

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Allgemeiner Teil	4
1. Klinikstruktur	4
1.1. Träger und Standort	4
1.2. Indikationen	4
1.3. Personalstruktur	4
1.3.1. Ärztliche Qualifikationen	4
1.3.2. Psychologische Qualifikationen	5
1.3.3. Andere Qualifikationen	5
1.4. Belegungsdaten	5
2. Konzept der onkologischen Rehabilitation	6
3. Indikationsübergreifende Aufgaben (Rehabilitationsziele)	7
3.1. Somatische Therapieziele	7
3.2. Therapieziele im psychischen Bereich:	7
3.3. Therapieziele im sozialen Bereich	7
3.4. Edukative Therapieziele	7
4. Indikationsübergreifende Diagnostik	8
4.1. Vorbefunde	8
4.2. Rehabilitationsrelevante Diagnostik	8
4.2.1. Indikationsübergreifende diagnostische Maßnahmen im Wesentlichen	8
5. Therapieplanung	9
6. Indikationsübergreifende Behandlungsschwerpunkte	9
6.1. Medizinische Behandlung	9
6.1.1. Medizinische Basistherapie	9
6.1.2. Supportive Maßnahmen	9
6.1.3. Schmerztherapie	10
6.1.4. Therapie von Simultanerkrankungen	10
6.2. Pflegerische Betreuung	10
6.3. Ernährungstherapie	11
6.4. Physikalische Therapie	11
6.4.1. Übersicht über die Therapieverfahren der Klinik	12
6.5. Ergotherapie	13
6.5.1. Ergotherapeutische Maßnahmen	13
6.6. Logopädie	15
6.6.1. Allgemeines Aufgabengebiet der Logopädie	15
6.6.2. Spezielles Aufgabengebiet der Logopädie	16
6.7. Stomatherapie	16
6.7.1. Kolo- und Ileostoma	16
6.7.2. Urostoma	17
6.8. Besondere Therapieprogramme für junge Patienten	17
6.8.1. Aktives Bewegungstraining	17
6.8.2. Programm „Aktiv Gesundheit fördern“	18
6.8.3. Therapiekonzept: Hilfe bei Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom	18
7. Schulung und Information	19
7.1. Allgemeines Programm (Curricula)	19
7.2. Spezielles Programm	20

8.	Klinische Psychologie und Psychotherapie	20
8.1.	Indikationskriterien für eine Therapie sind:	21
8.2.	Vorgehensweise	21
8.3.	Ziel des psychologischen Erstgesprächs sind:	22
8.4.	Weitere Angebote	22
9.	Sozialberatung und Hilfestellung	23
9.1.	Durchführung	23
10.	Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung	23
11.	Qualitätssicherung	24
11.1.	Qualitätsmanagement	24
11.2.	Qualitätslenkung	25
II	Spezieller Teil	26
12.	Mamma-Karzinom	26
12.1.	Rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen bzw. Behinderungen	26
12.2.	Diagnostik	26
12.2.1.	Diagnostische Maßnahmen im Einzelnen	27
12.3.	Therapieziele	27
12.3.1.	Somatische Therapieziele	27
12.3.2.	Funktionsbezogene Therapieziele	27
12.3.3.	Therapieziele im psychischen Bereich	28
12.3.4.	Therapieziele im sozialen Bereich	28
12.3.5.	Edukative Therapieziele	28
12.4.	Spezielle therapeutische Maßnahmen	28
12.4.1.	Postoperatives bzw. postradiogenes Lymphödem	28
12.4.2.	Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)	29
12.4.3.	Schulter-Arm-Syndrom, posttherapeutische Schultersteife	29
12.4.4.	Postradiogene Funktionsstörungen	30
12.4.5.	Chronische Schmerzsyndrome	30
12.4.6.	Hormonausfallstörungen	30
12.4.7.	Chronisches Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom	30
13.	Unterleibstumoren der Frau	31
13.1.	Genese	31
13.1.1.	Diagnostik in der Rehabilitation	31
13.1.2.	Maßnahmen in der Rehabilitation	31
14.	Tumoren des Gastrointestinaltraktes	32
14.1.	Einleitung	32
14.2.	Rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen	32
14.3.	Spezifische rehabilitative Maßnahmen	33
14.3.1.	Rehabilitation nach Operationen im oberen Intestinaltrakt	33
14.4.	Weitere therapeutische Maßnahmen	34
14.5.	Rehabilitation nach Stomaanlage (Kolo- bzw. Ileostoma)	34
14.6.	Ablauf einer Rehabilitationsmaßnahme	34
14.7.	Rehabilitation bei Stuhlinkontinenz	36
15.	Tumoren des Urogenitaltraktes	38
15.1.	Genese	38
15.2.	Indikationsspezifische Funktionsstörungen	38

15.3.	Diagnostik	38
15.3.1.	Vorbefunde	38
15.3.2.	Diagnostisches Grundprogramm	38
15.3.3.	Indikationsspezifische Diagnostik	39
15.4.	Spezielle rehabilitative Maßnahmen	39
15.4.1.	Harninkontinenz	39
15.4.2.	Erektile Dysfunktion	43
16.	Bronchialkarzinome	49
16.1.	Einleitung	49
16.2.	Diagnostik	49
16.2.1.	Vorbefunde	49
16.2.2.	Diagnostisches Grundprogramm	50
16.2.3.	Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik	50
16.3.	Spezielle rehabilitative Maßnahmen bei Patienten mit eingeschränkter respiratorischer Funktion	50
16.3.1.	Atemtechnik	51
17.	Leukämien, Lymphome und Stammzelltransplantationen	52
17.1.	Einleitung	52
17.2.	Indikation zur Rehabilitation von Patienten mit hämatologischen Neoplasien und allogener Stammzelltransplantation	54
17.3.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit hämatologischen Neoplasien und allogener Stammzelltransplantation	56
18.	Junge Menschen und Patienten mittleren Alters in der onkologischen Rehabilitation	58
18.1.	Einleitung	58
18.2.	Rehabilitationsrelevante Diagnosen	58
18.2.1.	Direkte Folgen der Tumorerkrankung	58
18.2.2.	Direkte Folgen der akutmedizinischen Behandlung	58
18.2.3.	Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und Kondition	58
18.2.4.	Psychische Probleme	58
18.2.5.	Sexuelle bzw. partnerschaftliche Probleme	59
18.2.6.	Soziale Anpassungsstörungen	59
18.2.7.	Chronisches Erschöpfungs-Syndrom	59
18.2.8.	Fehlende Information zum Krankheitsbild und zu rekonstruktiven Maßnahmen	59
18.3.	Rehabilitationsziele	59
18.3.1.	Somatische Therapieziele	59
18.3.2.	Therapieziele im psychischen Bereich	59
18.3.3.	Therapieziele im sozialen Bereich	59
18.3.4.	Edukative Therapieziele	59
18.4.	Therapeutische Maßnahmen	60
18.4.1.	Sport und Bewegung	60
18.4.2.	Funktionelles Training	60
18.4.3.	Psychoonkologische Betreuung	60
18.4.4.	Sozialberatung	60
18.4.5.	Edukative Maßnahmen	60
19.	Anschriften und Kontakte	61

I. Allgemeiner Teil

1. Klinikstruktur

1.1 Träger und Standort

Die Klinik ist eine Rehabilitationsklinik und wurde 1960 als „Waldsanatorium Roth“ gegründet. Sie befindet sich heute in Trägerschaft der Dr. Ebel Fachkliniken GmbH und Co. Anlagen KG/R. Klinge, welche bundesweit insgesamt 9 Fachkliniken betreibt.

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

1.2 Indikationen

- Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane insbesondere der Brust
- Urologische Tumoren (insbesondere Prostata-, Blasen-, Nieren-, und Hodenkarzinome)
- Tumoren des Gastrointestinaltraktes (Ösophagus-, Magen-, Kolon-, Rektum-, Pankreas-, Gallengangs-, und hepatozelluläres Karzinom)
- Maligne Systemerkrankungen (Lymphome und Leukämien)
- Knochenmark- und Blutstammzelltransplantationen (autolog und allogene)
- Bronchialkarzinome (kleinzelliges und nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom)
- HNO-Tumoren (Larynx-, Hypopharynx-, Oropharynx-, Mundboden- und Zungenkarzinome, Schilddrüsenkarzinome)
- Weichteil- und Knochentumoren (Weichteil- und Osteosarkome)

1.3 Personalstruktur

1.3.1. Ärztliche Qualifikationen:

Der Chefarzt der Klinik Herr Prof. Dr. O. Rick ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie mit den Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin, Medikamentöse Tumortherapie, Hämostaseologie und Sozialmedizin. Durch seine langjährige Tätigkeit an der Charité zu Berlin hat er sich in der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie (ehemaliger Leiter: Prof. Dr. D. Huhn) und in der Transplantationseinheit (ehemaliger Leiter: Prof. Dr. W. Siegert) ein umfangreiches Spezialwissen angeeignet. Darüber hinaus hat er während seiner Tätigkeit in der Medizinischen Klinik II m.S. Onkologie und Hämatologie der Charité Campus Mitte (Leiter: Prof. Dr. K. Possinger) im stationären wie ambulanten Bereich ein großes Spektrum an Patienten mit soliden Tumoren behandelt und die Nachsorge durchgeführt.

Fachärzte in der Klinik:

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Fachärztin für Gynäkologie
- Facharzt für Urologie
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, Hämostaseologie, Palliativmedizin, Medikamentöse Tumortherapie, Chirotherapie, Lymphologie, Akupunktur

Konsil-Ärzte:

- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Facharzt für Gastroenterologie

1.3.2. Psychologische Qualifikationen:

Die Klinik beschäftigt eine Diplom Psychologin und einen Diplom Psychologen, beide mit der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten. Der leitende Psychologe verfügt über die Weiterbildung Psychoonkologie und betreut seit vielen Jahren Tumorpatienten. Darüber hinaus nehmen sie regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen und an den Treffen der psychoonkologischen Netzwerke der Region teil. Eine besondere Kompetenz besteht bei der Diagnostik in Form von Verhaltensanalysen und bei der Therapie in Form von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapien. Aus diesem Grund besteht ein großes Engagement und eine hohe Fachkompetenz bei der psychologischen Betreuung unserer Patienten.

1.3.3. Andere Qualifikationen:

- Diplom-Sozialpädagoge
- Ergotherapeutin
- Kunsttherapeutin
- Logopädin
- Stomatherapeutin und Stomaschwester
- Diätassistentin/Diätküchenleiterin nach VM/DGE
- Kreativtherapeutin
- Physiotherapeuten
- Krankengymnasten
- Sportlehrerin
- Masseur
- Lymphtherapeuten
- Examierte Krankenschwestern und Fachschwestern

1.4 Belegungsdaten

180 Betten inklusive 11 Pflegezimmer

Belegungsträger für die onkologische Rehabilitation:

- DRV Hessen (federführend)
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund
- DRV Braunschweig-Hannover
- DRV Nord
- DRV Knappschaft-Bahn-See (KBS)
- Landwirtschaftliche Alterskasse (LAK)
- Alle Gesetzliche Krankenkassen
- Alle Private Krankenkassen

Anschlussrehabilitationen: Werden im Auftrag der Rentenversicherungsträger und gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.

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

Die Klinik ist beihilfeberechtigt.

2. Konzept der onkologischen Rehabilitation

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

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

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

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

3. Indikationsübergreifende Aufgaben (Rehabilitationsziele)

Kaum eine Krankheit wird so bedrohlich erlebt wie eine maligne Tumorerkrankung. Sie bewirkt das Gefühl einer existenziellen Bedrohung. Bewusst oder unbewusst wird Krebs assoziiert mit langen Leiden und Sterben unabhängig davon, ob diese Vorstellung realitätsgerecht ist oder nicht. Menschliche Zuwendung und Zuspruch, wenn notwendig auch fachliche psychologische Betreuung haben deshalb in der onkologischen Rehabilitation einen vergleichsweise besonders hohen Stellenwert. Ein nicht unwesentlicher Teil der notwendigen rehabilitativen Aufgaben betrifft weniger die jeweils tumorspezifischen Störungen, sondern die nicht zu vermeidenden Folgen der notwendigen Tumorthherapie. Therapeutische Interventionen in der onkologischen Rehabilitation sind häufig unabhängig vom Primärsitz bzw. von der Ausgangssymptomatik des Tumors.

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

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

3.1. Somatische Therapieziele:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Schmerzlinderung
- Verminderung postoperativer Beschwerden
- Linderung postradiogener Beschwerden
- Minderung der chronischen Erschöpfung (Fatigue-Syndrom)
- Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens

- Verminderung eines Lymphödems
- Minderung einer Harn- / Stuhlinkontinenz
- Verbesserung von Sexualstörungen
- Verminderung intestinaler Funktionsstörungen (Diarrhoe, Meteorismus, Dumping usw.)
- Verbesserung der Stomaversorgung
- Verbesserung der Ernährung
- Verbesserung der respiratorischen Funktion
- Optimierung der Prothetik

3.2. Therapieziele im psychischen Bereich:

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

3.3. Therapieziele im sozialen Bereich:

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

3.4. Edukative Therapieziele:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Verbesserung des Informationsstandes über krankheitsbedingte oder therapieassoziierte Folgen (Z.n. Laryngektomie, Lymphödem, Harninkontinenz, erektile Dysfunktion, Dumping-Syndrom, Polyneuropathie, kognitive Störungen, etc.)
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Stomaversorgung)
- Erwerb von Kenntnissen über gesundes und krankheitsgerechtes Verhalten
- Beherrschen von Strategien und Techniken zur Stressbewältigung
- Erwerb von Kenntnissen zur Prophylaxe eines Lymphödems
- Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte Ernährung

4. Indikationsübergreifende Diagnostik

4.1 Vorbefunde

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

- Primärsitz des Tumors
- Befund der histologischen Untersuchung
- Grad der anatomischen Tumorausbreitung (TNM-System)
- Operationsverfahren
- Form und Ergebnis der zytostatischen Therapie
- Form und Ergebnis der Strahlentherapie
- Angaben über zusätzliche therapeutischen Maßnahmen

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

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

4.2 Rehabilitationsrelevante Diagnostik

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

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

4.2.1. Indikationsübergreifende diagnostische Maßnahmen im Wesentlichen:

- Anamnese
- Klinische Untersuchung
- Laboruntersuchung (Blutbild, Serumchemie, Mikrobiologie, Virologie, Medikamentenspiegel, Urinuntersuchung, ggf. Tumormarker)
- Apparative Untersuchungsverfahren:
 - EKG
 - Belastungs-EKG
 - Langzeit-EKG
 - Langzeitblutdruckmessung
 - Spirometrie, Oxymetrie
 - Sonographie inklusive Echokardiographie und Dopplersonographie
 - Uroflow-Messung
 - Zystoskopie, Urodynamik
 - Pad Test, Miktionsprotokoll
 - Elektromyographie und Nervenleitgeschwindigkeit (EMG / NLG)
 - Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- Psychologische Testverfahren (z.B. HAD-S)
- Externe Diagnostik
 - Gastroskopie, Koloskopie, Bronchoskopie
 - Röntgendiagnostik inklusive CT und MRT
 - Knochenszintigraphie
- Konsiliarärztliche Diagnostik
 - HNO
 - Neurologie

5. Therapieplanung, Ergebnisbeurteilung und Dokumentation

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

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

Einbezogen in die Therapieplanung werden:

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

Die wesentlichen Prozessmerkmale, das Therapieergebnis und nicht zuletzt die sozialmedizinische Stellungnahme sowie mögliche Vorschläge für ein Nachsorgekonzept werden im Entlassungsbericht ausführlich dargestellt. Dieser berücksichtigt konsequent die Merkmale des Prozess-Screenings im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (sog. Peer-Review-Verfahrens). Darüber hinaus findet im Rahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements eine Dokumentation und Evaluation wichtiger Parameter statt (z.B. im Hinblick auf Lebensqualität, Harninkontinenz, Lymphödem, Polyneuropathie, kognitive Funktionsstörungen und erektile Dysfunktion).

6. Indikationsübergreifende Behandlungsschwerpunkte

6.1 Medizinische Behandlung

6.1.1 Medizinische Basistherapie

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

6.1.2 Supportive Maßnahmen

Unerwünschte Nebenwirkungen und spezifische Probleme der zytostatischen Therapie werden durch begleitende Maßnahmen gemindert (Schleimhautprotektion, Uroprotektion, antiemetische Therapie, Infusionstherapie, Bluttransfusionen, usw.) Hierzu gehört auch die Einbeziehung der betroffenen Patienten in die Entscheidungsfindung belastender Therapien

mit dem Ziel einer höheren Akzeptanz verbunden mit einer geringeren Abbruchquote. Die umfassende fachliche Aufklärung über Sinn und Nutzen der beabsichtigten Therapie und deren Kurz- und Langzeitfolgen ist selbstverständlich.

6.1.3 Schmerztherapie

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

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

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

6.1.4 Therapie von Simultanerkrankungen

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

6.2 Pflegerische Betreuung

Die pflegerische Betreuung ist eine der wichtigsten rehabilitativen Aufgaben, sei es im Rahmen einer noch notwendigen Wund- bzw. Stomaversorgung unmittelbar nach ausgedehnten operativen Eingriffen, sei es nach eingreifender zytostatischer Therapie oder Bestrahlung.

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

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

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

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

6.3 Ernährungstherapie

Bei vielen onkologischen Erkrankungen und insbesondere nach den eingreifenden therapeutischen Maßnahmen ist es erforderlich, dass der Patient seine Ernährungsweise an die Krankheit bzw. an die Funktionsstörungen anpasst. Besonders gilt dies für Patienten nach Magen-Darm-Resektionen, insbesondere Gastrektomie und den begleitenden Malassimilationssyndromen, Anorexie nach Bestrahlungen, aber auch bei manchen Simultan-Erkrankungen wie Diabetes oder bei Adipositas. Gerade in der onkologischen Rehabilitation ist die erfolgreiche Behandlung von Untergewicht und Malnutrition ein wesentlicher Baustein zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und auch zur Besserung der Lebensqualität. Darüber hinaus hat sich ein Zusammenhang zwischen Ernährung und Rezidivrate bei Mammakarzinomen und Darmkrebs, insbesondere Kolonkarzinom, gezeigt. Daher ist es notwendig, die Patientinnen und Patienten über diesen Zusammenhang zu informieren und Möglichkeiten der Beeinflussung aufzuzeigen.

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

Die Klinikverpflegung basiert auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und den Diätempfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften. Eine permanent durchgeführte Berechnung des Speiseplanes gewährleistet, dass Vollkost, leichte Vollkost, Reduktions- und Diabeteskost eine Nährstoffrelation von ca. 15 % Eiweiß, 30 % Fett und 50 % Kohlenhydraten aufweist. Berechnet werden ferner Kostformen mit speziellen therapeutischen Anforderungen z.B. fettarm, kalorienreich, laktosefrei, eiweißarm, kohlenhydratdefiniert. Grundlage jeder Ernährungsberatung sind die Beratungsstandards der DGE, die auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen und medizinisch und therapeutisch sinnvoll sind. Neben gründlichen Einzelberatungen wird in Gruppengesprächen und Arztvorträgen auf Ernährungsprobleme eingegangen (siehe auch Kapitel 7.2.).

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

6.4 Physikalische Therapie

Im Mittelpunkt des Therapiekonzeptes steht das Ziel einer Aktivierung des Patienten. Dies ist nicht nur sinnvoll, um die Leistungsfähigkeit und Kondition des Patienten zu verbessern und damit einer chronischen Erschöpfungssymptomatik vorzubeugen, sondern auch um die tumorbedingte Sterblichkeit insbesondere von Patientinnen mit Mammakarzinom, als auch Patienten mit Kolonkarzinom zu vermindern. Welche Form der physikalischen Therapie, in welcher Dosierung und in welcher Wiederholung bzw. in welchen Kombinationen hängt vom aktuellen Befund und dem Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung ab, aber auch von der Konstitution und der Belastbarkeit des Einzelnen.

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

Bei der Planung und Durchführung von balneo-physikalischen Maßnahmen werden grundsätzlich die Qualitätsmerkmale der „Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL“ (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) zugrunde gelegt, welche die maßgeblichen therapeutischen Parameter definieren: Therapieindikation, Therapieziel, strukturelle Voraussetzungen (fachliche Voraussetzung der Therapeuten) sowie Form der einzelnen therapeutischen Maßnahmen (z.B. Dauer und Frequenz).

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

6.4.1. Übersicht über die Therapieverfahren der Klinik:

- **Einzel- und Gruppengymnastik** (Indikations- und funktionsspezifisch angepasst):
Verschiedene WS-Programme, Atemgymnastik, Gefäßtraining, Kontrakturbehandlung, Entstauungsgymnastik, Kontinenztraining, Gymnastik für brustoperierte Frauen u.v.a.m.
- **Hydro- und Balneotherapie:**
Wärmepackungen, lokale Kälteapplikationen
- **Elektrotherapie:**
Gleichstrom, diodynamischer Strom, transkutane Elektrostimulation, Frequenztherapie, Hochfrequenzwärmetherapieformen, Ultraschall
- **Inhalationen**
- **Sport- und Bewegungstherapie:**
Gezieltes Training für Leistung und Kondition in Form von Bewegungstraining, Nordic walking, aktives Gesundheitstraining und Sportgerätetraining inklusive Laufband und Ergometer
- **Manuelle Lymphdrainage** (komplexe physikalische Entstauungstherapie, KPE):
Die manuelle Lymphdrainage hat in der Klinik einen besonderen Stellenwert. Die ersten lymphtherapeutischen Maßnahmen wurde bereits 1981 durch entsprechend geschultes Personal vorgenommen. Da die hier tätigen Lymphtherapeuten größtenteils seit Beginn der Lymphtherapie in der Klinik tätig sind und regelmäßige Fortbildungen wahrnehmen, verfügen sie über eine langjährige Erfahrung. Es werden Lymphödeme unterschiedlicher Ätiologie behandelt:
 - Primäres Lymphödem
 - Sekundäres Lymphödem (Operation und Bestrahlungsfolge)
 - Phlebolymphostatisches Ödem mit Proteinfibrosen
 - Morbus Sudek
 - Inaktivitäts-Lymphödem

Nach einer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird der Behandlungsplan nach den Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Lymphologie bzw. der AWMF Leitlinie festgelegt und der Erfolg in wöchentlichen Konsultationen sowohl klinisch als auch über messtechnische Daten überprüft.

Das Programm der komplexen physikalischen Entstauungstherapie umfasst:

1. Wöchentliche Volumenmessungen mittels Perometer
2. Manuelle Lymphdrainage bis zu 2x täglich an max. 6 Tagen
3. Kompressionsbehandlung (Bandagierung) und Selbstbandagierung
4. Bewegungstherapie: Entstauungsgymnastik, Bewegungsbad, Schultermobilisierung, Haltungsschulung, leichter Sport
5. Information und Schulung: Verhaltensmodifikation, Prophylaxe, Bandagekurs

In enger Zusammenarbeit mit der Orthopädiotechnik wird nach komplexer physikalischer Entstauung am Ende der Rehabilitationsmaßnahme eine Kompression angemessen und im weiteren Verlauf der exakte Sitz kontrolliert. Für den weiterbehandelnden Therapeuten am Heimatort erhalten die Patienten eine

entsprechende Therapeuteninformation aus der Behandlungsmethoden, Besonderheiten und Messdaten, sowie Empfehlungen der Weiterbehandlung zu entnehmen sind.

6.5 Ergotherapie

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

Therapieziele (Beispiele!):

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

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

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

Hierdurch kann dem Patienten geholfen werden, sozialen Rückzug aufgrund von Missverständnissen zu vermeiden aber auch partnerschaftliche Probleme zu bewältigen.

Neben den funktionellen Verfahren haben die Kunst- und Gestaltungstherapie eine besondere therapeutische Qualität. Neben der körperlichen und geistigen Komponente ist hier besonders die emotionale Förderung zu erwähnen. Kreative Techniken wie Seidenmalerei, Malen, Peddigrohr, Speckstein, Makramee, Papierarbeiten, Weben, Collagen usw. können ein neues Lebensgefühl vermitteln, stärken Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und tragen zur besseren Krankheitsverarbeitung bei. Interaktionelle Gruppenarbeiten fördern die Kontaktfähigkeit und wirken Vereinsamungstendenzen entgegen.

6.5.1. Ergotherapeutische Maßnahmen:

Funktionstraining in Einzeltherapie

Medium:

Webrahmen, hochgehängte Makrameearbeit, hochgestellte Peddigrohrarbeit, Specksteinarbeit, Danisandbox und Therapieknete

Therapieziel:

Verbesserung von der Schulter-Arm-Beweglichkeit, Feinmotorik, Konzentration, Merkfähigkeit, Kraftdosierung, Kreativität, Gelenkbeweglichkeit, Verminderung eines Armlymphödems

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

Funktionstraining in der Gruppe

Medium:

Hochwebrahmen, musikalisches Gestalten, Mandala-Malen bei meditativer Musik, interaktionelle Kreativität (z.B. Collagen), Spiele

Therapieziel:

Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Ausdrucksverhaltens, der Entspannung, Kreativität, der sozialen Kompetenz, Merkfähigkeit, Konzentration und Ausdauer.

Gelenkschutztraining

Medium:

Kiesbox, Therapieketete, Antirutschfolie, Griffverdickungen

Therapieziel:

Schmerzlinderung, Vorbeugung von Versteifungen, Verhinderung von Schonhaltung und falschen Bewegungsmustern., Verbesserung oder Erhaltung von Muskel- und Gelenkfunktionen, gelenkschonende Verhaltensweisen im persönlichen Alltagsleben.

Selbsthilfetraining (ADL)

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

Beispiele:

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

Eine Lehrküche zum Üben häufiger Tätigkeiten ist vorhanden. Die Beratung oder das Training kann je nach Bedarf in Gruppen oder Einzeltherapie erfolgen.

Hirnleistung- und Gedächtnistraining

Medium:

Denksportaufgaben (z.B. Gehirnjogging, Aufgabenstellung nach *Dr. F. Stengel*)
Mnemotechniken, Computergestütztes kognitives Training (geplant)

Therapieziel:

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

Eine Evaluierung und Schweregradeinteilung erfolgt mittels des Mini-Mental-Test, der zum Anfang einer Therapie und am Ende der Rehabilitation durchgeführt wird.

Training der Feinmotorik bei peripherer Polyneuropathie

Medium:

Rapssamen, Therapieknete, Bürste

Therapieziele:

Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit, Selbständigkeit und Selbstversorgung (Ankleiden/Hygiene), Abnahme schmerzhafter Dysästhesien

6.6. Logopädie

6.6.1. Allgemeines Aufgabengebiet der Logopädie

Ausgehend von den vier Großbereichen wie Stimme, Sprechen, Sprache und Schlucken ergeben sich die folgenden Aufgabengebiete der Logopädie:

1. Prävention und Prophylaxe
2. Beratung und Training
3. Diagnostik und Abklärung
4. Therapie und Rehabilitation

Prävention und Prophylaxe

Prävention befasst sich mit der Verhinderung oder sehr frühen Erkennung von Problemen. So sind die Chancen höher, dass ein Problem gar nicht erst entsteht oder sehr früh behandelt werden kann. Prophylaxe kann mit Vorbeugen übersetzt werden. Als Beispiel für logopädische Prophylaxe kann die Stimme genommen werden. In vielen Berufen (z.B. als Lehrerin) muss man viel sprechen, es ist daher wichtig, seine Stimme durch prophylaktische Maßnahmen zu schützen. In Kursen werden entsprechende Verhaltensregeln und Übungen an Interessierte weitergegeben.

Beratung und Training

Logopädische Beratung findet für unterschiedliche Zielgruppen statt. Für Betroffene selbst, für Selbsthilfegruppen, für Angehörige oder für verwandte Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten). Bei Betroffenen geht es zumeist um Themen, die mit Prophylaxe und Therapie verknüpft sind. Verwandte Berufsgruppen können Kenntnisse über Logopädie nutzen, um Betroffenen den Weg zur logopädischen Therapie weisen zu können. Ein wichtiges Aufgabengebiet ist die Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen. Viele Angehörige haben einen großen Informationsbedarf im Hinblick auf die Störungsbilder der Betroffenen bzw. im Hinblick auf einen guten Umgang damit.

Training bezieht sich auf das konkrete Üben von bestimmten Verhaltensweisen (z.B. kommunikative Strategien). Der Übergang zwischen Beratung und Training ist natürlich fließend. Der Bereich des Trainings ist natürlich für Gesunde interessant, weil Stimme, Sprechen und Kommunikation zentrale Themen in beruflicher und privater Sicht zentrale Faktoren sind.

Diagnostik und Abklärung

Bevor eine Therapie geplant und durchgeführt werden kann, bedarf es einer logopädischen Diagnostik. Dabei geht es um die genaue Erfassung der gestörten und erhaltenen Leistungen, natürlich unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände der betroffenen Person. Die Methoden logopädischer Befunderhebung sind vielfältig, und sie reichen vom Gespräch über Videoaufnahmen bis zur Durchführung von Tests.

Abklärung ist in vielen Fällen notwendig, wenn aus medizinischer Sicht unklar ist, ob jemand einer logopädischen Therapie bedarf oder nicht. Vor allem logopädische Abteilungen in Krankenhäusern werden regelmäßig mit der Frage beschäftigt: Logopädie ja/nein?.

Therapie und Rehabilitation

Logopädische Therapie ist der Kernbereich logopädischer Tätigkeit, vor allem in Deutschland. Die konkrete Durchführung logopädischer Maßnahmen im Verbund mit anderen Therapien steht typischerweise im Kontext von Rehabilitation, in der interdisziplinäre Vorgehen versuchen, Betroffenen optimal zu helfen. Ein Beispiel in diesem Zusammenhang kann die Rehabilitation bei Tumorpatienten sein, wo Sprache, Sprechen und Schlucken Teile der Probleme sind.

Die häufigste Therapieform ist die Einzeltherapie, möglich sind aber auch Gruppentherapien. Gruppentherapien finden statt, wenn die Betroffenen sehr ähnliche Probleme haben oder wenn man sich etwas davon erhofft, dass unterschiedliche Betroffene aufeinandertreffen, um voneinander zu profitieren, z.B. wie man mit seinen Problemen umgehen kann.

Logopädische Therapie führt in vielen Fällen zum gewünschten Ziel. Betroffene haben nach der Therapie bessere stimmliche, sprecherische oder sprachliche Leistungen als vor der Therapie. Es wäre aber vermessen zu behaupten, dass alle Betroffenen durch logopädische Therapie zu prämorbidem Leistungen kommen, d.h. zu einer Leistungsfähigkeit wie vor der Erkrankung.

6.6.2. Spezielles Aufgabengebiete der Logopädie

Insbesondere bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (Oropharynx-, Hypopharynx- und Larynxkarzinome) stellt die logopädische Betreuung einen wesentlichen und entscheidenden Auftrag an die Rehabilitation dar. Hier haben die Patienten die Möglichkeit intensiv ihre Phonation zu bearbeiten und die Funktion des Sprechapparates zu verbessern. Handelt es sich um Patienten nach Laryngektomie oder dauerhaft tracheotomierte, muß der Weg zur neuen Stimme häufig erst noch gefunden werden und die entsprechende Technik erlernt werden. Hierunter zählen das Erlernen der Ruktusstimme, die so genannte Speiseröhrenersatzstimme, das Sprechen mittels Stimmprothese unter Verwendung eines Shunt-Ventils und in seltenen Fällen das Üben mit elektronischen Sprechhilfen, dem so genannten Elektrolarynx.

6.7. Stomatherapie

Die Zahl der Stomaträger in Deutschland wird auf ca. 100.000 geschätzt. Eine Stomaanlage in Form eines Colo- oder eines Urostomas kann aus den unterschiedlichsten Gründen notwendig werden; die Mehrzahl der Stomaoperationen wird aufgrund einer Krebserkrankung im Alter von etwa 60 - 70 Jahren durchgeführt. In diesem Zusammenhang spielen das Kolorektale Karzinom und das Harnblasenkarzinom die wichtigste Rolle. Nach Angaben der ILCO sind 71% der Patienten mit einem Colostoma, 18% mit einem Ileostoma und 11% mit einem Urostoma versorgt. In Bezug auf das Colostoma gibt es sogenannte endständige (meist auf Dauer angelegte) Stomata und doppeläufige Stomata, die nach einem gewissen Zeitraum relativ unkompliziert wieder zurück verlegt werden können. Dank moderner Hilfsmittel ist für die meisten Betroffenen eine dichte und unauffällige Versorgung möglich, so dass sie nach einer Eingewöhnungs-Phase wieder voll am Leben teilhaben können (Leben mit dem Stoma). Dies sollte möglichst rasch erreicht werden, um eine soziale und berufliche Isolation der Patienten zu vermeiden und eine Wiedereingliederung in das sozioökonomische Umfeld zu erreichen. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige und konsequente Betreuung der Patienten durch eine Stomatherapeutin und / oder eine geschulte Stomaschwester dringend erforderlich. Da im Zuge der kurzen stationären Aufenthaltsdauer im Rahmen der Primärtherapie diese Betreuung oft nicht in vollem Umfang leistbar ist, ergibt sich für die medizinische Rehabilitation ein ganz spezieller Auftrag.

6.7.1. Kolo- und Ileostoma

Im Hinblick auf Patienten mit Kolo- und Ileostoma sind folgende Anforderungen an eine Stomatherapie zu stellen:

- Therapie möglicher Funktionsstörungen: Hautirritationen, Schleimhautläsionen, Hernien, Stenosen, Retraktion, Prolaps, Stomablockade, Fisteln, Abszesse

- Therapie stomaunabhängiger Komplikationen: Stuhlunregelmäßigkeiten, perineale Schmerzen, Postproktektomiesyndrom
- Schulung und Information
 - Kenntnisse über Stomaversorgung
 - Kenntnisse über mögliche Komplikationen und ihre Therapie
 - Kenntnisse über die Beeinflussung von Stuhlunregelmäßigkeiten
 - Erlernen der Irrigation (wenn möglich)
 - Hilfsmittelversorgung
 - Nachsorge bei kolorektalen Tumoren
 - Alltagsprobleme, Leben mit dem Stoma
 - Störungen im psychosexuellen Bereich
 - Krankheitsverarbeitung

6.7.2. Urostoma

In Bezug auf das Nephrostoma ergeben sich folgende Notwendigkeiten:

- Therapie möglicher Funktionsstörungen: Hautirritationen, Stenosen in Folge von Vernarbungen und daraus sich ergebenden Miktionsstörungen, Stomablockade, Fisteln, Abszesse, Harnwegsinfektionen
- Therapie stomaunabhängiger Komplikationen: Stuhlunregelmäßigkeiten, Schmerzen
- Schulung und Information
 - Kenntnisse über Stomaversorgung
 - Kenntnisse über mögliche Komplikationen und ihre Therapie
 - Kenntnisse über die Beeinflussung von Stuhlunregelmäßigkeiten
 - Training von Beckenboden und Bauchpresse
 - Erlernen der Selbstkatheterisierung in festen Zeitintervallen, insbesondere bei Patienten mit Pouch
 - Hilfsmittelversorgung
 - Nachsorge bei urogenitalen Tumoren und Kontrolle von Stoffwechselstörungen und Säure-Basen-Haushalt
 - Alltagsprobleme, Leben mit dem Stoma
 - Störungen im psychosexuellen Bereich
 - Krankheitsverarbeitung

6.8 Besondere Therapieprogramme für junge Patienten

6.8.1 Aktives Bewegungstraining

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

Die Struktur im Einzelnen:

- **Einführungsgespräch:** Erläuterung des Zieles und des geplanten Ablaufes sowie des Sicherheitsbereiches (Pulsfrequenzbereich, keine körperliche Belastung). Im Einführungsgespräch soll – vor dem Hintergrund der vorangegangenen Tumorkrankheit und –therapie –, die Angst vor körperlicher Aktivität genommen und die notwendige Motivation gestärkt werden. Anlegen eines

Trainingsprotokolls, in dem der Trainingsverlauf, und die erbrachten Leistungen dokumentiert werden.

- **Vergleichender Ergometertest:** Messung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit. Testung mit der altersabhängigen stufenweisen Belastungserhöhung.
- **Muskelfunktionstraining/Aufwärmphase:** Leichte Ganzkörperbewegung im Stand, Dehnung und Kräftigung der Muskelgruppen, die beim folgenden Ausdauertraining besonders beansprucht werden (Dauer ca. 10 – 15 Min).
- **Ausdauertraining:** Ergometertraining, Walking und/oder leichtes Jogging im Intervall, abhängig von der Leistungsfähigkeit der Gruppe. Die Intensität (Tempo und Strecke) wird so gestaltet, dass eine Pulsfrequenz von 180 minus Lebensalter individuell nicht überschritten wird (Dauer ca. 45 Min., je nach Leistungsstand der Teilnehmer).
- **Entspannung:** Die Entspannungsphase findet direkt im Anschluss an das Ausdauertraining im Schwimmbad statt. Hierbei lernt der Teilnehmer die subjektiv positiven Auswirkungen einer wohldosierten körperlichen Belastung kennen mit dem Ziel einer Motivationsgrundlage für ein regelmäßiges Training am Heimatort zu bilden.
- **Abschließender Ergometertest** (wie oben)
- **Abschlussgespräch:** Besprechung des Trainingsprotokolls und nochmalige Motivation des Teilnehmers.

6.8.2 Programm „Aktiv Gesundheit fördern“

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

- Seminareinheit: Schutzfaktoren: Was hält uns gesund ? (siehe Kapitel 7.2.)
- Seminareinheit: Essen und Trinken (siehe Kapitel 7.2.)
- Seminareinheit: Bewegung und körperliches Training (siehe Kapitel 7.2.)
- Seminareinheit: Stress und Stressbewältigung (siehe Kapitel 7.2.)
- Seminareinheit: Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Abhängigkeit (siehe Kapitel 7.2.)

6.8.3 Therapiekonzept: Hilfe bei Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom

Das chronische über 6 Monate nach Therapieende bestehende Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom („Fatigue-Syndrom“) bei onkologischen Patienten ist in der letzten Zeit immer mehr in den Mittelpunkt des diagnostischen und therapeutischen Interesses gerückt. Nach neueren Untersuchungen leiden allerdings langfristig nur 10-15% der Patienten unter einer ständigen chronischen Erschöpfungssymptomatik, während bei der Mehrzahl der Patienten die akute psychovegetative und muskuläre Erschöpfung wieder verschwindet. Dennoch gilt Fatigue neben Tumorschmerzen, Anorexie und psychischer Belastung als eine der häufigsten negativen Begleiterscheinungen einer Tumorkrankheit.

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

Beschwerdebildes darstellen, wie zum Beispiel Anämie, Schlafstörungen, Schmerzen, psychische Belastungen, depressive Verstimmungen, Immobilität usw.

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

Das Erscheinungsbild im einzelnen (Beispiele):

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

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

- ❖ **Beratung** (Gruppen- und Einzelgespräche):
Anpassung an das Beschwerdebild
Vorsorgemaßnahmen
Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- ❖ **Körperliches Training** (siehe auch 6.6.1. „Aktives Bewegungstraining“):
Individuelle Anpassung, stufenweise Steigerung
- ❖ **Psychologische Hilfen** (siehe auch Kapite 8. „Klinische Psychologie und Psychotherapie“):
Gruppen- und Einzelgespräche
Entspannungsübungen
- ❖ **Konzentrations- und Gedächtnisübungen** (siehe auch 6.5. „Hirnleistung und Gedächtnistraining“)
- ❖ **Ernährungsberatung** (siehe auch 6.3. „Ernährungstherapie“):
Theorie und Praxis
- ❖ **Medikamentöse Maßnahmen**

Das Therapieprogramm wird mittels spezieller Fragebögen (FAQ bzw. FSI) evaluiert.

7. Schulung und Information

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

7.1 Allgemeines Programm (Curricula)

Grundlage des allgemeinen Schulungsprogramms ist das „Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation“ des Arbeitskreises der leitenden Ärzte BfA-eigener Kliniken in

Form des modifizierten „Curriculum onkologischer Erkrankungen“, welches den Intentionen und Voraussetzungen der hiesigen Klinik angepasst wurde.

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

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

Die einzelnen Module und ihre Themen:

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

7.2 Spezielles Programm

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

Spezielle Vorträge, Seminare und Schulungen:

- Onkologisches Curriculum
- Folgestörungen und deren Behandlung nach Brustkrebs
- Folgestörungen und deren Behandlung nach gastrointestinalen Tumoren
- Folgestörungen und deren Behandlung nach Lungenkrebs
- Folgestörungen und deren Behandlung nach Prostatakarzinom
- Folgestörungen und deren Behandlung nach urologischen Tumoren
- Das Lymphödem und dessen Behandlung
- Sport und Bewegung in der onkologischen Rehabilitation und Nachsorge
- Schutzfaktoren: Was hält uns gesund ?
- Stress und Stressbewältigung
- Schlafstörungen und Entspannungsverfahren
- Das chronische Erschöpfungssyndrom
- Ernährung nach Krebs
- Ernährung nach gastrointestinalen Tumoren
- Seminar Achtsames Innehalten
- Stomaseminar (Tägliches Leben, Sexualität etc.)
- Erlernen der Selbstbandagierung bei Lymphödem
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit der Prothetik

8. Klinische Psychologie und Psychotherapie

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

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

Die Probleme resultieren aus:

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

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

8.1. Indikationskriterien für eine Therapie sind:

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

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

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

8.2. Vorgehensweise:

Psychologisches Erstgespräch 1-3 Tage nach der medizinischen Aufnahmeuntersuchung.

Inhalte:

- Aktuelle psychische und physische Befindlichkeit, Anliegen/Bedürfnis des Patienten
- Grad der Informiertheit, subjektives Krankheitsverständnis
- Bisherige Krankheitsverarbeitung (Reaktionen und Prozesse auf emotionaler und kognitiver Ebene, z.B. Angst, Depression, Attributionen, Selbstwert, Körperbild)
- Bevorzugte Strategien zur Problemlösung und Krisenbewältigung

- Typische Verhaltensmuster hinsichtlich der Gestaltung von Beziehungen und des Umganges mit Konflikten
- Aktuelle Belastungen und/oder Defizite (emotionale, psychische, sozialberufliche, finanzielle Ebene)
- Ressourcen und Energiequellen (individuelle Fähigkeiten, soziale Unterstützung, Entspannungsmöglichkeiten, angenehme Aktivitäten, Hobbies usw.)
- Ziele/Zukunftsperspektiven des Patienten (Berücksichtigung von Abstraktions- und Realitätsgrad, Kurz- und Langfristigkeit, Operationalisierung in Teilziele)
- Information über Umfang und Inhalte des jeweiligen psychologischen Gesundheitsangebotes

8.3. Ziel des psychologischen Erstgesprächs sind:

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

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

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

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

8.4. Weitere Angebote

- Gruppenentspannungstraining

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

Ziel:

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

- Offene psychologische Sprechstunde

Ziel:

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

- Beteiligung an den Schulungs- und Informationsprogrammen und Curricula (Kapitel 7)
- Bei Bedarf: Angehörigengespräche zur Unterstützung bei der Klärung von krankheitsbedingter Konflikte bzw. Krisen in Partnerschaft und/oder Familie

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

9. Sozialberatung und Hilfestellung

Die soziale Isolation durch Rückzug, Partnerprobleme und Depressionen erfordert zusätzliche soziale Hilfestellungen über den üblichen Standard hinaus, besonders in Form von Hilfen und Beratung bei der Reintegration in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und Beruf. Sie koordiniert Versorgungssysteme und verschafft Zugang zu unterstützenden, persönlichen, gesellschaftlichen, sozialen und materiellen Ressourcensystemen, gibt Informationen und Hinweise oder vermittelt an zuständige Stellen.

9.1. Durchführung:

- Einzelgespräch zur Feststellung der persönlichen und beruflichen Situation im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Krankheit und Behinderung unter besonderen individuellen Anliegen und Fragen.
- Gespräch mit Angehörigen, dem Arzt oder anderen Mitarbeitern zur Klärung der beruflichen und sozialen Probleme.
- Aufzeigen der Möglichkeiten und Entscheidungshilfen die zur Lösung der anstehenden Probleme führen können.
- Erstellung eines psychosozialen Konzeptes als Teil des Gesamtplanes sowie Planung der erforderlichen Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten.
- Beratungsinhalte:
 - Teilhabe am Erwerbsleben (stufenweise Wiedereingliederung, innerbetriebliche Umsetzung, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen etc.)
 - Information über sozialrechtliche Möglichkeiten
 - Praktische Hilfe im Umgang mit Behörden (Antragstellung für Schwerbehindertenausweise/GdB usw.)
 - Beratung zum Schwerbehindertenrecht (Kündigungsschutz, steuerliche Vergünstigungen usw).
 - Fragen zur Sozialversicherung (Krankenkassenleistung, Krankengeld, Rentengeld, Leistungen der Arbeitsverwaltung)
 - Pflege und Haushaltsfragen (Pflegedienst, Pflegestufe, Wohngeld, Sozialhilfe)

10. Berufliche Beratung und sozialmedizinische Beurteilung

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

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

Sie umfasst:

- die medizinische und fachspezifische körperliche Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte

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

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

- die Dokumentation der krankheitsbedingten Funktionsausfälle
- die Beschreibung der verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
- die umfassende Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit
- der Vergleich der Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit
- die Beschreibung von funktionellen Beeinträchtigungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit (negatives Leistungsbild)
- die Beschreibung der verbliebenen zumutbaren qualitativen Leistungsmerkmale des körperlichen Arbeitsumfanges der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation (positives Leistungsbild)
- die Selbsteinschätzung des Betroffenen zur beruflichen Leistungsfähigkeit
- Empfehlungen zu berufsfördernden Maßnahmen (wenn erforderlich)

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

11. Qualitätssicherung

11.1 Qualitätsmanagement

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

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

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

Um die qualitätsorientierte Arbeit zu strukturieren und den Nachweis eines funktionierenden Qualitätsmanagement zu erbringen ist die DIN EN ISO 9001:2008 systematisch eingeführt und implementiert worden in Verbindung mit dem Qualitätsmanagementmodell der

DEGEMED. Die erfolgreiche Zertifizierung sowohl nach DIN EN ISO 9001:2008 als auch nach den Richtlinien der DEGEMED erfolgte im November 2003 und die Rezertifizierung im Januar 2010.

Darüber hinaus beteiligt sich die Klinik an den Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl der Rentenversicherung als auch an denen der gesetzlichen Krankenkassen.

11.2 Qualitätslenkung

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

- Tägliche Morgenbesprechung (Ärzte und Schwestern): Informationsaustausch, Organisation, Übergabe, Entscheidungen
- Wöchentliche interdisziplinäre Konferenz: Vorstellung problematischer Therapiemaßnahmen, Modifikation der Behandlungspläne, Erfahrungsberichte, Problemlösungen, allgemeiner Informationsfluss
- Sozialmedizinische Falldarstellungen (wöchentlich im Anschluss an die interdisziplinäre Konferenz): Sozialmedizinische Synopse, interdisziplinäre Meinungsbildung
- Visiten durch die behandelnden Ärzte: Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes, Adaption an Verlaufsveränderungen
- Chefarzt-Visiten: Bilanzierung, Dienstaufsicht, Ausblicke, Konzeption des Entlassungsberichtes
- Ausführliches Nachtdienstokumentation: Dokumentation besonderer Vorkommnisse, Kontrolle (Abzeichnung von diensthabendem Arzt und Chefarzt)
- Klinikinterner Patientenfragebogen: Patientenzufriedenheit, Fehlersuche
- Ärztliche und pflegerische Betreuung 24 Stunden pro Tag
- Möglichkeit der täglichen Patientenaufnahme (mit adäquater Betreuung)
- Therapeutische Maßnahmen grundsätzlich an 6 Tagen pro Woche
- Sämtliche indikationsspezifischen Therapiemaßnahmen grundsätzlich im Hause
- Aktive Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung

II Spezieller Teil

12. Mamma-Karzinom

12.1. Rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen bzw. Behinderungen

1. Direkte Operationsfolgen:
 - Wundheilungsstörungen
 - Brustwand- bzw. Axillalymphocele
2. Arm- bzw. Brustwandlymphödem
3. Postradiogene Läsionen
 - Radioderm
 - Postradiogene Lungenfunktionsstörungen (Pneumonitis)
4. Störungen nach zytostatischer Therapie (z.B. Hämatopoese, Alopezie)
5. Posttherapeutische Schmerzsyndrome
 - Phantomschmerz
 - Plexusbedingte Schmerzen
6. Postoperative Schultersteife, Schulter-Arm-Syndrom
7. Evtl. therapiebedingte Hormonausfallstörungen
8. Probleme mit der Brustprothese und Wäscheversorgung
9. Psychische Probleme
 - Krankheitsverarbeitung
 - Ursachenzuschreibung (Kausalattribution)
 - Aufklärungsstand (Vorurteile, Erfahrungen)
 - Annehmen eines veränderten Körperschemas
 - Angst, Depression
 - Zunehmende Krankheitsbelastung
10. Sexuelle bzw. partnerschaftliche Probleme
11. Soziale Anpassungsstörungen:
 - Sozialer Rückzug
 - Probleme bei der Integration in das soziale Umfeld
 - Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung
12. Fatigue-Syndrom
13. Fehlende Information zum Krankheitsbild und zu rekonstruktiven Maßnahmen.

12.2. Diagnostik

Die bei der Primär- oder Vorbehandlung erhobenen Untersuchungsbefunde müssen zu Beginn eines Rehabilitationsverfahrens ausführlich dokumentiert vorliegen und umfassen Angaben zu:

- Primärsitz der Geschwulst
- Befund der histomorphologischen Untersuchung
- Grad der anatomischen Tumorausbreitung (TNM-System)
- Operationsverfahren
- Form und Ergebnis der zytostatischen Therapie
- Form und Ergebnis der Strahlentherapie
- Angaben über zusätzliche therapeutische Maßnahmen

Umfang und Schweregrad der funktionellen Einschränkungen sowie der sozialen und psychischen Beeinträchtigungen müssen im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme bereits soweit geklärt sein, wie es zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit und somit zur Entscheidung über den Zugang zur Rehabilitation notwendig ist.

Hierzu gehören gegebenenfalls auch Angaben über soziale Belastungsfaktoren, berufliche Situation, Probleme der beruflichen Reintegration sowie der psychischen Situation und der Krankheitsverarbeitung.

Die rehabilitationsbezogene Diagnostik beschränkt sich auf das Erkennen von Funktionsdefiziten, von relevanten psychischen Belastungen und sozialen Beeinträchtigungen.

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

12.2.1. Diagnostische Maßnahmen im Einzelnen

1. Anamnese: Befindlichkeit, evtl. Funktionsausfälle, Schmerzen, psychische Belastungen, evtl. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, berufliche Belastungen bzw. Einschränkungen
2. Klinische Untersuchung: allgemeiner Status, Lymphknotenstatus, Operationsnarben, Oberarmumfänge, Funktionsdiagnostik des Schultergürtels (Neutral-Null-Methode)
3. Laboruntersuchungen: BSG, Blutbild, Differentialblutbild, cholestaseanzeigende Leberparameter, Elektrolyte, als Basisprogramm, evtl. Tumormarker
4. Bildgebende Verfahren: abdominelle Sonographie, u. U. Mammasonographie
5. Psychologische Testverfahren (z.B. HADS)

12.3. Therapieziele

Die Definition des Therapieziels ergibt sich aus dem Rehabilitationsdefizit. Es muss beachtet werden, dass die Therapiezieldefinition neben einer verständlichen kurzfristigen Zielerreichung möglichst einen langfristigen Effekt anstrebt. Bei der Therapiezieldefinition (Definition) wird die Anamnese (bzw. die Vorbefunde) und der aktuelle Untersuchungsbefund angemessen beachtet. Ferner sollten Erwartungen der Patientin, aber auch ihre individuellen Grenzen (Erreichbarkeit) berücksichtigt werden.

Der Behandlungsplan ist im Verlauf des Rehabilitationsverfahrens entsprechend den Ergebnissen der Verlaufsbeobachtung an die aktuelle Situation zu adaptieren.

Die Koordination aller therapeutischen Maßnahmen ist Aufgabe des Arztes: er ist in der Regel auch der zentrale Ansprechpartner der Patientin.

12.3.1. Somatische Therapieziele

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verminderung der Müdigkeit/Erschöpfung
- Linderung der Übelkeit/Appetitlosigkeit
- Verminderung des (Arm-) Lymphödems und der damit verbundenen Beschwerden
- Schmerzlinderung
- Verminderung von plexusbedingten Beschwerden
- Verminderung postchirurgischer Beschwerden (z.B. Narben, Fehlhaltungen)
- Linderung von Beschwerden seitens eines Radioderms
- Verminderung von Hormonausfallserscheinungen
- Optimierung der prothetischen Versorgung, Kompression, Wäsche
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit

12.3.2. Funktionsbezogene Therapieziele

- Verbesserung bzw. Erhaltung einer optimalen Schulter-Arm-Funktion
- Linderung postradiogener Lungenfunktionsstörungen

- Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Haushaltsführung), Selbstversorgung)
- Förderung sportlicher Aktivitäten
- Minderung der fatiguebedingten Symptome

12.3.3. Therapieziele im psychischen Bereich

- Abbau von Ängsten
- Verminderung von depressiven Zuständen
- Erlernen von Strategien und Techniken der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Antriebssteigerung
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen
- Verminderung sexueller Probleme
- Verminderung von Schlafstörungen
- Verbesserung der Akzeptanz der ausgefallenen Körperfunktion
- Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven

12.3.4. Therapieziele im sozialen Bereich

- Verbesserung der sozialen Integration
- Teilnahme am geselligen / kulturellen Leben
- Berufliche Integration bzw. Wiedereingliederung
- Information und Hilfen im sozial- und arbeitsrechtlichen Bereich
- Umgang mit dem Fatigue-Syndrom
-

12.3.5. Edukative Therapieziele

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erwerb von Kenntnissen zur Prophylaxe des Lymphödems
- Erlernen der Selbstbandagierung bei Lymphödem
- Erwerb von Kenntnissen im Umgang mit der Prothetik
- Beherrschen von Strategien und Techniken zur Stressbewältigung

12.4. Spezielle therapeutische Maßnahmen

Spezielle therapeutische Maßnahmen sind gezielt auf definierte Krankheitsbilder, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Beschwerden ausgerichtet und individuell auf den Einzelfall abgestimmt, (nach einer radikalen Mastektomie mit axillärer Lymphonodektomie sowie zusätzlicher Strahlen- bzw. zytostatischer Therapie sind andere Rehabilitationsmaßnahmen notwendig als nach brusterhaltender Therapie - BET).

Die psychische Konstellation und der Grad der Krankheitsbewältigung sind in das Therapiekonzept zu integrieren.

Im Folgenden soll das Vorgehen bei den häufigsten Funktionsstörungen nach Therapie eines Mamma-Ca. dargestellt werden. Die Aufstellung kann wegen des Umfanges möglicher Behinderungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

12.4.1. Postoperatives bzw. postradiogenes Lymphödem

Therapieziel:

- Entstauung und Defibrosierung betroffener Körperpartien
- adäquates Verhalten im Alltag und Beruf

Maßnahmen:

- Hochlagerung (standardisiertes Keilkissen)
- Entstauung durch bedarfsadaptierte Lymphdrainage, Entstauungsgymnastik und Kompressionsbandage (s.u.)
- Erlernen von Bandagetechniken
- Konservierung des erreichten Zustandes (maßangefertigte Kompressionsstrümpfe)
- Hautpflege
- Therapieinformatik (schriftlich) für die Weiterbehandlung am Heimatort

12.4.2. Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)

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

Das Programm der komplexen physikalischen Entstauungstherapie umfasst:

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

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

Eine isoliert verordnete bzw. durchgeführte manuelle Lymphdrainage ist nicht zu empfehlen und häufig ohne Effekt. Ein optimaler Therapieerfolg ist nur in Kombination mit Kompressionsmaßnahmen, Bewegungstherapie und Hautpflege sowie Infektprophylaxe zu erwarten.

Wichtig ist die Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie die Information der Patientinnen über Symptome, prophylaktische Maßnahmen und Therapiemöglichkeiten in Form von Gruppengesprächen und Einzelgesprächen im Bedarfsfall. Hervorzuheben ist, dass therapeutische Maßnahmen ausschließlich von staatlich geprüften Lymphtherapeuten durchgeführt werden.

12.4.3. Schulter-Arm-Syndrom, posttherapeutische Schultersteife

Therapieziel:

- Verbesserte, wenn möglich volle Beweglichkeit und Schmerzfreiheit des Schultergürtels
- Beseitigung der muskulären Verspannungen

Therapeutisches Vorgehen:

- Krankengymnastik in der Gruppe oder Einzelgymnastik (aktive Dehnung der Muskulatur, statische Kräftigung, Haltungsschulung, Rückenschulung)
- Elektrotherapie (niederfrequenter/diodynamischer Reizstrom, Mittelfrequenzstrom, Interferenzstrom)
- Massagebehandlung (Ausnahme: Lymphödem!)
- Manuelle Therapie
- Entspannungstechniken (autogenes Training, PMR)
- Verhaltensschulung
- Therapeutische Lokalanästhesie (im Akutfall)
- Wärmebehandlung (Akutfall, Ausnahme: Lymphödem!)

12.4.4. Postradiogene Funktionsstörungen

➤ Radioderm:

Vorgehen:

- Kühlungsbehandlung
- Angepasste Bewegungstherapie
- Dermatologisches Konsil, wenn notwendig

➤ Postradiogene Lungenfunktionsstörungen:

Ziel: Erhaltung bzw. Verbesserung der Atemkapazität, Erleichterung der Atemarbeit

Vorgehen:

- Atemtherapie (Korrektur falscher Atemtechnik, Atemführung, Atemwahrnehmung)
- Dehnlagerung (wenn erforderlich), Dehnübungen
- Inhalation (wenn erforderlich)

12.4.5. Chronische Schmerzsyndrome

Ursachen: Postoperativ, metastatisch, durch Körperhaltung

Ziel: weitestgehende Schmerzfreiheit

Vorgehen:

- Medikamentöse Schmerztherapie (WHO-Stufenschema)
- Sonstige medikamentöse Therapie, z. B. Bisphosphonate bei Knochenmetastasen, Antidepressiva, wenn notwendig
- Krankengymnastik (Einzeltherapie)
- Elektrotherapie (niederfrequente/diodynamische Reizströme, Interferenzstrom)
- Manuelle Therapie
- Massagen (unter Berücksichtigung der Kontraindikationen)
- Psychische Betreuung in Einzeltherapie bzw. Schmerzgruppe

12.4.6. Hormonausfallstörungen

Ursache:

- Senkung des Östrogenspiegels bei hormonrezeptorpositivem Mamma-Ca. (Antiöstrogene, Aromatasehemmer, GnRH-Analoga)
- Polycystose mit Ausfall der Ovarfunktion, Radiomenolyse etc.

Therapieziel:

- Verminderung der Hormonausfallsymptomatik (Hitzewallungen, Schlafstörungen etc.)

Vorgehen:

- Aufklärung, Wissensvermittlung in Gesprächskreisen und Vorträgen, Einzelgesprächen, individuell: medikamentös (symptomatisch), Substitution (wenn möglich), physikalische Therapie (z.B. Kneipp-Therapie), Entspannungstherapie (autogenes Training, PMR)

12.4.7. Chronisches Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom

Ursache:

- multikausal, durch Tumorerkrankung und Tumorthherapie

Therapieziel:

- Beseitigung bzw. Verminderung der fatiguebedingten Symptome (wie z.B. Erschöpfung, Müdigkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsschwäche)

Vorgehen:

- Information und Beratung durch Einzelgespräche oder Gruppenangebote, insbesondere Vorträge, individuell: Aerobes Bewegungstraining, psychologische Betreuung, Konzentrations- und Gedächtnistraining
- Aktivitätstagebuch

13. Unterleibstumoren der Frau

13.1. Genese

- Endometriumkarzinom
- Zervixkarzinom
- Vulvakarzinom

13.1.1. Diagnostik in der Rehabilitation

Die Diagnostik in der Rehabilitation soll zum einen Störungen der Körperstruktur und -funktion aufzeigen als auch Komplikationen nach akutmedizinischer Therapie rechtzeitig entdecken. Aus diesem Grund sind folgende Untersuchungstechniken durchzuführen.

- Anamnese: Befragung hinsichtlich körperlicher Aktivität, Schmerzen, vaginaler Ausfluss, Stuhlgang und Miktion.
- Körperliche Untersuchung: Neben allgemeiner körperlicher Untersuchung Inspektion einer vorhandenen abdominellen Narbe sowie der Hautverhältnisse im kleinen Becken, Palpation der inguinalen Lymphknoten, rektale Untersuchung und vaginale Untersuchung durch einen Facharzt, Beinumfangsmessungen beidseits und Beurteilung des Gewebes zur Erfassung eines möglichen Lymphödems.
- Labor: Blut- Stuhl- oder Urinuntersuchung richten sich nach klinischen Belangen und Symptomen der Patientinnen. Bestimmung der Tumormarker ist nicht sinnvoll.
- Allgemeine Diagnostik zur Erfassung der Leistungsfähigkeit: Leistungserfassung auf dem Ergometer oder dem Laufband (bei bandagierten Patientinnen), neurologische und/der orthopädische Befunderhebung zur Erfassung der neuromuskulären Funktion bzw. der Gelenk- und Weichteilfunktion, kognitive und neuropsychologische Testverfahren zur Einschätzung der kognitiven und psychischen Funktion

13.1.2. Maßnahmen in der Rehabilitation

- Sport- und bewegungstherapeutische Maßnahmen in individueller Anpassung an die Situation. Statt Ergometertraining ist Laufbandtraining zu empfehlen. Patientinnen im AHB-Verfahren sollten vier bis sechs Wochen nach Operation keine anstrengenden körperlichen Tätigkeiten sowie längeres Joggen durchführen.
- Krankengymnastische und physiotherapeutische Maßnahmen ausgerichtet auf die untere Extremität zur Verbesserung des Lymphabflusses nach Lymphadenektomie, Wassergymnastik nach abgeschlossener Wundheilung und keinem Vorliegen eines höhergradigen Radioderm möglich. Gegebenenfalls vorherige vaginale Inspektion (Blutung, Mykosen).
- Komplexe physikalische Entstauung bei Vorhandensein eines Lymphödems der unteren Extremität oder Mons pubis / kleines Becken
- Ergotherapeutische Verfahren hinsichtlich Funktionstraining der Beine, bei Polyneuropathie oder Arbeitsplatzrehabilitation sowie kognitives Training.
- Psychoonkologische Betreuung bei entsprechender Bedürftigkeit (siehe Kapitel 6.7.).
- Sozialberatung: Bei Patientinnen im erwerbsfähigem Alter Teilhabe am Erwerbsleben prüfen und Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber bzw. Rentenversicherung, bei Patientinnen im Rentenalter Prüfung der Teilhabe am Sozialleben und der häuslichen Versorgungssituation.

14. Tumoren des Gastrointestinaltraktes

14.1. Einleitung

Maligne Neubildungen des Verdauungstraktes werden nach wie vor in erster Linie operativ-chirurgisch behandelt. Entsprechend häufig sind therapiebedingte Folgezustände bzw. Funktionsstörungen, die sich abhängig von dem Verlust eines Organs bzw. Organanteiles manifestieren.

Je nach der Funktion innerhalb des Verdauungsablaufs sind durch den Ausfall des jeweiligen Organanteiles wesentliche Unterschiede in Qualität und Quantität der Funktionsstörungen zu erwarten.

Da die Verdauungsleistung überwiegend im oberen Intestinaltrakt stattfindet, sind hier operative Eingriffe mit unterschiedlich ausgeprägten Störungen der Digestion verbunden. Die wichtigste Funktion des unteren Intestinaltraktes – des Kolorektems – hingegen offenbart sich erst in seinen Endabschnitten, nämlich in der Kontinenzfähigkeit. Deshalb sind nach Operationen speziell im Bereich des Rektum nachhaltige Therapiefolgen möglich.

Das Therapiespektrum von malignen Visceraltumoren umfasst neben den primären operativen Eingriffen je nach Tumorlokalisierung, Tumorstadium und Krankheitsverlauf zunehmend auch zytostatische und radiogene Therapieoptionen, die – abhängig von den Therapiefolgen – in der Rehabilitationsplanung selbstverständlich ebenfalls berücksichtigt werden müssen.

Die Gruppe der rehabilitationsbedürftigen Patienten nach Therapie gastroenterologischer Malignome umfasst somit ein höchst inhomogenes Kollektiv mit sehr unterschiedlichen tumor- und therapiebedingten Funktionseinschränkungen bzw. Behinderungen. Ferner ist speziell bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen von einem durchschnittlich höheren Lebensalter auszugehen als bei Patientengruppen anderer Tumorentitäten. Letzteres kann den Rehabilitationsprozess entscheidend beeinflussen, wenn zusätzlich altersabhängige Funktionsstörungen und Behinderungen auftreten.

Tumorpatienten benötigen neben medizinisch-rehabilitativen Maßnahmen eine besondere psychische Zuwendung. Ihre Belastung beschränkt sich nicht nur allein auf eine Störung wichtiger Körperfunktionen – hier in erster Linie der Verdauung oder der Kontinenz. Eine gravierende Belastung besteht neben einer verständlichen Angst vor einer möglichen Progredienz des Leidens auch durch mögliche z. T. gravierende Einschränkungen in den sozialen Kontakten und evtl. negativen Konsequenzen im Berufsleben.

14.2. Rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen

1. Direkte Operationsfolgen: Wundheilungsstörungen, Spätabszesse, Sakralfisteln
2. Postgastrektomiesyndrome: Frühdumping, Spätdumping, oesophagealer Reflux,
3. Störungen der Nahrungsaufnahme nach Operationen im Bereich des oberen Intestinaltrakts: Fettmalabsorption, Laktosemalabsorption, Vitaminmalabsorption (Vit. B12, A, D, E, K)
4. Kurzdarmsyndrom
5. Pankreatektomiesyndrom
6. Passagestörungen, Stenosen der Anastomosen
7. Defäkationsstörungen (z.B. Diarrhöen) nach umfangreicher Kolonresektion, Verlust des terminalen Ileums, Verlust der Rektumampulle. (imperativer Stuhlgang)
8. Stomaanlagen, Stomakomplikationen
9. Stuhlinkontinenz (tiefe anteriore Rektumresektion)
10. Postproktrektomiesyndrome: Harninkontinenz, Vaginalstenosen, Fisteln, Sakralabszesse
11. Schmerzen: perineale Narbe, Verwachsungen
12. Sexuelle Funktionsstörungen nach Rektumamputation
13. Bestrahlungsfolgen (Adhäsionen, Oesophagitis, Proktitis, Enteritis)

14. Malassimilationssyndrom nach Pankreas(Teil)resektion
15. Psychische Probleme: Krankheitsverarbeitung, Angst, Depression, Beeinträchtigung des Sphinkterkontrolle, Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme, Akzeptanz des veränderten Körperbildes
16. Soziale Anpassungsstörungen: Sozialer Rückzug, Probleme bei der Integration in das soziale Umfeld bzw. bei der beruflichen Wiedereingliederung

Die Rangfolge der körperlichen Beeinträchtigungen und der psychosozialen Probleme und somit die Notwendigkeit rehabilitativer Angebote ist individuell unterschiedlich. Deshalb benötigt jeder einzelne Patient eine dem individuellen Beschwerdebild angepasste Definition der angestrebten Rehabilitationsziele und der Therapieplanung.

Im Folgenden soll neben allgemeinen Problemen und therapeutische Maßnahmen bei der Rehabilitation von malignen Tumoren des Verdauungstraktes an Beispielen auf typische Therapiefolgestörungen eingegangen werden. Absicht hierbei ist es, exemplarisch dasjenige spezielle Therapiekonzept darzustellen, welches für die jeweilige Funktionsstörung erforderlich ist, um eine möglichst weitgehende Verminderung der eingetretenen Beeinträchtigung zu erreichen.

14.3. Spezifische rehabilitative Maßnahmen

14.3.1. Rehabilitation nach Operationen im oberen Intestinaltrakt

Nach therapeutischen Eingriffen im Bereich des oberen Intestinaltraktes sind funktionelle Störungen der Verdauungsleistung zu erwarten, die sich im Einzelfall sehr unterschiedlich darstellen. Hauptaufgabe ist es, die beeinträchtigte Verdauungsfunktion durch Ernährungstherapie und Beratung unter Einbeziehung edukativer Maßnahmen zu verbessern, wobei individuelle Unverträglichkeiten und aufgetretene Defizite berücksichtigt werden müssen.

In der Literatur werden über die Häufigkeit von Beschwerden – z.B. nach Magenoperationen – recht unterschiedliche Angaben gemacht, vermitteln aber trotzdem einen Eindruck über den Umfang rehabilitativer Aufgaben:

Gewichtsverlust/Untergewicht (90%), Völlegefühl (70-80% der Betroffenen), epigastrischer Druck (30-80%), Frühdumpingsyndrom (bis 60%), Luftaufstoßen (bis 54%), Sodbrennen (12-50%), Schmerzen (12-37%), Schluckbeschwerden/Dysphagie (8-40%), Übelkeit (12-30%), Erbrechen (9-25%), Durchfall (6-24%), Spätdumping (etwa 10%), Fettmalabsorption (20-50%), Appetitlosigkeit (30-50%), Anämie (30-60%), Osteopathie (etwa 15%)

Rehabilitationsrelevante Diagnostik

- **Anamnese:** Befindlichkeit, Verdauungsablauf (evtl. Verdauungsausfälle), Appetit, Körpergewichtsveränderungen, Schmerzen, Unverträglichkeiten, Stuhlgang usw., Ernährungsprotokoll
- **Klinische Untersuchung:** Ernährungszustand, Abdominalbefund
- **Labor:** Blutbild, Differenzialblutbild, Transaminasen, cholestaseanzeigende Laborparameter, Elektrolyte, Blutglucosehomöostase
- **Bildgebende Verfahren:** Abdominelle Sonografie, Röntgenfunktionsstest
Endoskopie bei Bedarf

Bereits am Aufnahmetag Überprüfung des aktuellen Status und Sicherstellung einer größtmöglichen Beschwerdefreiheit durch Arzt und Diätassistentin.

Ernährungsberatung und Diätetik

Durch Probleme bei der Aufnahme der Nahrung bzw. der Absorption ihrer Bestandteile werden nicht allein die körperlichen Funktionen beeinträchtigt, sondern weitgehend auch das allgemeine Befinden und die Lebensqualität. Ziele der Ernährungsberatung und Diätetik sind,

- die Nahrungszufuhr quantitativ und qualitativ zu verbessern bzw. zu normalisieren und somit auch die Verdauungsleistung
- mit dem Patienten Strategien zur individuellen Verbesserung bzw. zum Erhalt des Ernährungsstatus zu entwickeln
- den autonomen Lebensstil zu erhalten und maximale Lebensqualität zu erreichen.

Therapeutische Aufgabe ist es, den Umfang und die zeitliche Abfolge der Mahlzeiten zu variieren, Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu berücksichtigen und auf allgemeine Präferenzen und Wünsche des Patienten einzugehen.

Durch Ernährungstherapie und –beratung beeinflussbar sind

- Appetitlosigkeit
- Schluckstörungen
- Brechreiz
- Frühdumping
- bilio-pankreatischer ösophagealer Reflux
- Spätdumping
- Fettmalabsorption
- Defäkationsstörungen
- Lactosemalabsorption
- Körpergewicht.

Die Ernährungsberatung kann in Einzelgesprächen, aber auch in Form von Gruppenberatungen durchgeführt werden. Sie ist situationsbezogen und sollte sowohl handlungs- als auch verhaltensorientiert sein.

14.4. Weitere therapeutische Maßnahmen

Im Einzelfall wird, wenn notwendig, eine enterale Sondenkost bzw. parenterale Ernährung durchgeführt. Eine medikamentöse Substitution kann bei Bedarf notwendig werden, beispielsweise eine ausreichende Lipasesubstitution bei Fettmalabsorption infolge pankreocibaler Asynchronie mit gleichzeitiger Substitution fettlöslicher Vitamine. Grundsätzlich sollte eine Vitamin B12-Substitution nach totaler Gastrektomie eingeleitet werden. Bei Bedarf ist auch eine medikamentöse Versorgung eines ösophagealen Refluxes erforderlich.

14.5. Rehabilitation nach Stomaanlage (Kolo- bzw. Ileostoma)

Für Patienten nach Anlage eines Stoma konzentriert sich der Rehabilitationsbedarf zwar vordergründig auf die Stomasituation, zu wenig beachtet werden meist die vielfältigen zusätzlichen Probleme die nicht selten im weiteren Verlauf einen immer größeren Stellenwert einnehmen. Zu denken ist an die psychosoziale Situation, aber auch an stomaunabhängige Komplikationen, extra im Rahmen eines sog. Postproktektomiesyndroms.

Über die Häufigkeit direkter Stomaprobleme gibt es in der Literatur unterschiedliche Angaben. Im Durchschnitt finden sich: peri-/parastomale Hernien 40%, Prolaps 8,5%, Stenosen: (relativ, d.h. 1 cm Durchmesser 11%, absolut d.h. unter 1 cm Durchmesser 2%), Retraktion 1,5%, peristomale Dermatitis 12,5%, parastomaler Abszess 2%, Komplikationen aus Anlagefehlern 22% (letzteres mit Operationsindikation).

Im Rahmen stomaunabhängiger Komplikationen sei an perineale Schmerzen, Darmpassagestörungen, postinterventionelle Sexualstörungen, Scheidendeviation, Harninkontinenz u.v.a. erinnert.

14.6. Ablauf einer Rehabilitationsmaßnahme

- Nach erfolgter Anmeldung des Patienten in der Klinik wird vor dessen Ankunft, die vorhandene Krankenakte vom Arzt durchgesehen und die Dokumentation des Stoma und die Art dessen Hilfs- mittelversorgung

festgestellt. Bei vorhandener Dokumentation werden die Schwestern entsprechend schriftlich informiert. Sind in den Vorbefunden die entsprechenden Hilfsmittel dokumentiert, wird von den Schwestern überprüft, ob entsprechende Materialien vorhanden sind. Sollte das nicht der Fall sein, wird vorsorglich entsprechendes Material bestellt.

- Bei Ankunft wird der Patient von der Krankenschwester nach der Art der Stomaanlage und möglichen Komplikationen befragt, sowie nach der Menge und Art der mitgebrachten Hilfsmittel. Bei Komplikationen wird der zuständige Arzt unverzüglich benachrichtigt. Sollte der Patient keine Reservehilfsmittel bei sich haben, wird bereits jetzt die Art der Hilfsmittelversorgung dokumentiert und nicht vorhandenes Material bestellt, um eine nahtlose Versorgung zu sichern.
- Notwendige Daten der Hilfsmittelversorgung
 - Versorgungssystem
 - Produktname
 - Firma
 - Größe
 - Evtl. Bestellnummer
 - Benötigte Hilfsmittel

Die klinische Untersuchung des Stomaträgers erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden nach Klinikaufnahme. Bei Komplikationen unverzüglich nach Ankunft.

- Stomaspezifische Anamnese
 - Derzeitige Stomafunktion
 - Menge, Frequenz der Ausscheidung, Stuhlkonsistenz bei Colostoma
 - Komplikationen bzw. Besonderheiten der Stomaanlage
 - Benötigte Versorgung: Versorgungssystem, Produktname, Firma, Größe, evtl. Bestellnummern
 - Zusätzliche Hilfsmittel (Hautschutzpaste, Gürtel, Entsorgungsbeutel etc.)
 - Pflegeanamnese und Pflegeplanung
- Klinische Untersuchung
 - Beurteilung des Stoma im Liegen, Stehen, Sitzen und Bücken
 - Digitale Austastung des Stoma (bei Colostoma)
 - Beurteilung des Stomaversorgung aus Sicht des Patienten
 - Diagnostik von evtl. Operationswunden (z.B. Perineal) oder Narben

Der behandelnde Arzt trägt die Verordnungen inklusive genaue Beschreibung des benötigten Versorgungssystems in Krankengeschichte ein. Gleiches gilt für Veränderungen die durch ihn bzw. die Stomatherapeutin vorgenommen worden sind. Die Krankenschwestern notieren Veränderungen bzw. Komplikationen im Pflegeprotokoll und benachrichtigen entsprechend den zuständigen Arzt.

- Termine stomabezogener therapeutischer Maßnahmen

Betreuender Arzt bzw. Facharzt: regelmäßig einmal pro Woche, bei akuten Problemen täglich (wenn notwendig im Patientenzimmer) Stomatherapeutin: wöchentlich festgesetzter Termin (Beratungsraum) Diätassistentin: bei Bedarf nach Anmeldung. Sozialarbeiter: nach Anmeldung bzw. ärztlicher Veranlassung

- Trainingsprogramm
 - Umgang mit den Hilfsmitteln, Ziel: selbständige Versorgung, Ort: Schwesternzimmer bzw. Patientenzimmer
 - Irrigationstraining nach vorheriger Indikationsstellung
 - Training der Sicherheit im Alltag (Schwimmen, Gymnastik, Wandern)
- Edukative Maßnahmen „Form, Vorträge in Seminarform, Einzelgespräche

Beteiligte: zuständiger Arzt, Facharzt, Stomatherapeutin, Krankenschwestern, Selbsthilfegruppe (Deutsche ILCO)

Themen:

- Umgang mit dem Stoma und den Hilfsmitteln (Grundversorgung, Versorgungsmaterial)
- Prophylaxe von Stomakomplikationen
- Behandlung von Stomakomplikationen
- Darmreinigung mittels Irrigation (theoretische Grundlagen) nach Indikationsstellung
- Kostenpassung bei Stuhlproblemen
- Kenntnisse über Hilfsmittelversorgung
- Nachsorge bei kolorektalen Tumoren
- Störungen im psycho-sexuellen Bereich
- Alltagsprobleme, Selbsthilfe (Leben mit Stoma)
- Aspekte der medizinischen Nachsorge
- Information über Selbsthilfegruppen (Deutsche ILCO)

➤ Entlassungsuntersuchung

Nochmalige Inspektion des Stoma und der evtl. vorhandenen Narben (z.B. perineal), wenn nötig nochmalige Austastung

➤ Entlassungsbericht

Ausreichende Information aller Institutionen, die an der weiteren Versorgung der Patienten beteiligt sind (Hausarzt, Stomatherapeut, Klinik am Heimatort usw.) mit Angaben über:

- Stomagröße (Durchmesser in mm)
- Zustand der parastomalen Haut
- Ausscheidung (Konsistenz, Frequenz)
- Komplikationen (Besonderheiten der Stomaanlage)
- Benötigte Versorgung: Versorgungssystem, (einteilig, zweiteilig), Ausstreibbeutel etc. (ggfs. Produktname, Firma, Größe, Bestellnummer, benötigte Hilfsmittel (Hautschutzpaste etc.)

14.7. Rehabilitation bei Stuhlinkontinenz

Anus und Rektum bilden eine Funktionseinheit: das Kontinenzorgan. Je näher die Anastomose bei Operation eines Rektumkarzinoms an den Anus platziert wird, umso nachhaltiger sind Funktionseinbußen, sei es in Form gehäufter, oft imperativer Stuhlgänge, sei es durch Demaskierung einer larvierten Inkontinenz (speziell bei Frauen mit Beckenbodeninsuffizienz) oder der Funktionsminderung bzw. -unterbrechung des analen Verschlussapparates bei tiefer koloanaler Anastomose .

- Diagnostik
 - Anamnese: Zeitpunkt der Inkontinenz, Frequenz, Drangregistrierung, Stuhlkonsistenz, Reizqualität, Inkontinenzsymptomatik, Essgewohnheiten, Flüssigkeitsaufnahme, Medikamenteneinnahme, Hilfsmittelgebrauch

- klinische Untersuchung: abdomineller Tastbefund, Inspektion, rektal-digitale Austastung
- Labor: ggfs. Stuhluntersuchung
- Endoskopie, ggfs. gynäkologische Untersuchung
- Dokumentation (ggfs. Führung eines Tagebuches)
 - Zeitpunkt der Inkontinenzereignisse
 - Stuhlkonsistenz
 - Umstände der Defäkation
 - Essgewohnheiten
 - Medikamente
- Rehabilitative Maßnahmen
 - Basis: medikamentöse Beeinflussung der Stuhlkonsistenz
 - Diätberatung zwecks Beeinflussung der Stuhlkonsistenz
 - Verhaltensmodifikation (ggfs. Toilettentraining, Kostumstellung)
 - Krankengymnastische Behandlung: Beckenbodentraining
 - Elektrostimulation
 - EMG-getrickertes Biofeedback-Training
 - Hautpflege
 - Prophylaktische Maßnahmen
 - Hilfsmittelversorgung
 - Auswahlgeeigneter Inkontinenzhilfsmittel
 - Beachten der individuellen Verträglichkeit
- Schulung und Information
 - Inhalt:
 - Hilfsmittelgebrauch
 - Erlernen prophylaktischer Maßnahmen
 - Stuhlregulierung (Konsistenzbeeinflussung)
 - Kenntnisse über die sichere Beherrschung einer Biofeedback-Methode

- Entlassungsbericht

Ausreiche Information des Hausarztes und des primär behandelnden Krankenhauses

Inhaltlich sollte speziell Wert gelegt werden auf Angaben über:

- Ausscheidung (Konsistenz, Frequenz)
- Zustand der perianalen Haut
- Benötigte Vorlagen (Produktnahme, Firma)
- Angaben über EMG-Biofeedback-Trainingsgerät

15. Tumoren des Urogenitaltraktes

15.1. Genese

- Prostatakarzinom
- Harnblasenkarzinom
- Nierenzellkarzinom
- Hodentumoren

15.2. Indikationsspezifische Funktionsstörungen

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

15.3. Diagnostik

15.3.1. Vorbefunde

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

- Primärsitz der Geschwulst
- Befund der histomorphologischen Untersuchung
- Grad der anatomischen Tumorausbreitung (TNM-System)
- Operationsverfahren
- Form und Ergebnis der zytostatischen Therapie
- Form und Ergebnis der Strahlentherapie
- Angaben über zusätzliche therapeutischen Maßnahmen

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

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

15.3.2. Diagnostisches Grundprogramm

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

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

- Anamnese
- Klinische Untersuchung

- Laboruntersuchung, inklusive Urinlabordiagnostik
- Sonographie
- Apparative Untersuchungsverfahren(optional):
EKG, Belastungs-EKG
Transrektale Sonographie
Spirometrie
- Psychologische Testverfahren (HAD-S)
Konsiliarfachärztliche Diagnostik

15.3.3. Indikationsspezifische Diagnostik

- Sonographie, Dopplersonographie
- Spezielle Urindiagnostik
- Pad-Test
- Uroflowmetrie
- Urinzytologie
- Urodynamische Messung ggf. inklusive Urethradruckprofilometrie
- Video-Zystoskopie
- Vaginale Einstellung
- Radiologische Diagnostik

15.4. Spezielle rehabilitative Maßnahmen

15.4.1. Harninkontinenz

A) Inkontinenz postoperativ unmittelbar nach vorausgegangenen beckenchirurgischen Eingriffen:

Die Therapie der postoperativen Harninkontinenz stellt gerade heute mit steigender Erwartung an das Ergebnis der Kontinenz nach einer radikalen Operation eine große Herausforderung dar. Hier stehen Operateur und Rehabilitationsklinik gleichermaßen im Visier einer kritischen Betrachtung der betroffenen Patienten. Nur eine konsequent und kompetent durchgeführte Nachbehandlung in der Rehabilitation hat ein gutes, den Patienten zufriedenstellendes operatives Endergebnis zur Folge.

Aus diesem Grunde hat die Behandlung der Harninkontinenz insbesondere nach entsprechenden beckenchirurgischen Eingriffen in unserer Klinik ein besonderes Gewicht, denn ein frisch operierter Patient wünscht sich eine möglichst schnelle und dauerhafte Wiederherstellung der durch die Operation eingeschränkten Funktion.

Daher wird der Patient bereits beim Erstgespräch im Rahmen der Aufnahme zunächst über die verwendete Operationstechnik und die individuell zu erwartenden typischen Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs ausführlich aufgeklärt, als wichtigste Voraussetzung für das Verstehen der kausalen Zusammenhänge der Therapie und der resultierenden Funktionsstörungen. Durch das funktionale Verständnis ist der Patient nun in der Lage, bewusst die therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen und das Training hinsichtlich Intensität und Qualität optimal den Erfordernissen anzupassen und zu vertiefen.

Dazu tragen ausführliche Vorträge über die Harninkontinenz, wie sie regelmäßig in unserer Klinik angeboten werden, ebenso bei, wie die intensive individuelle Beratung, die bereits beim Erstgespräch durchgeführt wird.

Die nach radikalen beckenchirurgischen Eingriffen häufig und typischerweise auftretende **Belastungsharninkontinenz** wird durch qualifizierte regelmäßige spezielle Beckenbodengymnastik behandelt. Das durch unsere qualifizierte und regelmäßig fortgebildete Physiotherapeutische Abteilung durchgeführte aktive **sphinkter-spezifische Kontinenztraining** stellt den Schwerpunkt unserer Behandlung der Belastungsharninkontinenz dar. Insbesondere

wird hier auf geschlechtstypische Unterschiede des jeweils erforderlichen Sphinkter/Kontinenztrainings eingegangen und sowohl die Anatomie und Physiologie des Verschlussmechanismus als auch die erforderlichen Übungen intensiv vermittelt.

Das erklärte Ziel ist hierbei, dass jeder Patient durch strukturiertes Erlernen dieser Mechanismen und Übungen motiviert und in der Lage ist, das **Kontinenztraining** aktiv zu Hause weiter fortzusetzen. Gerade hier führt neben der Regelmäßigkeit und Häufigkeit ganz besonders die Qualität der Durchführung der Übungen zu den besten Ergebnissen. Zur Verlaufskontrolle werden regelmäßige **PAD-Tests** durchgeführt, um den individuellen Verlauf der Kontinenzsituation dynamisch beurteilen zu können und ggf. zu korrigieren. Ergänzend dazu führen wir bei Bedarf eine Elektrostimulationstherapie mit Biofeedback durch, die neben der gezielten selektiven Aktivierung der maßgeblichen Fasern zusätzlich durch das Biofeedback eine weitere Optimierung der Effektivität der Übungen erzielen kann.

Darüberhinaus kann eine **urethrozystoskopische Einstellung des Sphinkter externus** durchgeführt werden. Dabei kann der Patient mit dem Arzt gemeinsam auf einem Monitor die gesamte Untersuchung verfolgen und bei Betrachtung der Harnröhre im Bereich des Schließmuskels diesen unter Anleitung des Arztes gezielt anspannen und üben.

Schließlich ist es auch möglich durch eine medikamentöse Therapie mit Duloxetin eine Verbesserung der Belastungsharninkontinenz zu erreichen.

Ein Miktionsprotokoll ergänzt die Untersuchung und kann Verhaltensmodalitäten gut abbilden.

Zur weiteren Objektivierung der erzielten Erfolge der o.g. Therapie führen wir regelmäßige Verlaufskontrollen mit Vorlagenwiegetests (PAD-Tests) durch. Außerdem werden uroflowmetrische Untersuchungen zur Beurteilung des subvesikalen Abflusses sowie Sonographien zum Nachweis der restharnfreien Miktions durchgeführt.

Unabhängig davon wird jeder Patient einer ausführlichen **sonographischen Untersuchung** des Abdomens und der ableitenden Harnwege unterzogen sowie der Urin laborchemisch untersucht und bei einem Harnwegsinfekt eine antibiotische Therapie eingeleitet.

Insbesondere nach einer radikalen Prostatovesikulektomie kommt es nicht selten auch infektunabhängig zu einer Dysurie bzw. Drangsymptomatik. Diese behandeln wir mit einer zusätzlichen anticholinergen Therapie, dadurch wird die Effektivität der postoperativen Harninkontinenztherapie deutlich gesteigert. Dies führt zu einer schnelleren Rekonvaleszenz und damit schnelleren Wiederverfügbarkeit für den Arbeitsmarkt bzw. die Teilhabe. Außerdem werden durch eine effektive konservative Therapie der Belastungsinkontinenz weitere Kosten für Hilfsmittel, wie z.B. Vorlagen eingespart.

B) Inkontinenz unabhängig von direkt vorausgegangenen Beckenbodenchirurgischen Eingriffen:

Unabhängig von einer bereits durchgeführter Operation, bei der Harninkontinenz, als direkte Folge auftreten kann, sind viele Patienten aufgrund einer Vielzahl anderer Erkrankungen von einer Harninkontinenz betroffen.

In diesen Fällen muss man zur Differenzierung der Ursache der Harninkontinenz eine umfassende Untersuchung durchführen, die mit einer ausführlichen, intensiven Anamnese beginnt und durch das Erstellen eines Miktionsprotokolls ergänzt wird.

Zur weiteren Differenzierung der Ursache der Inkontinenz wird nach Untersuchungen des Urins zum Infektausschluss eine differenzierte Urodynamische Messung ggf. mit Harnröhrendruckprofilometrie durchgeführt. Anschließend folgt eine Video-Zystoskopie, die wir mit Hilfe eines Monitors so durchführen, dass der Patient alle Untersuchungsschritte mit uns verfolgen kann. Schließlich führen wir eine vaginale Einstellung mit Spekula durch

insbesondere zum Ausschluss eines Descensus oder einer Fistelbildung und um z.B. durch einen Belastungstest (Marschall) ggf. das Ausmaß einer Belastungsharninkontinenz beurteilen zu können. Darüberhinaus kann bei einer genitalen Atrophie eine lokale Therapie mit Ovestin erforderlich sein und eingeleitet werden.

Abhängig vom Ergebnis dieser Untersuchungen kann nun eine konservative Therapie der Harninkontinenz durchgeführt werden, sowohl mit Krankengymnastik (z.B. Beckenbodengymnastik) oder Elektrostimulation als auch medikamentös. Dabei leisten Miktionsprotokoll und PAD-Test wertvolle Dienste bei der Verlaufskontrolle der Beschwerden.

Dies gilt ebenso für die Patienten, die eine sensorische oder motorische Drangkomponente oder eine Mischform haben. Auch hier sind Kontrollen des Miktionsverhaltens mit Unterstützung medikamentöser und krankengymnastischer Übungen sowie Elektrostimulationstherapie in der entsprechenden Einstellung in der Lage die Beschwerden zu beheben. Dabei ist es auch möglich bestimmte Medikamente direkt in die Blase zu instillieren, um die systemischen Nebenwirkungen äußerst gering zu halten. Auch die Applikation mit Pflaster ist heute eine gut verträgliche Therapie mit guter Akzeptanz.

Gelegentlich sind aber weitere, operative Maßnahmen z.B. mit Gewebeentnahme zur diagnostischen Differenzierung erforderlich. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der dringende Verdacht auf das Vorliegen eines Tumors oder einer interstitiellen Zystitis besteht. Auch bei nicht ausreichendem Erfolg der konservativen Therapie kommen anschließend operative Maßnahmen in Betracht insbesondere bei der Belastungsinkontinenz.

Durch die in unserer Klinik vorgehaltenen diagnostischen Einrichtungen, insbesondere die Video-Zystoskopie und den urodynamischen Messplatz können wir die komplette spezielle Diagnostik der Harninkontinenz durchführen und Therapievorschlüsse, respektive Behandlungskonzepte entwickeln. Eine konservative Therapie kann bei uns im Haus im Rahmen der rehabilitativen Therapie umgesetzt werden. Eine notwendige operative Therapie kann ggf. anschließend in einer entsprechenden Klinik durchgeführt werden.

Auflistung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen:

Diagnostik

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

- ***Spezielle Untersuchungen***
 - Restharnbestimmung*

rektal-digitale Untersuchung

vaginale Untersuchung

Funktionstest

„Stresstest“

„Marshall-Probe“

apparative Untersuchungen (Urodynamische Messung, Zystoskopie)

➤ **Miktionstagebuch**

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

Verhaltensmodifikationen

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

Spezielle therapeutische Maßnahmen

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

Schulung und Information

Anatomie und Funktion der Beckenbodens

Inkontinenz und Inkontinenzformen

Hilfsmittelgebrauch

Einführung in die Trainingsprogramm

Prophylaktische Maßnahmen

Kenntnisse über die Biofeedback-Methode

15.4.2. Erektile Dysfunktion

Diagnostik

Als Basis für die Diagnostik der erektilen Dysfunktion dienen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Dieser Empfehlung nach sollen folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

1. Anamnese: Basis der Diagnostik ist die Sexualanamnese mit einem ausführlichen, orientierenden einfühlend auf alle Belange der Sexualität eingehenden Erstgespräch. Spezielle Fragen zu relevanten Operationen, mit oder ohne Nerverhalt, hormonell wirksamen Begleittherapien, bisherigen durchgeführten Maßnahmen fließen ebenso darin ein, wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Risikofaktoren wie arterieller Hypertonus und Diabetes mellitus, KHK, Herzinfarkt, Hyperlipidämie und apoplektischer Insult. Darüber hinaus werden die genaue Medikamenteneinnahme, hormonelle oder infektiöse Erkrankungen erfragt. Zusätzlich unabhängig davon wird die Sexualanamnese nach einem definierten Fragenkatalog (IIEF-5) standardisiert erhoben.
Gemeinsame Gespräche unter Einbeziehung der Partnerin sind ausdrücklich willkommen.
Weitere vertiefende Gespräche schließen sich ggf. nach entsprechendem Fortschritt einer eventuellen Diagnostik an.
2. Körperliche Untersuchung: Neben der allgemeinen körperlichen Untersuchung Begutachtung und Untersuchung des äußeren Genitales und rektale Palpation.
3. Labordiagnostik: Bestimmung des Testosterons, bei komplexeren Fällen ggf. auch des LH, FSH und des Prolaktins sowie der Glucose und bei Diabetikern auch HbA1c. Standardmäßig wird die Bestimmung der Blutfette und die Urinanalyse durchgeführt.
4. Spezifische Diagnostik: Hier ist vor allem die Schwellkörperpharmakontestung mit Duplexsonographie zu nennen zur Einschätzung der „cavernösen Kompetenz“. Dabei hat sich die intracavernöse Injektion mit Prostaglandin E1 bewährt. Weiterführende diagnostische Maßnahmen, die bei gezielter Fragestellung und zum gezielten Ausschluss anderer Ursachen der erektilen Dysfunktion eingesetzt werden, wie z. B. Pharmaco-Phalloarteriographie, Cavernosometrie und -graphie, neurophysiologische Untersuchungen und die Corpus-cavernosum-Elektromyographie und Rigiscan werden nur sehr selten benötigt und ggf. in Kooperation mit anderen Kliniken veranlasst.

Therapie

Grundlage einer jeden eingeleiteten Therapie ist ein ausführliches, **einfühlendes Gespräch**, zu dem die Partnerin des Patienten ausdrücklich willkommen ist.

In diesem Gespräch wird zunächst die festgestellte Ursache der Funktionsstörung und der voraussichtliche Verlauf und die therapeutischen Optionen ausführlich dargestellt.

Bei beckenchirurgischen Eingriffen und entsprechend durchgeführter Operationstechnik sowie präoperativ regelrechter Erektionsfähigkeit und somit eindeutigem Ursachenbezug besteht hier bereits beim Erstgespräch die Möglichkeit, auf die **Stufentherapie der erektilen Dysfunktion** einzugehen und alle infrage kommenden Therapieoptionen vorzustellen und zu diskutieren. Nach Feststellung des individuellen Persönlichkeits- und Risikoprofils wird dann ein therapeutisches Konzept gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und durchgeführt. Dabei wird auf die Therapie mit **Phosphodiesterase-5-Hemmern, SKAT und MUSE** (mit Alprostadil), Vakuumpumpe und Schwellkörper/Penisprothetik eingegangen.

Insbesondere ist hier Gelegenheit, vom Patienten aufgebaute Erwartungshaltungen zu hinterfragen und eventuell über das regelrechte, realistische Maß hinausgehende Erwartungen

zu korrigieren. Dies betrifft nicht nur die zeitliche Komponente hinsichtlich des Wiedererlangens der erektilen Funktion, wo eine Regeneration der erhaltenen Nerven auch gelegentlich noch nach 2 Jahren beobachtet wurde. Das Warten auf den Erfolg und eine über die möglichen Zeitabläufe bestehende Unkenntnis führen dabei oft zur Frustration und Aufgabe eventuell eingeleiteter Therapien.

Es ist aber ebenso wichtig, die außerordentliche Bedeutung der **frühen Einleitung** einer unterstützenden erektionsfördernden Therapie zu erklären, um der **Schwellkörperfibrose vorzubeugen**, die sich beim langfristigen Ausbleiben der Erektionen bildet und damit die spontane Erektionsfähigkeit beendet. In der Regel sind Patienten nach einer radikalen beckenchirurgischen Operation hauptsächlich auf das Wiedererlangen der Harnkontinenz fixiert und sprechen daher oft nicht selbst die erektilen Funktionsstörungen an. Umso wichtiger ist es, insbesondere nach entsprechender nerverhaltend durchgeführter Operation die Patienten **zur erektionsfördernden Therapie frühzeitig zu ermutigen**.

Die Therapie der erektilen Dysfunktion sollte sich immer nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten und der Partnerin richten. Darüber hinaus müssen natürlich die Befunde der Diagnostik Berücksichtigung finden. Heutzutage kommen bei entsprechender Indikation vorrangig die **Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil)** zum Einsatz.

Dies muß insbesondere nach radikalen beckenchirurgischen Eingriffen früh erfolgen, um die erektilen Fähigkeiten so gut wie möglich zu erhalten und einer Schwellkörperfibrose vorzubeugen. Da eine Erholung der nervalen Funktion auch bei beiderseitigem Nerverhalt ohne weiteres auch zwei Jahre lang dauern kann, kommt bei frühzeitigem Therapieversagen die **Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT)** mittels Alprostadil, oder der topische, transurethrale Einsatz von Alprostadil (MUSE) in Betracht. In diesem Fall sind zwischenzeitliche Versuche, mit PDE-5-Inhibitoren die Funktion zu testen, indiziert. Bleibt die erektile Funktion bei Non-Respondern jedoch nachhaltig aus, ist die Therapie mit SKAT auch als Dauertherapie geeignet, die nach entsprechender Schulung des Patienten eine gute Akzeptanz erfährt. Auch die Verwendung einer **Vakuumpumpe** ist eine Therapieoption, die bei entsprechender Anleitung eine hohe Zufriedenheit bewirkt. Der Vorteil ist hier, dass in der

Regel vollständig auf eine medikamentöse Therapie verzichtet werden kann. Die Therapie mit einer **Penisprothese** stellt eine weitere Therapieoption dar, die zahlenmäßig zwar von untergeordneter Bedeutung ist, bei richtiger Indikation aber ebenfalls zu einer hohen Patientenzufriedenheit führt.

Begleitend führen wir abhängig von den individuellen Faktoren und entsprechendem Leidensdruck auch eine persönliche psychologische Behandlung durch. Unser **Psychologenteam** bietet darüber hinaus ein außerordentlich reichhaltiges Angebot auch an gruppentherapeutischen Maßnahmen, von denen gerade diese Patienten regen Gebrauch machen und nachhaltig profitieren.

Phosphodiesterasehemmer

Die Verwendung der Phosphodiesterase Typ 5-Hemmer (PDE5-I) bei Patienten nach NRP (Nerverhaltender Radikaler Prostatovesikulektomie) hat seit der offiziellen Verfügbarkeit des Medikamentes in Deutschland im Jahre 1998 deutlich zugenommen. Derzeit sind verschiedene Substanzen auf dem Markt, wobei die an längsten bekannte Substanz das Sildenafil ist. Die Substanzen Tadalafil und Vardenafil haben etwa das gleiche Wirkprinzip aber ein deutlich länger wirksames Zeitfenster. Die besten Ergebnisse können bei Patienten mit einem Lebensalter unter 60 Jahren nach bilateraler NRP erreicht werden. Die PDE5-I hemmen vornehmlich aber nicht ausschließlich die PDE-5 im corpus cavernosum. Dies führt zu einer Steigerung von cyclischem GMP, welches die Relaxation der glatten Muskulatur hemmt, dadurch die Durchblutung des Schwellkörpers erhöht und damit die erektile

Dysfunktion verbessert. Am günstigsten wirken die PDE5-I bei Patienten mit psychosomatischer oder vaskulär bedingter ED und bei Patienten die eine Strahlentherapie statt einer NRP erhalten haben. Nach einer Radiatio können durch den Einsatz von Sildenafil bis zu 70-80% der Patienten ihre erektile Funktion wieder erreichen. Bei Patienten nach NRP ist die Erfolgsrate geringer, insbesondere nach non-NRP mit einer Rate von nur 15%. Patienten, die eine uni- oder bilaterale NRP erhalten haben und reine ED entwickeln, ist die Erfolgsrate von 35-71% deutlich besser. Offensichtlich ist die Wirksamkeit der PDE5-I abhängig von der restlichen nervalen Versorgung des corpus cavernosum nach NRP. Kommt es darüber hinaus unter der Therapie mit PDE5-I zu keiner optimalen Wirkung kann als eine von vielen Möglichkeiten eine Kombinationstherapie mit Alprostadil mit der SKAT Methode versucht werden. Mydlo et al untersuchten 32 Patienten, die auf eine alleinige Therapie mit PDE5-I nicht angesprochen haben. Die Untersucher konnten bei 22/32 Patienten (68%) eine Verbesserung der erektilen Funktion durch eine Kombinationstherapie erreichen. Zu beachten sind bei einer Therapie mit PDE5-I die Nebenwirkungen und die Kontraindikationen, insbesondere die Einnahme NO-Donatoren enthaltender Medikamente.

Außerdem ist es wichtig, die Patienten auf die Notwendigkeit hinzuweisen, dass der Erfolg einer derartigen Therapie maßgeblich nicht nur von der besonders anfänglich **regelmäßigen Einnahme** des Medikaments abhängt, sondern auch davon, dass ein **sexueller Stimulus** vorliegen muss bzw. eine entsprechende genitale Reizung, um zu einer Erektion zu gelangen. Hier kommt es besonders auch darauf an, Patienten, die gelegentlich durch moralische Denkstrukturen gehemmt sind, sexuelle selbstbezogene Handlungen vorzunehmen, dahingehend zu **ermutigen**.

SKAT

Das Prostaglandin E1 Alprostadil stellt seit 15 Jahren die führende Substanz in der SKAT Methode dar und ist in 10- und 20 µg Dosierungen auf dem Markt. Inzwischen wurden sogenannte „Dual-chamber-Spritzen“ entwickelt, die den bis dahin komplizierten Mischvorgang überflüssig machen und damit die SKAT Methode vereinfachen. Die Wirksamkeit beruht auf einer Stimulierung der Adenylatzyklase mit Erhöhung der 3'5'-cAMP, Hemmung der Noradrenalinfreisetzung an den α 1-Rezeptoren über präsynaptische Prostaglandin E1-Rezeptoren und Hemmung der Angiotensin-II-Sekretion. Dadurch kommt es zur Relaxation der glatten Schwellkörpermuskulatur mit Abnahme des peripheren Gefäßwiderstandes in den Sinusoiden und Aa helicinae. Dies führt zur deutlichen Zunahme der Blutfülle im Schwellkörper und leitet die Erektionsphase ein. Darüber hinaus wird die für die irreversible erektile Dysfunktion wahrscheinlich verantwortliche Hypoxie des Corpus cavernosum und der daraus resultierenden Gewebeschädigung verhindert. In einer randomisierten Studie von 30 Patienten konnte gezeigt werden, dass bei 67% der Patienten die eine SKAT erhalten haben, die Erholung der erektilen Funktion im Median nach 3 Monaten nach Einleitung der Therapie erfolgte. Bei Patienten ohne Therapie wurde dies nur bei 20% beobachtet. Der Unterschied war trotz des geringen Patientenkollektivs statistisch signifikant. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis dahingehend, dass der frühe postoperative Einsatz von Alprostadil die Gewebhypoxie verhindert und bei der Mehrzahl der Patienten die erektile Dysfunktion wiederherstellt. Voraussetzung dafür ist allerdings die Durchführung einer nervenschonenden Operationsmethode. Die besten Erfolgsraten werden bei einem frühen Beginn der SKAT beobachtet. Aus diesem Grund wird empfohlen, mit der intracavernösen Therapie während der ersten vier Wochen nach NRP zu beginnen, wenn eine Therapie mit einem PDE-5-Hemmer zunächst gescheitert ist.

In Phase II Studien liegt die **Erfolgsrate bei 75% und in der Langzeitanwendung bei den Respondern bei 96%**. Damit erreicht die SKAT Methode im Vergleich zur oralen systemischen medikamentösen Therapie in der Langzeittherapie die höchste Effektivität und Zuverlässigkeit bei geringer lokaler oder systemischer Nebenwirkung. Ein besonderer Vorteil von Alprostadil eine sehr gute Gewebeverträglichkeit mit nur 1-11%

Schwellkörperindurationen und einer geringen Priapismusneigung (< 1%). Bei 40% der Patienten kommt es zu penilen Schmerzen, deren Ursache unbekannt ist.

Bei unzureichender Wirkung mit Alprostadil sind auch Kombinationen mit gleichzeitiger Gabe von Papaverin und Phentolamin („Triple-Mix“) möglich, die aber mit einem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen (Priapismus) einhergehen.

Vakuumpumpe

Die Therapie mit einer Vakuumpumpe basiert darauf, dass diese Pumpe durch Aufbau eines Unterdrucks in einem über den Penis gestülpten Zylinder zum Einstrom von Blut in den Schwellkörper führt und damit eine Erektion auslöst. Bei vorliegender Erektion wird ein Erektionsring im Bereich des hinteren Penisschaftes übergestülpt und somit das Blut in seinem Rückstrom aufgehalten.

Der Vorteil dieser Therapie liegt darin, dass diese Methode auch funktioniert, wenn z.B. gegen medikamentöse Behandlungen Unverträglichkeiten bestehen oder ein nicht Ansprechen (Non-Responder) gegenüber den anderen Therapien vorliegt.

Hier bestehen Nachteile vor allem durch die notwendigen aufwändigen Vorbereitungen bis zum Erreichen der Erektion und Anbringen des Gummirings sowie durch die hämodynamischen Risiken, die sich durch die Dauer der Phase ergeben, in der der Schwellkörper durch den Gummiring aufgestaut ist.

Dennoch hat auch diese Methode nach entsprechender Einführung in die Bedienung und Gewöhnung an die Handhabung eine hohe Akzeptanz.

Schwellkörper-Implantate (Penisprothesen)

Auch über diese therapeutische Möglichkeit werden die Patienten aufgeklärt. Hier ist neben der Vorstellung von hydraulischen und semirigiden Modellen vor allem die Frage der richtigen Indikation zu besprechen. Aber auch das weitere Prozedere insbesondere hinsichtlich eventueller Komplikationen und anfallenden Wartungen bei eventuellen verschleißbedingten Schäden und eventueller notwendiger operativer Revision sind mit den Patienten zu besprechen. Durch den Erfolg der anderen o.g. Therapieformen kommt diese Therapieoption heutzutage nur in seltenen Fällen in Betracht.

Psychologische Verfahren

Vorrangiges Ziel aller psychosozialen Maßnahmen ist es, die Patientinnen und Patienten zu stärken und sie darin zu unterstützen, sich auf die Gegenwart und die Zukunft zu orientieren und ihre Bewältigungsfertigkeiten und das Erleben der Kontrolle zu fördern. Das gilt entsprechend auch für den Umgang mit sexuellen Störungen und Beeinträchtigungen, die Folge einer onkologischen Erkrankung oder Nebenwirkung medizinischer Behandlungsmaßnahmen sind.

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

- ❖ Die sexuelle Störung ist vorwiegend seelisch bedingt. Zwar sind die physiologischen Voraussetzungen (nach nervenerhaltender Operation) gegeben, aber Ängste, Scham und / oder depressive Verstimmungen hindern den Patienten an der Ausübung sexueller Aktivitäten.
- ❖ Die sexuelle Störung ist zwar körperlich verursacht, z.B. Folge einer Prostatektomie, aber seelische Faktoren (Rückzugsverhalten) erschweren Akzeptanz und Bewältigung.

- ❖ Nach antihormoneller Behandlung ist auch das sexuelle Verlangen verschwunden, aber der Patient wird mit diesem Verlust nicht fertig.
- ❖ Die sexuelle Dysfunktion führt zu einer Belastung der Ehe.
- ❖ Durch die onkologische Erkrankung und / oder die Behandlung werden bestehende eheliche Konflikte aktiviert oder verstärkt.
- ❖ Der Patient hat sein sexuelles Leben vor der Erkrankung als befriedigend erlebt, aber nie oder selten darüber gesprochen und weiß nicht, wie er über seine Wünsche und Bedürfnisse sprechen soll.

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

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

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

Physiotherapeutische Begleitmaßnahmen

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

Therapieablauf in der Klinik

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

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

Systemische Therapie: PDE-5 Hemmer (z.B. Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil)
Lokale medikamentöse Verfahren: Alprostadil (SKAT oder transurethrale Applikation)
Lokale nicht-medikamentöse Verfahren: Vakuumpumpe
Psychotherapeutische Begleitung
Physiotherapeutische Anwendungen

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

Bei der SKAT-Methode wird mit einer Dosierung von 5 µg Alprostadil begonnen, die dann bei Bedarf bis zu einer Maximaldosierung von 40 µg im Einzelfall gesteigert werden kann. Die Applikation erfolgt anfangs durch den betreuenden Urologen und später ggf. durch den Patienten selbst. Sowohl Dosis als auch Häufigkeit der Applikation richtet sich nach dem Verlauf des Therapieerfolgs. Im Falle des Therapieversagens bei Höchstdosis des Alprostadil wird die konventionelle SKAT-Methode beendet und ein Alternativverfahren angeboten. In diesem Zusammenhang kommt auch eine Kombinationstherapie z.B. mit PDE-5 Hemmern oder Phentolamin und Papaverin zum Einsatz. Das Vorgehen erfolgt dann wie weiter oben bereits beschrieben. Als weiteres nicht medikamentöses Verfahren wird auch die Vakuumpumpe angeboten. Patienten, die nicht auf die konventionellen Verfahren ansprechen bzw. bei denen Kontraindikationen bestehen, werden über weiterführende invasive Maßnahmen wie z.B. Penisimplantat informiert.

16. Bronchialkarzinome

16.1. Einleitung

Die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit der Patienten mit Atemwegserkrankungen ergibt sich aus der Unfähigkeit des pulmonalen Systems, eine gleichzeitige optimale Oxygenisierung und CO₂ - Elimination des Blutes zu gewährleisten. Diese respiratorische Insuffizienz besteht häufig aus einer Kombination von unterschiedlichen Funktionsstörungen, wobei die Bestimmung des arteriellen Partialdrucks von Sauerstoff und Kohlendioxid hilfreich ist.

Die eingeschränkte respiratorische Funktion äußert sich im Aspekt des Erkrankten, ist doch das subjektiv empfundene Kardinalsymptom, der Lufthunger, die Dyspnoe wegweisend. Die Beobachtung des Erkrankten, dessen Haltung, dessen Rhythmus, Tiefe und Frequenz der Atmung, sind Gesichtspunkte, die bei Verordnung pulmonal suffizienter Maßnahmen in Betracht gezogen werden müssen.

Für den praktischen Gebrauch in der Rehabilitation empfiehlt es sich, die respiratorische Insuffizienz zu untergliedern:

- Restriktive und obstruktive Ventilationsstörungen,
- Diffusionsstörungen als Folge einer veränderten Diffusionskapazität,
- Perfusionsstörungen als Folge einer veränderten Kapillardurchblutung,
- Verteilungsstörungen bei Ventilation, Diffusion und Perfusion,
- Störung der Atemtechnik.

Patienten mit sowohl benignen als auch malignen Atemwegserkrankungen klagen durch den oftmals über Jahrzehnte dauernden Leidensweg neben den Symptomen von Husten und Dyspnoe über zahlreiche Probleme sowohl in der Familie als auch im sozialen Umfeld, die mit einer Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls einhergehen und sie oftmals in die Isolation drängen:

- Direkte Operationsfolgen (Wundheilungsstörungen, Adhäsionsbeschwerden, Strikturen, Ulzerationen),
- Postradiogene Läsionen (Radioderm, Lymphödem),
- Störung nach zytostatischer Therapie,
- Dyspnoe mit Vernichtungsgefühl und Erstickungsangst,
- Husten mit Expektoration eines zähen Schleims,
- Brechreiz bei zähem Schleim,
- Kribbelhusten und Anhüsteln,
- Hämoptysen,
- Einschränkung der Kopf-, Hals-, Schulter-, Oberarmbeweglichkeit,
- Psychische und partnerschaftliche Probleme,
- Probleme im sozialen Umfeld.

16.2. Diagnostik

16.2.1. Vorbefunde

Die im Rahmen der Primär- oder Vorbehandlung erhobenen Untersuchungsbefunde sollten zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme ausführlich dokumentiert vorliegen und sollten nachfolgende Angaben aufweisen:

Angaben bei onkologisch-pulmonalen Erkrankungen:

- Art des Tumors
- Primärsitz der Geschwulst,
- Befund der Histologie,
- Anatomische Tumorausbreitung mit TNM-Klassifikation,
- Operationsverfahren,
- Angaben über Art und Häufigkeit der zytostatischen Therapie,

- Angaben über Intensität und Lokalisation der Strahlentherapie,
- Angaben über weitere therapeutische Maßnahmen.

Angaben bei Atemwegserkrankungen mit eingeschränkter respiratorischer Funktion:

- Dauer der pulmonalen Insuffizienz,
- Art der pulmonalen Insuffizienz,
- Häufigkeit einer Exazerbation,
- Infektanfälligkeit,
- Ansprechen auf Steroide,
- Alter bei Erstdiagnose,
- Nikotingenuss.

Umfang und Schweregrad der pulmonalen Einschränkungen sowie der sozialen Beeinträchtigung sollten im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme, d. h. über den Zugang zur Rehabilitation, geklärt sein. Neben Angaben über soziale Belastungs-faktoren, über die psychische Situation der Krankheitsentwicklung, sind weiterhin Angaben über berufliche und wirtschaftliche Situation von Nutzen. Fehlende, für die Rehabilitation notwendige Angaben, werden vom vorbehandelnden Krankenhaus, dem Hausarzt und der Familie erfragt.

16.2.2. Diagnostisches Grundprogramm

Die rehabilitationsbedingte Diagnostik bezieht sich auf die pulmonale Einschränkung und die draus resultierende psychosoziale Belastungssituation. Ziel ist, zunächst Art und Ausmaß des Funktionsdefizites festzustellen. Nach Anamnese und Stuserhebung sind die Aufstellung eines individuellen Therapieplans, die Definition des Rehabilitationszieles, die Verlaufskontrolle mit Ergebnisdokumentation und eine umfassende medizinische, ggfs. psycho-onkologische und psycho-soziale Beurteilung Voraussetzungen, nicht nur um einen optimalen Rehaverlauf zu erzielen, sondern auch, um langfristig die Weichen für eine Verbesserung der pulmonale Situation zu stellen.

Aufnahme eines Patienten mit Atemwegserkrankung:

- Anamnese,
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchung,
- Spirometrie,
- EKG, ggfs. mit Belastung (Fahrradergometer, Stufentest, Laufband),
- Apparative Untersuchungsverfahren (optional),
 - o Röntgenuntersuchung.
 - o Sonographie,
- Psychologische Testverfahren (HADS-D),
- Konsiliarfachärztliche Mitbehandlung und Diagnostik.

16.2.3. Indikationsspezifische Mitbehandlung und Diagnostik

- Kardiologische Mitbehandlung bei kardial ausgelöster Dyspnoe.
- Allergologische Mitbehandlung zum Ausschluss exogener Noxen.
- Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung.

16.3. Spezielle rehabilitative Maßnahmen bei Patienten mit eingeschränkter respiratorischer Funktion

Die Rehabilitation ist nicht nur auf die respiratorische Insuffizienz, sondern im Sinne einer Ganzheitsbehandlung, komplex auf alle Komorbiditäten ausgerichtet, wobei die aktive Mitarbeit des Patienten an erster Stelle steht.

Mitarbeit des Patienten:

- Aufmerksame Selbstbeobachtung von Husten- und Dyspnoeattacken,

- Erlernen des Umgangs mit dem Inhalator und Aerosolen,
- Erlernen des Umgangs mit dem Sauerstoffgerät,
- Erlernen eines Hustenmechanismus mittels dessen der Patient ohne instrumentelle Hilfe expektorieren kann,
- Beobachten des Expektorats,
- Erlernen einer speziellen Atemtechnik,
- Erlernen einer Klopfmassage,
- Erlernen spezieller Dehnübungen.

16.3.1. Atemtechnik

Das führende Symptom der Atemwegserkrankungen sind Dyspnoe und Husten. Hierdurch ist nicht nur die Kommunikationsmöglichkeit sondern auch die psychische, soziale und berufliche Integration äußerst erschwert, so dass der Patient durch sein Handicap in die Isolation und somit in ein Schattendasein gedrängt wird. Aus diesem Grund nimmt in unserer Klinik die Behandlung und Führung des Patienten mit eingeschränkter respiratorischer Insuffizienz einen großen Stellenwert ein, wünscht sich der Hilfesuchende doch eine schnelle Reintegration in den soziokulturellen Bereich.

Im Aufnahmegespräch werden zunächst Art, Ausmaß und Häufigkeit der Dyspnoe erörtert sowie Komorbiditäten geklärt. Bei Befragung zur Nikotinsucht bedarf es des Feingefühls und der Empathie. Das Verstehen der kausalen Zusammenhänge, insbesondere der Nikotinabhängigkeit und der resultierenden pulmonalen Funktionsstörung, ist die wichtigste Voraussetzung einer aktiven Mitarbeit seitens des Patienten. So ist er in der Lage, aktiv die therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen und das eingeleitete Trainingsprogramm hinsichtlich Intensität und Qualität eigenständig optimal den Erfordernissen anzupassen und zu vertiefen.

Therapieziele.

Bei dem therapiebestimmenden Programm der eingeschränkten respiratorischen Funktion steht das Erlernen einer Atemtechnik im Vordergrund:

- Ruhe- und Gähnatmung,
- Stenoseatmung (cave Herzpatient),
- Sakkadierende Ein- und Ausatmung.
- Unterstützung der gestörten bronchialen Reinigung,
- Hilfe bei erschwelter Ausatmung bei Belastung,
- Erhaltung von Thoraxbeweglichkeit und Zwerchfellkraft,
- Verbesserung der Ausdauerleistung,
- Erkennen spezifischer Reize, die eine Hyperreagibilität der Bronchialwand auslösen.

Eine Besserung der bronchialen Reinigung kann erzielt werden:

- Morgens Lagewechsel mit tiefer Ausatmung, Abhusten, dosierte Lippenbremse.
- Abhusten nach Frottierübungen mit dem Handtuch.
- Rumpfmobilisation mit Lenkung der Atembewegung über Handkontakt in den Bauch, nach vorne und zur Seite.
- Feuchte Wärme zur Förderung des Sekrettransportes.
- Lagerungsdrainage mit Hustenprovokation zur Schleimabgabe.
- Abhusten bei Ausdauerbelastung mit bewusst vertiefenden Atemzügen.
- Hustentechnik zur Dämpfung von unproduktivem Husten,
- Inhalationen mit Sekretolytika.

Eine Besserung der erschwerten Ausatmung durch Erschlaffung des Lungengewebes mit Instabilität der Atemwege kann erzielt werden:

- Entspannungsfähigkeit über Konzentration der Atmung in unterschiedliche Projektionsebenen schulen.
- Dosierte Lippenbremse bei Belastung anwenden.

Eine Besserung der Erhaltung der Thoraxbeweglichkeit und Zwerchfellkraft kann erzielt werden:

- Über Drehdehnlage kann durch Thoraxfixation das Zwerchfell verstärkt arbeiten.
- Atemübung in Bauchlage mit schnüffelnder Einatmung und aphonischer Ausatmung.
- Rumpfmobilisation über:
 - o Atemübung mit einem Tuch,
 - o Packegriff an lateralem Rippenrand und an der Bauchwand,
 - o Dosierte Weg-Leistungs Therapie.

Eine Besserung der Ausdauerleistung kann erzielt werden:

- Gehen, Traben, Radfahren mit Pausenintervallen unter Anwendung einer dosierten Lippenbremse bei Temposteigerung.
- Bei Belastungssteigerung individueller Wechsel von Tempo- und Pausenintervallen mit Pulskontrolle.
-

In der Klinik Reinhardshöhe erlernen die Patienten mit eingeschränkter obstruktiver und restriktiver Ventilationsstörung mannigfache Therapieoptionen, die sie zu Hause weitgehend in Eigeninitiative weiter betreiben können:

- Atemgymnastik,
- Klopfmassage,
- Drainagelagerung über einen Pezzi-Ball, alternativ auch über eine gerollte Woldecke,
- Arbeiten mit einem Vibrax-Gerät zur Schleimlösung,
- Arbeiten mit dem Triball, alternativ Blubbern mit einem Strohhalm im gefüllten Wasserglas,
- Packegriffe zum Abziehen von Bauchdecke und Flanke,
- Dehnübungen der Interkostalräume,
- Zwerchfellgrifftechniken,
- Rippenmobilisationstechniken.

Das erklärte Ziel der Klinik liegt darin, dass der Patient, auch in der Kürze der Zeit der Rehabilitation durch strukturiertes Erlernen von Handlungsweisen und Techniken aktiv in die Umsetzung des eingangs definierten Rehabilitationsziels mit einbezogen wird. Dazu beitragen individuelle Beratung, mannigfache Vorträge, die Dyspnoe aber auch den Husten betreffend, Gespräche mit Gleichbetroffenen in der Gruppe, psychologische Hilfestellung, diätetische Maßnahmen und Sozialberatung.

17. Leukämien, Lymphome und Stammzelltransplantationen

17.1. Einleitung

Hämatologische Systemerkrankungen sind insgesamt seltene Erkrankungen und stellen damit eine zahlenmäßig kleine Gruppe dar. Dennoch haben sie aufgrund der in den letzten Jahren deutlich verbesserten therapeutischen Möglichkeiten eine besondere Bedeutung für die medizinische Rehabilitation. Mittels des monoklonalen Antikörpers Rituximab in Kombination mit einer Chemotherapie bestehend aus Cyclophosphamid, Adriamycin, Vincristin und Prednisolon (R-CHOP) können bei den hochmalignen Non-Hodgkin Lymphomen (NHL) in der Primärtherapie bis zu 76% komplette Remissionen und ein Gesamtüberleben nach einem Jahr von bis zu 83% erreicht werden. Die zusätzliche Verwendung einer Strahlentherapie bei Patienten mit extranodalem Befall oder Bulky disease verbessert weiter die kurativen Optionen. Auch im Falle eines Rezidivs der Erkrankung, kann

mittels einer Hochdosischemotherapie (HDCT) mit nachfolgender Transplantation autologer Blutstammzellen noch eine Heilung erreicht werden.

Die Behandlung von Patienten mit einem niedrig malignen NHL im Stadium III und IV insbesondere einem folliculären Lymphom ist auch heute noch unter dem palliativen Aspekt zu sehen. Dennoch können durch den Einsatz von R-CHOP Ansprechraten von bis zu 95% und anhaltende Remissionen von 74% nach über 2 Jahren erreicht werden. Die endgültigen therapeutischen Optionen sind derzeit noch nicht sicher beurteilbar, doch hat sich zumindest die palliative Situation der Patienten deutlich verbessert.

Obwohl beim Multiplen Myelom derzeit weiterhin keine kurative Therapieoption besteht, konnte mit der Einführung der Doppel-HDCT das Gesamt- und das progressionsfreie Überleben deutlich verbessert werden. Zusätzlich bietet nun der Einsatz von Thalidomid als Mono- oder Kombinationstherapie mit Cyclophosphamid und Dexamethason eine weitere sehr hoffnungsvolle Therapiestrategie nach Versagen der HDCT oder wenn diese nicht durchführbar ist. Ein neues Therapieprinzip bei der Behandlung von onkologischen Erkrankungen stellt der Proteasomeninhibitor Bortezomib, der seit einigen Monaten für die Behandlung des refraktären Myeloms zugelassen ist.

Noch bessere Erfolge mit hohen Heilungsraten ergeben sich für Patienten mit Morbus Hodgkin. Während im Stadium I und II die kurativen Optionen bei 90-95% liegen, finden sich in den fortgeschrittenen Stadien etwas geringere Heilungsraten. Doch können auch im Stadium III und IV mittels einer dosisintensivierten Polychemotherapie (s.g. BEACOPP eskaliert Regime) in Kombination mit einer Radiatio von Tumorresten noch sehr gute kurative Optionen erreicht werden. Sollte es dennoch zu einem Rezidiv oder Progress der Erkrankung kommen, steht auch beim Morbus Hodgkin die HDCT als noch aussichtsreiches verfahren zur Verfügung.

Patienten mit einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) werden heute überwiegend mit dem Purinanalogon Fludarabin behandelt eventuell sogar in Kombination mit Cyclophosphamid und Mitoxantron. Unter einer solchen Therapie können mit Remissionsraten von bis zu 67% gerechnet werden. Der monoklonale Antikörper Alemtuzumab ist gegen das CD52-Antigen gerichtet und stellt eine weitere wertvolle Bereicherung des therapeutischen Armentariums dar. Bei jungen Patienten mit CLL ist ebenfalls die Option zur allogenen Knochenmarktransplantation gegeben, die derzeit die einzige kurative Behandlung darstellt.

Bei der chronischen myeloischen Leukämie (CML) haben sich in den vergangenen Jahren ebenfalls sehr erfreuliche Veränderungen bei der Therapieplanung ergeben. In diesem Zusammenhang konnte durch den Einsatz des Tyrosinkinasehemmers Imatinib (Glivec®) eine völlig neue Substanzklasse in die Behandlung von Tumorerkrankungen eingeführt werden. Imatinib bindet kompetitiv an die ATP-Bindungsstelle der bcr-abl Tyrosinkinase. Dadurch verursacht es in bcr-abl positiven Zellen selektiv einen Wachstumsarrest und induziert die Apoptose. Mittels Imatinib können im Vergleich zu Interferon α bei wesentlich mehr Patienten in chronischer Phase zytogenetische Remissionen erreicht werden. Molekularbiologische komplette Remissionen wurden letztendlich durch Imatinib erst ermöglicht. Auch bei Patienten in der Blastenkrise ist Imatinib noch sehr gut wirksam. In dieser sehr ungünstigen Situation wurden bis zu 55% Remissionen mit zum Teil kompletten Remissionen erreicht. Durch diesen Siegeszug von Imatinib durch die Behandlung von Patienten mit CML wurde die allogene Knochenmarktransplantation, die derzeit weiterhin die einzige kurative Option darstellt, in den Hintergrund gedrängt.

Weniger günstig ist trotz aller Forschungsbemühungen die Prognose der akuten Leukämien, insbesondere der akuten myeloischen Leukämien (AML). Während bei der akuten lymphatischen Leukämie (ALL) mit guten Prognosefaktoren auch mittels einer konventionellen intensiven Chemotherapie Heilungen zu erzielen sind, gelingt dies mit Ausnahme der Promyelozytenleukämie bei der AML im Durchschnitt nur bei 30% der Patienten. Die Prognose der Patienten kann in Abhängigkeit von Risikofaktoren mittels einer allogenen Knochenmarktransplantation in erster kompletter Remission verbessert werden. Dennoch bleiben die therapeutischen Möglichkeiten unbefriedigend.

Aus dem oben beschriebenen geht hervor, dass bei vielen Patienten in der Folge der sehr intensiven, kurativen Therapiestrategien oder langfristig angelegten palliativen Therapien eine Rehabilitationsbedürftigkeit wegen körperlicher Funktionseinschränkung und psychosozialer Belastung sowie daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe besteht.

Allogene Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation

Die allogene Transplantation haematopoetischer Stammzellen hat einen wichtigen Stellenwert in der Behandlung schwerer hämatologischer und onkologischer Erkrankungen. Wegen des hohen logistischen Aufwandes, vor allem aber auch der Notwendigkeit großen Erfahrungen speziell im Bereich der allogenen Transplantation bleibt dieses Therapieverfahren speziellen Zentren vorbehalten. Ebenfalls sollte die Rehabilitation von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen vorbehalten bleiben. Zur optimalen Betreuung allogener transplantierte Patienten sind in einer Rehabilitationsklinik personelle räumliche und logistische Voraussetzungen zu treffen, die nur von einem erfahrenen Team aus Ärzten, Schwestern und Ernährungsberatern zu bewerkstelligen ist. Von ärztlicher Seite muss insbesondere Erfahrung im Hinblick auf die akute und chronische GvHD sowie auf die medikamentöse immunsuppressive Behandlung bestehen. Darüber hinaus müssen gute und persönliche Kontakte zu dem zuweisenden Transplantationszentrum bestehen um rasche therapeutische Maßnahmen in die Wege leiten zu können. Darüber hinaus müssen die entsprechenden Bedingungen für die Ernährung von allogenen transplantierten Patienten mittels einer keimarmen Ernährung gegeben sein. Im weiteren muss es sich um entsprechend ausgestattete Zimmer handeln, die ebenfalls den Aspekt der Keimfreiheit bzw. Keimarmut erfüllen. Diese Voraussetzungen sind in der Klinik Reinhardshöhe in vollem Umfang gewährleistet.

17.2. Indikation zur Rehabilitation von Patienten mit hämatologischen Neoplasien und allogener Stammzelltransplantation

Nicht alle Patienten mit hämatologischen Tumorerkrankungen bedürfen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Insbesondere Patienten mit einem NHL im Stadium I und II sowie Patienten mit Morbus Hodgkin im frühen Stadium, die ausschließlich einer sehr milden Chemotherapie oder nur einer lokalen Radiatio zugeführt wurden, leiden oft an keiner rehabilitationsrelevanten Diagnose. Bei diesen Patienten kann, wenn keiner besondere Zusatzerkrankung besteht, auf die Leistungen der medizinischen Rehabilitation verzichtet werden.

Eine medizinische Rehabilitation in einer für hämatologische Neoplasien spezialisierten Einrichtung sollte erfolgen, wenn einer oder mehrere der folgende Problembereiche vorliegt:

- Allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit sowie chronisches Müdigkeitssyndrom (Fatigue-Syndrom) nach einer tumorspezifischen Therapie
- Psychosoziale Störungen oder reaktive depressive Verstimmungen aufgrund der Tumorerkrankung oder der Therapie
- Schädigungen oder Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen nach Radiatio (Tabelle 1)
- Schädigungen oder Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen nach Chemotherapie (Tabelle 2)
- Folgen einer allogenen Knochenmarktransplantation, insbesondere den Folgen und/oder Problemen einer chronischen GvHD

Tabelle 1: Toxizitäten nach Radiatio (aus *Rehabilitation und Teilhabe*, Deutscher Ärzte-Verlag)

Organ/Organsystem	Schädigungen/Störungen, Langzeitfolgen
Haut:	Radiodermatis, Pigmentstörungen, Fibrose Teleangiektasien
Mundschleimhaut, Speicheldrüsen, Zähne:	Mucositis, Ulzerationen, verminderte Speichelproduktion, Mundtrockenheit, Störungen der Nahrungsaufnahme, Pilzinfektionen der Mundhöhle, Strahlenkaries durch gestörte Speichelproduktion u. veränderte Mundflora
Gastrointestinaltrakt:	Strahlenenteritis, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, Flüssigkeits- u. Elektrolytverlust, Malabsorption, Strahlenproktitis mit häufigen Stuhlentleerungen, imperativer Stuhl drang sowie Blut- u. Schleimabgänge.
Lunge:	Strahlenpneumonitis, Lungenfibrose.
Herz:	Perikarditis, Perikarderguss, koronare Herzerkrankung, Myokardfibrose.
Nieren, Blase:	Strahlennephritis mit Niereninsuffizienz, Zystitis.
Keimdrüsen:	Vertilitätsstörungen Amenorrhoe, vorzeitige Menopause.
Zentralnervensystem:	Periphere Nerven, radiogenes Hirnoedem, Myelitis, Opticusatrophie, Plexusschädigungen.
Augen:	Katarakt.
Schilddrüse:	Hypothyreose.
Knochen:	Osteoradionekrose, Wachstumsstörung.

Tabelle 2: Toxizitäten nach Chemotherapie (aus *Rehabilitation und Teilhabe*, Deutscher Ärzte-Verlag)

Organ/Organsystem	Schädigungen/Störungen, Langzeitfolgen
Haut:	Toxisches Erythem, allergische Reaktionen, Hyperpigmentierung, Fotosensitivität, Nagelveränderungen, Verstärkung von Strahlenreaktionen
Lunge:	Chronische Pneumonitis, Lungenfibrose.
Herz:	Kardiomyopathie, Perikarditis, Myokarditis..., Arrhythmien
Leber :	Leberzellverfettungen, Entwicklung einer Fibrose/Zirrhose. Intrahepatische Cholestase, venookklusive Erkrankung (VOD)
Niere:	Niereninsuffizienz.
Keimdrüsen:	Vertilitätsstörungen, Aminorrhoe, vorzeitige Menopause
Zentrales Nervensystem, Hirnnerven:	Chronische Encephalopathie
Peripheres Nervensystem	Polyneuropathie
Ohren:	Hörstörungen, Tinnitus
Knochen:	Osteoporose, aseptische Knochennekrose
Blutgefäße:	Raynaudsyndrom

17.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit hämatologischen Neoplasien und allogener Stammzelltransplantation

Bei vielen Patienten mit hämatologischen Neoplasien steht die Reduktion der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Daher ist ein gestuftes und individuell abgestimmtes Bewegungstherapieprogramm vordringlich. Beim noch sehr leistungsschwachen Patienten oder bei speziellen muskuloskelettalen Funktionsstörungen wird die Bewegungstherapie mit einer gezielten krankengymnastischen Einzelbehandlung eingeleitet. Hier kann auch auf spezielle Funktionseinschränkungen der Bewegungsorgane oder spezielle Situationen nach Chemotherapie, Bestrahlung oder Knochenmarktransplantation eingegangen werden. Später kann der Patient aufbauend und in krankengymnastischen Kleingruppen weiter behandelt werden. Bei einem Großteil der Patienten kann jedoch die Behandlung in krankengymnastischen Kleingruppen oder in sporttherapeutischen Gruppen beginnen, die der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der Patienten angepasst sind. Auf der Basis sportmedizinischer Erkenntnisse trainieren die Patienten in der Halle, im Wasser oder im Gelände. Dabei werden teilweise medizinische Trainingsgeräte zum gezielten Muskelaufbautraining oder die Fahrradergometrie zum Training des Herz- Kreislaufsystems eingesetzt. Im Rahmen der herzfrequenzgesteuerten Fahrradergometrie kann die Leistungsfähigkeit objektiviert werden. Ähnliches gilt für die Beweglichkeit und Kraftmessung im Rahmen des Muskelaufbautrainings. Bei Bedarf, z. B. wenn Beschwerden durch Muskelverspannungen vorliegen, kommen begleitend passiv physikalische Therapiemaßnahmen zur Anwendung (z.B. Massage, Wärmetherapie, Elektrotherapie).

Bei endokrinen Funktionsstörungen (z.B. Hypothyreose, Ovarialfunktion, Testosteronmangel) sind unter Berücksichtigung der Grunderkrankungen die entsprechenden Substitutionsbehandlungen einzuleiten oder fortzuführen. Fragen zur Fertilität und zur weiteren Familienplanung sind für jüngere Patienten von großer Bedeutung. Dieser Problembereich kann im Rahmen der Rehabilitation, wenn die akutmedizinische Behandlung abgeschlossen ist und direkte Lebensbedrohung häufig nicht mehr im Vordergrund steht, individuell angesprochen werden. Ein entsprechendes Beratungsangebot besteht in der Klinik Reinhardshöhe.

Hinsichtlich sexueller Funktionsstörungen sollte eine ärztliche Beratung, ev. ergänzend durch eine psychologische Beratung durchgeführt werden. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Patienten diesen Problembereich nicht von sich aus anspricht, sondern auf Fragen des Arztes oder des Psychologen wartet. Störungen des sexuellen Erlebens und der sexuellen Zufriedenheit treten bei Patienten mit hämatologischen Neoplasien im Rahmen des Krankheitsverlaufs bzw. als Begleiterscheinung der Therapie häufig auf und bedeuten für die Betroffenen erhebliche Einbußen an Lebenszufriedenheit. Hinzu kommen negative Auswirkungen auf das Selbsterwertgefühl und auf die Partnerbeziehung und damit auch auf die soziale Integration. Für eine erfolgreiche Rehabilitation darf dieser Problembereich nicht ausgeblendet werden. Häufig ist es hilfreich den Partner des Patienten in die Beratungsgespräche mit einzubeziehen oder auch getrennt zu beraten.

Die durchgeführten intensiven Therapiemaßnahmen sowie in machen Situationen die Erkrankung selbst führen häufig zu einer lang anhaltenden verstärkten Infektanfälligkeit. In dieser Hinsicht sollte der Patient ausführlich beraten werden z. B. Meiden größerer Menschenansammlungen und von Kontakten mit Menschen die einen Infekt haben, Aufgabe zusätzlicher Risiken, wie Rauchen, frühzeitig ärztliche Konsultationen bei beginnendem Infekt.

Die Ernährungsberatung hat für viele Patienten mit hämatologischen Neoplasien oder nach allogener Knochenmarktransplantation einen hohen Stellenwert. Zielrichtig ist einerseits die

Anpassung an Krankheits- und Therapiefolgeproblematiken (z.B. bei Zustand nach chronischer GVHD des Darm), andererseits die Beschäftigung des Patienten mit einer gesundheitsbewussten Ernährungsgestaltung als Teil seiner Krankheitsverarbeitung.

Die psychosozialen Maßnahmen in der Rehabilitation zielen auf die Anregung und die positive Beeinflussung aktiver Krankheitsverarbeitungsprozesse und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven. Andererseits sollten ungünstige Verhaltensformen wie passives oder resignatives Verhalten, Unterdrückung von Gefühlen oder sozialer Rückzug vermieden werden. Angst und depressive Reaktionen können durch Unterstützung zur Erlangung oder Wiedererlangung aktiver Verhaltensmuster abgebaut werden. Verbunden sind damit eine Verbesserung des Selbsterwertgefühles und der Selbstsicherheit als Voraussetzung für den Abbau sozialer Ängste sowie die Förderung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe.

Die psychologische Betreuung und Unterstützung der Patienten ist nicht nur Aufgabe des fachpsychologischen Dienstes der Rehabilitationsklinik sondern des gesamten Rehabilitationsteams (Ärzte, Pflegepersonals, Psychologen, Physiotherapeuten). Hierfür ist ein verständnisvolles Eingehen auf die Probleme des Patienten Voraussetzung, ebenso eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Darüber hinaus ist in der Rehabilitation von hämatologischen Neoplasien und bei Zustand nach Knochenmarktransplantation bei einem hohen Anteil der Patienten (30 bis 50 %) eine fachpsychologische Intervention erforderlich. Je nach Problemlage ist eine Einzelbetreuung oder/und die Teilnahme an einer Therapiegruppe anzustreben. In einem Eingangsgespräch ist die psychosoziale Problemsituation des Patienten zu erfassen und auf dieser Grundlage sind die Therapieziele festzulegen. Wegen des begrenzten zeitlichen Rahmens einer Rehabilitationsmaßnahme wird es in der Regel um die Festlegung realistischer Teilziele gehen. Verbunden hiermit ist die Motivation des Patienten zur aktiven Mitarbeit in der Rehabilitationsklinik. Neben der Einzelbetreuung und allgemeinen psychotherapeutischen Gruppen sollten themenzentrierte Gesprächsgruppen, Entspannungstherapieverfahren (progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen) sowie kreativtherapeutische Einzel- und Gruppenangebote zur Verfügung stehen. Diese sind in der Klinik Reinhardshöhe allesamt vorhanden.

Informationsvermittlung und Beratung sind wichtige Bestandteile der Rehabilitation mit Patienten mit hämatologischen Neoplasien und Zustand nach Knochenmarktransplantation. Die Patienten haben in der Regel ein hohes Informationsbedürfnis hinsichtlich Krankheitsentstehung, Behandlung und Krankheitsbewältigung. Durch Einzelberatung und Vorträge sowie in kleinen Arbeitsgruppen werden dem Patienten die notwendigen Informationen vermittelt. Dadurch sollen der Krankheitsverarbeitungsprozess unterstützt und der Patient zur Eigenaktivität und Eigenverantwortung in der Krankheitsbewältigung motiviert werden. In Gesprächsgruppen, in den die Patienten aktiv einbezogen werden, werden die Betroffenen angehalten ihre gesunden Lebensfunktionen, Fähigkeiten und Ressourcen zu aktivieren und sich damit weniger auf die krankheitsbedingten Defizite zu konzentrieren. Bei Patienten mit Tumorerkrankungen, die kurativ behandelt worden sind, besteht oft ein erhebliches Informationsbedürfnis hinsichtlich des Risikos eines Rezidivs oder eines Zweitmalignoms. Ähnliches gilt auch für Patienten, deren Erkrankung nur palliativ behandelbar ist, hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs und der Prognose. Obwohl diese Punkte meist schon im akutmedizinischen Bereich besprochen worden sind, haben die Patienten diese Information vielfach nicht aufgenommen oder verdrängt. Mit dem Einsetzen der aktiven Krankheitsverarbeitung und Verlauf der stationären Rehabilitation müssen diese Informationen daher erneut gegeben werden. Hierzu sind intensive ärztliche Beratungsgespräche und/oder entsprechende Informationsveranstaltungen erforderlich. Nur wenn der Patient die Möglichkeit bekommt, alle für ihn wichtigen Informationen zu erhalten, wird er seine Krankheitsverarbeitung erfolgreich voranbringen. Die zusätzliche Ausgabe schriftlicher Informationsmaterialien und Hinweise auf für Patienten geeignete Literatur oder sinnvolle interne Zeitungen kann für die Betroffenen nützlich sein.

18. Junge Menschen und Patienten mittleren Alters in der onkologischen Rehabilitation

18.1. Einleitung

Die Fragen und Probleme junger Erwachsener, die von Krebs betroffen sind, unterscheiden sich deutlich von denen älterer Menschen. Junge Erwachsene sind bestrebt, Ziele zu erreichen und Träume zu verwirklichen, die die meisten älteren Krebspatienten bereits erreicht oder verwirklicht haben.

Die Unterstützung junger Erwachsener, die von Krebs betroffen sind, durch Ihregleichen ist oft unzureichend und führt zu einem Gefühl von Isolation und Entfremdung. Während die gesunden Freunde der Krebspatienten einfach ihr Leben leben, stellt die Krebsdiagnose für einen jungen Erwachsenen die natürliche Weiterentwicklung auf eine schwere Probe: Die Ausbildung unterbrochen oder abgebrochen werden und Studenten können akademisch nicht mehr mithalten. Einige verlieren ihre Unabhängigkeit, weil sie wieder im Haus ihrer Eltern leben müssen und damit ihre Selbstständigkeit aufgeben. Beziehungsfragen, Fragen der Selbstwahrnehmung, des Selbstwertgefühls, der Partnerschaft oder Ehe, Familie, Sexualität und Kinderwunsch, Ausbildung und Karriere, sowie der Sterblichkeit und der Zukunft stellen sich für sie in ganz anderer Weise als für jene, die das Glück hatten, wichtige soziale und persönliche Aspekte des Lebens für sich erfüllt zu haben. Zusätzliche Probleme stellen sich für junge Erwachsene, die verheiratet sind und eigene Familien haben. In dieser Situation geht es um finanzielle Versorgung der Angehörigen und um die weitere Berufliche Perspektive, aber auch um den Umgang mit dem Thema Krebs innerhalb der Familie. Sorgen drängen sich den Patienten auf, wie Kinder und Lebenspartner mit der neuen Situation langfristig umgehen können, aber auch wie der Patient selbst sein weiteres Leben mit der Diagnose Krebs gestaltet und für psychische Kompensation sorgt.

Aus diesen zahlreichen Aufgabenfeldern ergibt sich für die onkologische Rehabilitation bei jungen Menschen ein besonderer Anspruch und eine intensive Aufarbeitung der individuellen Probleme.

18.2. Rehabilitationsrelevante Diagnosen

18.2.1. Direkte Folgen der Tumorerkrankung:

- Mammakarzinom
- Leukämie mit oder ohne autologe/allogene Blutstammzelltransplantation
- Lymphom (Morbus Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphome)
- Hodentumor
- Tumor der Cervix uteri
- Tumoren des Verdauungstraktes insbesondere Kolonkarzinom
- Schilddrüsentumor

18.2.2. Direkte Folgen der akutmedizinischen Behandlung:

- Nach Operation
- Nach Chemotherapie
- Nach Bestrahlung
- Nach Kombination der verschiedenen Therapiemodalitäten

18.2.3. Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und Kondition

18.2.4. Psychische Probleme

- Krankheitsverarbeitung
- Ursachenzuschreibung (Kausalattribution)
- Aufklärungsstand (Vorurteile, Erfahrungen)
- Annehmen eines veränderten Körperschemas
- Angst, Depression

- Zunehmende Krankheitsbelastung

18.2.5. Sexuelle bzw. partnerschaftliche Probleme

18.2.6. Soziale Anpassungsstörungen:

- Sozialer Rückzug
- Probleme bei der Integration in das soziale Umfeld
- Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung

18.2.7. Chronisches Erschöpfungssyndrom

18.2.8. Fehlende Information zum Krankheitsbild und zu rekonstruktiven Maßnahmen.

18.3. Rehabilitationsziele

18.3.1. Somatische Therapieziele:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Förderung sportlicher Aktivitäten
- Verminderung der Müdigkeit/Erschöpfung
- Linderung der Übelkeit/Appetitlosigkeit
- Verminderung postchirurgischer Beschwerden (z.B. Narben, Fehlhaltungen)
- Verminderung von zytostatikainduzierter Beschwerden (Appetitlosigkeit, Polyneuropathie)
- Verminderung von Hormonausfallserscheinungen
- Linderung postradiogener Funktionsstörungen
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des Zutrauens in den eigenen Körper

18.3.2. Therapieziele im psychischen Bereich:

- Rückgewinnung von Lebensfreude
- Abbau von Ängsten
- Verminderung von depressiven Zuständen
- Erlernen von Strategien und Techniken der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Antriebssteigerung und Verbesserung der Motivation
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Abbau von familiären und partnerschaftlichen Problemen
- Verminderung sexueller Probleme
- Verminderung von Schlafstörungen
- Verbesserung der Akzeptanz der ausgefallenen Körperfunktion
- Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven

18.3.3. Therapieziele im sozialen Bereich:

- Berufliche Integration bzw. Wiedereingliederung
- Verbesserung der sozialen Integration
- Teilnahme am geselligen / kulturellen Leben
- Information und Hilfen im sozial- und arbeitsrechtlichen Bereich

18.3.4. Edukative Therapieziele:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erwerb von Kenntnissen zur Tertiärprophylaxe der ehemaligen Tumorerkrankung
- Beherrschen von Strategien und Techniken zur Stressbewältigung
- Optimierung des Ernährungsverhaltens
- Motivationssteigerung

18.4. Therapeutische Maßnahmen

18.4.1. Sport und Bewegung

- Bewegungsgruppe für jüngere Patienten
- Nordic walking
- Aktives Gesundheitstraining speziell für jüngere Patienten
- Sportgerätetraining nach Einweisung (z.B. Ergometer, Laufband etc.)
- Sportliches Freizeitprogramm (z.B. Mountainbike-Touren etc.)

18.4.2. Funktionelles Training

- Projektgruppe Ergotherapie für junge Frauen
- Plastisches Gestalten für junge Frauen und Männer
- Kreativtherapie
- Polyneuropathieprogramm
- Konzentration- und Gedächtnistraining

18.4.3. Psychoonkologische Betreuung

- Psychoonkologische Therapie (Einzeltherapie)
- Seminar Achtsames Innehalten
- Seminar „Leben nach Krebs“ für junge Patienten
- Kunsttherapie
- Entspannungsverfahren
- Motivationsförderung in der Kleingruppe für junge Patienten

18.4.4. Sozialberatung

- Sozialberatung (einzeln)
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Innerbetriebliche Umsetzung
- Berufliche Rehabilitation
- Erarbeiten von weiteren beruflichen Möglichkeiten
- Finanzielle Leistungen

18.4.5. Edukative Maßnahmen

- Individuelle Beratung hinsichtlich der Tumorerkrankung und den Folgen
- Erlernen von Perspektiven für die Zukunft
- Erlernen von Möglichkeiten zur Tumorphylaxe
- Erlernen von Möglichkeiten der Stressbewältigung und des seelischen Ausgleichs
- Verbesserung der Eigenversorgung und Eigenverantwortlichkeit
- Stärkung des eigenen Handelns.

19. Anschrift und Kontakt

Klinik Reinhardshöhe

Fachklinik für onkologische Rehabilitation

Quellenstr. 8-12

34537 Bad Wildungen

Tel: 05621-705-111

FAX: 05621-705-101

Email: info@klinik-reinhardshoehe.de

Leitender Arzt

Prof. Dr. med. O. Rick

Facharzt für Innere Medizin m.S. Hämatologie und Onkologie

Sozialmedizin

Quellenstr. 8-12

34537 Bad Wildungen

Tel: 05621-705-154

FAX: 05621-705-450

Email: oliver.rick@klinik-reinhardshoehe.de

Homepage

www.klinik-reinhardshoehe.de