

**Pneumologische Fachabteilung
am Rehabilitationszentrum der**

Klinik Lohrey

Bad Soden - Salmünster

**PNEUMOLOGISCHES REHABILITATIONS – KONZEPT
IN ANLEHNUNG AN DIE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION
DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)
DER WHO VON 2001**

Inhaltsverzeichnis

- 1. Leitbild der Klinik Lohrey**
- 2. Einleitung und Grundsätze**
- 3. Klinikinformation**
 - 3.1 Klinikstruktur
 - 3.2 Versicherungsträger
 - 3.3 Medizinische Leitung der RHÖNBLICK – KLINIK
 - 3.4 Rehabilitationsteam / Ansprechpartner
 - 3.5 Geographische Lage
- 4. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell in der medizinischen Rehabilitation**
 - 4.1 Schädigungen und Funktionsstörungen (Impairment)
 - 4.2 Fähigkeitsstörungen (Disability)
 - 4.3 Beeinträchtigungen (Handycap)
 - 4.4 Kontextfaktoren / Risikofaktoren
- 5. Rehabilitationsziele**
 - 5.1.1 Schädigungen / Funktionsstörungen (Impairment)
 - 5.1.2 Fähigkeitsstörungen (Disability)
 - 5.1.3 Beeinträchtigungen (Handycap)
 - 5.1.4 Kontextfaktoren / Risikofaktoren
 - 5.2 Coping
- 6. Indikationen**
 - 6.1 Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
 - 6.2 Nebendiagnosen
- 7. Die Rehabilitationseinrichtung**
 - 7.1 Diagnostik
 - 7.2 Ärztlicher Bereitschaftsdienst / Notfälle
 - 7.3 Rehabilitationsplan
 - 7.4 Behandlungselemente
 - 7.5 Therapiekonzepte
 - 7.5.1 Asthma bronchiale (leicht- bis mittelschwer)
 - 7.5.2 Asthma bronchiale (mittel- bis schwergradig)
 - 7.5.3 COPD (leicht- bis mittelgradig)
 - 7.5.4 COPD (schwer)
 - 7.5.5 sonstige Lungenerkrankungen
 - 7.6 Therapiemöglichkeiten
 - 7.6.1 Bewegungs- und Sporttherapie
 - 7.6.2 Krankengymnastik, Physiotherapie, balneologische Therapie, Atemtherapie
 - 7.6.3 Psychologische Betreuung und Schulungsmaßnahmen
 - 7.6.4 Ernährungsberatung und Diätik
 - 7.6.5 Sozialdienst
 - 7.7 Organisation der internen Qualitätssicherung

1 Leitbild der pneumologischen Klinik

- Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Patienten
- Eine umfangreiche moderne nicht invasive kardiologische Diagnostik ermöglicht es uns den Standart der kardiologischen Rehabilitation auf höchstem Niveau zu halten bzw. soweit notwendig dem medizinischen Fortschritt zeitgleich anzupassen.
- Unser breitgefächertes medizinisches Leistungsangebot setzen wir zügig anhand der individuellen medizinischen Bedürfnisse der Patienten um.
- Da in der Rhönblick- Klinik die kardiologische Primär- und Sekundär- prävention unter anderem im Vordergrund steht, zeichnet sich die Klinik als ein Ort der Förderung und Erhaltung der Gesundheit aus.
- Durch unser umfassendes Verständnis von Medizin und Gesundheit erfüllen wir die von den Patienten an uns gestellten Erwartungen zu deren vollsten Zufriedenheit.
- Anregungen und Kritik unserer Patienten sind für uns wichtige Voraussetzungen für unsere kontinuierliche Leistungssteigerung auf dem medizinischen- und rehabilitativen Sektor.
- Die Erbringung gesicherter Qualitätsstandarts gewährleistet unseren langfristigen Erfolg.
- Wir konzentrieren uns auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und können so den Qualitätsvorsprung gegenüber unseren Mitbewerbern ausbauen.
- Durch Anwendung von Qualitätssicherungsprogrammen unserer Partner sowie jährlichen Selbst- und Fremdbewertungen (Peer Review) arbeiten wir an der kontinuierlichen Verbesserung unseres internen und externen Qualitäts- standarts. Bewährte Rehabilitationsformen werden ständig weiterentwickelt und dem medizinischen Fortschritt angepasst bzw. soweit nötig erweitert um den Anforderungen sowie den Ansprüchen unserer Patienten und Partner Rechnung zu tragen.
- Entscheidend für die Qualität unserer medizinischen Leistungen sind unsere Mitarbeiter.
- Wir kennen und beherrschen unsere strukturierten Arbeitsabläufe und können die angestrebten Ziele mit optimiertem Ressourceneinsatz erreichen.

- Kooperativer Umgang unserer Mitarbeiter ist integraler Bestandteil unserer teamorientierten Arbeitsweise.
- Unser multifunktionell ausgebildetes Fachpersonal ermöglicht uns eine effiziente ganzheitlich orientierte medizinische- und therapeutische Vorgehensweise .
- Gezielte Fort- und Weiterbildung , interne und externe Seminare fördern nicht nur die qualitätsorientierte Arbeitsweise sondern auch das positive Denken und das flexible Handeln aller Mitarbeiter im Team.
- Regelmäßige Qualitätszirkel und die Beteiligung am Ideenmanagement
- stärken die Motivation zur Teamarbeit und fördern optimale Ergebnisse im Klinikalltag.
- Wir setzen uns aktiv für eine gesundheitsbewusste Arbeits- und Lebensweise ein.
- Menschen mit Krankheiten und Behinderungen haben ein Recht auf
- Rehabilitation und Teilhabe mit dem Ziel der vollwertigen Integration in unsere Gesellschaft – hierfür treten wir mit unserem Namen ein.

2 Einleitung und Grundsätze

Pulmonale Erkrankungen stehen neben orthopädischen Erkrankungen an der Spitze der Krankschreibungen in den westlichen Industrieländern. Waren in früheren Jahrzehnten Morbidität und Mortalität von Lungenerkrankungen im Wesentlichen durch die Tuberkulose bedingt, stehen nunmehr andere chronische Erkrankungen des Fachbereichs an der Spitze der Morbiditätsstatistik. Asthma bronchiale ist mit etwa 6% der Bevölkerung eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Zunehmend ist auch die Morbidität an der chronisch obstruktiven Bronchitis. Weitere pulmonale Erkrankungen von hoher Relevanz sind die malignen Erkrankungen des Fachgebietes. Abgerundet wird das Spektrum durch Pneumonien, die Sarkoidose, die interstitielle Lungenfibrose, Lungenbeteiligung im Rahmen von Systemerkrankungen und eine Reihe seltener pulmonaler Erkrankungen.

Der Effekt der Rehabilitation bei obstruktiven Atemwegserkrankungen, insbesondere der COPD, steht außer Frage. Diese Erkrankungen sind daher auch die Hauptindikationen unserer Klinik. Die Indikation zur Rehabilitationsmaßnahme bei COPD besteht insbesondere nach einer Exacerbation, die zu einer Krankenhausaufnahme geführt hat. Desweiteren besteht die Indikation immer ab Stadium II (FEV1 unter 80% der Norm). Daneben behandeln wir Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen und zur AHB nach Pneumonie.

Im Zentrum der Rehabilitation steht zunächst die Schulung des Patienten über seine Erkrankung, um Unsicherheiten und Ängste abzubauen und dem Patienten ein weitgehendes Selbstmanagement seiner Erkrankung zu ermöglichen. Schädliche Verhaltensweisen, insbesondere das Zigarettenrauchen, sind dem Patienten in seiner Konsequenz bewusst zu machen. Die Rehabilitation ist eine gute Möglichkeit, hier eine Verhaltensänderung zu bewirken. Insofern ist die Nikotinentwöhnung integraler Bestandteil jeder pulmonalen Rehabilitation.

Atemwegserkrankungen jedweder Art sind einer Trainingstherapie sehr gut zugänglich. Die Steigerung der Leistungsfähigkeit der Patienten erfolgt durch Ausdauertraining auf niedrigem Niveau wobei wir den speziellen Bedürfnissen der Patienten und ihren Wünschen Rechnung tragen. Wichtig ist hier, über den Aufenthalt in unserer Klinik hinaus, eine Änderung des Verhaltens des Patienten zu erzielen und ihn dazu zu motivieren, auch weiterhin körperlich aktiv zu bleiben.

Patienten mit COPD leiden häufig an Co-Morbiditäten, insbesondere des Herz-Kreislaufsystems. Diese werden im Rahmen der Rehabilitation mitbehandelt. Da auch Depressionen häufig sind besteht in unserem Hause die Möglichkeit einer psychologischen Einzelberatung.

Infolge des Bewegungsmangels kommt es häufig zu einer Dekonditionierung des Bewegungsapparates mit ausgeprägter Muskelschwäche und Unsicherheiten im Bewegungsablauf. Eine dem Leistungsvermögen des Patienten anagemessene medizinische Trainingstherapie ist daher integraler und wichtiger Bestandteil unserer Rehabilitation.

Die Lunge ist dasjenige Organ, dessen Funktionsfähigkeit von der Intaktheit des Bewegungsapparates, der sogenannten Atempumpe abhängig ist. Ohne ein intaktes Thoraxskelett und einer intakten Atemmuskulatur ist eine suffiziente Atmung nicht möglich. Erkrankungen des Bewegungsapparates haben Rückwirkungen auf die Lunge, aber auch Veränderungen der Lunge, insbesondere Überblähung und Emphysem haben einen negativen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des respiratorischen Systems. Entsprechende Anwendung atemtherapeutischer und krankengymnastischer Methoden ist daher unverzichtbar. Hierzu zählen Massagen der Atemmuskulatur, Lösen von Blockierungen im Thoraxskelett und die Durchführung eines Inspirationsmuskeltrainings.

Bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen kommt es häufig zu einer Schleimretention. Zur Lösung des Schleims erfolgen Inhalationen mit hyperosmolarer Kochsalzlösung (Emser Sole). Dazu stehen Inhalationsplätze zur Verfügung. Die Patienten setzen auch häufig ineffektive Hustentechniken ein. Möglichkeiten zur Sekretolyse und Korrektur ineffizienter Hustenmechanismen sind daher Bestandteil der Schulung.

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Häufigkeit von Exacerbationen negativ korreliert mit einer korrekten Anwendung der Inhalationssysteme. Patienten mit Atemwegserkrankungen werden in aller Regel inhalativ therapiert. Die dazu verwendeten Devices sind teilweise nicht selbst erklärend zu handhaben und überfordern manche Patienten. Wenn nötig erfolgt in intensiver Einzeltherapie eine Korrektur der Anwendung, eine weitere Überprüfung der Handhabung der Inhalationssysteme erfolgt bei Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme, falls erforderlich, auch während der Rehabilitation.

Die Evaluierung der Therapieergebnisse erfolgt über Fragebögen. Bei Aufnahme erfolgt – je nach Krankheitsbild – die Anwendung des Asthma-Kontrollfragebogens (ACQ) bzw. das COPD-Assementtests (CAT). Dadurch kann bei Aufnahme des Patienten eine Einschätzung vorgenommen und der Therapieerfolg beurteilt werden. Zur Beurteilung des Therapieerfolges erfolgt außerdem neben der Durchführung der Lungenfunktionsmessung die Anwendung des sechs Minuten Gehtestes bei Aufnahme und Entlassung des Patienten.

Sofern nicht eine aktuelle Lungenfunktionsdiagnostik der vorbehandelnden Klinik vorliegt, erfolgt bei Aufnahme eine pneumologische Diagnostik. Diese umfasst in jedem Fall eine Bodyplethysmographie, bei obstruktiver Ventilationsstörung mit zusätzlicher Bronchospasmyolyse. Bei Patienten mit Emphysem und interstitiellen Lungenerkrankungen erfolgt zusätzlich eine Messung der Diffusionskapazität (single breath). Daneben wird eine Blutgasanalyse durchgeführt. Bei speziellen Fragestellungen kann zusätzlich die Atemmuskulaturkraft (PI 0,1/Pmax) gemessen werden. Bei Unklarheiten in der Diagnose kann ein Carbacholprovokationstest durchgeführt werden. Bei Verdacht auf eine schlafbezogene

Atemstörung erfolgt die Durchführung einer Polygraphie. Der Patient kann dann im Anschluss an die Rehabilitation ein Schlaflabor aufsuchen.

Für die Abklärung von Begleiterkrankungen stehen die gängigen Laboruntersuchungen über ein Zentrallabor, ein EKG in Ruhe und bei Belastung sowie die Möglichkeit zur Ultraschalluntersuchung des Oberbauches und des Retroperitonealraums zur Verfügung.

Zur Erfassung beruflicher Problemlagen wird der sogenannte Würzburger Fragebogen eingesetzt. Patienten, die noch im Erwerbsleben stehen, werden im Rahmen ihrer Rehabilitation intensiv zu ihren Wünschen und Erwartungen betreffs ihres weiteren Erwerbslebens befragt und Lösungsvorschläge, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber erarbeitet.

3 Klinikinformation

3.1 Klinikstruktur

Träger :	Klinik Lohrey GmbH
Anschrift :	An den Augärten 1-3 63628 Bad Soden- Salmünster
Homepage :	www.kliniklohrey.de
Email :	info@kliniklohrey.de
Telefon :	06056 - 981 - 0
Telefax :	06056 - 981 - 2650
AHB-Sekretariat :	06056 - 981 - 636
Institutionskennzeichen :	260611372
Geschäftsführer :	Tobias Bretthauer
	Tel. : 06056 - 981 - 630
	Fax : 06056 - 749 - 2650

Ausstattung der Klinik Lohrey:

Einzelzimmer 155
Doppelzimmer 12
mit Dusche / WC, Balkon, TV, Telefon

Die gesamte Klinik ist rollstuhlgerecht ausgestattet.

Bad Soden - Salmünster verfügt über einen Bahnanschluss.

Die Klinik verfügt über folgende Einrichtungen bzw. Angebote:

- Cafeteria
- hauseigenes Therapieschwimmbad (32 Grad Wassertemperatur)
- Sporthalle, Gymnastikräume
- Seminar - und Vortragsräume
- Kreativräume
- Waschmaschine, Bügelraum
- Patientenbibliothek
- Fahrräder können eingestellt werden
- organisierte Ausflüge
- Liegewiese
- Friseur und Fußpflege im Haus

Freizeitgestaltung und Möglichkeiten im Haus:

- Kreatives Basteln
- Modenschauen
- Diaabende
- Musikabende
- Spieltreffs
- Gesellige und kulturelle Hausabende

3.2 Versicherungsträger

Anerkennung

Ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit allen gesetzlichen Krankenkassen ist vorhanden. Unsere Klinik ist eine nach § 30 GewO konzessionierte, für alle Kassen zugelassene, beihilfefähige Spezialeinrichtung für Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung (AHB) und Prävention in privater Trägerschaft.

Gesetzliche Krankenkassen und Private Krankenversicherungen (PKV)

- Anschlussrehabilitation (AHB)
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
- Stationäre Vorsorge – Maßnahmen
- Teilstationäre Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation

Rentenversicherungsträger

- Medizinische Leistungen zur Rehabilitation
- Anschlussrehabilitation

Öffentlicher Dienst

- Anschlussrehabilitation
- Sanatoriumsbehandlungen

3.3 Medizinische Leitung der Pulmologischen Abteilung der Klinik Lohrey

Chefarzt : Dr. med.
Winfried Schröder-Babo
Facharzt für Innere Medizin / Pneumologie / Allergologie
Sozialmedizin
Rehabilitationswesen
Notfallmedizin

Telefon : 06056 - 981 – 644
Fax: 06056 – 981 - 627

3.4 Rehabilitationsteam / Ansprechpartner

Funktionsabteilung: Anette Hohmann
Beate Mazal-Stanley
Gabriele Schröder-Babo
Doris Schneider

Physikalische Therapie : Karin Weber-Angelstein

Ergotherapeutin: Antonia Bildhäuser

Psychologischer Dienst : Agathe Herdt-Wiekiera

Sozialdienst : Petra Lotz

Ökotrophologin : Bettina Solero

3.5 Geographische Lage

Die Klinik liegt am Ortsrand im Kurzentrum von Bad Soden-Salmünster, etwa 300 Meter vom Kurpark entfernt mit über das Kinzigtal. Das Stadtzentrum ist durch einen eigenen Patienten-Shuttle-Service oder in ca. 5-10 Gehminuten erreichbar. Die ruhige Lage und das milde Klima der Region bieten optimale Voraussetzungen für eine effiziente Rehabilitationsbehandlung. Der Kurort Bad Soden-Salmünster liegt verkehrsgünstig in der Nähe der A 66 und an der Bahnlinie Frankfurt/Main – Fulda. Hanau ist über die Autobahn in ca. 15 Minuten zu erreichen.

Durch die landschaftlich schöne und ruhige Lage sind die besten Voraussetzungen für Bewegungstherapien z.B. in Form von Terraintraining, wie z.B. Nordic Walking gegeben. Auf extra angelegten Wegen und im Kurpark kann in landschaftlich ansprechender Umgebung Geh- und Ausdauertraining für Herz- und Gefäßpatienten durchgeführt werden.

Aufgrund dieser Vorzüge hat die Klinik einen idealen Standort für das regionale Einzugsgebiet. Gerade für Lungenpatienten ist Rehabilitation in Heimatnähe, jedoch mit einer gewissen räumlichen Trennung zur häuslichen Umgebung therapeutisch und psychologisch von großem Nutzen.

Unsere AHB-Abteilung verfolgt ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Unser Konzept beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot und zielt auf die individuelle Situation des Rehabilitanden mit seinen physischen, psychischen, seelischen und sozialen Bedürfnissen ab. Ferner beinhaltet es ein umfassendes Schulungsprogramm in Bezug auf Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Koordination einer adäquaten häuslichen Weiterversorgung der Patienten übernimmt der hauseigene Sozialdienst .

4 Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der medizinischen Rehabilitation

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell beruht auf der WHO – Einteilung von Impairment, Disability und Handycap. Das Krankheitsfolgekonzept postuliert, dass nicht die klinische Diagnose für die finale Einordnung des Leidens ausschlaggebend ist, sondern die Summe der Funktionseinschränkungen und Behinderungen im Berufsleben und im Leben in der Gemeinschaft aufgrund krankheits- und verletzungs-bedingter Schädigungsmuster. Entscheidend ist die Herstellung des Gleichgewichts zwischen Behinderung auf der einen Seite und den vorliegenden Kompensationsmechanismen bei Störung / Schädigung auf der anderen Seite. Im bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell zeigen sich ferner die fließenden Übergänge zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationsbehandlung.

4.1 Schädigungen und Funktionsstörungen (Impairment)

Pulmonale Erkrankungen führen häufig zu charakteristischen Schädigungen, die akut oder auch als Verschlechterung im chronischen Verlauf auftreten können. Überschneidungen sind häufig. Typische Schädigungen treten auf als:

- Atemnot, meistens auf einem definierten Belastungsniveau, gelegentlich auch bereits in Ruhe
- Einschränkung der Lungenfunktion
- Respiratorische Insuffizienz (Reduzierung der Sauerstoffkonzentration im Blut, ggf. auch Anstieg der Kohlendioxidkonzentration im Blut)
- Einschränkungen der Kraft der Atemmuskulatur
- Depression, Angst, Phobien

Diese durch pulmonale Erkrankungen versuchten Schädigungen führen dabei häufig zu Fähigkeitsstörungen.

4.2 Fähigkeitsstörungen (Disability)

Zu den relevanten Fähigkeitsstörungen gehören:

- Fähigkeitsstörungen im Bereich der Mobilität (Gehen, Treppensteigen, Bergangehen, schnelles Laufen)
- Fähigkeitsstörungen im Bereich der körperlichen Belastbarkeit (Arbeitsschwere, Ausdauer, Tragen von Gegenständen)
- Fähigkeitsstörungen im Bereich Verhalten (Familie, Beruf, Freizeit)
- Fähigkeitsstörungen im Bereich der Krankheitsbewältigung (Akzeptanz der Erkrankung)
- Fähigkeitsstörungen im Bereich der Orientierung (Tagesrhythmus)

Diese Fähigkeitsstörungen führen wiederum zu Beeinträchtigungen

4.3 Beeinträchtigungen (Handicap)

Zu diesen Beeinträchtigungen zählen:

- Beeinträchtigung der physischen Unabhängigkeit
- Beeinträchtigung der psychischen Unabhängigkeit
- Beeinträchtigung in der Mobilität
- Beeinträchtigung in der sozialen Integration/Reintegration
- Beeinträchtigung in der Orientierung
- Beeinträchtigung in den Beschäftigungen (z.B. Schulbesuch, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Haushaltsführung, Freizeitaktivitäten)

Beeinträchtigungen können mit und ohne Fähigkeitsstörungen vorliegen.

4.4 Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und können besonders wirksam in der stationären Rehabilitation mitbehandelt werden.

Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die für eine Person mit einer bestimmten körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung eine entsprechende Bedeutung haben. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Dimensionen der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die physikalische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personenbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person (Alter, Geschlecht, Bildung, Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit, Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Problembewältigungsstrategien,

Beruf, Herkunft - insbesondere Migrationshintergrund) sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse.

Kontextfaktoren können einen günstigen Einfluss (positive Kontextfaktoren) auf Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher ist es ein Ziel der Rehabilitation, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcen Konzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen nachteiligen Einfluss (negative Kontextfaktoren), auch Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen haben. Einige solcher negativen Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- und Krankheitsrisiken. Hier sind insbesondere berufliche Belastung sowie der Nikotinkonsum zu nennen. Kontextfaktoren und Risikofaktoren werden deshalb bei der Indikationsstellung und Durchführung der medizinischen Rehabilitationsbehandlung und bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung besonders berücksichtigt. Insbesondere wird die individuelle Lebenssituation und deren Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen mit einbezogen.

5 Rehabilitationsziele

Ziele der pulmonalen Rehabilitation in der Klinik Lohrey ist es, schädigungsbedingte Fähigkeitsstörungen oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen in der Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Der Patient soll durch die Rehabilitationsbehandlung in die Lage versetzt werden, eine Erwerbstätigkeit oder eine bestimmte Aktivität des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet wird. Dieses Rehabilitationsziel soll der Patient durch folgende von uns angestrebte Voraussetzungen erreichen:

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen (impairment)
- Verminderung des Schweregrades der Fähigkeitsstörungen oder Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten (disability)
- Erlernen von Kompensationsmechanismen (Ersatzstrategien, Adaptationsstrategien / Krankheitsverarbeitung)

Die Rehabilitationsziele werden im Arztgespräch bei der Aufnahme formuliert und im Rehabilitationsteam weiter vertieft. Bezugspersonen des Patienten werden nach Möglichkeit mit einbezogen. Zeigt sich während der Rehabilitation, dass bestimmte Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen durch Behandlungen nicht zu verbessern sind, werden Kompensationsstrategien mit dem Patienten entwickelt.

5.1.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Schädigungen/Funktionsstörungen (impairment):

- Verbesserung der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit
- Vermeidung bzw. Reduzierung von Anfällen bei Asthma bronchiale
- Reduzierung bzw. Vermeidung von Exacerbationen bei COPD
- Optimierung der Lungenfunktion durch entsprechende Anpassung der Medikation
- Psychotherapeutische Behandlung von Depressionen und Angstzuständen
- Kräftigung der Atemmuskulatur
- Verbesserung der Koordination
- Optimierung der Koppelung von Bewegung/Belastung und Atmung
- Verminderung der Atemnot
- Reduzierung von unproduktivem Husten
- Erlernung kraftsparender Hustentechniken
- Verbesserung der Sekretelimination
- Erlernen von geeigneten Atemtechniken und atemerleichternden Stellungen
- Gewichtsnormalisierung (Gewichtsreduktion bei Adipositas), Erreichen einer Gewichtszunahme bei pulmonaler Kachexie
- bei entsprechender Indikation Einleitung einer Sauerstofflangzeittherapie

5.1.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Fähigkeitsstörungen:

- Wiedererlangung/Erhalt der Selbständigkeit, Selbstversorgung
- Mobilitätssteigerung (z.B. Treppensteigen)
- Zunahme der Gehstrecke
- Steigerung der Ausdauerleistung
- Anstreben einer eigenständigen Haushaltsführung
- Vermeidung/Beseitigung/Verminderung von Fähigkeitsstörungen in der Partnerschaft, in der elterlichen Rolle, im Bereich der Motivation oder im Krisenmanagement
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (copping)
- Erlernen von Strategien zur Freizeitgestaltung und zu sportlicher Aktivität

5.1.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Beeinträchtigungen (handicap):

- Reduzierung von Beeinträchtigungen im Bereich der Teilhabe (insbesondere Haushaltsführung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Freizeitaktivitäten)
- Verbesserung der sozialen Integration bzw. Reintegration
- Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Verbesserung der Orientierung
- Verbesserung der physischen Unabhängigkeit
- Verbesserung der psychischen Unabhängigkeit

5.1.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren und Risikofaktoren:

Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen können durch Umweltfaktoren verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hierzu können Angehörige und Arbeitgeber mit einbezogen werden. Ziel ist, die Beeinträchtigungen des Rehabilitanden anzupassen, etwa durch:

- Planung von Arbeitsplatzanpassung/Umsetzung
- Berufliche Wiedereingliederung
- Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulung, Rentenantragstellung
- Anleitung zu gesundheitsbewusster Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung
- Raucherentwöhnung
- Anleitung zur Verminderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel
- Anleitung zu Stressabbau und Stressbeseitigung bzw. Stressbewältigung
- Unterstützung bei der Suche nach Bewältigungsstrategien
- Umgestaltung der häuslichen Umgebung
- Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Sport- und Freizeitaktivitäten, insbesondere Kontaktaufnahme zu Lungensportgruppen

5.2 Coping

Eine weitere wichtige Aufgabe der Rehabilitationsbehandlung ist es, somatische und psychische Folgeschäden zu vermeiden, zu beseitigen oder zu reduzieren und dem Patienten Bewältigungsstrategien anheim zugeben, damit dieser lernt mit den Auswirkungen der Krankheit adäquat umzugehen (Coping). Ferner Risikofaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu reduzieren.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind:

- Vermittlung von Informationen über das Krankheitsbild
- Korrektes Verhalten bei möglichen Notfallsituationen (beispielsweise Asthmaanfall, COPD-Exacerbation)
- Entwicklung zur Strategie zum Abbau von Risikoverhalten. Hier ist in erster Linie der Nikotinkonsum zu nennen. Außerdem Fehlernährung, Bewegungsmangel und inadäquates Freizeitverhalten sowie körperliche und psychische Überforderungen
- Unterweisungen in Techniken zur Selbstkontrolle, beispielsweise Peak flow-Protokoll
- Erlernen von Entspannungstechniken
- Schulung der Körperwahrnehmung

6 Indikationen

6.1 Erkrankungen der Atemwege und der Lunge:

- Allergisches und nicht allergisches Asthma bronchiale
- COPD Stadium II-IV
- Idiopathische Lungenfibrose
- Sarkoidose
- Sonstige interstitielle Lungenerkrankungen, beispielsweise exogen allergische Alveolitis
- Zustand nach Pneumonie
- Defektzustände nach pulmonalen Operationen, beispielsweise nach Bronchial-Carcinom
- Berufsbedingte Lungenerkrankungen, beispielsweise Silikose, Asbestose, Asthma und obstruktive Lungenerkrankungen aufgrund beruflicher Schädigungen
- Zustand nach Lungenembolie
- Pulmonale Hypertonie
- Sinubronchiales Syndrom

6.2 Nebendiagnosen:

- Koronare Herzerkrankungen
- Herzinsuffizienz
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus
- Rheumatische Systemerkrankung mit Lungenbeteiligung

7.0 Die Rehabilitationseinrichtung:

7.1 Diagnostik:

Der Versicherte ist gehalten, vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme einschlägige Arztberichte der vorbehandelnden Kollegen und Krankenhäuser in Kopie mitzubringen. Ein entsprechender Hinweis findet sich im Einladungsschreiben. Mitzubringen ist auch unbedingt ein aktueller Medikationsplan. Die vorliegende Diagnostik, sofern zeitnah, wird übernommen. Als diagnostische Maßnahme bei Aufnahme erfolgt grundsätzlich folgendes, sofern nicht Voruntersuchungen die nicht älter als sieben Tage sind, vorliegen:

- Routinelabor mit Blutbild einschließlich Differential-Blutbild, Transaminasen, Nierenretentions-werten, Elektrolyten, Cholesterin und CRP
- Ruhe-EKG
- Lungenfunktionsdiagnostik. Grundsätzlich durchgeführt wird eine Body-Plethysmographie nach den ATS-Richtlinien. Bei Vorliegen einer obstruktiven Ventilationsstörung erfolgt unmittelbar eine Bronchospasmodolyse mit anschließender Messung
- Sechs Minuten Gehetest, dieser Test erfolgt am Anfang und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme, dient insofern auch als Evaluierung des Rehabilitationsergebnisses

Folgende Untersuchungen werden auf ärztliche Anordnung bei gegebener Indikation durchgeführt:

- Bei Hinweisen auf eine respiratorische Insuffizienz und einer FEV unter 70% erfolgt eine kapilläre Blutgasanalyse
- Bei Hinweisen auf eine Diffusionsstörung, beispielsweise bei interstitiellen Lungenerkrankungen oder Sarkoidose oder Lungenemphysem wird eine Messung der Diffusionskapazität durchgeführt
- Eine Provokation mit Metacholin erfolgt bei Unklarheit über das Bestehen einer Asthmadiagnose
- Bei Hinweisen auf eine Insuffizienz der Atempumpe, beispielsweise bei Thoraxdeformität, erfolgt eine P_{0,1}/P_{max}-Messung
- Bei bislang nicht durchgeführter Allergiediagnostik erfolgt ein Allergiehauttontest („Pricktest“). Es stehen Testsubstanzen für die gängigen Umweltallergene zur Verfügung (Frühblüher, Gräser und Roggenpollen, Regridpollen, Beifusspollen, Hunde, Katzen, Pferdehaare, Hausstaubmilben, Schimmelpilze)
- Zur Abgrenzung von kardialen Ursachen der Beschwerden kann eine ergometrische Untersuchung auf dem Fahrradergometer erfolgen, ggf. mit Bestimmung der Blutgase vor und unter Belastung

Sonstige Diagnostik:

Zur Verfügung stehen außerdem ein Ultraschallgerät für Ultraschalluntersuchungen der Lunge/Pleura sowie der Oberbauchorgane einschließlich Retroperitoneum. Dopplersonographische Untersuchungen der Gefäße sind ebenfalls möglich.

Diagnostik in Kooperation mit anderen Kliniken:

- Röntgenaufnahmen der Thorakalorgane können im Rahmen eines Kooperationsvertrages in der Klinik St. Marien durchgeführt werden, die sich auf dem unmittelbar angrenzenden Gelände befindet
- In Kooperation mit der Klinik Rhönblick (Kardiologie) können im Rahmen eines Konsiliarauftrages echokardiographische Untersuchungen einschließlich Farbdoppler-Echokardiographie, Stressechokardiographie, transoesophagiales Echokardiographie durchgeführt werden sowie Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und Doppler sowie Duplex-Sonographie der extracraniellen und peripheren Gefäße

Sofern spezifische Diagnostik erforderlich ist, kann diese in benachbarten Kliniken und Fachärzten im Rahmen eines Konsiliarauftrages durchgeführt werden.

7.2 Ärztlicher Bereitschaftsdienst/Notfälle:

Der ärztliche Bereitschaftsdienst (erster Dienst) wird durch den diensthabenden Arzt in der Klinik durchgeführt, eine ärztliche Versorgung ist über 24 Stunden täglich, sieben Tage in der Woche gewährleistet.

Ein weiterer Arzt (einer der Chefärzte) steht als Hintergrunddienst für den Fall großen Arbeitsanfalles und zur Klärung von offenen Fragen ebenfalls jederzeit zur Verfügung, ist jederzeit telefonisch erreichbar und kann innerhalb von 30 Minuten in der Klinik anwesend sein.

Es erfolgen routinemäßige Kontrollen und Überprüfungen der Notfallausrüstung. Das Klinikpersonal wird regelmäßig in Notfallmaßnahmen geschult, insbesondere auch in der Rhythmuserkennung und Defibrillatortherapie. In Notfällen, die hier nicht beherrscht werden können, kann eine kurzzeitige Verlegung in benachbarte Kliniken erfolgen (Krankenhäuser Gelnhausen, Schlüchtern, Fulda, Hanau). Hier bestehen auch Möglichkeiten der Intensivüberwachung und weiterführender diagnostischer Maßnahmen, beispielsweise Computertomographien oder Herzkatheteruntersuchungen.

7.3 Rehabilitationsplan:

Zur Festlegung der Rehabilitationsziele werden die vorliegenden Befunde, die bei uns erhobenen Untersuchungsergebnisse und die Wünsche und Erwartungen sowie die Motivation des Versicherten definiert.

Für die Gestaltung des Rehabilitationsplanes werden folgende Kriterien beachtet:

- Stadium und Status der Erkrankung, dabei ist die pulmonale Leistungsfähigkeit, bestimmt anhand der Lungenfunktionsmessung, der Blutgasanalyse und der Ergebnisse des Sechsminutengehtestes zu berücksichtigen
- Neurologischer Status
- Internistische Begleiterkrankungen, insbesondere kardiale Probleme, aber auch Diabetes, Adipositas, bestehende Risikofaktoren und insbesondere auch das Risikoverhalten (Nikotinkonsum)
- Psychologische Probleme
- Individuelle Rehabilitationsziele
- Sozialmedizinische Anamnese und Berufsanamnese

7.4 Behandlungselemente:

Die Rehabilitationsplanung und Koordinierung der einzelnen Behandlungselemente erfolgt durch den behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Therapeutenteam.

Das Rehabilitationskonzept beinhaltet folgende Elemente:

- Ärztliche Beratung und Betreuung
- Bewegungstherapie
- Medizinische Trainingstherapie unter Anleitung eines Diplom-Sportlehrers
- Physiotherapie
- Medikamentöse Therapieoptimierung
- Behandlung der individuellen Risikofaktoren, insbesondere Raucherentwöhnung
- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Psychologische Betreuung
- Psychotherapie
- Sozialberatung und Hilfestellung
- Ernährungsberatung
- Gesundheitsbildende Maßnahmen und Stärkung der Eigenverantwortung
- Einüben von Entspannungstechniken
- Berufsfördernde Maßnahmen und andere berufsbezogene Maßnahmen
- Einbindung von Familienangehörigen
- Einbindung des Hausarztes
- Einleitung der poststationären Rehabilitation, beispielsweise IRENA und Kontaktaufnahme zu Lungensportgruppen
- Schulung in der Handhabung der Inhalationsdevises
- Selbstkontrolltechniken, beispielsweise Benutzung des Peak flow-Gerätes

7.5 Therapiekonzepte:

Für jeden Patienten wird nach eingehender Diagnostik ein Rehabilitationsplan ausgearbeitet. Im Folgenden werden die Therapieschwerpunkte für die wichtigsten Indikationen zusammenfassend dargestellt. Eine Individualisierung bei entsprechenden Begleiterkrankungen und Kontextfaktoren ist jedoch möglich.

7.5.1. Asthma bronchiale (leicht- bis mittelschwer):

Ziel der Behandlung von Patienten mit leichten bis mittelschwerem Asthma bronchiale ist die vollständige Beschwerdefreiheit und die Möglichkeit, das gleiche Leben zu führen wie altersgleiche Personen.

Erforderlich dazu ist zunächst die Einstellung von Risikofaktoren, insbesondere das inhalative Zigarettenrauchen, sofern es betrieben wird, die Vermeidung anderer inhalativer Noxen, beispielsweise am Arbeitsplatz, die Vermittlung von Kenntnissen im Umgang mit der Erkrankung und Fähigkeiten in der Beherrschung von Problemsituationen, beispielsweise beim Asthmaanfall. Die Patienten erhalten eine Schulung über Atemwegserkrankungen mit einer Dauer von vier Stunden durch den leitenden Arzt. Sie werden geschult im Umgang mit ihren Inhalatoren, so dass diese auch im Krisenfall sicher angewendet werden können. Diese Maßnahmen dienen auch dazu, die Compliance zu fördern. Die Patienten müssen angehalten sein, ihre Medikamente auch bei Beschwerdefreiheit regelmäßig zu nehmen und Anpassungen entweder nach Rücksprache mit dem Arzt oder einem erlernten Algorithmus vorzunehmen. Im Vordergrund der physiotherapeutischen und sportmedizinischen Maßnahmen steht eine Trainingsbehandlung, beispielsweise Nordic Walking, Ergometertraining, medizinische Trainingstherapie mit Muskelaufbau. Bei psychologischen Konfliktsituationen erfolgt eine entsprechende psychotherapeutische Beratung. Entspannungsübungen, beispielsweise autogenes Training oder progressive Muskelentspannung komplettieren das entsprechende Angebot.

7.5.2 Asthma bronchiale (mittel-bis schwergradig):

Bei diesen Patienten kann die Rehabilitationsmaßnahme zur Optimierung der inhalativen Therapie gut genutzt werden. Ansonsten ist auch hier der sichere Umgang mit den Inhalationssystemen, eine medizinische Trainingstherapie, weitergehende physiotherapeutische Maßnahmen wie etwa Techniken der Sekretolyse, ggf. auch das Training der Inspirationsmuskulatur Teil der Therapie. Moderates Ausdauertraining im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten sowie eine medizinische Trainingstherapie mit Muskelaufbau sind ebenfalls Programmpunkte. Auch diese Patienten werden bei Bedarf psychotherapeutisch vorgestellt. Häufig sind hier auch sozialmedizinische Maßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit erforderlich, beispielsweise Umgestaltung des Arbeitsplatzes, Umsetzung im Betrieb, notfalls Umschulung.

7.5.3 COPD (leicht- bis mittelgradig):

Eine COPD ist ab Stadium II (FEV1 unter 80% der Norm) eine Indikation zu einer Rehabilitationsmaßnahme. Schwerpunkt der Therapie mit leicht- bis mittelgradiger COPD ist in erster Linie die Einstellung des Zigarettenrauchens. Das Erreichen vollständiger und dauerhafter Nikotinkarenz ist bei Patienten mit allen Atemwegserkrankungen mit eines der wichtigsten Ziele der Rehabilitationsmaßnahme. Daneben erfolgt eine Sporttherapie (beispielsweise Nordic Walking), eine medizinische Trainingstherapie, Inhalationen zur Sekretolyse, physikalisch-therapeutische Maßnahmen wie Inhalationen mit Emser Sole, Erlernen von Hustentechniken, Entspannungsverfahren, psychologische Beratung. Eine Anpassung der Medikation zur Optimierung der Therapie kann gleichermaßen während des stationären Aufenthaltes unter kontrollierten Bedingungen gut erfolgen.

7.5.4 COPD (schwer):

Patienten mit schwergradiger COPD (Grad III-IV, FEV1 unter 50% bzw. unter 30%), mit und ohne respiratorischer Insuffizienz stellen für die Rehabilitation eine bedeutende Herausforderung dar.

Zunächst einmal ist auch bei diesen Patienten die Aufgabe des Nikotinabusus vordringlich. Spezielle Probleme stellen Begleiterkrankungen dar, beispielsweise kardiale Erkrankungen, die arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, die Schlaf-Apnoe sowie Depressionen. Aufgrund der Dyspnoe führt die dadurch bedingte Bewegungsarmut zu einer ausgeprägten Dekonditionierung und zu einem Muskelabbau, gelegentlich tritt eine pulmonale Kachexie mit ausgeprägtem wasting auf.

Im Vordergrund der physiotherapeutischen Maßnahmen stehen das Erlernen kraftsparender Hustentechniken, das Inspirationsmuskeltraining, eine medizinische Trainingstherapie zum Muskelaufbau und zur Verbesserung der Koordination sowie eine Trainingstherapie, in leichteren Fällen auch hier Einsatz von Ausdauersport wie beispielsweise Nordic Walking, bei schwerkranken Patienten mit hochgradig eingeschränkter Atemfunktion ist eine Wiederherstellung der Alltagsfunktion wie etwa Treppensteigen und Bergangehen unter Anleitung neu zu Erlernen.

Neben einer Optimierung der medikamentösen Therapie ist auch bei diesen Patienten eine ausgiebige Schulung mit den Inhalationssystemen erforderlich. Dies insbesondere, da diese Patienten häufig mehrere Inhalationsmedikamente mit teilweise unterschiedlichen Anwendungsmethoden benutzen müssen. Eine psychologische Beratung bei häufig vorhandenen Depressionen und Angststörungen ist ebenfalls Bestandteil der Rehabilitation, ggf. können durch nahegelegene Ärzte und Krankenhausabteilungen psychiatrische Konsiluntersuchungen zur Einleitung einer entsprechenden Therapie vorgenommen werden.

Sollte während des Aufenthaltes die Notwendigkeit einer Sauerstoff-Langzeittherapie gegeben sein, kann diese Therapie hier eingeleitet und der Patient im Umgang mit dieser geschult werden.

7.5.5 Sonstige Lungenerkrankungen:

Einen kleine Teil der Rehabilitanden stellen Patienten mit seltenen Lungenerkrankungen, beispielsweise Lungenfibrose, Sarkoidose, exogen allergische Alveolitis, kryptogen organisierende Pneumonie, Histiozytose X usw. dar. Bei diesen Patienten sind anhand des klinischen Bildes individuelle Therapiepläne vorzusehen.

7.6 Therapiemöglichkeiten:

7.6.1 Bewegungs- und Sporttherapie:

Ziel der befundadaptierten Bewegungstherapie ist es, pulmonale, kardiovaskuläre und muskuloskelettale Funktionseinschränkungen zu bessern und die Leistungsfähigkeit zu steigern, Abhängig von der jeweiligen Belastbarkeit erfolgt eine Trainings- und Sporttherapie, wo dies nicht möglich ist, eine leistungsadaptierte Einzeltherapie, deren Ziel die Belastbarkeit des Patienten für die Anstrengungen des täglichen Lebens, wie beispielsweise Treppensteigen, sind.

Die übrigen Patienten nehmen an einer Trainingstherapie teil. Hierbei kann es sich zum einen um Ergometertherapie mit definierter Belastung, ggf. unter gleichzeitiger Gabe von Sauerstoff per Nasensonde handeln oder um eine aerobe Trainingstherapie (beispielsweise Nordic Walking), die im Freien unter sporttherapeutischer Anleitung durchgeführt werden kann.

Ziel ist geringerer Sauerstoffverbrauch bei gleicher Arbeit und Erhöhung der Toleranz für eine passagere Hypoxie. Dabei soll gleichzeitig Freude an der Bewegung vermittelt werden. Der Patient soll ein positives Körpergefühl entwickeln und durch Pulskontrolle, Kontrolle des Peak flows unter Belastung, ggf. auch Kontrolle der Pulsoxymetrie unter Belastung sowie Beachtung von Symptomen den Umgang mit seiner Leistungsfähigkeit und deren Grenzen erlernen. Wassergymnastik, Terraintraining und geführte Wanderungen, einfache entschärfte Spiele ohne Wettkampfcharakter ergänzen das Trainingsprogramm im regenerativen Bereich. Dem Patienten wird empfohlen, - möglichst im Kontakt zu einer Lungensportgruppe – die hier erlernten Trainingsmethoden weiter fortzuführen.

Eine medizinische Trainingstherapie erfolgt zum Muskelaufbau und zur Verbesserung der Koordination. Durch die lang andauernde Einschränkung der körperlichen Belastung besteht insbesondere bei COPD-Patienten häufig eine ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung.

Das Programm umfasst im Einzelnen:

- Dynamische Übungs- und Trainingstherapie
- Als Einzeltherapie und in belastungsdefinierten Gruppen
- Ergometertraining, ggf. auch unter gleichzeitiger Sauerstoffgabe
- Koordinations- und Flexibilitätstraining
- Moderates Krafttraining im Rahmen medizinischer Trainingstherapie
- Gehtraining einschließlich individuellem Intervalltraining
- Terraintraining und geführte Wanderungen
- Wassergymnastik und Schwimmen
- Körperwahrnehmung

7.6.2 Krankengymnastik, Physiotherapie, balneophysikalische Therapie, Atemtherapie:

Der Schwerpunkt von Krankengymnastik liegt in der Mobilisierung stark eingeschränkter Patienten mit langsamer Belastungssteigerung in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt, in der Behandlung von begleitenden muskuloskelettalen Funktionseinschränkungen und Schmerzen, insbesondere thorakalen Schmerzen und Atembeschwerden. Begleitende Erkrankungen und Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates schränken die Mobilisierung und Aktivierung der Patienten oft erheblich ein. Unterstützt wird die Krankengymnastik durch balneophysikalische Anwendungen. Physikalische Anwendungen wirken auch auf den Tonus des vegetativen Nervensystems, tragen zur Förderung der Durchblutung, des Lymphabflusses zur Beseitigung von Schmerzzuständen und Entzündungen bei und beeinflussen über Reflexe die Funktion innerer Organe.

Ziel der Atemtherapie ist die Beeinflussung der Atembewegungsrichtung, die Vergrößerung der Atembewegung, die Verbesserung der Distribution und dadurch die Verbesserung der alveolären Ventilation. Wichtig ist auch Erlernen eines produktiven Hustens, der bei guter Effektivität einen tracheobronchialen Kollaps vermeidet. Durch eine Entblähung der Lunge wird eine Verbesserung der Zwerchfellmobilität und die Entblähung der funktionslosen Lungenareale angestrebt. Um einen tracheobronchialen Kollaps zu vermeiden, soll der Patient die Anwendung der Lippenbremse erlernen. Eine Dehnung und Detonisierung der Atemmuskulatur hilft neben Inspirationsmuskeltraining die Effizienz der Atemmuskulatur zu erhöhen. Zum Einsatz kommen auch sekretfördernde Maßnahmen der Atemphysiotherapie. Durch die Anwendung von oszillierenden Atmungsgeräten wie etwa dem RC-Cornet kann die Schleimmobilisierung zusätzlich gefördert werden. Ergänzend kommen klassische Massage-methoden und eine Wärmeanwendung zum Einsatz.

Folgende Methoden kommen zur Anwendung:

- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis
- Komplexbewegungsmethoden
- Krankengymnastik in Gruppen
- Massagen
- Bindegewebsmassagen
- Atemtherapie und Atemgymnastik wie oben beschrieben
- Lymphdrainagen
- Manuelle Therapie
- Balneophysikalische Therapie, beispielsweise Wassergymnastik, medizinische Bäder
- Ultraschalltherapie
- Inhalationen
- Thermo-therapie (Fango, Heißluft, Rotlicht, heiße Rolle)

7.6.3 Psychologische Betreuung und Schulungsmaßnahmen.

Psychische und psychosomatische Aspekte spielen bei der Rehabilitation pulmonaler Erkrankungen eine große Rolle. Inhalte der psychologischen Betreuung sind Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und –verarbeitung, emotionale Entlastung, Unterstützung bei erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen zur Realisierung eines gesundheitsbewussten Lebensstils, Hilfe bei krankheitsbedingten Problemen im psychischen Umfeld. Im Vordergrund steht bei Patienten, die anhaltend nikotinabhängig sind, die Raucherentwöhnung.

Teil einer Rehabilitationsmaßnahme ist auch die Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen. Dazu dient ein insgesamt vierteiliges Informationsprogramm zur Anatomie und Funktion der Atmungsorgane, diagnostische Maßnahmen in der Pneumologie sowie die Darstellung wichtiger Krankheitsbilder.

Schwerpunkte sind:

- Verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme
- Themenzentrierte Gruppenprogramme
- Stressbewältigung
- Raucherentwöhnung
- Gewichtsreduktion
- Entspannungstherapie (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)
- Gesprächspsychotherapie (Krankheitsbewältigung, Krisenintervention, individuelle Verhaltenstherapie)
- Hirnleistungstraining
- Informationsprogramm zu Atemwegserkrankungen

7.6.4 Ernährungsberatung und Diätetik:

Ernährungsberatung durch eine schulungserfahrene Diätassistentin einzeln und in Vorträgen sollen das Grundverständnis für gesunde Ernährung vermitteln und ggf. zu Änderungen der Ernährungsgewohnheiten motivieren. Die Ernährungsanamnese führt zur individuellen Beratung, die ggf. die Angehörigen mit einbeziehen kann.

In der Klinik werden alle wesentlichen Diätformen und Kostformen angeboten, neben kalorienreduzierter Kost ist auch eine Diabetesdiät sowie spezielle Diäten für spezifische Krankheitsbilder im Angebot.

7.6.5 Sozialdienst:

Nach eingehender sozialmedizinischer Beurteilung wird die soziale und berufliche Wiedereingliederung der Patienten eingeleitet mit dem Ziel, möglichst den früheren Status zu erreichen bzw. Hilfestellung bei erforderlichen Änderungen der persönlichen, beruflichen oder sozialen Stellung zu geben. Bei Berufstätigen ggf. stufenförmige Wiedereingliederung am Arbeitsplatz, berufsfördernde Maßnahmen, ggf. die Einleitung einer Beratung oder bei Rentnern die Veranlassung weiterer ambulanter Betreuung unmittelbar im Anschluss an eine Rehabilitationsbehandlung, auch Fortführung der Rehabilitation am Wohnort des Patienten in einer Lungensportgruppe.

Schwerpunkte der Aufgaben unseres Sozialdienstes sind:

- Beratungen in sozialen und beruflichen Fragen
- Wiedereingliederung und Anbahnung berufsfördernder Maßnahmen
- Vermittlung von ambulanten Hilfsdiensten und Hilfsmitteln
- Anbindung an ambulante Lungensportgruppen

7.7 Organisation der internen Qualitätssicherung:

Die Qualität der Rehabilitationsbehandlung ist gewährleistet und wird gesichert durch:

- Dokumentation der Rehabilitationsziele und Leistungen nach Art, Umfang und zeitlicher Abfolge
- Intensive ärztliche Betreuung in der Form von Untersuchungen, Besprechungen, Visiten, Vorträgen
- Tägliche Besprechungen der behandelnden Ärzte
- Regelmäßigen Besprechungen des Therapieteams
- In internen und disziplinär angelegten Qualitätszirkeln werden ausgewählte Patientenfälle diskutiert und bearbeitet, um Verbesserungen zu erreichen
- Ärzte und alle anderen Berufsgruppen des Rehabilitationsteams nehmen regelmäßig an internen und externen Fortbildungen teil