



Asklepios Helenenklinik

**Fach- und Rehabilitationsklinik für Urologie mit Uro-Gynäkologie,
Orthopädie, Nephrologie und Innere Medizin** Version 2.0

0. Medizinisches Konzept Asklepios Helenenklinik

0.1 Deckblatt

Name der Einrichtung: Asklepios Helenenklinik

Fach- und Rehabilitationsklinik für Urologie mit Uro-Gynäkologie, Orthopädie, Nephrologie und Innere Medizin

Datum der Erstellung: 01.03.2018

Version: 2.0

Verfasser: Chefarzt Dr. med. Olaf Sawal

Facharzt für Urologie, ZB Sozialmedizin

Vorhandene Indikationen

- Indikationsgruppe 4
Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Indikationsgruppe 5
Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Indikationsgruppe 8
Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwege und Prostata
- Indikationsgruppe 10
Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen

0.2 Kontaktdaten

Asklepios Helenenklinik

Laustrasse 35

34537 Bad Wildungen

Tel.: +49 (0) 5621 85-0

Anmeldung: +49 (0) 5621 85-3315

Fax: +49 (0) 5621 85-3402

E-Mail: helenenklinik.badwildungen@asklepios.com

www.asklepios.com/badwildungen

Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias auf dem Brinke

Geschäftsführung: Marc Reggentin

Pflegedienstleitung: Jutta Wagner

Ärztliche Leitung der Einrichtung: Dr. med. Olaf Sawal

Träger: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Hamburg

0.3 Inhaltsverzeichnis

0.	Medizinisches Konzept Asklepios Helenenklinik	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.....	9
2.1	Räumliches Angebot	9
2.2	Medizinisch-technische Ausstattung.....	11
2.3	Personelle Besetzung	12
2.4	Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden	14
2.5	Organisation der Verpflegung	14
3.	Medizinisch konzeptionelle Grundlagen	15
3.1	Indikationen / Kontraindikationen	15
3.2	Rehabilitationsziele	21
3.3	Abteilungsspezifische Therapieausrichtung.....	26
3.4	Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation	30
4.	Rehabilitationsablauf	31
4.1	Aufnahmeverfahren.....	31
4.2	Rehabilitationsdiagnostik	33
4.3	Das interdisziplinäre Reha-Team.....	34
4.4	Ärztliche Aufgaben	35
4.5	Behandlungselemente	37
4.5.1	Therapeutische Bereiche mit Aufgaben und Angeboten	37
4.5.2	Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	46
4.5.3	Gesundheitstraining, Motivation und Patientenschulung.....	47
4.5.4	Einbeziehung der Angehörigen.....	49
4.6	Entlassungsmanagement	49
4.7	Notfallmanagement	50
4.8	Angaben zur Hygiene	54
5.	Dokumentation.....	55
6.	Angaben zum Datenschutz.....	56
7.	Qualitätssicherung.....	57
8.	Literaturverzeichnis	59
9.	Abkürzungsverzeichnis	61
10.	Mustertherapieplan	63

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 beträgt 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 für Herz-/Kreislaufkranke, die bei richtiger Anwendung unterstützend in der Therapie wirken und damit der Gesundheit dienen.

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 steht in unmittelbarer Kliniknähe mit einer eingeschränkten Platzzahl zur Verfügung.

ii. Historie der Einrichtung

Als erstes Krankenhaus moderner Prägung wurde das „Kurkrankenhaus Helenenheim“ am 23.06.1890 an seinem neuen Standort Brunnenallee 32 durch den damaligen Erbprinzen Friedrich zu Waldeck und Pyrmont eingeweiht worden. Namenspatronin war die Mutter des Erbprinzen, Fürstin Helene. Die Errichtung des Gebäudes erfolgte federführend auf Betreiben des damaligen Stadtpfarrers Lau, nachdem der Vorgängerbau am Breiten Hagen der durch die Einführung der Bismarckschen Sozialgesetze verursachten deutlichen Zunahme der Patientenzahlen nicht mehr gewachsen war.

Bei in der Folge weiterem stetigem Anstieg der Patientenzahlen, die sich vor allem wegen operativer Maßnahmen durch die sich etablierende und letztendlich weltweit bekannte Wildungen Blasen- und Nieren-Spezialchirurgie vorstellten, wurde auch die Kapazität des Helenenheimes rasch überschritten, eine Erweiterung am Standort war technisch nicht möglich, das „zweite Helenenheim“ wurde als Neubau zwischen Brunnenallee und Nordstrasse (jetzt Laustrasse) am 13.09.1903 eingeweiht. Während Altbau und Erdgeschoß des Neubaus zur Versorgung von „Versicherungskranken“ dienten, wurden im ersten Stock des Neubaus weiterhin „Heilstättenpatienten“ versorgt. 1929 erfolgte die Erweiterung der Anlage durch Anbau sowie Neubau des benachbarten „Dr.-Winkhaus“ Baus.

Am 30.06.1943 wurde die Auflösung des „Armen- und Krankenhauses Helenenheim“ und Übernahme durch die Stadt Bad Wildungen als Träger vollzogen. Während das „Stadtkrankenhaus“ immer mehr für die Versorgung von Akutpatienten der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickelt wurde, erhielt der Rehabilitationssektor als städtisches Kurheim nach passagerer Unterbringung im „Dr.-Winkhaus-Bau“ sein neues Gebäude 1964 am Standort Laustrasse 35 direkt gegenüber dem Akuthaus.

Errichtet wurde der erste Bauabschnitt der „Kurklinik Helenenheim“ im Bauhausstil. Bis zum Beginn des Jahres 2000 folgten zwei weitere Bauabschnitte, hierdurch erhielt die inzwischen im Asklepios-Konzern beheimatete Klinik als „Asklepios Helenenklinik“ ihr aktuelles, äußeres Erscheinungsbild.

Die Helenenklinik bildet eine GmbH mit der 2004 neu errichteten Asklepios Stadtklinik, im Altbau der Stadtklinik ist jetzt unter anderem das Asklepios Gesundheitszentrum untergebracht.

iii. Heutige Struktur der Rehabilitations-Fachabteilungen

Die Asklepios Helenenklinik ist eine traditionsreiche Fach- und Rehabilitationsklinik für Urologie, Orthopädie, Nephrologie, Urogynäkologie und Innere Medizin mit 140 Betten. Die Klinik im großzügigen Bad Wildunger Kurbezirk befindet sich unmittelbar gegenüber der Asklepios Stadtklinik in der Nähe von Europas größtem Kurpark, direkt am Gelände der Landesgartenschau 2006. In diesem traditionsreichen Haus werden modernste Diagnose und Therapieverfahren eingesetzt, um die besonderen Therapieleistungen zu ermöglichen.

Des Weiteren besteht eine direkte Anbindung an die Asklepios Fachklinik Fürstenhof, mit der regelmäßig fachlicher Austausch erfolgt.

Als Alleinstellungsmerkmal der Klinik sehen wir die in dieser Form nach unserer Kenntnis einmalige Nähe und Anbindung zur benachbarten Asklepios Stadtklinik. Zudem werden alle Rehabilitanden in unserer Klinik rein fachärztlich betreut.

1.2 Zur Fachabteilung

iv. Federführer, Verträge mit anderen Kostenträgern

Ein Basisvertrag nach § 21 SGB IX mit der DRV Hessen und der DRV Nord besteht.

Die federführende DRV für die Asklepios Helenenklinik ist die DRV Hessen. Die Helenenklinik hat Zulassungen nach § 111 SGB V zur Behandlung und Rehabilitation der folgende Erkrankungen:

Versorgungsverträge

- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 3 § SGB V (Bestandsschutz)
- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 § SGB V für medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)
- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 § SGB V für medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V)
- Belegungsvertrag gemäß § 15, § 31 SGB VI i.V. m. § 21 SGB IX

Ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 SGB V existiert zwischen der Barmer Ersatzkasse Landesgeschäftsstelle Hessen, der Asklepios Kliniken GmbH in Königstein/Taunus als Träger der Asklepios Klinik Lich sowie den Rehabilitationseinrichtungen Asklepios Helenenklinik, Asklepios Burgseeklinik/Bad Salzungen und Asklepios Hirschpark Klinik/Alsbach-Hähnlein.

v. AHB-Zulassungen – Indikationsgruppen

Die Klinik ist mit eigenen Fachärzten in der Lage, alle Anschluss-Rehabilitationen und Heilverfahren auf urologischem, urogynäkologischem, orthopädischem, nephrologischem und internistischem Sektor durchzuführen.

Die hierzu notwendigen modernen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen stehen zur Verfügung. Die Versorgung von Dialyse-Rehabilitanden ist möglich.

Die enge Zusammenarbeit mit der Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen, einem Akutkrankenhaus der mittleren Versorgungsstufe, und der Asklepios Fachklinik Fürstenhof

(Rehabilitationsklinik für Neurologie, Kardiologie, Psychosomatik, Pulmologie) eröffnet weitere zusätzliche Möglichkeiten.

- Indikationsgruppe 4
Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Indikationsgruppe 5
Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Indikationsgruppe 8
Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwege und Prostata
- Indikationsgruppe 10
Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen

vi. Kooperationen intern mit anderen Fachabteilungen und extern

Im Rahmen einer sowohl medizinischen als auch ökonomisch sinnvollen, durchgängigen Behandlungskette kooperiert die Asklepios Helenenklinik mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hervorzuheben ist hier insbesondere die Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen, die – neben der Sicherstellung der kompletten Grundversorgung – auch über eine zertifizierte Weaning-Station, Heimbeatmungsstation, ein akkreditiertes Schlaflabor, eine spezialisierte Abteilung für multimodale Schmerztherapie sowie eine Pneumologische Frührehabilitation verfügt.

Zudem bestehen Partnerschaften mit dem Asklepios Gesundheitszentrum (AGZ) Bad Wildungen als kompetenter Anbieter für Gesundheitsleistungen im Bereich Haus- und Fachärzte sowie der Asklepios Fachklinik Fürstenhof, welche ebenfalls Rehabilitationsleistungen vollbringt, und das Leistungsspektrum der Fachkliniken vor Ort optimal ergänzt. Zudem besteht eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum Gießen-Marburg (UKGM) und dem Klinikum Kassel.

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 der mehrstöckigen Gebäude mit den Patientenzimmern sind mit Fahrstühlen zu erreichen. Liegend- und Bettentransporte sind per Aufzug möglich.

Rehabilitanden mit Seh-/Hörbehinderung können nach vorheriger Absprache im Bedarfsfall aufgenommen werden, ggf. mit Begleitperson (z.B.: Gebärdensprachdolmetscher).

Die Rehabilitanden wohnen in gemütlichen Zimmern mit großzügiger Ausstattung. In allen Zimmern sind Dusche/WC, TV und Telefon vorhanden. Ein Großteil der Zimmer verfügt zudem über einen Balkon oder eine Terrasse.

Wir heißen auch Begleitpersonen oder andere Gäste in unserem Haus willkommen, die zusammen mit dem Rehabilitanden oder alleine in Appartements wohnen können.

Die Mitaufnahme von Kindern als Begleitpersonen ist ebenso möglich. Die Betreuung der Kinder ist über eine externe Einrichtung gewährleistet.

viii. Risikopatienten/besondere Ausstattung im Bedarfsfall

Die folgende Ausstattung für bestimmte Risiko-Patienten (z. B. mit Adipositas oder neuromuskulären Erkrankungen) ist teils vorhanden oder wird bei Bedarf durch Leihstellungen (z. B. Rahmenverträge für Leasing-/Leihverhältnis) von externen Anbietern kurzfristig beschafft:

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

Schwerlastbetten (max. 225 kg) und Wechseldruckmatratzen werden individuell angefordert.

ix. Angebote Nachsorge, Prävention

Zusammen mit dem Rehabilitanden sollte, sofern sich während der Rehabilitation die Notwendigkeit einer Rehabilitationsnachsorge ergeben hat, spätestens in der Entlassungsphase ein konkreter Nachsorgeplan erarbeitet und die Nachsorgeziele sowie hierfür erforderlichen Strategien schriftlich festgehalten werden. Dieser dient einerseits dem Informationstransfer an den Nachbehandler, andererseits soll er die Motivation des Rehabilitanden fördern, die in der Rehabilitation eingeleiteten Maßnahmen oder Lebensstiländerungen fortzuführen. Zu dem Zweck sollte er neben den üblichen Angaben zur Person und Diagnose alle weiteren Schritte und Hinweise enthalten, die der betroffene Rehabilitand vor Ort benötigt, um die vorgesehenen

Nachsorgeangebote nutzen zu können. Zusätzlich werden konkrete Maßnahmen benannt, wie z.B.:

- Trainingsprogramme und Übungsprogramme (Sportart, Rehabilitationssport, Funktionstraining, Nichtrauchertraining, Entspannungstraining und andere)
- Interventionsprogramme (zum Beispiel zum Suchtmittelkonsum)
- Beratungsangebote (zum Beispiel zur Ernährung, Gewicht, psycho-soziale Problemkonstellationen) und Selbsthilfeaktivitäten (diverse indikationsbezogene Selbsthilfegruppen).

Die Teilnahme an speziellen Nachsorgemaßnahmen wird bei entsprechender Indikation seitens der Klinik vorbereitet. Klärung einer möglichen Hilfsmittelversorgung (z. B. spezielle Hilfsmittel bei Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung), Vermittlung von Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen und Aushändigung entsprechender Informationsmaterialien, Hilfestellung bei der Organisation einer weiterführenden Psychotherapie (Liste von Therapeuten), Aushändigung von Arbeitsmaterialien aus den verschiedenen Gruppenangeboten usw.

In Abhängigkeit davon, welche Ergebnisse während der Rehabilitation erzielt werden konnten, muss insbesondere in der Entlassungsphase gemeinsam mit dem Rehabilitanden abgeklärt werden, ob er direkt im Anschluss an die Rehabilitation wieder im bisherigen zeitlichen Umfang an seinem Arbeitsplatz tätig sein kann. Dabei gilt es, die physische und psychische Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, wie sie sich nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation darstellt, mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes

abzugleichen. Sofern sich Diskrepanzen zwischen der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden und den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes ergeben, ist gemeinsam mit dem Rehabilitanden und gegebenenfalls unter Einbeziehung des Betriebes oder des Betriebsarztes nach Möglichkeiten zu suchen, wie die berufliche Wiedereingliederung, vorrangig am bisherigen Arbeitsplatz, unterstützt werden kann.

Nach länger andauernder, schwerer Krankheit kann es zum Beispiel sinnvoll sein, durch eine stufenweise Wiedereingliederung im Sinne von § 28 SGB IX den Rehabilitanden wieder an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Die stufenweise Wiedereingliederung wird dann von der Rehabilitationseinrichtung detailliert vorbereitet beziehungsweise eingeleitet. Bei Betrieben, die über ein strukturiertes betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Absatz 2 SGB IX verfügen, kann die Beteiligung des betrieblichen Integrationsteams eine Handlungsoption darstellen. Haben sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Anhaltspunkte dafür ergeben, dass für eine voraussichtlich erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen erforderlich sind, müssen entsprechende Anregungen im Entlassungsbericht nachvollziehbar begründet und dokumentiert werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die bisherige Arbeit nur mit Einschränkungen der Arbeitsgestaltung oder Arbeitsorganisation verrichtet werden könnte.

Berufsorientierte Elemente der medizinischen Rehabilitation sind bei Bedarf auch in der Reha-Nachsorge fortzusetzen. Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie sollten auf die jeweiligen Anforderungen am Arbeitsplatz zugeschnitten werden, psychologische Gruppenangebote auf problematische Situationen im Betrieb oder am Arbeitsplatz eingehen. Beratung kann die Rehabilitanden dabei unterstützen, trotz gegebenenfalls noch bestehender Krankheitsfolgen weiter ihre bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

Mit dem Rehabilitanden wird ein Abschlussgespräch geführt, dabei werden nochmals die Belastungsparameter eruiert und das weitere ambulante Prozedere wie z.B. weitere Medikation, ärztliche Vorstellung beim Hausarzt und Facharzt besprochen.

Zeitgerecht werden die Entlassungsbriefe für die weiter betreuenden Ärzte fertiggestellt, bei Notwendigkeit wird dem Patient bei der Entlassung ein Exemplar der Epikrise übergeben. Der Entlassungsbericht wird zumeist noch am Entlassungstag diktiert und innerhalb von 7 Werktagen verschickt. Falls Röntgen-Aufnahmen hier durchgeführt wurden, werden die Aufnahmen entweder als Print oder auf CD zur Einsicht nach Hause mitgegeben.

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

Jeder Rehabilitand ist in einem gemütlichen und ruhigen Einzelzimmer mit üblicher Hotelausstattung (Bett, Tisch, Stuhl, Schrank, Bad, Fernseher) untergebracht. Alle Zimmer verfügen über Dusche, WC und Kabel-TV-Anschluss. WLAN und Fernsehen sind für alle Rehabilitanden kostenlos.

Darüber hinaus stehen in ausreichender Anzahl und Größe Therapieräume sowie freundliche Aufenthaltsbereiche (z. B. Speisesaal, Fernsehraum, Kunst- und Kreativraum, Freizeiträume mit Brettspielen usw.) zur Verfügung. Die behindertengerechte Erreichbarkeit der Räume ist gewährleistet, Türen und Durchgänge sind rollstuhlgerecht ausgestattet. In allen Zimmern und Therapieräumen ist eine Notrufanlage vorhanden. Auf dem gesamten Klinikgelände sowie im Gebäude besteht Rauch- und Alkoholverbot.

Jeder Arzt und Psychologe der Abteilung verfügt über ein eigenes Büro. Darüber hinaus befinden sich in der Klinik ein großer Vortragsraum sowie ein Seminarraum, die entsprechend dem Belegungsplan genutzt werden können. Zur Durchführung der Sport- und Bewegungstherapie stehen ein Bewegungsbad bzw. Schwimmbad mit Hebelift (16x7 m, Wassertiefe 1,36 m) sowie eine Sport- bzw. Gymnastikhalle (220 qm) und ein Ruheraum (30 qm) im Haus selbst zur Verfügung.

Des Weiteren befinden sich in der Klinik Funktionsräume für Krankengymnastik sowie eine umfangreiche Bäderabteilung.

Die Klinik hält darüber hinaus einen MBOR-Raum vor.

Folgende Funktionsräume stehen in der Asklepios Helenenklinik zur Verfügung. Die Klinik verfügt über ausreichende Sanitäreinrichtungen.

EKG-Raum	9,4	qm
Sonographieraum	23,8	qm
Uro-Behandlungsraum (Cystoskopie)	23,8	qm
Labor	12,7	qm
Kraftraum/Physiotherapie	256	qm
Bäderabteilung		
Wassertretbecken	27,2	qm
UV- Therapieraum	18,4	qm
Massageräume	70	qm
Inhalationsraum	10,6	qm
Arm-und Fussbäder	27,2	qm
Sitzbäder	36	qm
Fango/Psammo-Therm	100	qm
Wannenbäder	194	qm
Ruheraum	49	qm
Turnhalle	200	qm
Umkleide/WC/Duschen	45	qm
Schwimmbad	220	qm

Umkleide/WC/Duschen

34,9 qm

In den Räumlichkeiten der Bäderabteilung findet statt:

Manuelle Lymphdrainage

- Großbehandlung
- Teilbehandlung
- Entstauungsbandage

Massagen

- Klassische Massage
- Bindegewebe-Massage
- Colonmassage
- Fußreflexzonen Massage
- Bürstenmassage

Elektrotherapie

- Biofeedbacktherapie
- Interferenzströme
- Niederfrequenztherapie
- Ultraschallbehandlung

Wärmetherapie

- Psammo Therm
- Naturfango
- Rotlicht
- Heißluft
- Heiße Rolle

UV-Behandlung

Hydrotherapie

- Arm/Fußbäder aufsteigend
- Kohlensäurebäder
- Wechselgüsse
- Vollbäder mit Zusätzen
- 2- oder 4-Zellenbäder
- Wassertreten

In der nahegelegenen Asklepios Stadtklinik kann folgende Funktionsdiagnostik genutzt werden:

Invasive Diagnostik

- Digitalisierter Linksherzkatheter-Meßplatz / Koronarangiographie
- Angiographie / Angio-Suite
- Rechtsherzkatheter-Meßplatz

Nicht invasive Diagnostik

- Computertomographie
- Röntgen
- Farbdoppler-Echokardiographie
- Oesophagusechokardiographie / TEE
- Voll digitalisierte Streß-Echokardiographie
- EKG

- High-End Langzeit-EKG (Spektralanalyse, Poincare-Analyse, ST-Streckenanalyse, QT-Analyse)
- Hochverstärktes EKG (Spätpotentiale)
- EKG-Telemetrie
- Nicht lineare EKG-Auswertung
- Angiologie
- Digitalisierte Angio-Suite
- Farbcodierte Duplex-Sonographie
- Farbcodierte CW-Doppler
- Schwarz-Weiß-Doppler
- Lichtphletysmographie
- Oszillometrie
- Langzeit-RR
- MESAM
- Spirometrie
- Oxymetrie/Blutgasanalyse
- Perkutane Sauerstoffpulsmessung
- Klinisch-chemisches Labor

Aktuell beträgt die Plankapazität 140 Betten.

Empfangen werden die Rehabilitanden in einer zentralen Rezeption mit einladender Lobby.

2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Zur somatischen Diagnostik stehen in der Asklepios Fachklinik Fürstenhof folgende Diagnostikgeräte zur Verfügung:

Indikationsbezogene Basisdiagnostik:

- Labor
- Blutdruckmessung
- Ruhe-EKG

Zusatzdiagnostik:

- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Farbdopplersonographie,
- Sonographie (Echokardiographie, Dopplersonographie, Abdomensonographie)
- Diagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen
- Notfallkoffer, Defibrillator, Sauerstoffflasche

Für eine effiziente urologische Rehabilitation zusätzlich:

- Urodynamischer Messplatz
- Cystomanometrie
- Urethradruckprofil
- Urethrocystoskopieplatz
- Sonographieplatz mit 3,5 und 5 MHz-Sonde, Dopplersonographie/Duplex
- Uroflowmetrie
- Blutgasanalyse

- Labordiagnostik
- Verfügbarkeit von Krankenzimmern mit Krankenhausbett, Notrufanlage in jedem Zimmer

Weitere Diagnostik:

- durch Kooperation mit der unmittelbar anliegenden Asklepios Stadtklinik gewährleistet
- Dialysezentrum vor Ort

2.3 Personelle Besetzung

x. Konzeptorientierter Basis-Soll-Stellenplan

Der Basisstellenplan orientiert sich an den Vorgaben der DRV, mit einer Auslastung von 100 %, ausgehend von möglichen 140 Betten.

Indikation: Onkologie/Urologie/Orthopädie

Berufsgruppen	Anzahl/140
Ärzte	8,4
Psychologen	1,75
Pflegepersonal	11,9
Physiotherapeut, Diplom-Sportlehrer Sportlehrer/Bewegungstherapeut, Masseur	8,4
Diät-Assistent/Ökotrophologe	1,4
Sozialarbeiter	1,4
Ergotherapeut	1,4
MTLA/MTRA/med.Laborant/Arzthelfer	2,0
Arztsekretär/Schreibkraft	2,5

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

Als ärztliche Leitung fungiert Dr. med. Olaf Sawal. Hr. Dr. Sawal ist Facharzt für Urologie, Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung für Sozialmedizin.

Die Vertretung wird durch Hr. Dr. med. Christoph Keschull gewährleistet, Facharzt für Urologie mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, Fellow of the European Board of Urology

(FEBU) sowie Weiterbildung in medikamentöser Tumortherapie. Besondere Fachkompetenz im Bereich der Allgemein- sowie der Inneren Medizin steuert Dr. Thorsten Gaidzik, Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierung in Krankenhaushygiene, ABS-Experte bei.

Die orthopädische Kompetenz wird durch einen Kooperationsvertrag mit der lokal ansässigen BAG gewährleistet.

xii. Qualifikationen der sonstigen Ärzte und therapeutischen Berufsgruppen

Chefarzt: FA für Urologie, ZB Sozialmedizin

Ärzte (exkl. Leitung):

2 Oberärzte, FÄ für Urologie, davon 1 FA mit ZB Sozialmedizin

2 Kooperationsärzte, FÄ für Orthopädie, Sportmedizin, Röntgendiagnostik, Chirotherapie, Notfallmedizin

Psychologen

- Diplom-Psychologen, approbierte Psychotherapeuten, zus. Fachkrankenschwester Intensivpflege

Pflege

- Examiniertes Pflegefachpersonal, tw.mit Stomaversorgung Weiterbildung, Pain Nurse und Medizinische Fachangestellte

Therapeuten

- Physiotherapeuten
- Sportlehrer und Bewegungstherapeuten
- Masseur
- Ergotherapeut
- Diät-Assistent

Sonstige

- Diplom-Sozialarbeiter, Arzthelfer

Ein weiterer Vorteil des bestehenden Klinikverbundes in Bad Wildungen aus einer Akut-Klinik mit angeschlossenem Facharzt-Zentrum und 2 Rehabilitationskliniken liegt in der Möglichkeit bei Bedarf fachdisziplin-übergreifend Konsiliarärzte mit in das Behandlungskonzept der Rehabilitanden von Beginn an einzubinden.

Folgende Fachgebiete sind vertreten: Kardiologie, Neurologie, Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Urologie, Nephrologie / Dialyse-Zentrum, Ernährungsmedizin Nuklearmedizin, Augenheilkunde und Augen-Diagnostik-Zentrum, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Lungenheilkunde, Diabetologie, Dermatologie.

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 montags bis samstags im Haus. Vertretung ist auf fachlicher Ebene gesichert, kurzfristige Ausfälle können in Kooperation kompensiert oder durch gleichwertige Leistungen ersetzt werden. Dies gilt berufsgruppenübergreifend.

2.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

Die Therapiezeiten sind montags bis freitags von 08.00 bis 12:00 und 13:00 bis 17:00 Uhr und samstags von 08:00 bis 12:00 Uhr. Selbständiges Trainieren (MTT oder Bewegungsbad) ist darüber hinaus zu den ausgewiesenen Öffnungszeiten, auch an den Wochenenden, möglich.

Die Organisation und Planung der 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 Therapedisposition vornehmen lassen. Therapieveränderungen werden innerhalb der Visiten vorgenommen, können aber auch in Absprache zwischen Arzt und Therapeut erfolgen.

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 und praktisch in den Lehrkücheneinheiten angeleitet, eine ausgewogene Ernährung auch zu Hause weiter fortzuführen.

3. Medizinisch konzeptionelle Grundlagen

3.1 Indikationen / Kontraindikationen

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeits- oder Funktionsstörungen oder einer drohenden, oder bereits manifesten Beeinträchtigung über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um o.g. Fähigkeits- und Funktionsstörungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Individuelle Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation

Für eine medizinische Rehabilitation muss der Rehabilitand neben den medizinischen Voraussetzungen über individuelle Voraussetzungen verfügen, wie die erforderliche Mobilität und physische sowie psychische Belastbarkeit.

Der Rehabilitand sollte üblicherweise fähig sein, sich selbständig auf Stationsebene zu bewegen und zu orientieren. Bei vorbekannter Infektion mit multiresistenten Erregern ist eine Keimsanierung vor Antritt der Maßnahme indiziert.

Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege und Stomaversorgung sowie das Vorhandensein noch nicht abgeheilter Wunden stellen hingegen keine Kontraindikation dar.

Ausschlusskriterien für eine medizinische Rehabilitation/Gegenanzeigen

Von einer Rehabilitation ist abzusehen, wenn

- die Schädigungen und Funktionsstörungen durch eine Rehabilitation nicht ausreichend beeinflusst werden können (negative Rehaprognose)
- komplette Pflegebedürftigkeit besteht und der Betroffene somit nicht an den vorgesehenen Anwendungen teilnehmen kann (Rehaziele nicht erreichbar)
- keine aktive Mitarbeit erwartet werden kann, da eine Änderung des Status quo vom Rehabilitanden nicht gewünscht wird („Rentenbegehren“, keine Rehamotivation)
- keine medizinische Notwendigkeit für die Maßnahme gesehen werden kann (Rehabilitationsbedarf/-indikation fehlt)

Gegenanzeigen:

Die Struktur der Klinik bedingt es, dass Kranke mit organischen Psychosen, psychotischen Erregungszuständen, akuter Suizidalität und sozialen Auffälligkeiten, die das Zusammenleben in einer therapeutischen Gemeinschaft gefährden, nicht aufgenommen werden können. Das gilt auch für Alkohol- bzw. Drogenabhängige, wenn die Abhängigkeit nicht im Rahmen übergeordneter psychischer Störungen auftritt.

xv. Rehabilitationsdiagnosen der Hauptindikationen nach ICD 10 GM

A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens

C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C49.9	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62	Bösartige Neubildung des Hodens
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
D17.7	Gutartige Neubildung des Fettgewebes an sonstigen Lokalisationen
D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus
D30.0	Gutartige Neubildung: Niere
D35.0	Gutartige Neubildung: Nebenniere
D36.9	Gutartige Neubildung an nicht näher bezeichneter Lokalisation
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
E74.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels
E85.4	Organbegrenzte Amyloidose
E88.8	Sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen
E88.9	Stoffwechselstörung, nicht näher bezeichnet
F64.0	Transsexualismus
G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.10	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I77.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung
J94.2	Hämatothorax
K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis
K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän

K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion
K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.4	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess
K62.3	Rektumprolaps
K66.0	Peritoneale Adhäsionen
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K81.0	Akute Cholezystitis
K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas
M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthritiden: Mehrere Lokalisationen
M06.99	Chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M10.09	Idiopathische Gicht: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M15.9	Polyarthrose, nicht näher bezeichnet
M16	Koxarthrose
M17	Gonarthrose
M18.9	Rhizarthrose, nicht näher bezeichnet
M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikulär-, Schulter-, Sternoklavikulärgelenk]
M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus
M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen
M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich
M43.17	Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich
M47.20	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.8	Sonstige Spondylose
M47.80	Sonstige Spondylose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich
M47.99	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M48.00	Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich
M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich
M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich
M48.09	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung
M51.3	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibendegeneration
M53.1	Zervikobrachial-Syndrom
M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich
M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert
M54.10	Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich
M54.13	Radikulopathie: Zervikothorakalbereich
M54.15	Radikulopathie: Thorakolumbalbereich
M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich
M54.2	Zervikalneuralgie
M54.5	Kreuzschmerz
M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen
M84.15	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N02.3	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen
N03.0	Chronisches nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N03.3	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N04.2	Nephrotisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N04.3	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N05.0	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N08.5	Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet
N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose
N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose
N13.6	Pyonephrose
N17	Akutes Nierenversagen
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet
N18	Chronische Nierenkrankheit
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
N20	Nieren- und Ureterstein

N28.1	Zyste der Niere
N30.1	Interstitielle Zystitis (chronisch)
N30.2	Sonstige chronische Zystitis
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet
N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]
N39.42	Dranginkontinenz
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
N40	Prostatahyperplasie
N41.1	Chronische Prostatitis
N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet
N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess
N80.1	Endometriose des Ovars
N80.9	Endometriose, nicht näher bezeichnet
N81.1	Zystozele
N81.6	Rektozele
Q61.3	Polyzystische Niere, nicht näher bezeichnet
Q61.9	Zystische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Q76.0	Spina bifida occulta
R39.1	Sonstige Miktionsstörungen
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet
R53	Unwohlsein und Ermüdung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12
S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S37.1	Verletzung des Harnleiters
S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
S42.9	Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet
S68.9	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand, Höhe nicht näher bezeichnet
S72	Femurfraktur
S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris
S82.6	Fraktur des Außenknöchels
S82.82	Trimalleolarfraktur
S83.0	Luxation der Patella
T07	Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen
T08.0	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A.
T12.0	Fraktur der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A.
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
Z43.6	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
Z96.65	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese

xvi. Benennung der 3 häufigsten Reha-Diagnosen

Code	Name
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose

xvii. Mitbehandelbare Nebendiagnosen

In der Klinik können alle Erkrankungen, die den Rehabilitanden derart beeinträchtigen, dass er sich in die Klinikgemeinschaft nicht integrieren oder Handlungsanweisungen nicht befolgen kann, nicht behandelt werden. Dazu zählen auch Fremd- oder Eigengefährdung, sofern die Eigengefährdung über ein gewisses Maß an autodestruktiven Handlungen hinausgeht und beispielsweise in einen Suizid münden könnte. Als Eigengefährdung ist außerdem die zeitliche und räumliche Desorientiertheit einzustufen. Diese Ausschlusskriterien treffen vor allem für Erkrankte mit Psychosen und psychotischen Erregungszuständen zu.

Die Behandlungsdauer wird unsererseits individuell angepasst. Eine Modifikation erfolgt abhängig von der Prognose bezüglich der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Erscheint die Reha-Prognose ungünstig und ist unsererseits die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung abgeschlossen, kann es in Absprache mit dem Rehabilitanden auch zu einer Verkürzung der Rehabilitationsmaßnahme kommen. Liegt jedoch eine günstige Reha-Prognose vor und ist mit der Wiederherstellung bzw. dem Erhalt der Leistungsfähigkeit zu rechnen, ist auch eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme möglich, wenn der bewilligte Zeitraum nicht ausreicht, um das übergeordnete Rehabilitationsziel zu erreichen.

Dermatologische Erkrankungen können durch die Möglichkeit der konsiliarischen Mitbetreuung der Pat. durch eine Dermatologin mitbehandelt werden. Es besteht zum Beispiel für die Behandlung der Psoriasis die apparative Ausstattung der Klinik für eine Phototherapie (UV-A Behandlung), die eine Therapieempfehlung der „Leitlinie der Therapie der Psoriasis vulgaris“ (AWMF) ist. Wir kombinieren die Therapie mit einer Sole-Behandlung (Totes-Meer-Salz-Bad), die laut Studie (Brockow et. al) das Ansprechen der UV Behandlung erhöht. Diese Studie erfüllt ebenfalls das Einschlusskriterium der Leitlinie (Leitlinie der Therapie der Psoriasis vulgaris).

xviii. Angabe der Kontraindikationen, Ausschlusskriterien

Von einer Rehabilitation ist abzusehen, wenn

- die Schädigungen und Funktionsstörungen durch eine Rehabilitation nicht ausreichend beeinflusst werden können (negative Rehaprognose)

- komplette Pflegebedürftigkeit besteht und der Betroffene somit nicht an den vorgesehenen Anwendungen teilnehmen kann (Rehaziele nicht erreichbar)
- keine aktive Mitarbeit erwartet werden kann, da eine Änderung des Status quo vom Rehabilitanden nicht gewünscht wird („Rentenbegehren“, keine Rehamotivation)
- keine medizinische Notwendigkeit für die Maßnahme gesehen werden kann (Rehabilitationsbedarf/-indikation fehlt)

Die Struktur der Klinik bedingt es, dass Kranke mit organischen Psychosen, psychotischen Erregungszuständen, akuter Suizidalität und sozialen Auffälligkeiten, die das Zusammenleben in einer therapeutischen Gemeinschaft gefährden, nicht aufgenommen werden können. Das gilt auch für Alkohol- bzw. Drogenabhängige, wenn die Abhängigkeit nicht im Rahmen übergeordneter psychischer Störungen auftritt.

3.2 Rehabilitationsziele

Die verschiedenen Sozialgesetzbücher enthalten übergreifend gültige Bestimmungen für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Das SGB IX regelt hierbei die „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Das übergeordnete Ziel besteht darin, dass behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen erhalten, um ihre Selbstständigkeit und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Nach § 2 Absatz 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation regelt Kapitel 4 SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Kapitel 5 SGB IX, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen Kapitel 6 SGB IX sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft Kapitel 7 SGB IX. Darüber hinaus gehende trägerspezifische Bestimmungen sind im SGB III (Arbeitsförderung), SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB IV (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) niedergelegt.

Ausgehend von diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen soll der Rehabilitand (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) anzusehen sind.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch:

- Vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Aktivitäten und der Teilhabe
- Größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Funktion bzw. Aktivität und der Teilhabe
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation)
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation)

Rehabilitationsziele werden auch durch den Träger der Rehabilitationsmaßnahme bestimmt. Die Krankenversicherung zielt darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mindern. Die Rentenversicherung sowie die Alterssicherung der

Landwirte hat zum Ziel, Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbstätigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. In der Unfallversicherung besteht das Ziel der Rehabilitation darin, den durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mindern, den Rehabilitanden auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Somit stehen in der Rehabilitation die Überwindung von Krankheitsfolgen bei chronischen Erkrankungen sowie die Reduktion der damit verbundenen Funktionseinschränkungen sowie die Verbesserung der Teilnahme am Arbeitsplatz und im Alltag im Zentrum der Behandlung. Die stationäre Rehabilitation setzt Rehabilitationsfähigkeit (ausreichende Motivation und Belastbarkeit) voraus.

Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose des Rehabilitanden bestimmt. Entsprechend der ICF-Klassifikation werden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, Schädigung, Beeinträchtigungen der Aktivität, Beeinträchtigung der Teilhabe sowie Kontext und Risikofaktoren in der Therapieplanung berücksichtigt. Somit spielt bei der Festlegung der Rehabilitationsziele die medizinische Diagnose eher eine untergeordnete Rolle, vielmehr werden die mit der Erkrankung im Zusammenhang stehenden Funktionsbeeinträchtigungen in den Fokus gerückt.

Konkrete Rehabilitationsziele könnten bezogen auf Schädigungen und Funktionsfähigkeit beispielsweise folgende sein:

- Förderung der Wahrnehmung eigener Anteile in Konfliktkonstellationen z. B. im Arbeitsbereich zur Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens
- Psychoedukation, Steigerung der Außenbezüge, des Aktivitätsniveaus, Stabilisierung der Stimmung sowie Förderung der Konzentrationsfähigkeit bei depressiven Störungen
- Erarbeitung eines Störungsmodells, Vermittlung eines Therapierationalen bei Expositionsverfahren, Reduktion von Vermeidungsverhalten, Differenzierung der Affektwahrnehmung sowie Steigerung der Konfliktfähigkeit bei Angststörungen

Konkrete Rehabilitationsziele könnten bezogen auf Beeinträchtigung der Aktivität beispielsweise folgende sein:

- Verbesserung der Mobilität und Wegefähigkeit
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Selbstwirksamkeit
- Förderung von Stressbewältigungsstrategien
- Reduktion von Beeinträchtigungen im beruflichen Bereich
- Verbesserung der sozialen Integration

Konkrete Rehabilitationsziele könnten bezogen auf Beeinträchtigung der Teilhabe beispielsweise folgende sein:

- Verbesserung sozialer Beziehungen (z. B. im beruflichen oder familiären Bereich)
- Förderung der Teilhabe in Gruppen (z. B. Freundeskreis, Vereinen, Kirche, Selbsthilfegruppen)

Konkrete Rehabilitationsziele könnten bezogen auf Kontext- und Risikofaktoren beispielsweise folgende sein:

- Umweltfaktoren (physikalische, soziale, einstellungsbezogene Umwelt) den entsprechenden Bedürfnissen des Rehabilitanden anpassen (z. B. Barrierefreiheit)
- Personenbezogene Faktoren (z. B. Ausbildung, Lebensstil, Gewohnheiten, Denk- und Verhaltensmuster) verändern

Kontextfaktoren können einen günstigen Einfluss auf Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen haben. Diese gilt es deshalb, möglichst früh zu erkennen und als Ressourcen und Stärken in der Rehabilitation zu nutzen. Bei negativen Kontextfaktoren hingegen gilt es, diese zu reduzieren bzw. zu beseitigen.

xix. Gesetzliche Grundlagen, trägerspezifische Reha-Ziele

Die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation ist ein wichtiges Ziel, auf das während der Durchführung der Leistung von der Rehabilitationseinrichtung gemeinsam mit dem Rehabilitanden hingewirkt werden muss. Für die Einrichtung bedeutet dies, dass sie die physische und psychische Leistungsfähigkeit mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes beziehungsweise mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes abzugleichen hat. Eine Arbeitsplatzanamnese ist deshalb unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Insoweit bietet es sich an – unter Berücksichtigung der Regelungen zum Sozialdatenschutz – zu Beginn oder während der Leistung Kontakt mit dem Betrieb oder dem Betriebsarzt aufzunehmen, um zu klären, ob und gegebenenfalls welche berufsbezogenen beziehungsweise arbeitsplatzbezogenen Belastungen vorliegen und welche diesbezüglichen Aspekte im Rahmen der Rehabilitation zu berücksichtigen sind. Von Bedeutung sind diese Feststellungen insbesondere für die Planung und Gestaltung berufsbezogener Elemente der medizinischen Rehabilitation, wozu Arbeitsplatzanalyse und Arbeitsplatzberatung, arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik, berufs-spezifische Belastungserprobung und gegebenenfalls Arbeitstherapie, arbeitsbezogene und berufsbezogene Trainingstherapie sowie Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen zu rechnen sind. Bei dieser Thematisierung berufsbezogener und arbeitsplatzbezogener Aspekte ist auch die Arbeitsmotivation des Rehabilitanden mit einzubeziehen.

Ergeben sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Anhaltspunkte dafür, dass für die berufliche Wiedereingliederung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt sind, ist dies mit dem Rehabilitanden zu besprechen und der Reha- Fachberater der Rentenversicherung beziehungsweise der Berufshelfer oder Reha- Manager der Unfallversicherung bereits während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu beteiligen. Bei schwerbehinderten Menschen könnte auch eine Beteiligung der Integrationsämter oder Integrationsfachdienste (§§ 109 folgende SGB IX) hilfreich sein. Vorrangiges Ziel muss es dabei sein, den Rehabilitanden zu befähigen, weiter seiner bisherigen Tätigkeit nachgehen zu können.

In Abhängigkeit davon, welche Ergebnisse während der Rehabilitation erzielt werden konnten, muss insbesondere in der Entlassungsphase gemeinsam mit dem Rehabilitanden abgeklärt werden, ob er direkt im Anschluss an die Rehabilitation wieder im bisherigen zeitlichen Umfang an seinem Arbeitsplatz tätig sein kann. Dabei gilt es, die physische und psychische Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, wie sie sich nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation darstellt, mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes abzugleichen. Sofern sich Diskrepanzen zwischen der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden und den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes ergeben, ist gemeinsam mit dem Rehabilitanden und gegebenenfalls unter Einbeziehung des Betriebes oder des Betriebsarztes nach Möglichkeiten zu suchen, wie die berufliche Wiedereingliederung, vorrangig am bisherigen Arbeitsplatz, unterstützt werden kann. Nach länger andauernder, schwerer Krankheit kann es zum Beispiel sinnvoll sein, durch eine stufenweise Wiedereingliederung im Sinne von § 28 SGB IX den Rehabilitanden wieder an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Die stufenweise Wiedereingliederung muss sodann von der Rehabilitationseinrichtung detailliert vorbereitet beziehungsweise eingeleitet werden. Bei Betrieben, die über ein strukturiertes Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Absatz 2 SGB IX verfügen, kann die Beteiligung des betrieblichen Integrationsteams eine Handlungsoption darstellen. Haben sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

Anhaltspunkte dafür ergeben, dass für eine voraussichtlich erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen erforderlich sind, müssen entsprechende Anregungen im Entlassungsbericht nachvollziehbar begründet und dokumentiert werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die bisherige Arbeit nur mit Einschränkungen der Arbeitsgestaltung oder Arbeitsorganisation verrichtet werden könnte.

Berufsorientierte Elemente der medizinischen Rehabilitation sind bei Bedarf auch in der Reha-Nachsorge fortzusetzen. Sporttherapie, Bewegungstherapie und Physiotherapie sollten auf die jeweiligen Anforderungen am Arbeitsplatz zugeschnitten werden, psychologische Gruppenangebote auf problematische Situationen im Betrieb oder am Arbeitsplatz eingehen. Beratung kann die Rehabilitanden dabei unterstützen, trotz gegebenenfalls noch bestehender Krankheitsfolgen weiter ihre bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

Die Asklepios Helenenklinik sieht in der beruflichen Wiedereingliederung einen Schwerpunkt im Rahmen des rehabilitativen Ansatzes. Die Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten der großen Unternehmen im regionalen Umfeld hat daher hohe Priorität. Die Betriebsärzte können die Rehabilitationsbedürftigkeit schon frühzeitig erkennen und mit Zustimmung des Arbeitnehmers Leistungen zur Teilhabe, insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, anregen und durch Erstellung eines Befundberichts unterstützen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass allein die post-stationäre sozialmedizinische Beurteilung im üblichen Reha-Abschlussbericht für die Betriebsärzte oft wenig hilfreich für die konkrete Einschätzung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz ist. Eine konsequente Ausrichtung der Therapie- und Rehabilitationsziele an die individuellen Bedürfnisse sowie an den Anforderungen des persönlichen Arbeitsplatzes sowie ein direkter, standardisierter Informationsaustausch zwischen den Betrieben und der Rehabilitationseinrichtung ist hier wünschenswert. Vorbildfunktion hat hier das Konzept „Jobreha“, welches unter Beteiligung von Großunternehmen, Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen für orthopädische Krankheitsbilder entwickelt wurde.

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

Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) hat sich in der Rehabilitation der Terminus „Funktionale Gesundheit“ etabliert. Dieser bezieht sich sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen/Körperstrukturen, Aktivitäten sowie Teilhabe (Partizipation).

Das Gesundheitsproblem ist vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) zu sehen und als dynamisches Modell zu sehen, in dem sich die einzelnen Komponenten beeinflussen.

- **Körperfunktionen:** In der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen entspricht dies weitgehend dem psychopathologischen Befund
- **Aktivitäten:** Dazu zählen beispielsweise Beeinträchtigungen im Umgang mit Stress oder Störungen in der Kommunikation
- **Teilhabe:** Beispielhaft sei hier für den Bereich Psychosomatik die Unfähigkeit, vor anderen zu sprechen oder die Unfähigkeit, das Haus alleine zu verlassen, angeführt
- **Kontextfaktoren:**

- Umweltfaktoren: dazu zählen beispielsweise Personen, in deren Begleitung der Rehabilitand das Haus verlassen kann (Unterstützung und Beziehungen)
- Personenbezogene Faktoren: z. B. Alter, Geschlecht, Vorgeschichte

Grundlagen der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen:

- Rehabilitationsdiagnostik auf Basis des ICF
- Rehabilitationsziel(e) und der davon abzuleitende Rehabilitationsplan
- Umsetzung des Rehabilitationsplanes und regelmäßige Überprüfung
- Dokumentation (Ziele, Verlauf, besondere Ereignisse)

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

Auf der Grundlage des beschriebenen bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses leitet sich das multimodale Behandlungskonzept ab, das wissenschaftlich begründete somato-medizinische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Komponenten beinhaltet. Der somato-medizinische Bereich beinhaltet neben ärztlichen Behandlungen auch physikalische und sporttherapeutische Anwendungen. Unser soziotherapeutisches Angebot behandelt Fragen wie z. B. berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, Umgang mit dem Arbeitsamt, Rechte und Pflichten als Arbeitnehmer. Das Psychotherapeutische Angebot unterstützt dabei die Krankheitsverarbeitung, insbesondere bei onkologischen Erkrankungen

xxii. Partizipative Vereinbarung von Therapiezielen mit dem Rehabilitanden

Da jeder Rehabilitand mit seiner ganz individuellen Problematik zu uns kommt, erstellen wir auch für jeden Rehabilitanden einen individuellen multimodalen Therapieplan, der aktuell gültige störungsspezifische und störungsübergreifende somato-medizinische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Komponenten enthält.

Jeder Rehabilitand hat einen Bezugsarzt, der für die Therapieplanung zuständig ist, die somatische und psycho-soziale Anamnese erhebt, Einzel- und Abschlussgespräche führt und erster Ansprechpartner ist. Bei diesem Facharzt laufen alle relevanten Informationen über den Rehabilitanden aus den verschiedenen Therapien zusammen. Hierdurch ist gewährleistet, dass trotz der durch das multimodale Behandlungskonzept bedingten Vielzahl der am therapeutischen Prozess Beteiligten die gesamte Behandlung dennoch 'in einer Hand' liegt. Der Bezugsarzt wird durch regelmäßigen Austausch mit den Teamleitern und dem Chefarzt sowie durch Teambesprechungen und Supervision unterstützt.

Während des gesamten stationären Aufenthaltes wird die aktive Mitarbeit der Rehabilitanden gefordert und gefördert. Dies beinhaltet die gemeinsame Erarbeitung der individuellen Problematik, die ausführliche Information des Rehabilitanden über seine Erkrankung, die gemeinsame Festlegung der Therapieziele, die gemeinsame Therapieplanung und die Vorbereitung auf den außerklinischen Lebensraum.

Die Therapiestandards orientieren sich an den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften.

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

xxiii. **Schwerpunkte und indikationsspezifische Besonderheiten, therapeutische Grundlagen**

Rehabilitation urologischer Erkrankungen

- Indikationsgruppen 8:
Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata sowie
- Indikationsgruppen 10:
Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen

In der urologischen Abteilung werden Rehabilitanden mit bösartigen Erkrankungen von Nieren, ableitenden Harnwegen, Blase, Penis, Prostata und Hoden sowie Rehabilitanden mit Inkontinenz (ohne vorausgehende Tumorerkrankung), Harnsteinleiden oder Z.n. großen urologischen Eingriffen bei benigner Indikation behandelt.

Der typische urologische Patient erreicht die AHB-Klinik mit noch bestehenden Defiziten, die aus der Primärerkrankung erwachsen sind: Inkontinenz, Impotenz, sekundär heilende Wunde, zum Teil ausgeprägte Ödeme nach Lymphadenektomie, wie sie nach operativen Eingriffen mehr oder weniger ausgeprägt bei vielen Rehabilitanden beobachtet werden können, bzw. bei internistischen Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Dehydration oder Hyperhydratation, Herzrhythmusstörungen, jodinduzierte Hyperthyreose, entgleister diabetischer Stoffwechsellage, usw.

In einem interdisziplinären Ansatz werden die bestehenden körperlichen und seelischen Defizite definiert und, nach Erstellung eines individuell abgestimmten Therapieplanes, therapiert.

Die Betreuung des Rehabilitanden durch einen Facharzt für Urologie während der gesamte Rehamassnahme ist, bei urologischen Erkrankungen, unerlässlich. Insbesondere die Behandlung der Inkontinenz und der erektilen Dysfunktion nach Operationen an der Prostata und der Harnblase erfordern stetige fachärztliche Präsenz. In der Helenenklinik arbeiten ausschließlich Fachärzte. Zusätzlich ist die Erfahrung der Therapeuten im Bereich des Kontinenztrainings und der begleitenden Therapien, wie zum Beispiel die Biofeedbacktherapie, unabdingbar. Spezielle Ausbildung des Pflegepersonals zur Versorgung von Uro-Stomata und Unterstützung beim sterilen Einmalkatheterismus nach Pouch-Operationen, sind weitere Kriterien für die Durchführung von AHB Maßnahmen urologischer Erkrankungen ausschließlich in Fachkliniken.

Durch den Facharztstatus in der Helenenklinik ist die Betreuung der Rehabilitanden durch einen Urologen während des gesamten Aufenthaltes gewährleistet. Die jahrzehntelange Erfahrung der Therapeuten führt zu einem Höchstmaß an Effektivität des Trainings und lässt einen Therapiererfolg mit möglichst schneller Wieder-eingliederung ins Berufsleben (bei Rehabilitanden im berufsfähigen Alter) und in das soziale Umfeld (bei Rehabilitanden im Rentenalter) erwarten.

Rehabilitation urogynäkologischer Erkrankungen

Die räumliche Nähe der inneren weiblichen Geschlechtsorgane zum harnableitenden System führt sehr häufig zur Notwendigkeit uro-gynäkologischer Kooperation. Verletzungen der Ureteren und der Harnblase sind typische Komplikationen bei gynäkologischen Eingriffen, nicht nur im Rahmen der Tumorchirurgie. Bei ausgedehnten gynäkologischen Tumoren im Bereich des kleinen Beckens gehört die (zumindest) vordere Exenteration mit zeitgleicher Zystektomie zu den heutigen Standardoperationen. Selbstverständlich besteht in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Schaffung einer adäquaten Harnableitung (Neoblase,

katheterisierbarer Pouch (Mainz-Pouch I), Sigma-Rektum-Pouch (Mainz-Pouch II) oder Ileumconduit) mit der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer intensiven urologischen Mitbetreuung.

Unsere Klinik hat sich daher auf die Rehabilitation von Folgeschäden nach gynäkologischen Behandlungen gutartiger und bösartiger Erkrankungen spezialisiert

Typische Komplikationen nach gynäkologischen Therapien sind Wundheilungsstörungen, muskuläre Imbalance, Sensibilitätsstörungen, Lymphödeme, Schmerzen im Wundgebiet, Inkontinenz oder Hyperkontinenz, Probleme mit Stomaversorgung, insbesondere aber auch psychische Belastungszustände nach als verstümmelnd empfundenen, meist das Selbstgefühl und die Sexualität beeinflussenden Eingriffen.

Die Behandlung der Folgezustände entspricht auf physischem und psychischem Gebiet den im Kapitel „Urologische Erkrankungen“ skizzierten physiotherapeutischen und psychologischen Konzepten inklusive Ergotherapie und Sozialberatung. Zur Vermeidung von Redundanzen innerhalb dieses Konzeptes wird auf eine erneute dezidierte Auflistung bewusst verzichtet und auf die Abschnitte 5.3.1 bis 5.3.2 verwiesen.

Auch die gynäkologische Diagnostik und Therapie hat weitgehende Überschneidungen mit den oben geschilderten Massnahmen, der Urethrocystoskopieplatz ermöglicht selbstverständlich auch die vaginale Untersuchung und ggf. Behandlung (Wechsel Scheidentamponade, etc.) in Steinschnittlage bei Bedarf.

In der Asklepios Stadtklinik steht zudem die komplette Diagnostik- und Operationsmöglichkeit für größere Interventionen zur Verfügung.

Rehabilitation orthopädischer Erkrankungen

- Indikationsgruppe 4
Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen

Zur Darstellung der Konzepte und Maßnahmen in der Rehabilitation orthopädischer Rehabilitanden stellen wir exemplarisch die Regelungen des Vertrages zur integrierten Versorgung vor. Die Behandlung der nicht innerhalb dieses Vertrages geführten Rehabilitanden (Rentenversicherer und sonstige Krankenkassen) ist weitgehend in Äquivalenz zu sehen und wird in diesem Gesamtkonzept der Asklepios Helenenklinik zur Vermeidung von Redundanzen nicht explizit aufgeführt.

Ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 SGB V existiert zwischen der Barmer Ersatzkasse Landesgeschäftsstelle Hessen, der Asklepios Kliniken GmbH in Königstein/Taunus als Träger der Asklepios Klinik Lich sowie den Rehabilitationseinrichtungen Asklepios Helenenklinik, Asklepios Burgseeklinik/Bad Salzungen und Asklepios Hirschpark Klinik/Alsbach-Hähnlein.

Die Aufnahmeuntersuchung der TEP-Rehabilitanden erfolgt am Aufnahmetag in die Rehabilitation.

Anamnese mit Eigenanamnese und spezieller orthopädischer Anamnese sowie Stuserhebung (Körperliche Allgemeinuntersuchung und orthopädischer Lokalstatus)

Lokalbefund:

- Gangbild, Hilfsmittel (Unterarmgehstützen, Rollator), Beinlänge, Umfangdifferenzen, Beschreibung der Wundverhältnisse (Wunde reizlos, trocken oder noch bestehende Entzündungszeichen z.B. Rötung, Überwärme, Wundumgebung, Hämatom, Fremdmaterial noch in situ oder schon entfernt).
- Bewegungsmaße nach der Neutral-0-Durchgangsmethode

Vorbefunde wie Epikrise aus der orthopädisch-unfallchirurgischen vorbehandelnden Akutklinik werden bei der Erstellung der Aufnahme-Untersuchung und Therapie-Festlegung adäquat genutzt.

Die Abteilungen werden bei jedem Rehabilitanden fachgerecht informiert, mündlich bzw. schriftlich.

Bei Besonderheiten werden die Therapie bzw. die Pflege schon bei der Aufnahmeuntersuchung hinzugezogen.

Der Verordnungsplan wird am Aufnahmetag der Terminierung zur Erstellung des Behandlungsplanes in digitaler Form übergeben.

Der Behandlungsplan kann hierdurch den Rehabilitanden üblicherweise bereits am Aufnahmetag ausgehändigt werden, Spätanreisen erhalten den Plan am Folgetag.

Bei Rehabilitanden mit reduzierter Compliance werden auch Hilfeleistungen durch die Pflege in Anspruch genommen. Dies bezieht sich z.B. auf ergotherapeutische Behandlungsziele wie Anziehungstraining.

Rehabilitation Nephrologischer Erkrankungen

- Indikationsgruppe 8:
Krankheiten der Niere

Die Asklepios Kliniken Bad Wildungen bieten ein derartiges multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm seit vielen Jahren erfolgreich an. Hier werden die nephrologischen Rehabilitanden von der Asklepios Helenenklinik als Rehabilitationseinrichtung, in Zusammenarbeit mit dem Nieren- und Hochdruckzentrum Bad Wildungen (mit angeschlossener Dialyseabteilung), der internistischen Abteilung der Asklepios Stadtklinik (kardiologisch, gastroenterologisch, diabetologisch) und bei Bedarf der neurologischen Abteilung der Asklepios Fachklinik Fürstenhof betreut.

Die Rehabilitation kann in allen Stadien der Erkrankung erfolgen. Durch den Anschluss an das in Nieren- und Hochdruckzentrum Bad Wildungen können auch Rehabilitanden mit Hämodialyse aufgenommen werden. Die Therapien werden den Dialysezeiten angepasst. Ziel sollte aber ein Heilverfahren im möglichst frühen Stadium sein, um die Folgen der chronisch fortschreitenden Erkrankung zu mildern und die Eigenverantwortung des Rehabilitanden im Umgang mit dem Nierenleiden zu fördern.

Im interdisziplinären Team aus Ärzten, PsychologInnen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Ernährungsberaterinnen erhalten die Rehabilitanden individuelle medizinische, psychologische und physiotherapeutische Behandlungen, sowie diätetische, soziale und berufliche Beratung.

Rehabilitation Internistischer und Onkologischer Erkrankungen

- Indikationsgruppe 5:
Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
sowie:
- Indikationsgruppe 10:
Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen

Die Helenenklinik betreut gastroenterologische Patienten und Patienten nach Operationen an den Verdauungsorganen, insbesondere auch mit onkologischen gastrointestinalen Tumoren, regelmäßig als Anschlussheilbehandlung. Da auch alle weiteren Voraussetzungen, wie z. B. Stomatherapeuten, Pflegepersonal, Diätassistenten, Physiotherapeuten und Psychologen, sowie auch die Möglichkeit der medikamentösen

Tumorthherapie (Dr. Keschull) gegeben sind, ist einer qualitativ hochwertige, fachspezifische Betreuung dieser Patienten in vollem Umfang gewährleistet.

Die Probleme der Rehabilitanden nach Operationen des Gastrointestinaltraks sind klassischerweise: Wundheilungsstörungen, muskuläre Imbalance, Sensibilitätsstörungen, Lymphödeme, Schmerzen im Wundgebiet, Probleme mit Stomaversorgung, Stuhlunregelmäßigkeiten/Darmmotilitätsstörungen, Malabsorption, insbesondere aber auch hier psychische Belastungszustände nach Krebsdiagnose.

Ein interdisziplinärer Therapieansatz unter Einbeziehung insbesondere der Ernährungsberatung und des psychologischen Dienstes versteht sich bei der Komplexität der Erkrankungsbilder von selbst.

Besonders die Veränderung der Darmmotilität, der Stuhlbeschaffenheit und der Absorptionseigenschaften des Gastrointestinaltraks mit der Notwendigkeit einer unter Umständen lebenslangen Beachtung einer geeigneten Diät sowie begleitender Medikation inklusive Substitution (Pankreasenzyme, Insulin, Vitamine, Eisen, etc.) setzt eine dezidierte Beratung und Schulung der Betroffenen voraus.

Wie bereits im Vorfeld geschildert lebt die Rehabilitation aus der Interdisziplinarität mit dem Versuch der maximalen Einbeziehung des Rehabilitanden in den Rehabilitationsprozess. Die einzelnen Folgezustände werden dabei von den weiter oben genannten Abteilungen in Abhängigkeit ihrer Ausprägung und Bedeutung für die Gesamtkonstellation behandelt, zur Vermeidung von Redundanzen innerhalb dieses Gesamtkonzeptes wird auf eine erneute Auflistung verzichtet.

Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR)

siehe gesondertes Konzept

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

Ziele und Maßnahmen der Rehabilitation werden von den am Reha-Prozess beteiligten Mitarbeitern immer mit dem Rehabilitanden abgesprochen. Im Team aus Ärzten, Psychologen, Pflegenden und Therapeuten werden interdisziplinär alle Reha-Schritte koordiniert und bei Bedarf angepasst. Mit Zustimmung des Rehabilitanden können die Angehörigen in die Rehabilitationsplanung mit eingebunden werden.

Durch den fachübergreifenden Aufbau des Konzeptes ist eine größtmögliche Ausschöpfung des medizinischen Spektrums erreichbar.

Die Rehabilitanden werden gemeinsam von Nephrologen des Nieren- und Hochdruckzentrums, den Internisten und Diabetologen (DDG) der Stadtklinik, den Fachärzten der Helenenlinik und den Neurologen des Fürstenhofes betreut, wobei dem Rehabilitanden während des gesamten Aufenthaltes ein betreuender Arzt als Ansprechpartner und Koordinator zur Seite steht.

Optimale Einstellung des Blutdruckes und des Blutzuckers sind elementare Grundlagen der Nierenprotektion. Die Behandlung der renalen Anämie ist, genauso wie die durch die renale Osteopathie bedingten Beschwerden von Seiten des Stützapparates, möglich. Die

Neurologen werden bei Polyneuropathie hinzugezogen. Dabei können sämtliche diagnostische Möglichkeiten der beteiligten Abteilungen genutzt werden.

Das Ausmaß und die Gesamtzahl der Therapien orientieren sich auch an den Anforderungen des jeweiligen Kostenträgers und der verfügbaren Rehabilitationszeit. Der Behandlungsplan umfasst wesentliche Schwerpunktbereiche 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 Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen führt ein zertifiziertes Weaning-Zentrum sowie ein akkreditiertes Schlaflabor. Die somatische Grundversorgung ist durch die enge Kooperation mit der Asklepios Stadtklinik rund um die Uhr gewährleistet.

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 Rehabilitations-Maßnahmen beträgt in der Asklepios Helenenklinik 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, bei geplanter Verkürzung wird vorher Rücksprache mit dem Rehabilitationsträger gehalten. 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 Röntgenbilder, Laborbefunde, Arztberichte)
- frühere Arzt- und Entlassungsberichte sowie AHB-Unterlagen des Rehabilitationsträgers
- aktuelle 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 Anmeldung der Rehabilitanden erfolgt durch die entsprechenden Kostenträger (DRV, Krankenkassen usw.) durch Zustellung der entsprechenden medizinischen Unterlagen sowie der Kostenzusage. Die medizinischen Unterlagen werden seitens des Chefarztes bzw. durch die Vertretung gesichtet, basierend darauf, ob die Indikation für eine indikationsspezifische Rehabilitation besteht. Nach entsprechender Freigabe wird den Rehabilitanden ein Aufnahmetermin mitgeteilt, wobei individuelle Wünsche sowohl der Kostenträger als auch der Rehabilitanden berücksichtigt werden. Wenn während des Aufenthaltes deutlich wird, dass eine adäquate Behandlung in der Helenenlinik nicht möglich ist bzw. eine Fehleinweisung, wird der Kostenträger hierüber informiert und der Rehabilitand in Abstimmung einer adäquaten Behandlung zugeführt.

Neu angereiste Rehabilitanden werden zunächst durch das Servicepersonal der Rezeption in Empfang genommen und eine Begrüßungsmappe mit wichtigen Hinweisen und Informationen bezüglich des Aufenthaltes ausgehändigt. Danach wird das Pflegeteam der Abteilung über die Neuanreise informiert, so dass der Rehabilitand von einem Mitarbeiter der Pflege an der Rezeption abgeholt und zu seinem Zimmer begleitet wird. Des Weiteren erfolgt am Tag der Anreise eine pflegerische Aufnahme. Hier werden Blutdruck, Puls und Gewicht erhoben sowie ein MRSA-Screening durchgeführt. Darüber hinaus werden Kontaktdaten von Angehörigen aufgenommen. Außerdem erhalten die Rehabilitanden eine Einführung in das Notrufsystem.

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 Facharzt der Helenenlinik 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 Facharzt 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 Eingangsdiagnostik

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung erfolgt im Regelfall am Tag der Anreise. Es wird ein allgemeinmedizinischer sowie fachspezifischer Untersuchungsbefund erhoben. Darüber hinaus werden Vorbefunde gesichtet, die Anamnese erhoben sowie, wenn notwendig, erste medizinische Maßnahmen eingeleitet. Es werden anhand der bereits vorliegenden Befunde gemeinsam mit dem Rehabilitanden weiterführende Maßnahmen (ggf. auch Diagnostik) besprochen sowie die Therapieziele festgelegt. Doppeluntersuchungen sind möglichst zu vermeiden. In diesem Rahmen werden auch das Geneseverständnis des Rehabilitanden bezüglich seiner Gesundheitsstörung sowie die Erwartungen an die Rehabilitation geklärt. Ggf. vorhandene Zielkonflikte (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit versus Rente) werden somit frühzeitig besprochen.

Des Weiteren wird die Indikation der Medikation bei Aufnahme geprüft und eine Verordnung an das Pflorgeteam weitergeleitet. Am Folgetag erfolgen Blutentnahme sowie Urinkontrolle. Anhand der erhobenen Befunde werden unter Berücksichtigung der Therapieziele und Indikation Sport- und Bewegungstherapie (entsprechend der Belastbarkeit), ggf. von Physiotherapie, physikalischen bzw. balneophysikalischen Maßnahmen sowie Ergotherapie verordnet.

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.

xxix. Aufnahme durch weitere therapeutische Berufsgruppen

Die Betreuung am ersten Tag durch das medizinische Personal beinhaltet:

- Begrüßung und ein einführendes Gespräch
- EKG-Kontrolle
- Erfassung von Größe, Gewicht, Pulsfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur,
- Schmerzlevel (VAS) und Sturzrisiko
- MRE-Screening von Risikopatienten gemäß aktueller Hygieneverordnung

Zur ersten Orientierung bieten wir täglich für neue Gäste einen Orientierungsgang an. Mit dem Aufnahmeteam können am Anreisetag alle bestehenden Fragen besprochen werden. Spätestens am Morgen des Folgetages erfolgt das Aufnahmegespräch des Arztes, der dann auch die weitere Diagnostik inklusive der notwendigen Blutuntersuchungen veranlasst.

Die Therapie beginnt bereits am Tag nach der Anreise und wird durch weitere Maßnahmen entsprechend ergänzt.

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

Ein wichtiger Aspekt der Diagnostik ist die konsequente Sichtung der Vorbefunde. Ggf. müssen nach entsprechender Entbindung von der Schweigepflicht seitens des Rehabilitanden weitere Befunde eingeholt werden. In der ärztlichen Aufnahme werden alle Vorbefunde zusammengetragen, besprochen und fehlende Untersuchungen angeordnet. Hierbei werden insbesondere alle Vorbefunde des letzten Jahres sowie Vorbefunde zu den Hauptbeschwerden einbezogen. Die Aufnahmediagnostik umfasst folgende Elemente:

- Somato-medizinische Diagnostik:
Am Anreisetag wird bei allen Rehabilitanden ein körperlicher Aufnahmebefund erhoben. Darüber hinaus können neben dem Routinelabor und EKG weitere Untersuchungen wie Langzeit-EKG, 24-Stunden-Blutdruckuntersuchungen, Sonographie der Bauchorgane, Farbdoppler und Duplexsonographie der zentralen und peripheren Gefäße sowie Röntgen veranlasst werden. Außerdem können über weitere klinikinterne Fachärzte notwendige Konsile durchgeführt werden. Ärztinnen und Ärzte fast aller Fachrichtungen sind am Ort erreichbar.

Die umfassende Diagnostik und Behandlung urologischer, urogynäkologischer, orthopädischer, nephrologischer und internistischer Krankheitsbilder einschließlich ihrer Risikofaktoren, die Entscheidung über die notwendige Therapie und die Festlegung sekundär-präventiver Maßnahmen erfordern die Vorhaltung eines umfassenden diagnostischen und therapeutischen Apparates.

Die Asklepios Helenenklinik hat räumlich eine unmittelbare Anbindung an die Asklepios Stadtklinik mit Möglichkeit der konservativen und operativen akutmedizinischen Intervention sowie intensivmedizinischer Versorgung im Bedarfsfall.

xxxiii. Spezielle Funktionsdiagnostik

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

xxxiv. Weiterbetreuung

Auf der Grundlage der erhobenen Befunde sowie den Beobachtungen zur Leistungsbeurteilung erfolgt eine sozialmedizinische Beurteilung. Im Bedarfsfall können

weiterführende Maßnahmen (z. B. Vorstellung beim regionalen Rehafachberater der DRV) eingeleitet werden.

Durch die wöchentlichen Teambesprechungen aller an der Rehabilitation beteiligten Disziplinen kann innerhalb der ersten Woche der sozialmedizinische „Problempatient“ identifiziert werden und entsprechende Schritte können aktiv initiiert werden (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.

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

xxxv. Häufigkeit und Inhalte der Team-Sitzungen

Die Informationsübermittlung innerhalb des Rehabilitationsteams erfolgt, je nach Bedarf und Dringlichkeit, auf analoge oder digitale Art. Die Abläufe hierzu sowie zu allen weiteren relevanten Tätigkeitsbereichen sind in Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen dokumentiert und allen Mitarbeitern über das Intranet jederzeit zugänglich.

Basis der Interdisziplinarität sind die gemeinsamen Besprechungen (obligate Frühbesprechung aller beteiligten Abteilungen mit Protokoll, mehrmals täglich stattfindende Pflegeübergaben, Teamsitzungen, etc.). Bei Notwendigkeit einer kurzfristigen Änderung der Therapie eines Rehabilitanden (Anwendungen, Medikamente) wird die Pflege und/oder die Terminierung schriftlich und mündlich in Kenntnis gesetzt, der Rehabilitand in einem über die Sekretärin oder die Pflege organisierten Gesprächstermin über die Änderungen informiert.

Die interne analoge Kommunikation in Schriftform wird seit 2012 schrittweise durch digitale Dokumente ersetzt, Ziel soll letztendlich eine digitale Patientenakte und Fieberkurve inklusive Verordnungsplan auch in der Rehabilitationsklinik sein. Die Orientierung erfolgt hier an den bereits in der Asklepios Stadtklinik verwendeten ORBIS-Modulen unter Anpassung an rehaspezifische Vorgaben.

Die Kommunikation mit Konsiliarärzten wurde bereits um ein im ORBIS-System hinterlegtes digitales Formular ergänzt, die Übermittlung in Papierform mit der Gefahr der Verletzung des Datenschutzes konnte somit bereits minimiert werden.

Ein wesentlicher Grundstein unserer Kommunikation ist und bleibt das direkte Gespräch. Im Sommer 2012 wurde unsere Telefonanlage modernisiert, neben der Erreichbarkeit der ärztlichen Mitarbeiter über die Personenrufanlage (Notfallpieper) sowie den stationären Apparat im Arztzimmer sind die Ärzte jetzt über DECT-Telefone im gesamten Gebäudebereich aller drei Asklepios Kliniken erreichbar. Die DECT-Geräte sind zum Festnetzgerät parallel geschaltet, ein Anrufer von intern oder extern erreicht den Adressaten des Anrufs damit in der Kernarbeitszeit zuverlässig.

Eine weitere Plattform der digitalen internen Kommunikation stellt das passwortgeschützte Intranet unseres Konzerns dar, in dem allgemeine, aber auch klinikspezifische Verfahrensanweisungen und Mitteilungen typischerweise monodirektional vermittelt werden.

Bei Bedarf wird nach Rücksprache mit dem Rehabilitanden auch telefonisch Kontakt zu den weiterbehandelnden Ärzten, dem Betriebsarzt, Pflegedienste, etc. aufgenommen, um die weitere häusliche Versorgung und/oder die rasche Wiedereingliederung in den Beruf gewährleisten zu können. Hier ist natürlich besondere Sensibilität bzgl. der bestehenden ärztlichen Schweigepflicht erforderlich, der Telefonpartner muss vor Übermittlung von Patientendaten zweifelsfrei identifiziert werden können und dem Rehabilitanden persönlich bekannt sein.

Sämtliche Dokumente im Rehabilitationsablauf werden sowohl vor ihrer ersten Freigabe zur Verwendung, als auch in regelmäßigen Abständen (Aktualität) durch die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements überprüft und in das Gesamtkonzept der Klinik bzw. des Unternehmens integriert (Stichwort Dokumentenlenkung).

Die Unterstützung durch Angehörige ist in manchen Phasen der Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Die Klinik wird in den geeigneten Fällen eine Angehörigenberatung durchführen und sie ggf. auch frühzeitig in die Therapie mit einbeziehen, wenn dies notwendig ist, z. B. bei einer beruflichen Veränderung, bei Leistungsminderung oder notwendigen Veränderungen im häuslichen Alltag.

Die besondere Verantwortung für chronisch und kritisch kranke Menschen kennend, werden alle Mitarbeiter der Asklepios Helenenklinik, die in direktem Kontakt mit dem Rehabilitanden arbeiten, jährlich notfall-medizinisch geschult und zertifiziert.

Die Asklepios Kliniken Gruppe setzt damit auch hier einen neuen Qualitätsstandard.

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 Patienten liegt damit in kontinuierlicher ärztlicher Verantwortung. Zu Rehabilitationsbeginn erfolgt die strukturierte umfassende Aufnahmeuntersuchung mit detaillierter Erhebung der Erkrankung, der Vorgeschichte, der sozialen und beruflichen Anamnese sowie der aktuell bestehenden funktionellen Einschränkung. 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. 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 Rehabilitation als ein Teil der Betreuungskette im bio-psycho-sozialen Umfeld.

Inklusive der Aufnahmeuntersuchung finden Visiten mindestens 3x (je nach Indikation) während des Aufenthaltes statt, ein fester Visitertermin montags oder dienstags wird von der Terminierung vorgegeben, die zusätzlichen Visitertermine werden ärztlicherseits mit dem Rehabilitanden je nach Handlungsbedarf besprochen und im Behandlungsplan vermerkt.

xxxviii. Teamleitung und -koordination

Dem zuständigen Facharzt obliegt die medizinische Versorgung des Rehabilitanden. Bei der Aufnahmeuntersuchung am Anreisetag wird auch die Rehabilitationsfähigkeit insofern geprüft, ob sowohl die somatischen als auch die psychischen Voraussetzungen gegeben sind, damit sichergestellt ist, dass der Rehabilitand an den Maßnahmen teilnehmen kann. Die behandelnde Bezugsärzte (allesamt Fachärzte) bieten regelmäßige Sprechstunden an. Darüber hinaus kann bei dem Chefarzt ein Termin vereinbart werden. Die Ärzte sind für den Rehabilitationsablauf aus medizinischer Sicht verantwortlich, prüfen die Indikation der

Medikation, veranlassen notwendige Untersuchungen und führen ggf. entsprechende Kontrolluntersuchungen durch.

Die Dokumentation stellt einen wichtigen Bestandteil des Rehabilitationsprozesses dar und erfolgt zum großen Teil elektronisch. Für jeden Rehabilitanden ist eine elektronische Akte angelegt in der neben den üblichen Basisdaten, Untersuchungsbefunde wie Laborbefunde u sowie alle weiteren Befunde, Verordnungen und Therapien dokumentiert werden, so dass auch jeder Arzt, Psychologe und Fachtherapeut entsprechende Information abrufen kann und diese ggf. auch in den Entlassungsbericht übertragen werden können. Aufnahmebericht, psychischer Befund und körperlicher Untersuchungsbefund befindet sich ebenfalls zeitnah in der elektronischen Akte. Am Ende des Aufenthaltes erstellt der Bezugsarzt den Entlassungsbericht nach den gängigen Standards der DRV. Die Visiten werden vom Arzt dokumentiert. Und vom Pflegedienst und der Sekretärin ausgearbeitet.

Nach Sichtung aller Befunde sowie den vielschichtigen Beobachtungen zur Leistungsbeurteilung erfolgt zum Ende des Aufenthaltes die sozialmedizinische Beurteilung im Team. Die Entscheidung über die Entlassungsform trifft unter Berücksichtigung aller während des Aufenthaltes erkennbaren Aspekte der Bezugsarzt. Darüber hinaus werden die Indikation für spezielle Nachsorgemaßnahmen geprüft und ggf. die hierfür notwendigen Schritte eingeleitet.

Auf die Möglichkeit zur individuellen Sprechstundenvereinbarung wurde bereits hingewiesen. Die Dokumentation der Visiten erfolgt in der Patientenakte bzw. in der Patientendokumentation. Der Medikamentenplan und seine Änderungen werden u.a. direkt in der Patientenakte festgehalten.

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 Bezugsarzt sieht den Patienten regelhaft zeitnah nach Aufnahme, eventuell direkt bei Anreise.

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

Das Notfallmanagement ist im Detail im Kapitel 4.7 beschrieben. Es finden in regelmäßigen Abständen Pflichtschulungen für alle Berufsgruppen statt. Auch die Evakuierung der Einrichtung wird entsprechend der gesetzlichen Vorgaben geprobt.

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.

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.

Die Asklepios Helenenklinik nimmt an Reha-Qualitätssicherung der DRV Bund teil, wertet die Ergebnisse intern aus und leitet daraus Maßnahmen ab. Darüber hinaus fließen Ergebnisse von 360 Grad-Befragungen in die Maßnahmenableitung mit ein. Hilfreich hierbei sind das Benchmarking innerhalb des Konzerns, sowie der Vergleich mit Rehabilitations- und Fachkliniken mit ähnlichem Leistungsspektrum. Auch wird hiermit der kontinuierlichen Verbesserung durch entsprechende Befragungen Rechnung getragen.

4.5 Behandlungselemente

Die Behandlung in der Asklepios Helenenklinik ist integrativ-verhaltensmedizinisch ausgerichtet. Unser Therapieansatz umfasst medizinische, psychologische und soziotherapeutische Behandlungsbausteine die zu einem gesamten Therapieplan zusammengefasst werden. In der Therapie wird der Schwerpunkt auf jede Erkrankung gelegt, die vom Rehabilitanden als derzeit am meisten beeinträchtigend und belastend erlebt wird. Ziel des Vorgehens ist es, den Rehabilitanden in seiner Gesamtheit zu erfassen. Darüber hinaus werden ressourcenorientierte Lösungsansätze verfolgt. Die einzelnen Behandlungsschritte werden von Ärzten, Therapeuten, Pflegepersonal und Psychologen erörtert, so dass der Rehabilitand in jedem Stadium seiner Behandlung über die notwendigen Informationen verfügt, um gemeinsam mit den Behandlern den weiteren Therapieverlauf planen zu können.

4.5.1 Therapeutische Bereiche mit Aufgaben und Angeboten

xi. Arbeitstherapie/Ergotherapie

Die Ergotherapie unterstützt Menschen, die durch Krankheit in ihren körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten eingeschränkt sind. Mit Hilfe verschiedener Behandlungsmethoden und Therapiematerialien werden verlorene Funktionen wieder verbessert oder hergestellt. Ziel der Therapie ist es die Erlangung der größtmöglichen Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltagsleben der Betroffenen.

Die Behandlung wird bei Bedarf als Einzel- oder Gruppentherapie in den Räumlichkeiten der Asklepios Fachklinik Fürstenhof durchgeführt.

Die Schwerpunkte der Arbeit sind:

Motorisch – Funktionelles Training

Zur Kräftigung der Muskulatur, Gelenkmobilisation, Kontrakturprophylaxe, Verbesserung der Feinmotorik, Gleichgewichtsschulung, Koordinationstraining etc., werden verschiedene Geräte, geeignetes Material, funktionelle Spiele oder entsprechende Handwerkstechniken eingesetzt.

Wahrnehmungs - und Sensibilitätstraining

Bei zentralen- und peripheren Nervenläsionen auftretende Sensibilitätsstörungen werden unter Einsatz unterschiedlicher Therapiematerialien behandelt. Die Oberflächen- und Tiefensensibilität, das Temperaturempfinden sowie die Kraftdosierung werden trainiert.

Hirnleistungstraining

Es werden Übungen zur Förderung von Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis und Handlungsplanungen durchgeführt. Es kommt zur Anwendung bei psychoneurologischem Defizit, dementiellen Erkrankungen, nach Apoplex etc.

Handwerkliche Techniken

Die handwerklichen Techniken werden zur Fortsetzung der funktionellen Therapie und Wahrnehmungsschulung eingesetzt sowie zur Förderung von Ausdauer und Konzentration. Als Gruppentherapie werden handwerkliche Techniken zur Förderung der Stimmungslage sowie bei psychosozialen Störungen angewendet.

Folgende Angebote können wahrgenommen werden:

Töpferei, Seidenmalerei, Glasmalerei, Wachsmaltechnik, Fimoschmuck, Peddigrohr, Wolltiere und Pappmaché.

Selbsthilfe und Hilfsmittelberatung / ADL – Training

Das ADL (Activities of daily living) - Training umfaßt alle Bereiche des täglichen Lebens. Ziel ist die möglichst umfassende Selbständigkeit der Rehabilitanden. Informationen über Hilfsmittel (z.B. Strumpfanzieher, Spezialmesser, Schreibhilfen, etc.), individuelle Anpassung und das Erlernen ihrer Benutzung sind weitere Inhalte. Da die lebenspraktischen Probleme im häuslichen Umfeld zum Tragen kommen, ist es sinnvoll die Angehörigen in das Therapiegeschehen einzubeziehen.

xli. Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung in unserer Klinik bietet für die Rehabilitanden sowie auch für Begleitpersonen spezielle Schulungsprogramme mit folgenden Themenschwerpunkten an, z.B. Ernährung bei:

- Krebserkrankungen
- Übergewicht
- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- erhöhten Cholesterinwerten
- Niereninsuffizienz
- Dialysetherapie
- Harnsteinerkrankungen

Ein weiterer Beratungsschwerpunkt ist die gesunde, vollwertige Ernährung.

Die Veranstaltungen im Rahmen der Ernährungsberatungen finden in Form von kleinen Gruppen, Vorträgen, am Büffet und in Einzelberatungen statt. Spezielle Diätformen, beispielsweise eiweißarme Kost, purinarmer Kost und Dialysekost etc. werden in Form von Einzelberatungen besprochen.

Die Schulungsteilnehmer erhalten ausführliches Informationsmaterial, Anregungen und Rezepte für zu Hause.

Bei Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien erstellen wir einen individuellen Speiseplan. Auch persönliche Ernährungsweisen versuchen wir nach Möglichkeit zu berücksichtigen und sind dabei bemüht auf Rehabilitandenwünsche einzugehen. Die vegetarische Kost wird bei uns als Wahlessen angeboten.

xlii. Psychologische Betreuung

Eine Krebserkrankung bedeutet oftmals einen tiefgreifenden Einschnitt in das Leben des Betroffenen. Klinisch-psychologische Aufgaben in der Rehabilitation orientieren sich an der Notwendigkeit einer umfassenden Unterstützung und Nachsorge des onkologischen Rehabilitanden.

Im Vordergrund stehen die psychische Verarbeitung der Krankheitserfahrung und der Krankheitssituation. Darüber hinaus ist die lebenspraktische Vermittlung des Verständnisses für die vielfältigen Ursachen der Krebserkrankung im Sinne von Einstellungs- und Verhaltensänderung bezüglich der „klassischen Risikofaktoren“, psychosomatischer, psychosozialer und lebensgeschichtlicher Wirkfaktoren besonders hervorzuheben.

Bei Bedarf, insbesondere bei psychopathologischen Auffälligkeiten, kommen weitere psychodiagnostische, rehabilitationsrelevante Leistungs- und persönlichkeitsdiagnostische Verfahren zur differenzierteren Abklärung zur Anwendung, um gegebenenfalls notwendige therapeutische Maßnahmen zu initiieren.

Im ärztlichen Eingangsgespräch und im Verlauf der Visiten wird ein besonderes Augenmerk auf die psychische Konstellation der Rehabilitanden gerichtet. Ergänzend erfolgt die Auswertung des „Hornheider Patientenfragebogens in Kurzform“ als Screeningverfahren.

So ist der psychologische Dienst Teil des multiprofessionellen interdisziplinären therapeutischen Teams, der den Rehabilitanden in allen Phasen des Aufenthaltes begleitet und unterstützt.

Das psychologische Leistungsangebot umfasst Einzelgespräche, Gruppenarbeit und Schulungen zu den Bereichen:

- Entspannung (Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Hypnotische Entspannungsverfahren)
- Raucherentwöhnung
- Psychologische Aspekte bei der Krebsverarbeitung
- Umgang mit Stress und Überbelastung
- Krankheitsbewältigung
- Umgang mit chronischem Schmerz

Im Rahmen der psychologischen Einzelberatung werden ein bis zwei Gespräche mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten angeboten, ein Aufnahmegespräch von 60 Min. Dauer und ggf. ein weiteres mit einer 30 Min. Dauer.

Es handelt sich dabei um kurze klärende konfliktzentrierte Interventionen mit unterschiedlichen Zielen, z.B. Motivierung des Rehabilitanden zu einer Lebensstil bzw. gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung bei gesundheitlichem Risikoverhalten, Klärung individueller Problem- und Konfliktsituationen, psychische Stabilisierung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen wie Trauer, Ängste, Schlafstörungen, Unruhe, Selbstwertprobleme, depressive Verstimmungszustände im Rahmen der Krankheitsverarbeitung. Durch Informationsvermittlung und Aufklärung, z.B. über die erforderlichen Schritte zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen werden mögliche Hilfen am Wohnort oder in Wohnortnähe aufgezeigt.

xl.iii. Physikalische Therapie und Physiotherapie

Gemäß dem gegenwärtigen bio-psycho-sozialen Modell wird deutlich, dass Physiotherapie den Menschen über die körperliche Ebene hinaus „berührt“. Psychische Faktoren und das soziale Umfeld des Rehabilitanden müssen in die Therapie einbezogen werden und können somit wichtige Ansatzpunkte für die Interventionen bieten. Die ausschließliche Fokussierung auf einzelne Krankheiten und Symptome weicht zunehmend einer ganzheitlichen Betrachtung in der Physiotherapie in Richtung einer rehabilitandenorientierten Physiotherapie. Um optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen, ist es unabdingbar den Rehabilitanden, behandelnden Arzt, Bezugstherapeuten, Co-Therapeuten sowie die anderen

Fachtherapeuten aktiv in den therapeutischen Prozess einzubeziehen und die Physiotherapie an den individuellen Zielen und Bedürfnissen auszurichten. Somit bestimmen der Rehabilitand und Physiotherapeut gemeinsam den Verlauf der Behandlung. In einer rehabilitandenorientierten Behandlung fördert der Physiotherapeut die Ressourcen des Rehabilitanden zur Krankheitsbewältigung. Die Rolle des Behandlers erweitert sich somit um die Funktion des Beraters und Begleiters im Therapieprozess.

Die Physiotherapie orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen des Rehabilitanden, die in Form eines sogenannten KG-Befundes sichtbar gemacht werden. Sie nutzt primär manuelle Fertigkeiten des Therapeuten, gegebenenfalls ergänzt durch natürliche physikalische Reize (z. B. Wärme, Kälte, Druck, Strahlung, Elektrotherapie) und fördert die Eigenaktivität (koordinierte Muskelaktivität sowie die bewusste Wahrnehmung) des Rehabilitanden. Die Behandlung ist an die anatomischen und physiologischen, motivationalen und kognitiven Gegebenheiten des Rehabilitanden angepasst. Dabei zielt die Behandlung einerseits auf natürliche, physiologische Reaktionen des Organismus (z. B. Muskelaufbau und Stoffwechsellanregung), andererseits auf ein verbessertes Verständnis der Funktionsweise des Organismus (Dysfunktionen/Ressourcen) und auf einen eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper ab. Die Ziele sind Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Gesundheit, häufig verbunden mit einer Schmerz-Reduktion.

Zur Unterstützung einer spannungsärmeren Körperwahrnehmung zur Reduktion von Schmerzen und Spannungen werden je nach Indikation Bäder, Kneipp-Güsse und Massagen eingesetzt.

In der Helenenlinik werden folgende Therapieprogramme angeboten:

- Krankengymnastik als Gruppentherapie (z. B. Wirbelsäulengymnastik, Gefäßtraining, Atemtherapie, Qi Gong, Nordic Walking)
- Einzelgymnastik (z. B. Manuelle Therapie, Schlingentischbehandlung, Inkontinenztraining)
- Kryotherapie
- Elektrotherapie
- Gehstrecken- und Terraintraining
- Einzelgymnastik im Wasser
- Ergometertraining
- Manuelle Therapie
- Craniosacrale Therapie
- Cranio-Mandibular Therapie
- Wirbelsäulengymnastik und Rückenschule

- Massagen und Lymphdrainage
- Hydromassage
- Wärme und Kälte Therapie (Sandbad, heiße Rolle, Rotlicht, Heißluft, Fango)
- Bewegungsbad (Einzel und in Gruppen)

Darüber hinaus werden im Rahmen der Spezialindikationen weitere Therapien angeboten.

xliv. Weitere therapeutische Angebote

Entspannungstherapie in Form der Progressiven Muskelentspannung (PMR)

Zur Verbesserung der Selbstregulation von Anspannung und Entspannung kommt die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson zur Anwendung. Diese hat folgende Ziele: Förderung der Entspannungsfähigkeit durch Vermittlung eines Entspannungsverfahrens, Verbesserung der Körperwahrnehmung, regelmäßige eigenständige Anwendung des

gelernten Entspannungsverfahrens, psychische Veränderungen (durch einen vertieften Ruhezustand, zu-nehmende Gelassenheit, Förderung der Stressbewältigung), Stimulation der Selbstheilungskräfte, Verlangsamung und Gleichmäßigkeit der Atmung, Verminderung des O₂-Verbrauchs, Absinken der Herzfrequenz, Absinken des Blutdrucks (vor allem bei Hypertonie), Entspannung der Skelettmuskulatur, Veränderung der elektrischen Hirnaktivität (i. S. einer Ruhig-stellung). Entscheidend ist langfristiges tägliches Üben (täglich 1x - 3x), was ggf. durch Führen von Protokollen installiert werden kann. Die Progressive Muskelentspannung findet 2x pro Woche statt.

Raucherentwöhnung

Ein Raucherentwöhnungstraining dient der Etablierung eines gesundheitsbewussten Verhaltens. Die Ziele bestehen darin, Unabhängigkeit vom Nikotin, mehr Selbstkontrolle und eine vollständige Reduktion des Zigarettenkonsums zu erreichen.

Biofeedback

Bei entsprechender Indikation kommt auch Biofeedback zur Anwendung. Dies ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, mit dessen Hilfe normalerweise unbewusst ablaufende körperliche Prozesse durch Rückmeldung wahrnehmbar gemacht werden. Das Hauptziel einer Biofeedback-Behandlung ist die Entwicklung von Selbstkontrolle über körperliche Vorgänge. Die Messung von biologischen Prozessen, die ständig im Körper ablaufen, ist in vielen Bereichen üblich. Sie dient der Zustandsbeschreibung unseres Organismus und kann uns Aufschluss über die Funktionen unserer Organe geben.

Lässt sich der Puls noch recht einfach messen, so sind für die Erfassung anderer Körperfunktionen technische Hilfsmittel notwendig. Diese reichen von einfachen Instrumenten (Fieber-thermometer) bis hin zu hochsensiblen Geräten (Biofeedbackgeräte). Der Mensch selbst registriert meist nur abrupte Veränderungen in den körperlichen Prozessen wie z. B. plötzliches Herzrasen oder starkes Schwitzen, eine kontinuierliche Wahrnehmung hingegen gelingt häufig nicht. Selbst wenn die Aufmerksamkeit auf bestimmte körperliche Prozesse gerichtet ist, so ist eine exakte Einschätzung (z. B. der Muskelspannung) kaum möglich. Erst der Ein-satz von elektronischen oder elektromechanischen Instrumenten erlaubt die objektive und kontinuierliche Betrachtung der Körperfunktionen. Durch das "Sichtbarmachen" körperlicher Prozesse wird dem Betroffenen der Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Prozessen verdeutlicht. Biofeedback geht jedoch über die bloße Erfassung und Rückmeldung von Körpersignalen hinaus. Biofeedbackverfahren zielen darauf ab, körperliche Funktionen nicht nur abzubilden, sondern diese auch gezielt zu verändern. Dabei wird die Fähigkeit des Menschen genutzt, körperliche Vorgänge durch Lernprozesse willentlich zu beeinflussen. Zeigt sich bei einem ausgeführten Verhalten (z. B. Entspannung) ein Erfolg (z. B. Verringerung der Muskelspannung in der Schultermuskulatur), so tritt dieses erlernte Verhalten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auf.

Laut Studienlage ist ein kombiniertes Training der Beckenbodenmuskulatur durch Physiotherapie und zusätzlichem Biofeedbacktraining der alleinigen Physiotherapie überlegen. (Cochrane Analyse von Hunter et.al 4) Weitere Studien beschreiben ebenfalls eine positive Wirkung von zusätzlichem Biofeedbacktraining (Mac Donald et.al 3, Floratos et.al 5, van Kampen et.al 1).

Unser Konzept sieht bei Rehabilitanden mit der Diagnose prolongierte oder hochgradige Belastungsinkontinenz die Möglichkeit der Beurteilung der adäquaten Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur durch Biofeedbackmessung vor.

Als Biofeedbackgerät wird das Gerät „Pelvimed 932“ der Firma Enraf-Nonius innerhalb der Rehabilitation eingesetzt. Dieses Gerät bietet 2-Kanal-EMG, 2-Kanal Elektrotherapie, die

Möglichkeit der Messung rektal, vaginal oder mit Oberflächen-Klebeelektroden, zudem eine PC-Schnittstelle zur Dokumentation und Validierung.

Bei Sinnhaftigkeit einer Fortführung des Biofeedbacktrainings am Heimatort bemühen wir uns um Beantragung der Gewährung der Kostenübernahme für ein Leihgerät durch Antrag an die zuständige Krankenkasse. Dabei stehen für einen Erstverordnungszeitraum von 3 Monaten verschiedene Biofeedbackgeräte mehrerer Anbieter zur Auswahl, wie z.B. „Automove“, ein EMG getriggertes Biofeedbackgerät, „Simplex“- ein 1-Kanal-EMG-Biofeedbackgerät mit optischer Anzeige und „Femiscan“, ein Multitrainer mit sprachgesteuertem EMG-Biofeedback. Je nach Fähigkeiten des Rehabilitanden wird eine Einweisung auf ein geeignetes Gerät noch vor Rehaende durchgeführt.

Hierdurch erhält der Rehabilitand, die Zustimmung der Krankenkasse vorausgesetzt, die Möglichkeit, täglich, auch an den Wochenenden, kontrolliert Trainingsmaßnahmen durchführen zu können.

Die bedarfsgerechte Verordnung über einen zunächst 3-Monats-Zeitraum sichert zudem den postrehabilitativen Trainingserfolg. Die internen Speicher der Geräte können zur Erfolgskontrolle ausgelesen und mit dem Rehabilitanden diskutiert werden.

Reha-Pflege

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind in das „therapeutische Reha-Team“ integriert und bieten dem Rehabilitanden eine aktivierende Pflege auf dem Weg in die Selbständigkeit. Das Sturz- und Dekubitusrisiko wird jeweils im Rahmen der pflegerischen Aufnahme standardmässig erfasst.

Außer mitmenschlicher Zuwendung will Pflegetherapie den Rehabilitanden aus der Passivität herausführen und ihn aktiv in die Bewältigung der Krankheit einbeziehen. Mit Hilfe zur Selbsthilfe und Einsatz therapeutischer Grundsätze gelingt es am ehesten, eine möglichst weitgehende Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Rehabilitanden zu erreichen. Dabei gilt es, eine übermäßige Pflege und Hilfsbereitschaft zu vermeiden, damit der Patient nicht gehindert wird, sein Potential zur aktiven Gestaltung seines Lebens zu nutzen und nicht inaktiviert wird.

Besondere Qualifikationen in Schmerz- und Stomatherapie sowie Wundpflege sind im Pflorgeteam der Asklepios Helenenklinik vorhanden.

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.

Sozialdienst/Reha-Beratung

Im Mittelpunkt stehen hier die psychosozialen Dimensionen von Krankheit und ihre Auswirkungen auf die Lebenssituation des Rehabilitanden.

Hier ist der Sozialdienst mit seinen vielschichtigen Beratungs- und Unterstützungsangeboten die Anlaufstelle für Rehabilitanden und Angehörige.

Der noch mit seiner Krankheitsverarbeitung belastete Patient ist oft den bürokratischen Anforderungen nicht gewachsen. Hier können Beratungen zu finanziellen Ansprüchen (Übergangsgeld, Krankengeld), Beratungen zum Schwerbehindertenrecht, ggf. der beruflichen Wiedereingliederung, Informationen über Selbsthilfegruppen (in Verbindung mit den Psychologinnen), Abhilfe schaffen. Beratungen erfolgen dabei sowohl in Einzelgesprächen, als auch im Rahmen von Seminaren.

Aufgabe des Sozialdienstes der Klinik ist es, die noch im Beruf stehenden Rehabilitanden in der Erstellung eines Rentenanspruches bzw. eines Antrags auf MdE/GdB zu unterstützen, sie

über die Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf oder Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz nach Rücksprache mit dem ärztlichen Dienst zu informieren. Der Sozialdienst ist behilflich bei der Verlegung in eine Pflegeanstalt, Altenheim oder Heim mit betreutem Wohnen bzw. wird eine ambulante Betreuung einleitet (Insulin, Verbandswechsel, usw.).

Durch den Sozialdienst werden sämtliche sozialmedizinisch relevante Themen erläutert und Hilfestellungen ebenso wie Wege zur sozialen Reintegration aufgezeigt.

Die Sozialarbeiter arbeiten eng mit dem Reha-Team zusammen und sind eine Nahtstelle zwischen Rehabilitanden und den sozialen Leistungsträgern bei der Verwirklichung der einzelnen Rehabilitationsschritte bzw. Rehabilitationsziele. Inhalt und Ziel der Sozialberatung umfassen die Beratung der Rehabilitanden in folgenden beruflichen und sozialen Fragen.

- Soziale Hilfen: z.B. Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, häusliche Pflege, Hilfsmittel für die häusliche Pflege, Wohnungsanpassung usw..
- Finanzielle und versicherungsrechtliche Fragen: z.B. Erschließung und Sicherung finanzieller Ansprüche wie Pflegeversicherung, Wohngeld, Sozialhilfe, Lohnersatzleistungen, Renten, Eingliederungshilfen usw.
- Berufliche Rehabilitation/MBOR: Einleitung berufsfördernder Maßnahmen (Umschulung usw.), Maßnahmen zur Arbeitsplatzsicherung, Umsetzung zum Arbeitsplatz, Adaption des Arbeitsplatzes, Kündigungsschutz, Arbeitslosigkeit, Rentenfragen usw..

Der Sozialdienst arbeitet eng mit dem Rehaberater zusammen (Beratungssprechstunde des Rehaberaters alle 2 Wochen in der Klinik Fürstenhof). Geplant ist die kontinuierliche strukturierte Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt.

Sonstige Leistungen: z.B. Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratung von Rehabilitanden und Angehörigen, Zusammenarbeit mit Integrationsdienst.

Die psychosoziale Beratung ist in unseren Rehabilitationskliniken ein fester Bestandteil des Behandlungsangebotes.

Im Mittelpunkt des sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Ansatzes stehen die psychosoziale Dimension von Krankheit und ihre Auswirkungen auf die Lebenssituation des Rehabilitanden.

Durch eine akute oder chronische Erkrankung kann das bisher geführte Leben in persönlicher, beruflicher und gesellschaftlicher Hinsicht in Frage gestellt sein und sich unter Umständen tiefgreifend verändern.

Hier dient der Sozialdienst mit seinen vielschichtigen Beratungs- und Unterstützungsangeboten als Anlaufstelle für alle Rehabilitanden und deren Angehörige.

Die Beratungsschwerpunkte liegen in den Bereichen:

- Berufliche Rehabilitation
- Sozialrechtliche Beratung
- Wirtschaftliche Sicherung
- Soziale Rehabilitation
- Psychosoziale Betreuung

Über die Beratungstätigkeit hinaus

- werden im Sozialdienst notwendige Antragsverfahren und weitergehende Maßnahmen eingeleitet
- findet eine Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen statt (z.B. Ämter, Einrichtungen, Sozialversicherungsträger)
- wird die nachstationäre Versorgung sichergestellt.

Ziel der Sozialberatung ist eine Wiedereingliederung des Rehabilitanden in das soziale, gesellschaftliche und, wenn möglich, berufliche Leben.

Sporttherapie

Ein wesentlicher Aspekt der Behandlung ist die ressourcenorientierte Förderung der eigenen Stärken. Jeder Rehabilitand wird in Abhängigkeit vom Ausmaß und Art seines Leidens entweder dem Ausdauertraining (z. B. Nordic Walking, Langlauf, Ergometer, Laufband, Schwimmen), Krafttraining (z. B. MTT-Funktionsraum etc.) oder Aufbautraining zugeführt. Das Trainingsprogramm wird vom Arzt (durch Aufnahme, Befund, Belastungs- EKG usw.) in Zusammenarbeit mit Therapeuten ausgewählt, damit es in der richtigen Dosierung, richtigen Menge und Regelmäßigkeit stattfindet.

In der Gruppentherapie werden verschiedene Beanspruchungsformen trainiert wie Koordination, Beweglichkeit, Ausdauer, Kraft, Reaktion und Schnelligkeit. Weiterhin soll die Lust an der körperlichen, kraftvollen Auseinandersetzung und die Konfrontation mit den eigenen Grenzen lustvoll in Spielen gefördert werden.

Darüber erhält der Rehabilitand bei Indikation nach Feststellung der möglichen Belastbarkeit durch den Arzt eine medizinische Trainingstherapie. Zunächst erfolgt eine Einweisung des Rehabilitanden (Zeit mind. 30 Minuten). Nach dieser Einweisung kann der Rehabilitand wochentags und samstags täglich an der medizinischen Trainingstherapie teilnehmen. Zu dieser Zeit sind Physiotherapeuten vor Ort und können den Rehabilitanden behilflich sein. Das Training soll dem Trainingsziel entsprechend den Leistungszustand des Rehabilitanden erhöhen, erhalten oder auch gezielt vermindern. Aus sportbiologisch-sportmedizinischer Sicht ist Training die systematische Wiederholung gezielter überschwelliger Muskelanspannungen mit morphologischen und funktionellen Anpassungserscheinungen zum Zwecke der Leistungssteigerung. Die zeitliche Reihenfolge des Trainingsaufbaus besteht aus einem Grundagentraining, einem Krafttraining, Muskelaufbautraining sowie einer Steigerung der neuro-muskulären Kraftqualität.

In der Asklepios Helenenklinik wird meist im Grundagentraining gearbeitet, weil am Anfang nicht die Kraft im Vordergrund steht.

Dabei werden folgende Trainingsziele verfolgt:

- Verbesserung der statischen und dynamischen Kraftentwicklung
- Verbesserung der Gelenkstabilisation
- Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination
- Erhöhung der funktionellen Kapazität
- Intensität 10 - 30 % der Maximalkraft als Grundagentraining
- Wiederholungen: 15 (max. 45 Sekunden)
- Serien: 1 - 8x
- Pausen: 30 - 60 Sekunden; zwischen zwei Trainingssätzen; Die Pause muss so lange dauern, bis der Rehabilitand den nächsten Trainingssatz komplett (d. h. mit identischer Wiederholungszahl) durchführen kann.
- Trainingseinheiten: ca. 10x (bevor gesteigert wird)

Während des gesamten Aufenthaltes wird das Trainingsprogramm ständig dem entsprechenden Trainingszustand angepasst.

Krankengymnastik/Kontinenztraining

Schwerpunkt der Krankengymnastik in der urologischen Rehabilitation ist das Kontinenztraining. In mehreren Studien führte Kontinenztraining zu einer signifikanten Verbesserung der Kontinenzrate nach radikalen Prostatektomien.

Als vorteilhaft zeigte sich in den Studien ein Therapiebeginn möglichst früh nach Entfernung des transurethralen Katheters. (Van Kampen et al 1, Filocamo et al 2, Mac Donald et al 3)
Diese Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von Anschlussheilbehandlungen.

Durch jahrzehntelange Erfahrung ist in der Helenenklinik ein Trainingsprogramm entwickelt worden, welches aus einer Kombination aus Gruppen- und Einzeltraining besteht.

Andrologie

In unserer Klinik wird das gesamte Spektrum urologischer Erkrankungen behandelt. Der größte Teil der Patienten leidet an uroonkologischen Erkrankungen. Hier stehen Anschlussheilbehandlungen an erster Stelle. Die meisten Rehabilitanden sind männlich und älter als 45 Jahre. Neben den akuten krankheits- und behandlungsbedingten Einschränkungen bestehen häufig auch hormonabhängige Beschwerden. Laut einer aktuellen Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vom 16.08.2016 kommt es oft bereits ab dem 45. Lebensjahr bei Männern zu einer ständigen Abnahme des wichtigsten Sexualhormons Testosteron von etwa 1 Prozent pro Jahr. Dieser altersbedingte Hypogonadismus äußert sich oft in Leistungsschwäche, Müdigkeit, Gewichtszunahme, Muskelabbau, Stimmungsschwankungen, Libidoverlust und erektiler Dysfunktion.

Die DGU empfiehlt bei diesen Symptomen eine endokrinologische Diagnostik (6). Aber auch junge Patienten, z.B. nach Behandlung eines Hodentumors, leiden nicht selten an den erwähnten hormonabhängigen Beschwerden. Zusätzlich ist bei diesen Patienten Infertilität ein wichtiges Thema. In der urologischen Praxis am Heimatort werden diese Beschwerden aus Zeitmangel oder Scham oft nicht angesprochen. Wir bieten daher den Patienten, eine Abklärung und Behandlung der Beschwerden. Sämtliche Untersuchungen, angefangen von der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und der Hodensonographie bis hin zu Ejakulatuntersuchungen und blutserologischen Bestimmungen von Testosteron, FSH, LH und sexualhormonbindendem Globulin, sind in Verbindung mit unserem Labor möglich. Bei Gynäkomastie kann zusätzlich eine Bestimmung des Prolaktins und der Östrogene erfolgen. Fachgebundene genetische Beratung rundet das Konzept ab.

Behandlung der erektilen Dysfunktion (ED)

Erektile Dysfunktion und Libidoverlust sind, wie oben erwähnt, Leitsymptome von andrologischen Beschwerden. Zusätzlich führen die großen Operationen an der Prostata oder der Blase ebenfalls häufig zu erektiler Dysfunktion. Die Beratung und Behandlung von Erektionsstörungen ist daher ein weiterer Schwerpunkt unserer Klinik. Begleitet von einem wöchentlich durchgeführten Seminar finden bei Bedarf Einzelgespräche mit dem jeweils betreuenden Urologen statt. Zur Wahrung der Intimsphäre des Rehabilitanden ist hier ein Vieraugengespräch Standard, auf Wunsch des Rehabilitanden ist selbstverständlich die Anwesenheit des jeweiligen Partners möglich. Die therapeutischen Optionen werden in Abhängigkeit von erfolgter Therapie und Begleiterkrankungen ausführlich erörtert, ggf. erfolgt zuvor die weitere Einholung von Vorbefunden (Operationsbericht, etc.). Die Prinzipien der Verwendung von PDE-5-Hemmern, der SKAT- bzw. MUSE-Methode zur intrakavernösen oder intraurethralen Applikation von Prostaglandin E1 (Alprostadil) und der

Vakuumerektionshilfe werden vorgestellt und, auf Wunsch des Rehabilitanden, unter fachärztlicher Aufsicht und Assistenz eingeübt.

Medizinische Trainingstherapie

Der Patient bekommt, nach Feststellung der möglichen Belastbarkeit, durch den Arzt die medizinische Trainingstherapie verordnet. Die Verordnung wird an die Terminierung weitergeleitet, woraufhin der Patient in seinem Terminplan einen Termin für die Einweisung an die Geräte eingepflegt bekommt.

Die Einweisung des Rehabilitanden erfolgt individuell auf den Rehabilitanden und seine Probleme abgestimmt. Nach dieser Einweisung kann der Patient an der medizinischen Trainingstherapie teilnehmen. Zu dieser Zeit sind immer Physiotherapeuten vor Ort und können dem Rehabilitanden behilflich sein.

Das Training soll dem Trainingsziel entsprechend den Leistungszustand des Rehabilitanden erhöhen und erhalten. Aus sportbiologisch-sportmedizinischer Sicht ist Training die systematische Wiederholung gezielter überschwelliger Muskelanspannungen mit morphologischen und funktionellen Anpassungserscheinungen zum Zwecke der Leistungssteigerung.

Erreichen einer optimalen Körperkerntemperatur, um die Enzymaktivität zu erhöhen, so dass sich die Reaktions- und Kontraktionsgeschwindigkeit steigert.

Zeitliche Reihenfolge des Trainingsaufbaus:

- Grundlagentraining
- Kraftausdauertraining
- Muskelaufbautraining

Vorhandene Geräte für die Medizinische Trainingstherapie (MTT):

- 2 Zugapparate
- Lat Pull
- Shoulder Trainer
- Stepper
- Pectoralis Trainer
- Beinpresse
- Butterfly
- Multifunktions-Trainer für Beine
- Schulterschienen

4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

Die Medizinisch-berufliche Orientierung spielt in der Rehabilitation eine entscheidende Rolle. Insbesondere hohe Arbeitsbelastungen mit einem geringen Entscheidungsspielraum und wenig Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten umsetzen zu können, werden als sehr belastend empfunden. Entscheidend ist hierbei nicht die Menge der Arbeit sondern vielmehr ein geringer Handlungs- und Entscheidungsspielraum. Weitere Einflussgrößen sind Wertschätzung der Arbeit sowie eine angemessene Entlohnung der erbrachten Leistung. An diesen Punkten setzt u. a. auch die Behandlung an.

Ziel ist es, durch die Rehabilitation bei berufstätigen Rehabilitanden die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und bei arbeitsunfähigen Rehabilitanden eine Wiedereingliederung ins Berufsleben zu ermöglichen. Der Patient muss zur Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben motiviert

werden. Hilfestellungen wie z.B. die stufenweise Wiedereingliederung sind dabei Werkzeuge, dem Rehabilitanden den Einstieg zu erleichtern. Dazu gehört auch eine genaue Arbeitsplatzanamnese und Aufzeigen von Alternativen (z.B. innerbetriebliche Umsetzung, Hilfsmittel am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzumgestaltung).

Das hier vorgestellte Rehabilitationskonzept der Asklepios Helenenklinik ist durch seine multidisziplinäre Ausrichtung hervorragend geeignet, die persönlichen Ressourcen der Rehabilitanden zu stärken, personenbezogene und umweltbedingte Barrieren zu erkennen, sie zu überwinden und die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben zu erhalten.

Unter den aktuellen Erwartungen mit zunächst nur wenigen geeigneten MBOR Rehabilitanden ist das Konzept der Klinik als Zusatzpaket in der Behandlung urologisch-onkologischer Patienten ausgelegt. Bei regelmäßiger Belegung in entsprechender Zahl ist die Behandlung in eigenständigen Strukturen unter Konzentrierung auf einen spezialisierten Behandlerkreis denkbar.

Das Konzept richtet sich an Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen, also mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen gemindertem Leistungsvermögen und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsfeld. Angesprochen sind damit:

- Versicherte mit problematischen sozialmedizinischen Verläufen; z. B. mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (kumulative AU-Zeiten über 3 Monate im letzten Jahr); langen, sich abwechselnden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit;
- Versicherte mit einer negativen subjektiven beruflichen Prognose, auch mit Rentenbegehren, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können.

Bei der Indikationsstellung wird davon ausgegangen, dass diesem Personenkreis im Rahmen einer intensivierten MBOR-Maßnahme nachhaltig geholfen werden kann. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, § 33 SGB IX) sind nicht oder noch nicht indiziert.

Zur Identifikation dieses Personenkreises wird ein Screening-Instrument zur Erkennung eines Bedarfs an Maßnahmen medizinisch-beruflicher Orientierung (SIMBO) angewendet. Dieser enthält verschiedene Indikatoren für besondere berufliche Problemlagen wie gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, sozialmedizinische Problematik, subjektive Prognose der beruflichen Re-Integration und Arbeitsmotivation.

Die körperliche Leistungsfähigkeit zur Teilnahme an unserem MBOR Konzept wird bei Aufnahme durch den behandelnden Arzt vor Terminierung der Therapien überprüft.

4.5.3 Gesundheitstraining, Motivation und Patientenschulung

Zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens werden regelmäßig entsprechende Vorträge, Seminare und Schulungen durchgeführt. Diese beinhalten sowohl Themen zur gesunden Lebensführung als auch zu speziellen Krankheitsbildern. Das Schulungsprogramm ist thematisch aufeinander abgestimmt.

Die Ziele dieser Schulungen bestehen darin, die Rehabilitanden in ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen und die Teilhabe zu verbessern. Im Vordergrund steht auch hierbei die „Hilfe zur Selbsthilfe“.

In der ersten Woche des Aufenthaltes in der ASKLEPIOS Helenenklinik nehmen alle Rehabilitanden an einem Einführungsvortrag in die Rehabilitation teil. Hier wird in den Vordergrund gestellt, dass bei einer Rehabilitationsmaßnahme die aktive Mitarbeit des Rehabilitanden gefragt ist, das Rehabilitationsziel zu erreichen. Zudem wird dem Rehabilitanden das Angebot der Klinik verdeutlicht und auf hausspezifische Fragestellungen eingegangen.

Weitere Vorträge werden in einem wöchentlichen Zyklus abgehalten und dienen dem Rehabilitanden zur positiven Beeinflussung der Risikofaktoren. Zum Teil sind dies Pflichtvorträge als auch Vorträge, die einzeln dem Rehabilitanden aufgrund des Krankheitsbildes und des Rehabilitationszieles verordnet werden.

Unser Angebot an Schulungen und Vorträgen umfasst:

- Onkologische Erkrankungen (Ca von Prostata, Niere, Blase, Hoden)
- Ernährung bei Krebserkrankungen
- Potenzvortrag

In Anlehnung an das Curriculum „Neubildungen“ der Deutschen Rentenversicherung Bund soll der Patient während der o.g. Seminare folgende Ziele erreichen:

Der Patient ...

- ...kann erklären, dass Tumorerkrankungen auf einer Störung des Zellwachstums und der Zellvermehrung beruhen.
- ...kann Zusammenhänge zwischen Risikoverhalten und Tumorerkrankungen an Beispielen aufzeigen.
- ... kann einige unterschiedliche Verlaufsformen von Tumoren beschreiben.
- ... kann einige Angaben zur Häufigkeit und Prognose seiner Tumorerkrankungen machen.
- ... kann seine eigene subjektive Krankheitstheorie beschreiben.
- ... kann erklären, was mit „multifaktoriellen Einflüssen“ bei einer Tumorerkrankung gemeint ist.
- ... kann begründen, warum man die Ursachen einer Tumorerkrankung nicht unbedingt kennen muss, um den Krankheitsprozess günstig beeinflussen zu können.
- ... kann Zusammenhänge zwischen Psyche, Immunsystem und Tumorerkrankungen nennen.
- ... hat einen Überblick über einige ausgewählte diagnostische Maßnahmen bei Tumorerkrankungen und deren Ziele.
- ... kennt die mit einigen wichtigen diagnostischen Maßnahmen verbundenen Belastungen und kann Nutzen und Beschwerden für sich abwägen.
- ... kann einige wichtige medizinische Behandlungen bei Tumorerkrankungen nennen und kurz beschreiben.
- ... kennt die Wirkungen und häufigsten Nebenwirkungen verschiedener Behandlungsmaßnahmen und kann für sich zwischen Nutzen und Risiko abwägen.
- ... ist über den derzeitigen Wissensstand der Wirksamkeit und der Nebenwirkungen alternativer Behandlungsmethoden informiert.
- ... kann die Bedeutung der Nachsorge und die Reihenfolge der notwendigen Nachuntersuchungen begründen.
- ... ist in der Lage, die in seinem Fall erforderliche Nachsorge zu planen.
- ... kann Möglichkeiten der Nachsorge am Heimatort und der Reintegration ins Berufsleben nennen.
- ... versteht Zusammenhänge zwischen hormonellen Veränderungen und der Tumorerkrankung und bekommt Möglichkeiten aufgezeigt, mit den dadurch bedingten psychischen und physischen Veränderungen zu leben.

In der orthopädischen Indikation erfolgt zudem einmal pro Aufenthalt ein Vortrag zum Thema „Leben mit Endoprothesen“ mit 60min Dauer.

Weiteres Vortragsangebot:

- Ernährung bei Krebserkrankungen:
1x wöchentlich
Dauer: 60 min
Teilnehmerzahl: im Durchschnitt 25 Personen
Inhalt: Grundlagen der gesunden Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, d.h. Verzehr von vielen pflanzlichen Nahrungsmitteln, wenig tierische Nahrungsmittel, fettarme Lebensmittel, hochwertige Pflanzenfette als Streich- und Zubereitungsfett, unter besonderer Berücksichtigung von bestehenden Tumorerkrankungen.

Übergewicht:

- 1x wöchentlich
Dauer: 45-60 min
Teilnehmerzahl: im Durchschnitt 20 Personen
Inhalt: Ernährung bei Übergewicht und zu hohen Blutfettwerten, d.h. cholesterinarme Reduktionskost, Tipps für die praktische Umsetzung der Empfehlungen (z.B. viele kleine Mahlzeiten, ballaststoffreiche Ernährung, ausreichend Flüssigkeit, viel Bewegung etc.).

Auch Pflege, Sozialdienst und Psychologen führen entsprechend indikationsspezifische Vorträge und Informationsveranstaltungen für Rehabilitanden durch:

- Stomapflege
- Sozialgesetzgebung – Curriculum
- Stressbewältigung
- Alltagsdrogen

4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen

Der Rehabilitand und seine Angehörigen müssen durch den gezielten Erwerb von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen dazu in die Lage versetzt werden, Entscheidungen hinsichtlich der weiteren Lebensführung und des Umgangs mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen treffen zu können („Empowerment“).

Das Hinzuziehen von Angehörigen setzt jedoch das Einverständnis des Rehabilitanden voraus. Angehörige sind an einer langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolges beteiligt. Deshalb wird den Rehabilitanden angeboten, Angehörige in die Behandlung einzubeziehen. Dies findet in Form von Beratungen, Paargesprächen, Krankheitsinformationen usw. statt. Je nach Fragestellungen werden die Gespräche vom betreuenden Facharzt, psychologischen Dienst oder Sozialdienst durchgeführt.

4.6 Entlassungsmanagement

xliv. 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 Befindlichkeitsveränderungen 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?

xlvi. 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 Facharzt mit den Wünschen des Patienten abgestimmt.

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

Bei Bedarf bekommt der Patient vor Abreise einen Kurarztbrief 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 Chefarzt weitergeleitet. Dieser bespricht ggf. erforderliche Korrekturen mit dem Verfasser und gibt den vollständigen Bericht zur endgültigen Unterschrift an ihn zurück. Innerhalb von 10 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.

xlviii. Notfallablaufpläne

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

Wenn ein Rehabilitand den Notruf auslöst, wird umgehend Kontakt aufgenommen. Die Mitarbeiter der Pflege sind angewiesen, beim Auslösen eines Notrufes umgehend den Rehabilitanden zu kontaktieren und den Ort des Notrufes aufzusuchen. Liegt ein medizinischer Notfall vor, wird der diensthabende Arzt informiert. Die Telefonnummer, welche im Notfall anzurufen ist, hängt in jedem Zimmer aus. Das Notfallteam (diensthabender Arzt, Pflegekraft) entscheidet über das weitere Vorgehen. Bei schwerwiegenden somatischen Notfällen (z. B. Herzinfarkt) steht darüber hinaus jederzeit ein Notarzt zur Verfügung. Es ist im Bedarfsfall eine schnelle Verlegung in die Asklepios Stadtklinik möglich.

Neben der somatischen Notfallversorgung steht auch eine psychologische Krisenintervention bei psychischer Dekompensation zur Verfügung.

Im Rahmen von Kriseninterventionen sind grundsätzlich zunächst die Mitarbeiter der Psychosomatik erste Ansprechpartner. Bei Suizidalität wird ein Facharzt (Chefarzt, Oberarzt) hinzugezogen. Im Bedarfsfall wird die Verlegung in eine regionale (ggf. auch heimatnahe) Psychiatrie veranlasst und es werden die hierfür notwendigen Maßnahmen eingeleitet.

xlix. Medizinische Notfälle

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

Über die hausinterne Notrufnummer 3555 ist rund um die Uhr die diensthabende Pflegekraft erreichbar. Diese alarmiert den diensthabenden Arzt. Reanimationsmaßnahmen erfolgen nach Leitlinien der ERC / AHA (European Resuscitation Council / American Heart Association).

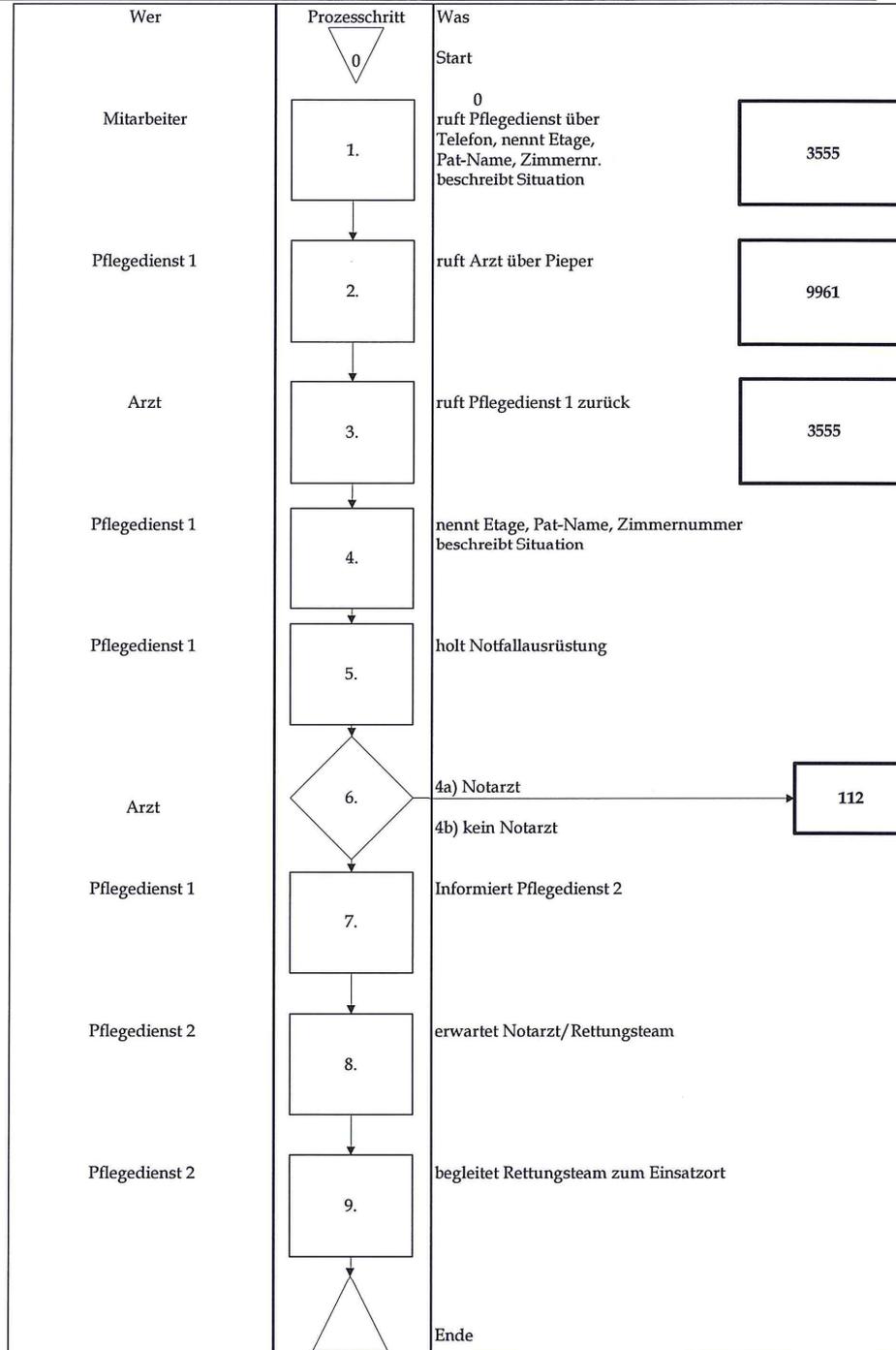
Leitung der Notfallmaßnahmen durch diensthabenden Arzt. Entscheidungen über evtl. (notfallmäßige) Verlegungen durch zuständigen Facharzt. Für das Vorgehen bei medizinischen Notfällen liegen aktuelle schriftliche Anweisungen (Dienstanweisungen, Standards etc.) vor.

I. Notfallausrüstung

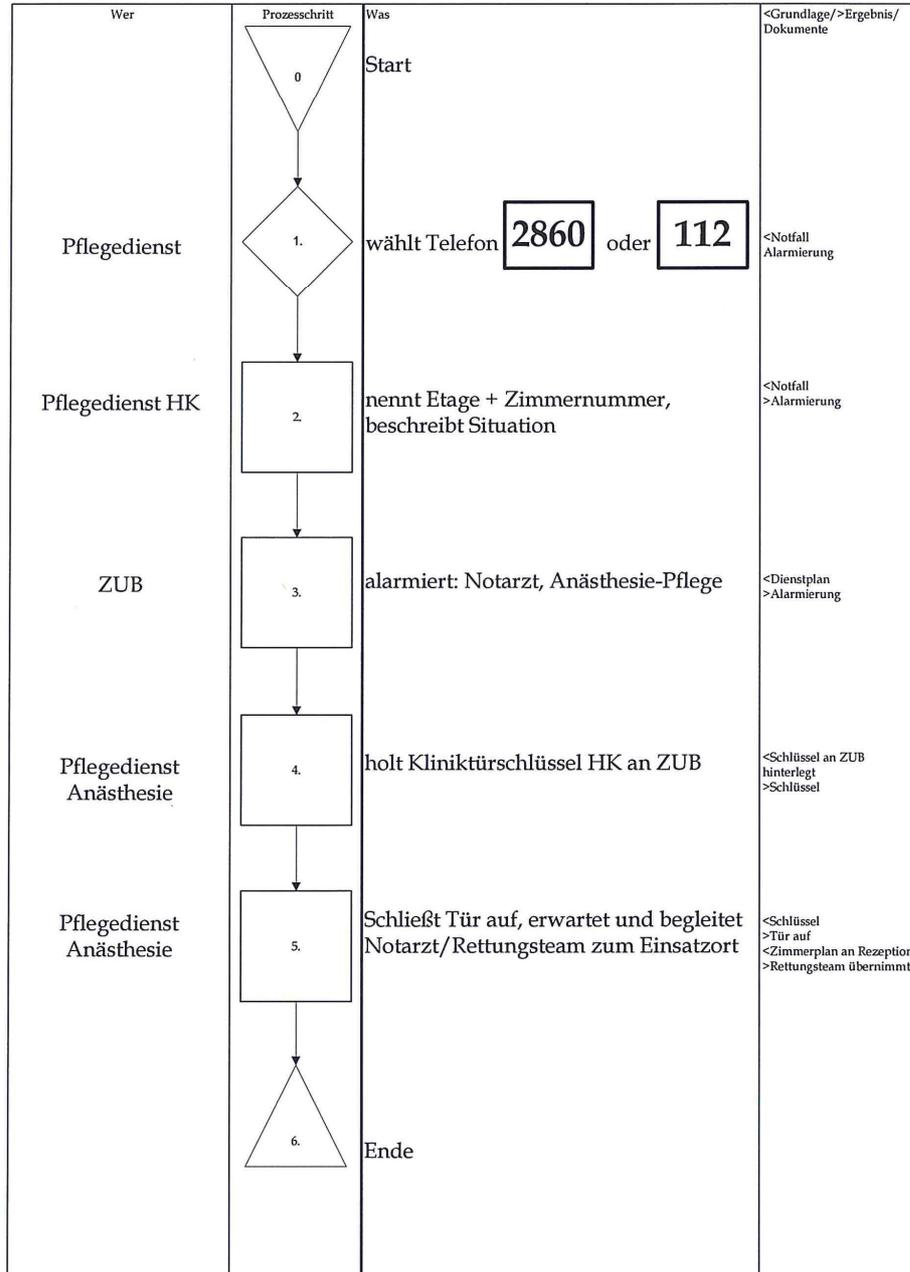
Mehrere identisch bestückte Notfallkoffer werden an zentralen Stellen (Stationszimmer, Therapieabteilung und Medizinische Abteilung) in der Helenenklinik vorgehalten. Die Ausrüstung ist in einem Standard verbindlich festgelegt. Zur Verfügung stehen zudem ein Notfallrucksack, ein Notfallbeatmungsgerät mit Sauerstoffflasche, Defibrillator mit AED-Funktion sowie ein Finger-Pulsoxymeter.

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

	Asklepios Kliniken Bad Wildungen, Helenenklinik	
	QM - System - Nr. 3.1.4-00002	Titel Notfallkette 08:20 - 16:30 Uhr während Kernarbeitszeit Ärzte
		gültig ab: 01.04.2016
		Seite 1 von 1



	Asklepios Kliniken Bad Wildungen, Helenenklinik		
	QM - System - Nr. 3.1.4-00002	Titel Notfallkette 16.30 - 08.20 Uhr außerhalb Kernarbeitszeit Ärzte	
		gültig ab: 01.11.2015	Seite 1 von 1



ii. Dokumentation der Notfälle

Dokumentationen aller Maßnahmen erfolgen auf einem Überwachungsblatt sowie durch einen Eintrag in die Krankenakte. Bei allen - auch potentiell - lebensbedrohlichen Notfällen wird zusätzlich ein Notfallprotokoll ausgefüllt, das dem Ärztlichen Leiter vorgelegt wird. Aufgetretene Notfälle werden interdisziplinär nachbesprochen, bei Bedarf werden dann Verbesserungen bzw. Prozessänderungen durchgeführt.

iii. 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.

liii. QS Notfallmanagement

Pflichtfortbildungen werden im jährlichen Fortbildungsplan festgeschrieben.

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

Diese aktuellen Dienstanweisungen, Standards, Verfahrensanweisungen, Formblätter sind im Intranet jederzeit für alle Mitarbeiter/-innen einsehbar.

4.8 Angaben zur Hygiene

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

Im Haus werden die Belange der Klinikhygiene zusätzlich durch einen Hygienebeauftragten Oberarzt

Es ist eine hauptamtliche Hygienefachkraft 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. Mittels eines Reporting-Systems kann jederzeit überprüft werden, welche Mitarbeitenden Schulungen nicht oder nur teilweise besucht haben. Diese werden dann nachgeschult. Gemeinhin liegt die Schulungsquote bei über 95 %.

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

Um proaktiv möglichen Gefahren durch mangelnde Hygiene vorzubeugen, finden in unregelmäßigen Abständen Begehungen und externe Audits statt. Basis hierfür sind die jeweils aktuell gültigen Normen. Ergebnisse dieser Begehungen werden allen Beteiligten zur Verfügung gestellt und termingerecht abgearbeitet.

5. Dokumentation

Die Dokumentation stellt einen wichtigen Bestandteil des Rehabilitationsprozesses dar und erfolgt zum großen Teil elektronisch. Für jeden Rehabilitanden ist eine elektronische Akte angelegt in der neben den üblichen Basisdaten, Untersuchungsbefunde wie Laborbefunde u sowie alle weiteren Befunde, Verordnungen und Therapien dokumentiert werden, so dass auch jeder Arzt, Psychologe und Fachtherapeut entsprechende Information abrufen kann und diese ggf. auch in den Entlassungsbericht übertragen werden können. Aufnahmebericht, psychischer Befund und körperlicher Untersuchungsbefund befindet sich ebenfalls zeitnah in der elektronischen Akte. Am Ende des Aufenthaltes erstellt der Bezugsarzt den Entlassungsbericht nach den gängigen Standards der DRV. Die Visiten werden vom Arzt dokumentiert. Und vom Pflegedienst und der Sekretärin ausgearbeitet.

Nach Sichtung aller Befunde sowie den vielschichtigen Beobachtungen zur Leistungsbeurteilung erfolgt zum Ende des Aufenthaltes die sozialmedizinische Beurteilung im Team. Die Entscheidung über die Entlassungsform trifft unter Berücksichtigung aller während des Aufenthaltes erkennbaren Aspekte der Bezugsarzt. Darüber hinaus werden die Indikation für spezielle Nachsorgemaßnahmen geprüft und ggf. die hierfür notwendigen Schritte eingeleitet.

Auf die Möglichkeit zur individuellen Sprechstundenvereinbarung wurde bereits hingewiesen. Die Dokumentation der Visiten erfolgt in der Patientenakte bzw. in der Patientendokumentation. Der Medikamentenplan und seine Änderungen werden u.a. direkt in der Patientenakte festgehalten.

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 Nichterreichung 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 Bezugsarzt sieht den Patienten regelhaft zeitnah nach Aufnahme, eventuell direkt bei Anreise.

Die Therapieplanung ist zentral geregelt. Verordnungen erfolgen über den zuständigen Facharzt und werden direkt (über PC) an die Therapieplanung weitergeleitet. Neuverordnungen, Veränderungen usw. werden am Tag der Verordnung umgesetzt, ausgedruckt und an den Rehabilitanden (über sein Postfach) weitergeleitet. Es werden alle therapeutischen Maßnahmen erfasst und am Ende die Liste der erbrachten therapeutischen Leistungen erstellt und im Entlassungsbericht (Blatt 1b) aufgeführt.

6. Angaben zum Datenschutz

Ziel der Asklepios Helenenklinik 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 Helenenklinik 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.

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.

liv. 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.

Die Asklepios Helenenklinik 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 Beschwerdekonzept 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

Iv. 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.

Ivi. 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 regelmäßigen 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.

Ivii. 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 sowie

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.

Iviii. Fortbildung

Es werden Pflichtfortbildungen wie Brandschutz- und Notfallschulungen, Datenschutz- und Hygienefortbildungen sowie Fortbildungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz abgehalten.

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.

8. Literaturverzeichnis

- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015
- Deutsche Rentenversicherung Bund Abteilung Rehabilitation (Hrsg.): Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitation. Stand 2013
- Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht Update 2011: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
- Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht Update 2014: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. S. 27 - 29
- Föhres, F.; Kleffmann, A. u. Weinmann, S.: Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (ida)©. Hrsg.: Miro GmbH, Verlag, 2002, 2. Auflage
- Sozialgesetzbuch (SGB III) Drittes Buch Arbeitsförderung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 3.3.2016 I 369
- Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 452 V v. 31.8.2015 I 1474
- Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.5.2016 I 1254
- Sozialgesetzbuch (SGB VI) Sechstes Buch Gesetzliche Rentenversicherung, Stand: Neugefasst durch Bek. v. 19.2.2002 I 754, 1404, 3384; Zuletzt geändert Art. 7 G v. 21.12.2015 I 2517
- Sozialgesetzbuch (SGB VII) Siebtes Buch Gesetzliche Unfallversicherung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 21.12.2015 I 2424
- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 2 Behinderung
- Van Kampen M, de Weerd W, van Poppel H, et al. (2000)
- Filocamo MT, li Marzi V, del Popolo G, et al. (2005)

- Mac Donald R, Fink HA, Huckabay C, et al. (2007)
- Hunter KF, Moore KN, Cody DJ et al.(2004)
- Floratos DL, Sonke GS, Rapidou CA, et al ((2002)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V (2016)
- Leitlinie der Therapie der Psoriasis vulgaris
- Streibelt & Buschmann-Steinhage (2011)
- Egnér et al. (2011)
- Mehnert (2011)
- Löffler et al. (2012)
- Härter et al., (2004)

9. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEP	Akustisch evozierte Potentiale
AGZ	Asklepios Gesundheitszentrum
AHB	Anschlussheilbehandlung
AvD	Arzt vom Dienst
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BGA	Blutgasanalyse
CIRS	Critical Incident Reporting System
DIN	Deutsches Institut für Normung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EEG	Elektroenzephalografie
ERC	European Resuscitation Council
EKG	Elektrokardiogramm
EMG	Elektromyografie
ENG	Elektroneurografie
ERS	European Respiratory Society
etc.	et-cetera
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HHN Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
IBF	Asklepios Fortbildungsakademie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IDA	Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten
ISO	Internationale Organisation für Normung
kg	Kilogramm
KHK	Koronare Herzkrankheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MEP	Motorisch evozierte Potentiale
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie
MTT	Medizinisch-technische-Therapie
PC	Personal Computer
PMR	Progressive Muskel Relaxanz
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte(r)
SOP	Standard Operating Procedure
SSEP	Somatosensibel evozierte Potentiale
SSRI	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TEE	Transösophageale Echokardiographie
TV	Television
u.a.	unter anderem

UKGM	Universitätsklinikum Gießen-Marburg
VAS	visuelle Analogskalen
WC	Water closet
Wlan	Wireless Local Area Network
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

10. Mustertherapieplan

Am Samstag wird vormittags Physiotherapie angeboten.

Am Sonntag ist keine Therapie.

Die Zeit zwischen den Therapien sind Pausen.

Frühstücksbuffet: 07.30 Uhr bis 09.00 Uhr

Mittagessen: 11.45 Uhr bis 12.30 Uhr

Abendbuffet: 17.30 Uhr bis 18.15 Uhr

	Anreiseweche/Einführungswoche (1. Woche)						reguläre Woche (volle Therapiewoche)						Entlassungswoche		
	MO	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI
7.00-7.15			Blutentnahme EKG												
7.15-7.30									Vollbad		Biofeedback				
7.30-7.45															
7.45-8.00				Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.00-8.15			Frühstück						Frühstück		Frühstück		Frühstück		
8.15-8.30				Hydromassage	Bewe- gungs- gruppe										
8.30-8.45			Liegefahrrad- training						Sandwanne	Liegefahrrad- training	Hydromassage				med. Aufbautraining
8.45-9.00															
9.00-9.15															
9.15-9.30	Anreise		Interferenz- Therapie	Einführung med. Trainings- therapie (MTT)					CA Visite und ärztl. Gespräch		MTT	Liegefahrrad- training	Bewe- gungs- gruppe		PMR
9.30-9.45															
9.45-10.00															
10.00-10.15															
10.15-10.30									Biofeedback	Kontinenz- Trainings- gruppe					Entlassungs- untersuchung
10.30-10.45															
10.45-11.00			Sandwanne	Kontinenz- Trainings- gruppe				med. Aufbautraining	Hydromassage		Sandwanne			med. Aufbautraining	
11.00-11.15															
11.15-11.30					Qi-Gong										
11.30-11.45	Empfang m. Hausrundgang								Vollbad		Interferenz- Therapie		Qi-Gong		Vollbad
11.45-12.00															
12.00-12.15	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.15-12.30															
12.30-12.45															
12.45-13.00															
13.00-13.15	CO-therap. Aufnahme	Einführung Kontinenz- training	Einführung PMR					selbständiges Training		PMR	Kontinenz- Trainings- gruppe			PMR	Biofeedback
13.15-13.30	Einführung Notrufsystem								Kontinenz- Trainings- gruppe						
13.30-13.45															
13.45-14.00															
14.00-14.15															
14.00-14.15															
14.00-14.15	Aufnahme- untersuchung ärztlich	Vorstellung Freizeithaus	Genusstraining					Seminar: Sozialrecht		Lob-und Kritikrunde mit Chefarzt	Vortrag: Schwer- behinderten- recht	Vortrag: Selbsthilfe- gruppen		Hydromassage	selbständiges Training
14.15-14.30									Sozialberatung (Gruppe)						
14.30-14.45				CA-Visite											
14.45-15.00															
14.45-15.00															
15.00-15.15															
15.00-15.15															
15.15-15.30															
15.15-15.30															
15.30-15.45															
15.30-15.45															
15.45-16.00															
15.45-16.00															
16.00-16.16															
16.00-16.16															
16.16-16.30															
16.16-16.30															
16.30-17.00															
16.30-17.00															
17.00-17.30															
17.00-17.30															
17.30-18.15	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
17.30-18.15															

freiwillige Angebote

freiwillige Angebote

Bewegungsbad (freies Schwimmen)

Bewegungsbad (freies Schwimmen)