die Ergotherapie zu nennen. Falls Angehörige nicht persönlich in der Rehabilitationsmaßnahme anwesend sind, eine Informationsübermittlung bzw. Einbindung jedoch sinnvoll ist, erfolgt in solchen Fällen eine telefonische Kontaktaufnahme.

4.6 Entlassungsmanagement

Iviii. Vorbereitung der Entlassung, Zeitpunkt der Entlassungsuntersuchung

Die Entlassungsuntersuchung erfolgt ein bis maximal drei Tage vor dem geplanten Entlassungsdatum beim behandelnden Arzt. Die Terminierung obliegt der Therapiedisposition unter Berücksichtigung des laufenden therapeutischen Programms und der Stundenpläne der Ärzte. Für den Patienten ist der Termin im Plan ersichtlich.

Innerhalb eines ausführliches Abschlussgespräches inklusive einer abschließenden Untersuchung werden sowohl subjektive Veränderungen (hinsichtlich der bei der Aufnahme beschriebenen Funktionseinschränkungen und Befindlichkeits-veränderungen von Seiten des Patienten) dargestellt, als auch von ärztlicher Seite die objektiv messbaren Befunde erhoben. Diese Ergebnisse werden dann dokumentiert. Die Beurteilung der Konstanz der Therapien und die nochmalige Erörterung erhobener Befunde sind ebenfalls Inhalt dieses Gespräches.

In diesem Abschlussgespräch wird die endgültige sozialmedizinische Einschätzung mit dem Patienten besprochen.

- Rentner:
 - Gibt es noch Einschränkungen in der Selbstversorgungsmöglichkeit bzw. bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben?
- Arbeitnehmer:
 - Beurteilung der Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf
 - Beurteilung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
 - Voraussichtlicher Zeitpunkt des Wiedereintritts in die Erwerbstätigkeit
 - Endgültige Klärung der Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung (bei frühzeitigem Beginn einer solchen Maßnahme sind meist alle Schritte schon erledigt)
 - Endgültige Besprechung der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Bestehen Differenzen zwischen der Beurteilung des Arztes und des Patienten?

lix. Kriterien für eine Verlängerung der Maßnahme

Die Verlängerung der laufenden Rehabilitationsmaßnahme ist abhängig von medizinischen, sozialmedizinischen und psychologischen Faktoren. Der Rehabilitationsbedarf wird gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und dem Oberarzt in Abstimmung mit den Wünschen des Patienten abgestimmt.

lx. Fristgerechte Erstellung und Übermittlung des Reha-EB, Information für den weiter behandelnden Arzt

Kurz vor Abreise bekommt jeder Patient einen Kurzarztbrief ausgehändigt, in dem die wesentlichen Punkte der abgelaufenen Maßnahme und die Ergebnisse sowie Medikamentenveränderungen dokumentiert werden.

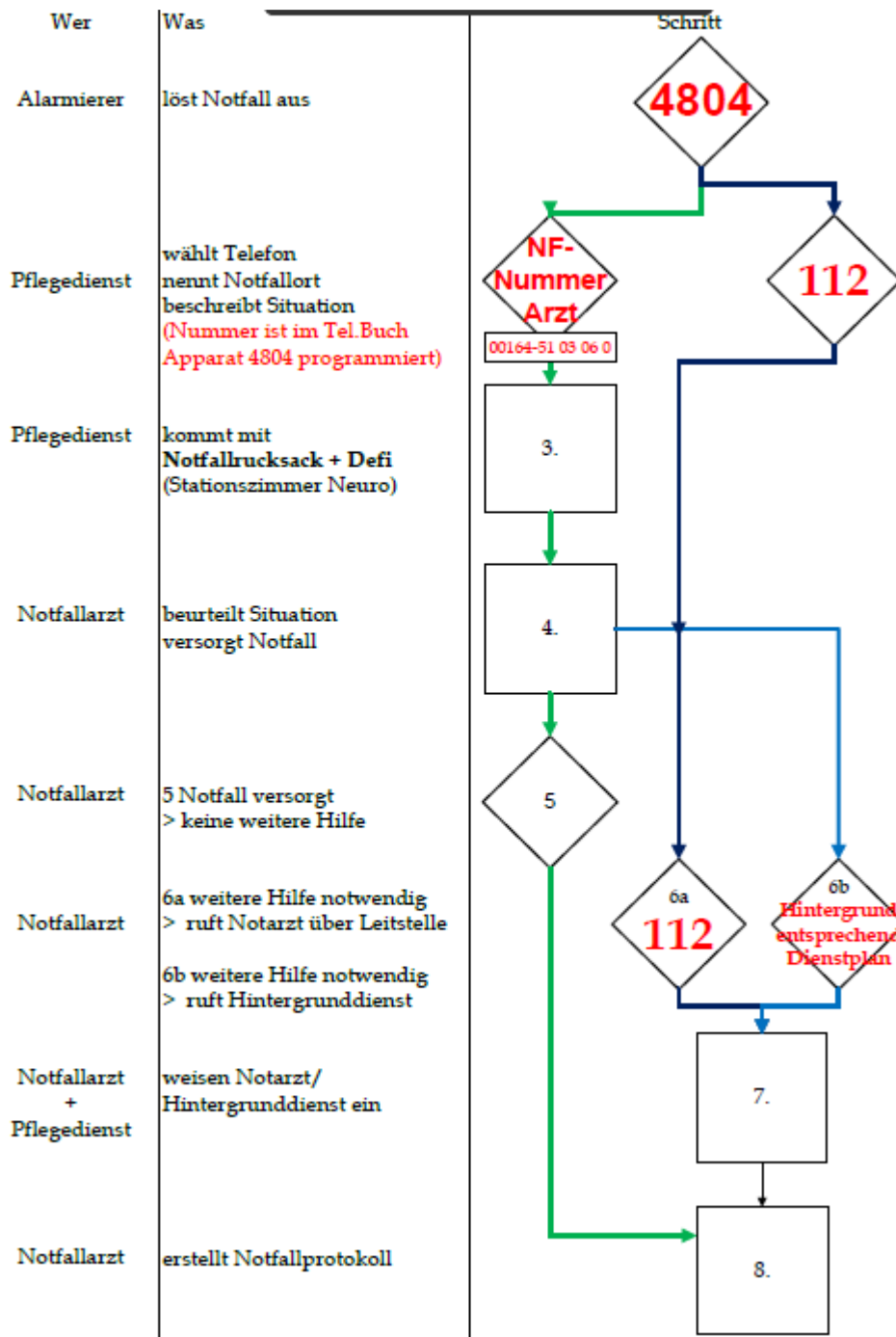
Der Entlassungsbericht wird sofort bei Entlassung erstellt, digital diktiert, zum Schreibdienst geschickt, nach Eingang aller Unterlagen vom Arzt nochmals kontrolliert und dem Oberarzt weitergeleitet. Dieser bespricht ggf. erforderliche Korrekturen mit dem Assistenzarzt und gibt den vollständigen Bericht zur endgültigen Unterschrift an die leitende Ärztin. Innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten wird er beim Kostenträger eingereicht.

4.7 Notfallmanagement

Das Notfallmanagement umfasst sowohl die medizinische Notfallversorgung als auch technische Notfälle sowie das Vorgehen im Brand- und Katastrophenfall.

lxi. Notfallablaufpläne

Für die verschiedenen Notfallsituationen wurden Notfallablaufpläne erstellt, die regelmäßig aktualisiert und in Notfallübungen mit einbezogen werden.



Der Pflegedienst alarmiert den Notfallarzt direkt über City-Funk-Pager. Diese Nummer ist als einzige Nummer im Telefonbuch des Telefons 4804 gespeichert.

Der Notfallarzt entscheidet über Alarmierung des Hintergrunddienstes und/oder die Alarmierung des Notarztes über 112.

Ist der diensthabende Arzt der Arzt der Stadtklinik, ist der Notarzt direkt über 112 zu alarmieren.

Patienten lösen den Notruf über den Notruf im Zimmer aus. Dazu erhalten alle Patienten in der Patienten-Informationenmappe eine Beschreibung, wie die Auslösung funktioniert. Die Funktion überprüft der Reinigungsdienst bei jeder Endreinigung.

Ixii. Medizinische Notfälle

Notfallarzt ist immer der diensthabende Arzt der Folgenacht. Der Notfallarzt führt in seiner Dienstzeit immer das tragbare Telefon 4810 mit sich. Der Chefarzt stellt einen Dienstplan auf, in dem geregelt ist, welcher Arzt das Notfalltelefon mit sich führt. Das Notfalltelefon wird in der ärztlichen Frühbesprechung/Übergabe an den folgenden diensthabenden Arzt übergeben.

Notfallmaßnahmen werden vom ärztlichen Dienst in Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst eingeleitet und durchgeführt.

Über die hausinterne Notrufnummer 4804 ist rund um die Uhr die Telefonzentrale erreichbar. Diese alarmiert das „Hausalarm-Team“ über einen Sammelruf. So ist stets gewährleistet, dass Fachpersonal unmittelbar zur Verfügung steht.

Reanimationsmaßnahmen erfolgen nach Leitlinien der ERC / AHA (European Resuscitation Council / American Heart Association).

Eine Mitarbeiter/in des Pflegedienstes führt immer das Telefon 4804 mit sich. Das Telefon ist bei der Dienstübergabe entsprechend weiterzugeben.

Während der Aufladung des Akku (ab 21.30) wird die 4804 auf die 4490 umgeleitet.

Leitung der Notfallmaßnahmen durch diensthabenden Arzt. Entscheidungen über evtl. (notfallmäßige) Verlegungen durch zuständigen Facharzt. Für das Vorgehen bei medizinischen Notfällen liegen aktuelle schriftliche Anweisungen (Dienstanweisungen, Standards etc.) vor.

Eine examinierte Pflegekraft ist 24 Stunden im Haus anwesend.

Ixiii. Notfallausrüstung

Mehrere identisch bestückte Notfallkoffer werden an zentralen Stellen auf dem gesamten Klinikgelände (Stationszimmer und Funktionsbereiche) in der Fachklinik Fürstenhof vorgehalten. Die Ausrüstung ist in einem Standard verbindlich festgelegt. Das Notfallteam ist mit einem Notfallrucksack, einem Notfallbeatmungsgerät mit Sauerstoffflasche, Defibrillator mit Monitor-Einheit einschließlich CO₂-Messung und AED-Funktion, Bergetragetuch usw. ausgerüstet.

Die Standorte der Notfallkoffer/Notfallrucksäcke, sowie der Defibrillatoren sind gekennzeichnet.

- Die Notfallkoffer überprüft der Pflegedienst der Anästhesie der Stadtklinik alle 6 Monate anhand einer Checkliste und nach Gebrauch.
- Die Defibrillatoren überprüft der Pflegedienst. Die Überprüfungen dokumentiert der Pflegedienst monatlich entsprechend der Funktionskontrolle des Herstellers; Aufbewahrung 3 Jahre.

Notfallübungen und Notfallfortbildungen werden in regelmäßigen Abständen für alle Beteiligten durchgeführt.

Ixiv. Dokumentation der Notfälle

Notfälle werden durch die beteiligten Mitarbeiter/innen in der Frühkonferenz geschildert, analysiert und durch Ober- und Chefarzte im Formblatt „Notfalldokumentation“

dokumentiert.

Das Protokoll befindet sich im

- Notfallkoffer
- im KIS
- im Besprechungsraum der ärztlichen Frühkonferenz.

Der Chefarzt archiviert die Dokumentation.

Jeder Notfall wird kritisch durch die Beteiligten innerhalb 2 Werktagen überprüft.

Der Chefarzt führt eine Statistik, die die Quote der Notfälle mit Kritik zur Summe der Notfälle ausweist. Die Dokumentation erfolgt unmittelbar nach einem Notfall. Der Bericht an den QMB erfolgt jährlich durch den Chefarzt, die Analyse 1 x im Jahr durch den Chefarzt.

Ixv. Technische Notfälle

Heizungsstörung, Wasserschaden, weitere Probleme der Installation: Notdienst durch Haustechnik 24 h gewährleistet; bei Bedarf Anforderung der Notdienste der zuständigen Energieversorgung sowie Fachfirmen.

Fahrstuhlstörung: Behebung durch Haustechnik.

Ixvi. QS Notfallmanagement

Pflichtfortbildungen werden im jährlichen Fortbildungsplan festgeschrieben. Schulungen zum Notfallmanagement und Reanimationstraining bietet das Programm der innerbetrieblichen Fortbildung mehrmals jährlich an. Chefarzte und Pflegedienstleitung ermöglichen die Teilnahme am Training mindestens 1 x jährlich.

Um die praktische Umsetzung des NF-Managements zu überprüfen löst das CA-Sekretariat der Neurologie mindestens 6 x jährlich einen Notruf über das Telefon aus. Das Ergebnis wird im Protokoll dokumentiert und durch den CA der Neurologie mit Ärzten und Pflege besprochen.

Für das Vorgehen bei medizinischen und nichtmedizinischen Notfällen liegen schriftliche Anweisungen vor.

Diese aktuellen Dienstanweisungen, Standards, Verfahrensanweisungen, Formblätter sind im elektronischen Dokumentenmanagement-System „roXtra“ jederzeit für alle Mitarbeiter/-innen einsehbar.

4.8 Angaben zur Hygiene

Eine interdisziplinäre Hygienekommission findet quartalsweise statt, das entsprechende Protokoll wird ebenso dem zuständigen Landkreis zur Information gesandt.

Im Haus werden die Belange der Klinikhygiene zusätzlich durch einen Hygienebeauftragten Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin vertreten.

Es ist eine hauptamtliche Hygieneverantwortliche Schwester mit weitreichenden Befugnissen etabliert, die direkt dem ärztlichen Direktor unterstellt ist.

Regelmäßig finden Hygienebegehungen statt, Umgebungsuntersuchungen gemäß dem Jahresplan und Interne Audits.

Hygieneschulungen sind Pflichtveranstaltungen.

Ein entsprechender Hygieneplan liegt auf und wird in regelmäßigen Abständen gemonitort und bei Bedarf adäquat angepasst.

5. Dokumentation

Mit Anmeldung jedes Patienten erfolgt die Anlage einer Patienten- und einer Verwaltungsakte. In der Patientenakte werden sämtliche medizinische Unterlagen zunächst gesammelt und kurz vor der Aufnahme in der Klinik vom Pflegepersonal nach einem festgelegten System (Musterakte) einsortiert (Reha-Antrag, Vorbefunde, Arztberichte etc.). Angelegt werden die Verlaufskurve sowie der Pflegedokumentationsbogen, die zur Entlassung erforderlichen Formulare werden ebenso personalisiert und abgelegt.

Bei der Aufnahmeuntersuchung wird vom aufnehmenden Arzt die Verlaufskurve mit den erforderlichen medizinischen Daten versehen: Hauptdiagnose ggf. inklusive Stadieneinteilung, Nebendiagnosen, ggf. TNM-Klassifikation, Prognosefaktoren, die wichtigsten bisherigen Therapien, Allergien, Medikamente inkl. Infusionstherapien, Bedarfsmedikation und berufliche Belange wie Erwerbsstatus, Arbeitsfähigkeit etc. Auf der Rückseite werden die Funktionseinschränkungen, die Reha-Ziele und sofern möglich die sozialmedizinische Einschätzung dokumentiert.

Dem Pflegepersonal obliegt die Weiterführung der Tageskurve, der ärztliche Verlauf wird auf der Kurvenrückseite festgehalten.

Separat voneinander werden ein Verordnungsbogen sowie die Pflegedokumentation geführt.

Die Patienten erhalten sofort nach Anreise einen Therapieplan ausgehändigt, in dem die ersten Termine bereits festgehalten sind. Durch den aufnehmenden Arzt werden Diagnose und wichtige Informationen für die Therapeuten und der Name des behandelnden Arztes eingefügt. In dieses Therapieheft werden die wöchentlichen Therapiepläne eingheftet. Am Ende der Maßnahme wird dies zusammen mit allen Ausdrucken abgegeben, in die Patientenakte einsortiert und nach Entlassung archiviert.

Sämtliche erbrachten therapeutischen Leistungen werden mittels Dienstpläne der Therapeuten oder der Leistungserfassung erfasst und über die Schnittstelle zum Orbis im Entlassungsbericht dokumentiert. Auch die nicht durchgeführten / ausgefallenen / nicht in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen werden festgehalten und bei Relevanz im E-Bericht kommentiert.

6. Angaben zum Datenschutz

Ziel der Asklepios Fachklinik Fürstenhof ist es, die datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten und jeden einzelnen Betroffenen (Mitarbeiter, Patient usw.) davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird. Ferner gilt es, die Grundbedrohungen bei der personenbezogenen Datenverarbeitung abzuwenden und

- unbefugter Informationsgewinn (Verlust der Vertraulichkeit)
- unbefugte Veränderung und Information (Verlust der Integrität)
- unbefugte Beeinträchtigung der Funktionalität (Verlust der Verfügbarkeit)

auszuschließen.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Asklepios Fachklinik Fürstenhof sind aufgrund des § 5 BDSG auf das Datengeheimnis verpflichtet worden. Eine Verpflichtung ist nur dann sinnvoll, wenn dem Verpflichteten auch ihr voller Umfang transparent gemacht wird. Zur Gewährleistung der Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzes, sowie zur Sicherung der Daten u. a. gegen Verlust oder unbefugten Zugriff erhalten die Beschäftigten eine bedarfsgerechte Unterstützung (Datenschutzschulungen als Pflichtveranstaltung, Datenschutzhandbuch, aktuelle Informationen rund um den Datenschutz usw.).

Im Übrigen steht allen Beschäftigten und Patienten der betriebliche Datenschutzbeauftragte bei Rückfragen oder Beanstandungen zur Verfügung. Sei es, dass Sie sich als Betroffener in ihren Datenschutzrechten verletzt sehen, sei es, dass sonstige Fragen bei der Anwendung der Datenschutzvorschriften bzw. der hierzu ergangenen Regelungen auftreten.

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 bleiben“ betreibt die Asklepios Fachklinik Fürstenhof 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.

Ixvii. Qualitätssicherung (extern / intern)

Die Asklepios Kliniken Bad Wildungen sind seit 2007 durch die Gesellschaft Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) erfolgreich zertifiziert. Die letzte Verbund-Re-Zertifizierung erfolgte im Jahr 2016. Qualitätsmanager für die Region Nordhessen ist Herr Karsten Meyfarth.

In den kommenden Jahren ist eine Umstellung auf DIN ISO vorgesehen (konzernweit).

Die Asklepios Fachklinik Fürstenhof nimmt erfolgreich an dem QS-Verfahren der DRV-Bund sowie ergänzend an den Peer-Review-Verfahren teil.

Alle Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in den QM-Gremien thematisiert und erforderliche Maßnahmen abgeleitet. Die abgeleiteten Maßnahmen werden im entsprechenden Maßnahmenplan erfasst und an die Abteilungsleiter und Chefärzte entsprechend kommuniziert.

Quartalsweise werden die erfassten Dekubitalulcera und Stürze etc. ausgewertet und mit den jeweiligen Stationen besprochen. Daraus resultierende Maßnahmen werden dokumentiert. Nosokomiale Infektionen und MRSA werden abteilungsbezogen mit der intensiven Unterstützung durch die Hygiene-Abteilung erfasst und ausgewertet.

Die Asklepios Kliniken Bad Wildungen sind mit allen drei Kliniken flächendeckend mit allen Abteilung in das Konzernweite Asklepios-CIRS-Netz integriert und setzen das konzernweite CIRS-Konzept um. Die Klinik hat mit dem Asklepios Programm Patientensicherheit ein Bündel an Maßnahmen und Konzernstandards zur Erhöhung der Patientensicherheit etabliert: Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit werden umgesetzt. Safety First Meldungen werden zu klinikübergreifend relevanten CIRS Fällen als Warnhinweise an alle Mitarbeiter versendet. Es steht ein Asklepios Patientensicherheitsfilm zur Verfügung sowie Informationsmaterial für Patienten zur Patientensicherheit.

Die kontinuierliche Patientenbefragung wird monatlich ausgewertet und in einem Verteiler an alle Abteilungsleitungen und Chefärzte kommuniziert. Auftretende Beschwerden werden im Beschwerde-Analyse-Team thematisiert und entsprechende Korrekturmaßnahmen abgeleitet, welche anschließend im QM-Maßnahmenplan aufgenommen werden. Ein professioneller Beschwerdemanagementprozess ist über ein Beschwerdekonzert sichergestellt .Darüber hinaus beteiligt sich die Klinik 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 Rehabilitanden-/ Zufriedenheit, -Sicherheit, Organisationsqualität und med. Ergebnisqualität =4QD Reha. inkl. externer Rehabilitandenbefragung).
- Asklepios Reha-Bewertungssystem

Ixviii. 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, Therapie und Entlassung geregelt ist. Dabei hat für uns die Rehabilitandensicherheit in allen Prozessschritten oberste Priorität.

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.

Ixix. 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, werden in regelmäßigen Prüfzyklen aktualisiert und erneut freigegeben. Damit ist gewährleistet, dass alle Mitarbeiter mit aktuellen und gültigen Dokumenten arbeiten.

Ixx. 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.

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 erfolgt auf Basis von Schweregraden und Kategorien standardisiert. Rehabilitandenbefragungen werden kontinuierlich mittels standardisiertem Bewertungsbogen durchgeführt, jährlich ausgewertet und die Ergebnisse den Rehabilitanden und den Mitarbeitern kommuniziert.

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.

Ixxi. Fortbildung

Hausintern finden in regelmäßigen Abständen fachspezifische Fortbildungen der einzelnen Kliniken statt, die jedem offen stehen. Weiterhin werden Pflichtfortbildungen wie Brandschutz- und Notfallschulungen, Datenschutz- und Hygienefortbildungen sowie Fortbildungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz abgehalten.

Es gibt monatlich hausinterne Vorträge aus den Abteilungen für interessierte Mitarbeiter.

Ergänzend sind Schulungen in der Asklepios eigenen Fortbildungsakademie (IBF) möglich. Hierzu erstellt dieser einen jährlichen Fortbildungskatalog.

Freistellungen für sonstige Kongresse, Fort- und Weiterbildungen werden im Einzelfall beantragt. Für die Assistenzärzte ist die Teilnahme auch an externen Fortbildungen entsprechend ihres Ausbildungsstandes Pflicht.

8. Forschungsaktivitäten

Trifft nicht zu

9. Literaturverzeichnis

- ACCP/AACVPR Pulmonary Guideline Panel: Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidenz-Based Guidelines. In: Chest 1997; 112:1363-96.
- Ambrosino N: Pulmonary rehabilitation programs: Outcomes in patients with chronic-obstructive pulmonary disease. Disease Management & Health Outcomes. Vol. 10(9)(pp 535-542), 2002.
- American Thoracic Society/European Respiratory Society: Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med, Vol 173, S. 1390-1413, 2006.
- Bern/ MJ, Rejeski WJ, Adair NE, Zaccaro D: Exercise rehabilitation and chronic obstructive pulmonary disease stage. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160:1248-53.
- Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones RW, Wedzicha AJ: Longitudinal trends in exercise capacity and health status after pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Respir Med. 2003;97:173-80.
- Borg G: Anstrengungsempfinden und körperliche Aktivität. Dt. Ärzteblatt 101; A1016-1021,2004
- British Thorax Society: Pulmonary Rehabilitation. 2001

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 2006. ISSN 3-9807410-6-0. www.barfrankfurt.de
- Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Träger): Nationale Versorgungsleitlinie COPD, Langfassung, Version 1.2, Februar 2018, www.versorgungsleitlinien.de
- Bundesversicherung für Angestellte (2002): REHABILITATIONSBEDÜRFTIGKEIT UND INDIKATIONSÜBERGREIFENDE PROBLEMBEREICHE - Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der BfA. www.bfa.de
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2002): Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche - Leitlinien für den Beratungsärztlichen-Dienst der BfA. Paper, Internet: www.bfa.de
- Büsching N, Hilfiker R, Mangold F, Messmer G, Van Port E, Schädler S, Schefer M, Schenker M, Wettstein M, Van Wittenberge P: Assessments in der Rehabilitation. Band 3, Kardiologie und Pneumologie. Verlag Hans Huber 2008
- Celli BR, MacNee W; A TS/ERS Task Force: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004 Jun;23(6): 932-46.
- CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care Developed by The National Collaborating Centre for Chronic Conditions -Thorax 2004;59(Suppl I):1-232
- Fang E, Gerdes N, Jäckel WH, Foltert P, Klein K, Glattacker M: "Qualitätsprofile" von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 2003, 8: 191-204.
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien). Bundesanzeiger 2004; Nr. 63, S. 6769.
 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, April 2001; Update of the Management Sections, GOLD Website (www.goldcopd.com). Date updated: July 2003.
- Goldstein RS, Gort EH, Stubbing D, Avendano MA, Guyatt GH: Randomised controlled trial of respiratory rehabilitation. Lancet. 1994 Nov 19;344(8934):1394-7.
- Green RH, Singh SJ, Williams J, Morgan MD: A randomised controlled trial of four weeks versus seven weeks of pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2001; 56:143-5.
- Guell R, Casan P, Belda J, Sengenis M, Morante F, Guyatt GH, Sanchis J: Long-term effects of outpatient rehabilitation of COPD: A randomized trial. Chest. 2000 117:976-83.
- Halle M, Heitmann RH, Kenn K, Petro W, Schultz K: Bedeutung und Methodik von körperlichem Training bei COPD. Pneumologie 2008; 62: 1 - 17
- Heitmann RH: Aktiv am Leben teilhaben - trotz COPD. Pneumologische Reha verbessert die Alltagskompetenz. Der Hausarzt 2010; 14: 48 - 50
- Katsura H, Kanemaru A, Yamada K, Motegi T, Wakabayashi R, Kida K: Long-term effectiveness of an inpatient pulmonary rehabilitation program for elderly COPD patients: comparison between young-elderly and old-elderly groups. J Gen Intern Med. 2003;18:213-21.
- Lacasse Y, Woncj E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Gold stein RS: Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 1996;26;348(9035):1115-9.

- Lacasse, Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt GH, Goldstein RS, White Ji Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Laugsand LE et al.: Insomnia and the risk of incident heart failure. European Heart Journal. März 2013
- Löllgen H: Borg-Skala. Standards der Sportmedizin. Das Anstrengungsempfinden (RPE, Borg-Skala): Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 55: 299-300, 2004
- Lorenz J: Pneumologie, Checkliste. 3. Auflage, Thieme-Verlag, 2008
- Magnussen H, Herth F, Pfeifer M: Handbuch „PNEUMOLOGIE“ 2011/2012, Springer Medizin 2012
- NICE Guideline, Thorax 2004, 59: 39-130.
http://thorax.bmjournals.com/cgi/reprint/59/suppl_1/i39
- Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. Chest 1997 112(5) 1363-1396 und zusätzlich:
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom
 - 31. März 2004 in Kraft getreten am 1. April 2004
- Ries AL, Kaplan RM, Limberg TM, Prewitt LM: Effects of pulmonary rehabilitation on Physiology and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med. 1995; 122(11):823-32.
- Rutte R, Sturm S: Atemtherapie. Sehen, Verstehen, Üben, Anwenden. Springer-Verlag 2002
- Salm an GF, Mosier MC, Beasley BW, Calkins DR: Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomized controlled trials. J Gen Intern Med. 2003;18:213-21.
- Schultz K, Bergmann KC, Kenn K, Petro W, Heitmann RH, Fischer R, Lang SM: Effektivität der pneumologischen Anschlussrehabilitation (AHB). Deutsche Med. Wochenschrift 2006; 131: 1793-1798
- Schulz, Lang: Pneumologie 2007; 61:148-149 und K. Schulz, K-C. Bergmann, K. Kenn, (AHB) deutsche medizinische Wochenschrift 2006; 131:1793-1798)
- Sin DD, McAlister FA, Man SFP, Anthonisen NR: Contemporary Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Scientific Review. Journal of the American Medical Association. Vol. 290(17)(pp 2301-2312), 2003.
- Society for Medical Decision Making Committee on Standardization of Clinical Algorithms: Proposal for clinical algorithm Standards. In: Medical Decision Making, Vol.12, S. 149-154, 1992
- Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert-Koch-Institutes (RKI), Mai 2013
- Troosters T, Gosselink R, Decramer M: Short- and long-term effects of outpatient rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. Am J Med. 2000 Aug 15;109(3):207-12.
- VDR (1996): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Internet: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207036/publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf
- VDR (2000c): DRV-Schriften Band 21 „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung“.
- VDR (2001): Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung,(Hrsg. BfA).
- World Health Organization (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Publication, Geneva. Internet: who.int/classification.

- Worth, H. et. al: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), in: Pneumologie, 2002, 56, 704-738.
- Worth, H. R. Buhl, U. Cegla, et al: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). In: Pneumologie 2002, 56: 704-738.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (2001), Supplement 1, Das Leitlinien-Manual der AWMF und ÄZQ, Urban & Fischer

10. Abkürzungsverzeichnis

AACVPR	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
Abs.	Absatz
ACCP	Automatisierter externer Defibrillato
AED	American College of Chest Physicians
AGZ	Asklepios Gesundheitszentrum
AHA	American Heart Association
AHB	Anschlussheilbehandlung
AvD	Arzt vom Dienst
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
ATS	American Thoracic Society
BGA	Blutgasanalyse
BZGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BSG	Blutkörperchen Senkungsgeschwindigkeit
CIRS	Critical Incident Reporting System
CO ₂	Kohlenstoffdioxid
COPD	chronisch obstruktive Lungenkrankheit
CVVH	Kontinuierliche venovenöse Hämofiltration
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin
DIN	Deutsches Institut für Normung
DLCO	Diffusionskapazitätstest
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ERC	European Resuscitation Council
EKG	Elektrokardiogramm
EQS	Externe Qualitätssicherung Hamburg
ERS	European Respiratory Society
Etc.	et-cetera
ESBL	Extended-Spectrum Beta-Lactamasen
GE	General Electric
Ggf.	gegebenenfalls
GKP	Ganzkörperplethysmographie
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDF	Hämodiafiltration
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
IBF	Asklepios Fortbildungsakademie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPPB	Intermittierende Überdruckinhalation
ISO	Internationale Organisation für Normung
kg	Kilogramm
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LTOT	Sauerstoff-Langzeittherapie
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

MRT	Magnetresonanztomographie
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
MTLA	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent
MTRA	Medizinisch-technischer Radiologieassistent
MTT	Medizinisch-technische-Therapie
NIV	Nicht-invasive Beatmung
NYHA	New York Heart Association
PC	Personal Computer
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PEJ	Perkutane endoskopische Jejun
PKW	Personenkraftwagen
PMR	Progressive Muskel Relaxanz
PNP	Polyneuropathie
PTA	Pharmazeutisch-technischer Assistent
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch
Sog.	sogenannte(r)
SOP	Standard Operating Procedure
TV	Television
u.a.	unter anderem
UKGM	Universitätsklinikum Gießen-Marburg
WC	Water closet
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

11. Mustertherapiepläne

11.1 Diagnose: operiertes Bronchial-CA, Diabetes, Depression

	Anreizewoche/Einführungswoche (1. Woche)						volle Therapie-Woche						Entlassungs-Woche								
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO							
7.00-7.15			Blutentnahme														Blutentnahme				
7.15-7.30			EKG														EKG				
7.30-7.45			BMI/BGA									Schulung am Buffet					BMI/BGA				
7.45-8.00			Frühstück								Frühstück								Frühstück		
8.00-8.15			Frühstück								Frühstück								Frühstück		
8.15-8.30			Frühstück								Frühstück								Frühstück		
8.30-8.45			Frühstück								Frühstück								Frühstück		
8.45-9.00	Anreize	6-Min.-Gehtert	Erqatherapie	psychal. Gespräch	Bewegungsgruppe	freizeilige Angebote		psychal. Gespräch	Erqatherapie	6-Min.-Gehtert	OA Visite	Erqatherapie	Bewegungsgruppe	freizeilige Angebote	Lehrküche mit Einkaufstraining	Erqatherapie	6-Min.-Gehtert				
9.00-9.15		Bewegungsgruppe		OA Visite	MTT			psychal. Gespräch	Erqatherapie	6-Min.-Gehtert	OA Visite	Erqatherapie	Bewegungsgruppe				Erqatherapie	6-Min.-Gehtert			
9.15-9.30																	ärztliches Entlassungsgespräch				
9.30-9.45																					
9.45-10.00																					
10.00-10.15																					
10.15-10.30																					
10.30-10.45			Inhalationstherapie	Massage	Autogener Training			Autogener Training	Massage	Inhalationstherapie	Autogener Training	Massage				Massage	Inhalationstherapie				
10.45-11.00																					
11.00-11.15																					
11.15-11.30																					
11.30-11.45	Empfang			Sandbad oder Hydrazet		Terraintraining				Bewegungsgruppe			Terraintraining								
11.45-12.00																					
12.00-12.15																					
12.15-12.30																					
12.30-12.45																					
12.45-13.00																					
13.00-13.15	pflegerische Aufnahme	Atomgruppe	Entspannungstherapie	Atomgruppe				Atomgruppe	Entspannungstherapie	Atomgruppe	Atomgruppe	Entspannungstherapie			Atomgruppe	Entspannungstherapie	Atomgruppe				
13.15-13.30	Einführung Naturerztem																				
13.30-13.45																					
13.45-14.00																					
14.00-14.15	Aufnahmeuntersuchung ärztlich	Bewegungsbad		Qi-Gang	Erqatherapie	Bewegungsbad (freier Schwimmen)		Erqatherapie		Bewegungsbad	Erqatherapie				Erqatherapie						
14.15-14.30																					
14.30-14.45																					
14.45-15.00																					
15.00-15.15																					
15.15-15.30			Einführung Reha (CR)		Inhalationstherapie			Inhalationstherapie		Raucherentwöhnung	Inhalationstherapie				Inhalationstherapie	Raucherentwöhnung	Abreise				
15.30-15.45																					
15.45-16.00				Seminar: gesunde Ernährung					Seminar: Umgang mit Diabetes												
16.00-16.16																					
16.16-16.30																					
16.30-17.00																					
17.00-17.30	Hausführung																				
17.30-18.15																					

11.2 Diagnose: Asthma bronchiale, Adipositas, Hypertonie

	Anreizewoche/Einführungswoche (1. Woche)						volle Therapie-Woche						Entlassungs-Woche						
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI		
7.00-7.15			Blutentnahme EKG BMI/BGA													Blutentnahme EKG BMI/BGA			
7.15-7.30					Schulung am Buffet					Schulung am Buffet		Schulung am Buffet				Schulung am Buffet			
7.30-7.45																			
7.45-8.00			Frühstück								Frühstück								
8.00-8.15																			
8.15-8.30																			
8.30-8.45																			
8.45-9.00	Anreize	6-Min.-Gehtert	Erqatherapie	psychal. Gespräch	Bewe- gungs- gruppe			psychal. Gespräch		6-Min.-Gehtert	OA Virite	Erqatherapie	Bewe- gungs- gruppe			Erqatherapie	6-Min.-Gehtert		
9.00-9.15		Bewe- gungs- gruppe																	
9.15-9.30			OA-Virite		MTT					Sozialvirite							ärztlicher Entlassungs- gespräch		
9.30-9.45								MTT			MTT	Sandbad oder Hydrajet				Sandbad oder Hydrajet			
9.45-10.00																			
10.00-10.15																			
10.15-10.30			Inhalations- therapie	Massage	Autogener Training			Autogener Training	Lehrküche mit Einkaufs- training	Inhalations- therapie	Autogener Training	Massage			Lehrküche mit Einkaufs- training	Massage	Inhalations- therapie		
10.30-10.45																			
10.45-11.00																			
11.00-11.15																			
11.15-11.30	Empfang		Sandbad oder Hydrajet			Terrain- training				Bewe- gungs- gruppe			Terrain- training				Schulung am Buffet		
11.30-11.45																			
11.45-12.00			Mittagessen								Mittagessen								
12.00-12.15																			
12.15-12.30																			
12.30-12.45																			
12.45-13.00																			
13.00-13.15	pflegerische Aufnahme	Atmungs- gruppe	Entspannungs- therapie	Atmungs- gruppe				Atmungs- gruppe	Entspannungs- therapie	Atmungs- gruppe	Atmungs- gruppe	Entspannungs- therapie			Atmungs- gruppe	Entspannungs- therapie	Atmungs- gruppe		
13.15-13.30	Einführung Naturfrystom																		
13.30-13.45																			
13.45-14.00																			
14.00-14.15	Aufnahme- untersuchung ärztlich	Bewe- gungs- bad	Qi-Gang	Erqatherapie				Erqatherapie	MTT	Genusstraining	Erqatherapie	Qi-Gang			Erqatherapie	Qi-Gang			
14.15-14.30																			
14.30-14.45																			
14.45-15.00																			
15.00-15.15																			
15.15-15.30		Einführung Reha (CR)			Inhalations- therapie			Inhalations- therapie		Bewe- gungs- bad	Inhalations- therapie				Inhalations- therapie	Paucher- entwöhnung	Abreize		
15.30-15.45																			
15.45-16.00					Seminar: gesunde Ernährung				Seminar: Hypertonie, Teil 1										
16.00-16.16																			
16.16-16.30																			
16.30-17.00																			
17.00-17.30	Haarführung																		
17.30-18.15			Abendessen								Abendessen								

11.3 Diagnose: COPD, Koronare Herzkrankheit

	Anreizwoche/Einführungswoche (1. Woche)						volle Therapie-Woche						Entlassungs-Woche									
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI					
7.00-7.15			Blutentnahme EKG														Blutentnahme EKG					
7.15-7.30			BMI/BGA		Schulung am Buffet					Schulung am Buffet		Schulung am Buffet					BMI/BGA					
7.30-7.45																						
7.45-8.00			Frühstück								Frühstück									Frühstück		
8.00-8.15			Frühstück								Frühstück									Frühstück		
8.15-8.30			Frühstück								Frühstück									Frühstück		
8.30-8.45			Frühstück								Frühstück									Frühstück		
8.45-9.00		Anreise	6-Min.-Gehtert	Erqatherapie	psychal. Gespräch	Bewe- gungs- gruppe	freiwillige Angebote	psychal. Gespräch	Lehrküche mit Einkaufs- training	6-Min.-Gehtert	OA-Virite	Erqatherapie	Bewe- gungs- gruppe	freiwillige Angebote	Lehrküche mit Einkaufs- training	Erqatherapie	6-Min.-Gehtert					
9.00-9.15	Bewe- gungs- gruppe																					
9.15-9.30																						
9.30-9.45																						
9.45-10.00																						
10.00-10.15																						
10.15-10.30																						
10.30-10.45			Inhalations- therapie	Massage	Autogener Training		freiwillige Angebote	Autogener Training	Lehrküche mit Einkaufs- training	Inhalations- therapie	Autogener Training	Massage		Lehrküche mit Einkaufs- training	Massage	Inhalations- therapie						
10.45-11.00																						
11.00-11.15																						
11.15-11.30																						
11.30-11.45		Empfang		Sandbadeder Hydrajet		Terrain- training	freiwillige Angebote		Lehrküche mit Einkaufs- training	Bewe- gungs- gruppe		Terrain- training	freiwillige Angebote				Schulung am Buffet					
11.45-12.00																						
12.00-12.15			Mittagessen								Mittagessen									Mittagessen		
12.15-12.30			Mittagessen								Mittagessen									Mittagessen		
12.30-12.45			Mittagessen								Mittagessen									Mittagessen		
12.45-13.00			Mittagessen								Mittagessen									Mittagessen		
13.00-13.15		pflegerische Aufnahme	Atomgruppe	Entspannungs- therapie	Atomgruppe		Bewe- gungsbad (freier Schwimmen)	Atomgruppe	Entspannungs- therapie	Atomgruppe	Atomgruppe	Entspannungs- therapie		Bewe- gungsbad (freier Schwimmen)	Atomgruppe	Entspannungs- therapie	Atomgruppe					
13.15-13.30		Einführung Natriumzytom																				
13.30-13.45																						
13.45-14.00																						
14.00-14.15		Aufnahme- untersuchung ärztlich	Bewe- gungs- bad		Erqatherapie		Bewe- gungsbad (freier Schwimmen)	Erqatherapie	MTT	Raucher- entwöhnung	Erqatherapie		Bewe- gungsbad (freier Schwimmen)	Erqatherapie								
14.15-14.30				Qi-Gang								Qi-Gang										
14.30-14.45																						
14.45-15.00																						
15.00-15.15																						
15.15-15.30			Einführung Reha(CO)		Inhalations- therapie		Bewe- gungsbad (freier Schwimmen)	Inhalations- therapie		Bewe- gungs- bad	Inhalations- therapie		Bewe- gungsbad (freier Schwimmen)	Inhalations- therapie	Raucher- entwöhnung		Abreise					
15.30-15.45				Seminar: Koronare Herzkrankheit, Teil 1																		
15.45-16.00																						
16.00-16.16																						
16.16-16.30																						
16.30-17.00																						
17.00-17.30		Haarführung																				
17.30-18.15			Abendessen								Abendessen									Abendessen		