diakoneo

RANGAUKLINIK

Fachklinik für Lungen- und Bronchialheilkunde
Zentrum für medizinische Rehabilitation

Einrichtungskonzept Rehabilitation

weil wir das Leben lieben.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zur Einrichtung 4

1.1 Sozialmedizinische Bedeutung der pneumologischen Erkrankungen 7

2. Inhaltliches Gesamtkonzept 8

2.1 Ansatz 8

2.2 Abgrenzung zur kurativen Versorgung 8

2.3 Grundlage 9

2.4 Begriffsbestimmungen 10

2.5 Komponenten der ICF 12

2.6 Leistungsbewilligungen der Kostenträger 15

2.7 Qualitätssicherung 16

3. Pneumologische und pneumologisch-onkologische Rehabilitation 17

3.1 Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen 18

3.2 Vorbedingungen / Diagnosen 20

3.3 Anforderung an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation 20

3.4 Körperfunktionen und Körperstrukturen 21

3.5 Aktivitäten / Teilhabe 22

3.6 Kontextfaktoren 22

3.7 Ausschlusskriterien 24

4. Rehabilitationsziele 25

4.1 Allgemeine Rehabilitationsziele 25

4.2 Indikationsspezifische Therapiekonzepte 26

5. Strukturelle Voraussetzungen der Rangauklinik Ansbach 27

5.1 Personelle Ressourcen 27

5.2 Räumlich apparative Ausstattung (Ressourcen) 29

6. Prozessbeschreibungen 34

6.1 Leistungsbewilligung 34
6.2 Aufnahme und Rehabilitationsplan 34
6.3 Leistungserbringung 35
6.4 Dokumentation 38
6.5 Qualitätssicherung 39
6.6 Entlassung 40
6.7 Vorzeitige Beendigung 41
6.8 Verlängerung 41
6.9 Interkurrente Erkrankungen und Multimorbidität 41
6.10 Versorgung mit Hilfsmitteln 42
6.11 Kosten und Pflegesätze 42
7. Mitgeltende Unterlagen 43

1. Allgemeine Angaben zur Rangauklinik Ansbach

Von der Heilstätte zur modernen Fach- und Rehabilitationsklinik in 100 Jahren

Die Rangauklinik Ansbach kann im Jahre 2020 auf 102 ereignisreiche Jahre zurückblicken. Seit 01.01.2007 gehört das traditionsreiche Haus zum sozialen Träger Diakonie Neuendettelsau. Bis zu diesem Zeitpunkt hat die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken die renommierte Klinik fast durch das gesamte 20. Jahrhundert geleitet.

Bereits 1908 beschloss der Vorstand der damaligen Versicherungsanstalt für Mittelfranken (mit Sitz in Ansbach) in der Gemeinde Strüth eine Heilstätte zu errichten: „Für Menschen, die ärztliche Behandlung, Ruhe und Schonung, geregelte Ernährung und besonders gute Luft brauchen“.

Es erfolgte der Erwerb von 171 Tagwerk Grundbesitz einschließlich 40 Tagwerk Wald und nach einem Ideenwettbewerb wurde 1912 mit dem Bau begonnen. Die Bauausführung war nach Kriegsbeginn im Herbst 1914 zunehmend schwierig, 1917 wurde das Haus bezugsfertig, Abschlussarbeiten zogen sich bis 1920 hin.

Nachdem das Haus 2 Jahre Reservelazarett (10/18 – 10/20) war, konnten 100 Betten in zwei Krankenpavillons belegt werden. Zwischen 1920 und Kriegsende oblag den Schwestern der Diakonissenanstalt Neuendettelsau die pflegerische Versorgung der Patienten. Über ihre ursprüngliche Zweckbestimmung hinaus diente die Heilstätte auch der Behandlung der Tuberkulose nachdem diese nach dem Krieg enorm zugenommen hatte (bis 1925 mehr als 40%, Ende der 20er Jahre etwa 20% Tbc-Anteil). Dies machte eine bessere Ausstattung in der Heilstätte erforderlich: Röntgeneinrichtung, Laboratoriumseinrichtung etc.

Ab Oktober 1940 bis Kriegsende war die Klinik wiederum Reservelazarett, danach bis Anfang 1952 Einrichtung des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen für jüdische Waisenkinder - sogenannte „displaced persons“.

Der erneute starke Anstieg der Tuberkuloseerkrankungen veranlasste die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken die Heilstätte Strüth als moderne Lungenheilstätte für Frauen, weibliche Jugendliche und Kinder auszubauen: ein T-förmiges Verbindungsgebäude zwischen den bisherigen zwei Krankenhausbauten mit Wirtschaftsgebäude wurde errichtet. Ab 1957 wurden auch tuberkulosekranke Männer behandelt. Die operativen Möglichkeiten wurden erweitert bis hin zur großen Lungen- und Thoraxchirurgie.

1965 wurde eine Abteilung für Arbeits- und Beschäftigungstherapie in Betrieb genommen. Damals dauerte die stationäre Behandlung noch nahezu 2 Jahre. Um einem zunehmenden Mangel an Pflegepersonal zu begegnen, wurde 1966 eine Krankenpflegehilfeschule gegründet und bis 1975 betrieben.

1967 wurde die Bettenzahl bis auf 340 erhöht. Hierdurch wurden umfangreiche Modernisierungsarbeiten erforderlich, welche zwischen 1974 und 1976 bzw. 1979 und 1982 erfolgten (Neubau des Mitteltraktes mit Erweiterung der Labordiagnostik einschl. Bakteriologie, Lungenfunktionslabor, Röntgendiagnostik einschl. Durchleuchtung und Schichtverfahren, Vortragssaal, Kapelle und zwei Speisesäle ergänzt durch eine moderne Küche/Speiseversorgung). Nach Abschluss der Modernisierungsmaßnahmen konnte die Klinik 210 Patienten in zweckmäßig eingerichteten Ein- und Zweibettzimmern aufnehmen.

Durch die Einführung hochwirksamer Medikamente Ende der 40er-/Anfang der 50er Jahre bzw. Ende der 60er Jahre waren die Voraussetzungen für eine gezielte Tuberkulosebehandlung geschaffen worden, die Heilungschancen wurden sehr viel besser und die Behandlungsdauer konnte sukzessive immer weiter verkürzt werden. Daraufhin wurde 1983 durch den Gesetzgeber entschieden, dass die Tuberkulose nicht mehr ein Lebensschicksal ist, sondern eine Erkrankung wie alle anderen auch und somit die Krankenversicherung zuständig ist und nicht mehr länger die Rentenversicherung. Aufgrund des großen Einsatzes des damaligen Vorstandes und vor allem des damaligen Ersten Direktors Herrn Franz Martin Fehn wurde erreicht, dass die Rangauklinik Ansbach in den Krankenhausbedarfsplan mit 110 Betten aufgenommen wurde (damals weit über 90% Tuberkulose, weniger als 10% sogenannte unspezifische Lungenerkrankungen – heute ist es genau umgekehrt).

Die dramatische Entwicklung der letzten 25 Jahre erkennt man noch besser daran, dass die Patientenzahl auf das 6-7-fache angestiegen ist, die Verweildauer von 4½ Monaten auf etwa 5-6 Tage zurückgegangen ist.

Um die Bettenkapazität zu nutzen, wurde zusätzlich zum Akutkrankenhaus (110 Betten) eine Rehabilitationsklinik mit 64 Betten eingerichtet. Beim weiteren Umbau Ende der 80er Jahre wurden alle Zimmer mit Nasszellen versehen und eine Intensiveinheit eingerichtet. Angeschlossen war ein Arbeitsplatz für die Diagnostik schlafbezogener Atemstörungen. Inzwischen ist das Schlaflabor erheblich erweitert worden, eine Kooperation mit weiteren Fachgebieten ist in der Entwicklung. Ebenso wird die Weaning-Abteilung weiter ausgebaut. Ein Atemzentrum als Versorgungs- und Beratungseinrichtung an der Schnittstelle zwischen

ambulanter und stationärer Versorgung von Menschen mit Sauerstoff-Langzeittherapie und Beatmungsbehandlung wurde 2003 gegründet. Im Hause wird regelmäßig Lungensport geboten, auch für nicht stationäre Patienten. Die Selbsthilfegruppe Sauerstoff-Langzeittherapie trifft sich regelmäßig einmal pro Monat in der Klinik. Die Fortbildungsveranstaltungen des ärztlichen Kreisverbandes finden seit mehr als 30 Jahren im Hause statt.

Aktuell sind 75 Akut-Betten im Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern ausgewiesen.

Die Rangauklinik Ansbach hilft erkrankten Menschen, ihre Leistungsfähigkeit und Lebensfreude wiederzugewinnen und auf diese Weise geordnet in ihr soziales Umfeld und ins Berufsleben zurückzukehren.

Als Fach- und Rehabilitationsklinik für Atemwegs- und Tumorerkrankungen erstrecken sich die Behandlungsschwerpunkte von Lungenproblemen über Allergien bis hin zu onkologischen Krankheiten.

Sowohl in der Klinik als auch in der unmittelbaren Umgebung finden die Patienten ideale Voraussetzungen für Ihre Genesung: Zum einen liegt die Klinik im Tal der Fränkischen Rezat, am Südwesthang eines sonnigen Hügels, 423 Meter über dem Meeresspiegel, etwa vier Kilometer vom Stadtkern Ansbachs entfernt.

Ein bewaldeter Ausläufer der Frankenhöhe bildet die landschaftlich ansprechende Umrahmung.

Laut einem bioklimatischen Gutachten der Medizin-Meteorologen des Deutschen Wetterdienstes wirkt sich das Klima in Ansbach und näherer Umgebung auf Menschen mit Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie mit rheumatischen Beschwerden sehr positiv aus.

Zum anderen tragen zahlreiche Freizeitangebote zum Wohlbefinden bei – in Verbindung mit der richtigen Ernährung fördern sie die körperliche und seelische Ausgeglichenheit.

In der Rangauklinik Ansbach werden Patienten umfassend versorgt. Über die medizinischen Maßnahmen hinaus gehört dazu beispielsweise eine gesunde Ernährung und bewusstes Körpertraining. Nicht zuletzt wirkt auch ein behagliches persönliches Umfeld gesundheitsfördernd.

1.1 Sozialmedizinische Bedeutung der pneumologischen Erkrankungen

Krankheiten der Atemwege gewinnen eine zunehmende Bedeutung. Im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten treten die Atemwegserkrankungen nicht erst im fortgeschrittenen Alter auf, sondern betreffen bereits Kinder. Chronische Atemwegserkrankungen stellen zunehmend eine häufige Ursache für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar. Diese zunehmende Häufigkeit, Morbidität und Mortalität forciert dringlicher denn je Konzepte und Prozeduren der Prävention und Rehabilitation. Von einer Gesamtfallzahl von 15,5 Millionen im Jahre 2007, fielen 942.498 auf Atemwegserkrankungen zurück. In der Rangfolge der häufigsten Haupterkrankungen bedeutet dies den sechsten Platz[1]. Für alle Kostenträger zählt das Statistische Bundesamt 1,6 Millionen Entlassungen aus Vorsorge – und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten in 2007. Mit 168.695 Fällen und somit einem Anteil von 10,5 % stellen Patienten mit chronischen und akuten Atemwegserkrankungen eine große Population dar.

Chronische Lungenerkrankungen gehören zu den großen Volkskrankheiten und führen vorzeitig zum Tode. Das Fortschreiten der Krankheit ist bei vielen Patienten durch eine Behandlung mit Arzneimitteln alleine nicht aufzuhalten. Deswegen konzentriert sich die medizinische Hilfe auf die Linderung von Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität, verbunden mit weniger Krankenhausaufenthalten.

Seitdem die Kostenentwicklung der medizinischen Versorgungssysteme in allen hochentwickelten Gesellschaften bedrohliche Ausmaße angenommen hat, tritt die Idee der Krankheitsverhütung, d.h. Prävention, immer stärker in den Vordergrund der gesundheitspolitischen Diskussion[2]. Gerade bei schwerwiegenden und komplexen Erkrankungen wie dem Asthma bronchiale und der COPD, sollte ein in regelmäßigen Abständen durchgeführtes Assessment (Funktion, Aktivität, Partizipation) in angemessen ausgestatteten Einrichtungen durchgeführt werden, so der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001. Die Rehabilitation chronisch Kranker wird in der Erfüllung dieser Forderungen als eine selbstverständliche und ggf. wiederholte, den Lebenszyklen angepasste Kernaufgabe betrachtet.

Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ schließt die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente ein, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeschöpft wurden. Gerade bei COPD und

1 InEK: Begleitforschung 2007, Access Datenbank

2 Petro 2000

Asthma bronchiale kann eine frühzeitige medizinische Rehabilitation den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen.

2. Inhaltliches Gesamtkonzept

2.1 Ansatz

Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg.

Dieser Rehabilitationsansatz erfordert - unter Berücksichtigung des Einzelfalls - die Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

2.2 Abgrenzung zur kurativen Versorgung

Auch wenn es eine strikte Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche nicht geben kann und soll, sind doch die besonderen Schwerpunkte und primären Ziele von Kuration und Rehabilitation zu beachten. Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung i. S. des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation:

- primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung und

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

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

Einen auf dem ICF-Modell basierenden rehabilitativen Behandlungsansatz von der kurativen Medizin abgrenzend ist somit festzuhalten:

- Die rehabilitative Medizin orientiert sich an einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis. In der kurativen Medizin steht ein biomedizinisches Krankheitsmodell im Vordergrund.
- Für die rehabilitative Medizin folgt daraus ein ganzheitlicher Behandlungsansatz, für die Akutmedizin ein partiell-analytisches therapeutisches Vorgehen.
- In der Akutmedizin tritt die Individualisierung von Behandlungen zugunsten einer Standardisierung von Prozessen in den Hintergrund. Für das bio-psycho-soziale Modell der funktionalen Gesundheit ist eine Individualisierung unerlässlich.

2.3 Grundlage

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss beschreibt und bewertet
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels

- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationsziels

2.4 Begriffsbestimmungen

Entsprechend der ICF[3] sind im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit für die einzelnen Komponenten von Gesundheit die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren eingeführt und definiert worden.
Auf allen Ebenen finden die unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die psycho-sozialen Komponenten umfassen, besondere Beachtung (s. Abbildung). Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe, nicht mehr nur ein personenbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Diese Sichtweise wurde im Grundsatz auch in das SGB IX übernommen[4].

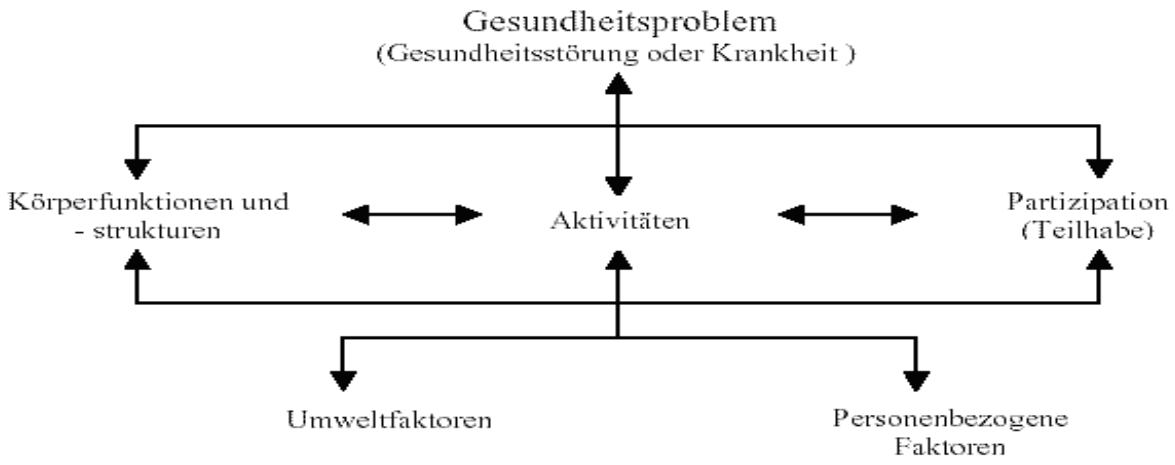

Abbildung 1: Das biopsychosoziale ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten (WHO 2005)

[3] Vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2002. www.dimdi.de

[4] Der Behinderungsbegriff der ICF, der Behinderung als „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit" umschreibt, ist weiter gefasst als der des SGB IX und umfasst auch jede Schädigung, die weder mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten noch der Teilhabe einhergeht. Im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe wird daher Behinderung im Sinne der Definition des § 2 SGB IX verstanden.

Funktionale Gesundheit

Der Begriff der Gesundheit im Titel der ICF zeigt an, dass die ICF zu den gesundheitsbezogenen Klassifikationen gehört, wie auch die ICD[5]. Zum besseren Verständnis des bio-psychosozialen Modells, welches bereits der ICIDH[6] zugrunde lag, wurde im Zusammenhang mit der Einführung der ICF der Begriff der funktionalen Gesundheit etabliert.

Die **funktionale Gesundheit** bezieht sich hierbei sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf deren Beeinträchtigungen auf den in der ICF beschriebenen Ebenen

- der Körperfunktionen und Körperstrukturen
- der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

und geht insofern über den bio-medizinischen Ansatz der ICD hinaus.
Die funktionale Gesundheit einer Person wird dabei vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund (umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren) betrachtet und beschreibt das Ergebnis der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren einer Person.

Der Begriff der **Funktionsfähigkeit** wird für Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet und umfasst die positiven (oder neutralen) Aspekte der funktionalen Gesundheit.

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

- Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und/oder der Körperstrukturen vorliegen (Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen)

[5] Vgl. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Version 2.0 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2000. www.dimdi.de

[6] International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

- sie nicht mehr all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten)
- sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen)

2.5 Komponenten der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Während mit Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie z.B. das Sehvermögen oder der Verstand bezeichnet werden, versteht man unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Mit dem Begriff der „funktionalen / strukturellen Integrität“ auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen kann die Funktionsfähigkeit einer (gesunden) Person beschrieben werden. „Schädigung“ bezeichnet dabei bei einer Person den Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene. Hierzu zählen insbesondere Schädigungen

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

Aktivitäten

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person. Eine Person ist (auf dieser Ebene) dann funktionsfähig, wenn sie alle Aktivitäten,

die von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet werden, ausführen kann. Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann, werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bezeichnet.
Beeinträchtigungen der Aktivität zeigen sich z.B.

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

Teilhabe

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

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

Kontextfaktoren

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

Zu den Umweltfaktoren zählen

- Erzeugnisse und Technologien

  z.B. Vorhandensein oder Fehlen von Hilfsmitteln zur Unterstützung bei der Ausübung von

  Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. Hilfsmittel zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, Hilfsmittel für die persönliche Mobilität, Hilfsmittel zur Kommunikation und Information
- Natürliche und von Menschen veränderte Umwelt

  z.B. barrierefreie Infrastruktur, Wohn-, Geschäfts- und öffentliche Gebäude, Transportwege, Straßen
- Unterstützung und Beziehungen

  z.B. Vorhandensein oder Fehlen unterstützender und helfender Personen (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde, Selbsthilfegruppen)
- Einstellungen, Werte und Überzeugungen

  z.B. Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen, die das Verhalten und soziale Leben

  auf allen Ebenen beeinflussen, wie in zwischenmenschlichen Beziehungen, auf kommunaler Ebene bis hin zu politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen

- Dienstleistungen

  z.B. Vorhandensein oder Fehlen von lokalen oder regionalen Rehabilitationsdiensten öffentlicher oder privater Art
- Politikfelder einschließlich Organisation und Struktur

  z.B. Vorhandensein oder Fehlen von Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften, Regelungen und Standards, die Leistungen und Dienste, Programme oder andere infrastrukturelle Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft regeln und organisieren

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

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten (siehe Kapitel 3.).

Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten. Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für eine medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

2.6 Leistungsbewilligungen der Kostenträger

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bedürfen vor Beginn der Bewilligung durch den zuständigen Rehabilitationsträger (Kranken-, Renten-, Unfallversicherungsträger). Umfang, Dauer und Intensität der Maßnahmen richten sich nach den indikationsspezifischen Anforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel.

Als ergänzende Leistungen zur Erreichung und Sicherung des Zieles der stationären Rehabilitation kommen insbesondere in Betracht

- Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld)
- Reisekostenerstattung
- Rehabilitationssport, Funktionstraining

2.7 Qualitätssicherung

Für die stationären Rehabilitationseinrichtungen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen.

Strukturqualität

Zur qualitätsgesicherten Struktur der Rehabilitation werden die in den Rahmenempfehlungen gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch erfüllt.

Prozessqualität

Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der Rehabilitation sind das Rehabilitationskonzept der Einrichtung und die individuellen Rehabilitationspläne der Rehabilitanden. Die Einhaltung der Rehabilitationspläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen) ist anhand einer patientenbezogenen standardisierten Dokumentation zu gewährleisten.

Ergebnisqualität

Im Rahmen der Zwischenuntersuchungen und der Abschluss Befundung wird überprüft und dokumentiert, ob und in welchem Ausmaß das im individuellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan modifiziert. Katamnestische Erhebungen mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über die Realisierung vorgeschlagener Maßnahmen und Empfehlungen werden angestrebt. Dies gilt auch für die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

3. Pneumologische und pneumologisch-onkologische Rehabilitation

Die **pneumologische Rehabilitation** ist Bestandteil der Langzeitbehandlung vieler chronischer Erkrankungen der Atmungsorgane. Insbesondere bei der Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) aber auch dem Asthma bronchiale ist die pneumologische Rehabilitation ein essenzieller Teil der leitliniengemäßen Therapie (NVLL COPD und Asthma, Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit COPD der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)). Eine pneumologische Rehabilitation kann sowohl in einer stabilen Krankheitsphase indiziert sein, als auch direkt nach einer Krankenhausbehandlung (z.B. nach Exazerbation einer COPD, nach einer Pneumonie oder nach einer Lungenoperation) in Form einer Anschluss-Rehabilitation / Heilbehandlung.

Die stationär durchgeführte pneumologische Rehabilitation ist an einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept orientiert und muss ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot beinhalten, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden auf die physischen, psychischen und sozialen Komponenten abzielt einschließlich eines edukatorischen Anteils. Wesentlich ist auch die sozialmedizinische Beurteilung.

Die **onkologische Rehabilitation** setzt in der Rangauklinik Ansbach ihren Schwerpunkt bei den pneumologisch-onkologischen Krankheitsbildern (nicht-kleinzelliges und kleinzelliges Lungenkarzinom, Pleuramesotheliom), aber auch anderen soliden Tumoren (Mammakarzinom, Tumore der Weichteile, des Gastrointestinaltrakts oder des Urogenitaltrakts), insbesondere bei (zusätzlichen) pneumologischen Fragestellungen, z.B. nach Thorakotomie oder thorakaler Bestrahlung bei pulmonalen Metastasen. Die pneumologisch-onkologische Rehabilitation orientiert sich hierbei an den Vorgaben der S3-Leitlinie Lungenkarzinom der DGP und DKG (Goeckenjan et al, 2011). Sie ist indiziert nach Abschluss der Primärtherapie (Operation, Chemotherapie und/oder Strahlentherapie) oder auch in der stabilen Phase in den ersten Jahren nach der Diagnosestellung.

3.1 Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die pneumologische und pneumologisch-onkologische Rehabilitation beinhaltet ein individuell zugeschnittenes, multidisziplinäres Programm, wobei durch eine genaue Diagnose, eine optimierte Therapie, emotionale Unterstützung und eine problemorientierte Schulung die Erkrankung stabilisiert oder verbessert und der Patient zur bestmöglichen organischen Funktionsfähigkeit zurückgeführt wird.

Die stationäre Rehabilitation bei pneumologischen und pneumologisch-onkologischen Erkrankungen ist indiziert, wenn folgende sozialmedizinischen Voraussetzungen erfüllt sind:

- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind

Diese Voraussetzungen sind wie folgt definiert:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Beeinflussung durch Kontextfaktoren.

Diese Schädigungen und Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit können sich aus mehreren Krankheitsbildern in unterschiedlichem Ausmaß zusammensetzen. Sie können isoliert oder in mehreren Bereichen auftreten und verschiedene Ebenen betreffen.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Nach der Zusendung der Unterlagen an die Rangauklinik Ansbach erfolgt eine umgehende Prüfung. Die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit werden individuell anhand der Checkliste zur Prüfung der Rehabilitation geprüft.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum

Individuelle Voraussetzungen

Die Entscheidung, ob eine stationäre pneumologische oder pneumologisch-onkologische Rehabilitation in Betracht kommt, ist neben den voran genannten Voraussetzungen abhängig von der notwendigen medizinischen Überwachungsbedürftigkeit, den Begleiterkrankungen, vom sozialen Umfeld, den berechtigten Wünschen des Rehabilitanden und dem Vorhandensein einer den Qualitätskriterien entsprechenden Einrichtung. Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine stationäre Rehabilitation

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können
- über eine durchgängige Kooperations-, Handlungs- und Lernfähigkeit verfügen
- über eine ausreichende Compliance und Motivation / Motivierbarkeit verfügen

Die (sozial-)medizinische Indikation zu einer stationär pneumologischen oder pneumologisch-onkologischen Rehabilitation hat also nicht allein das Vorliegen einer Erkrankung zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden

Analyse und Bewertung der unter Ziffer 3.4. bis 3.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

3.2 Vorbedingungen / Diagnosen

Unter Berücksichtigung der unter Ziffer 3.1 genannten medizinischen Voraussetzungen kann eine stationäre pneumologische oder pneumologisch-onkologische Rehabilitation insbesondere bei einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten angezeigt sein

- Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Asthma bronchiale
- Lungengerüsterkrankungen (einschließlich Sarkoidose, Asbestose)
- Bronchiektasen
- Lungenoperationen (z.B. nach Volumenresektion, Lungentransplantation, Pleuraempyem, Lungenabzeß)
- nach entzündlichen Prozessen der Lunge und der Pleura
- Thoraxwanderkrankungen
- chronisch respiratorische oder ventilatorische Insuffizienz
- maligne Erkrankungen der Atmungsorgane und der Thoraxwand (z.B. nach Operation bzw. nach Chemotherapie und/oder Bestrahlung)
- andere solide Tumore insbesondere mit pneumologischen Komplikationen (z.B. nach Lungenmetastasenchirurgie oder thorakaler Bestrahlung)

3.3 Anforderung an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Die medizinische Diagnostik der Grunderkrankung, der Schädigung einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt, d.h. beurteilt werden kann, ob Ausschlusskriterien für eine stationäre Rehabilitation vorliegen. Neben der klinischen Untersuchung sollten je nach Schädigung z.B. folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein

- Lungenfunktionsuntersuchungen (z.B. Spirometrie, Bodyplethysmographie, Peak-Flow- Messung)
- Blutgasanalyse in Ruhe und bei Belastung
- bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen, CT)
- Sonographie
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Spiroergometrie
- Echokardiographie
- allergologische Diagnostik
- Bestimmung von Laborparametern.

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, sollten diese vor Beginn der Rehabilitationsleistung diagnostiziert sein und während der Rehabilitation berücksichtigt werden. Dabei sind das Ausmaß der Schädigung und die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

3.4 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Pneumologische und pneumologisch-onkologische Erkrankungen führen meist zu charakteristischen Schädigungen, die akut oder auch als Verschlechterungen im chronischen Verlauf auftreten können. Überschneidungen sind dabei möglich. Schädigungen bei pneumologischen Erkrankungen sind definiert als Verlust oder Normabweichung in der Körperstruktur und/oder -funktion der Atemwege und der Lunge und damit direkt im Zusammenhang stehende Komorbidität. Schädigungen treten z.B. auf als

- verminderte Ventilation
- verminderter Gasaustausch
- Atemnot
- chronischer Husten
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- muskuläre Dysfunktion (Atem- und Skelettmuskulatur)
- Ernährungsstörungen

- verminderte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit
- thorakale Schmerzen
- psychische Krankheitsfolgen

Die durch pneumologische und pneumologisch-onkologische Erkrankungen verursachten Schädigungen führen häufig zu Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe.

3.5 Aktivitäten / Teilhabe

In Folge der o.g. Schädigungen und deren Auswirkungen können sowohl Beeinträchtigungen der Aktivitäten als auch der Teilhabe auftreten u.a. in

- der Mobilität (z.B. Gehen, Treppensteigen, Heben und Tragen von Gegenständen, Fortbewegung in der Umgebung mit und ohne Transportmittel)
- der Selbstversorgung (z.B. Waschen, An- / Auskleiden, Körperpflege, Achten auf die eigene Gesundheit z.B. im Hinblick auf Medikation und Ernährung, Behördengänge, Arztbesuche)
- dem häuslichen Leben (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten)
- den interpersonellen Beziehungen (z.B. in Familie, Beruf und Freizeit, soziale Integration / Reintegration)
- dem Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen
- den bedeutenden Lebensbereichen (z.B. Schulbildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Ausmaß der körperlichen und/oder geistigen Belastung im Arbeitsleben, wirtschaftliche Eigenständigkeit)
- dem Gemeinschafts- / sozialen und staatsbürgerlichen Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit und Sport)

3.6 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen

Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe). Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten. Personenbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigung von Krankheit, Stress und psychischen Anforderungen, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse. Personenbezogene Faktoren sind bislang in der ICF nicht klassifiziert. Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF) und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der Funktionsfähigkeit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Rauchen als personenbezogener Faktor ist neben Bewegungsmangel besonders bei einem Teil der Lungenerkrankungen von zentraler Bedeutung. Kontextfaktoren bestimmen maßgeblich, ob eine Rehabilitation ambulant durchgeführt werden kann. Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb im Rahmen der Indikationsstellung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Sie sind ebenso bei der Wahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung, bei der Durchführung sowie der sozialmedizinischen Beurteilung zu beachten. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (social support) einbezogen. Umweltbezogene Kontextfaktoren, die bei den Erkrankungen der Lungen und der Atemwege eine besondere Rolle spielen können, sind z. B.

- Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch (z.B. Lebensmittel, Medikamente, Therapie- und Trainingsgeräte, Fahrzeuge). Hierzu gehören insbesondere auch Geräte zur Sauerstofflangzeittherapie, Heimbeatmung, Atemphysiotherapie.
- persönliche Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, Hilfs- und Pflegepersonen, professionelle Personen in der medizinischen Versorgung, Tiere)

- Wohnumfeld
- Systeme der sozialen Sicherung und soziale Einrichtungen (z.B. Gesundheitsbildung und Präventionen, (kurativ-)medizinische Versorgung, Rehabilitation, Nachsorge, Arbeitsmarkt, Freizeit- und Sportorganisationen)
- natürliche Umwelt (z.B. Geographie, Klima, Licht, Lärm, Luftqualität)

3.7 Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien für eine stationäre pneumologische oder pneumologisch-onkologische Rehabilitation sind:

- nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten der stationären Akutbehandlung
- eine fehlende positive Rehabilitationsprognose; hierzu kann auch eine mangelhafte Compliance des Rehabilitanden beitragen, z.B. der fehlende Wille, dauerhaft die Befähigung zur Selbstversorgung wieder zu erlangen
- eine unzureichende Rehabilitationsfähigkeit, z.B. weil noch ein akuter Pflegebedarf besteht und es dem Rehabilitanden nicht möglich ist, die therapeutischen Maßnahmen im erforderlichen Umfang zu absolvieren
- eine mangelnde Rehabilitationsbedürftigkeit, z.B. weil aufgrund des weiteren Gesundungsprozesses die Rückbildung der Schädigung auch ohne rehabilitative Maßnahmen zu erwarten ist

Vgl. auch Checkliste zur Prüfung der Aufnahme in der Rehabilitation.

4. Rehabilitationsziele

4.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsleistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und / oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.
Diese Ziele können in der stationären pneumologischen Rehabilitation erreicht werden durch:

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

Beseitigung oder Verminderung der Schädigung und Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Aktivitäten unter Heranziehung von Kompensationsstrategien, Adaptation und verbesserter Krankheitsverarbeitung. Zeigt sich während der Rehabilitation, dass bestimmte Schädigungen, Aktivitäten und Teilhabe nicht zu verbessern sind, so sollten bei der Rehabilitation insbesondere auch Ersatzstrategien und der Erwerb neuer Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen zum Einsatz kommen.

Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur
Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt.

4.2 Indikationsspezifische Therapiekonzepte

Die Rangauklinik Ansbach vereint eine akutmedizinische Fachklinik für Pneumologie mit einer Rehabilitationsklinik mit den Schwerpunkten Pneumologie und Onkologie unter einem Dach. Dies bedeutet, dass Personal, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, sowie teilweise auch die Räumlichkeiten jeweils beiden Abteilungen (Akutmedizin und Rehabilitation) zur Verfügung stehen und somit allen Patienten bzw. Gästen angeboten werden können.

In der akutmedizinischen Abteilung existieren folgende Schwerpunkte:

- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Onkologische Erkrankungen des Thorax
- Infektiologie (Pneumonien, Tuberkulose)
- Schlafbezogene Atmungsstörungen
- Beatmung (invasiv, nicht-invasiv, Weaning)
- Seltene Lungenerkrankungen, Systemerkrankungen

Die Schwerpunkte der Rehabilitation sind:

- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Z. n. Beatmung
- Seltene Lungenerkrankungen, Systemerkrankungen
- Onkologische Erkrankungen des Thorax
- Andere solide Tumore (Mammakarzinom, Lungenmetastasen anderer Tumore)

Folgende Diagnosen decken den Großteil (ca. 90%) der in der Rangauklinik Ansbach behandelten und betreuten Patienten ab:

- COPD/Asthma (Reha)
- Z.n. Thorakotomie bei Lungenkarzinom (Reha)
- Z.n. Pneumonie/Beatmung (Reha)
- Mammakarzinom (Reha)
- COPD/Asthma (akute Exarcerbation)
- Lungenkarzinom (Diagnostik und Therapie)
- Ambulant erworbene Pneumonie
- Obstruktive Schlafapnoe

Für diese Diagnosen wurden Behandlungspfade bzw. Therapiekonzepte und ggf. diagnostische Konzepte erarbeitet und formuliert.

5. Strukturelle Voraussetzungen der Rangauklinik Ansbach

Aufgrund ihrer langjährigen Präsenz in der pneumologischen Rehabilitation verfügt die Rangauklinik Ansbach über grundlegende Expertisen auf dem Gebiet der Rehabilitation. Unabhängig von der Indikation kann auf ein allgemeines Know-how zurückgegriffen werden, welches hinsichtlich der Patientenführung von Rehabilitanden, dem Fallmanagement und der Maßnahmenplanung, der Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen, der sozialrechtlichen Handhabe und anderen rehabilitations-spezifischen Aspekten am Haus existent ist.

5.1 Personelle Ressourcen

Im **ärztlichen Dienst** ist der Chefarzt der Rangauklinik Ansbach, Dr. Fink (Internist, Pneumologe) für den Bereich der pneumologischen Rehabilitation fachlich und organisatorisch zuständig. Dem Bereich sind Frau Dr. Jeleva (Fachärztin für Innere Medizin Schwerpunktbezeichnung Pneumologie und Fachärztin für physikalische Therapie) und drei Stationsärzte in Vollzeit zugeordnet. Sie verfügen über eine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Rehabilitationsbehandlung.

Dem ärztlichen Dienst ist ein Arztschreibdienst zugeordnet, welcher umfangreiche Erfahrung in der Umsetzung von Rehabilitations-Entlassungsberichten besitzt.

Die **Physikalische Therapie** der Rangauklinik Ansbach, unter der Leitung von Frau Kuznik, verfügt über einen erfahrenen Mitarbeiterstamm von Physiotherapeuten, Masseuren, medizinischen Badefrauen und Disponenten zur Durchführung von physikalischen Therapien und Krankengymnastik. Daneben ist der Klinik die sportmedizinische Einrichtung medical fitness LKR angegliedert, welche die sporttherapeutische Betreuung von Reha-Patienten mit übernimmt. Die Qualifikationen und Zusatzausbildungen des Personals der Physikalischen Therapie orientieren sich an den angebotenen Leistungen und den Leistungsbeschreibungen innerhalb des KTL-Kataloges.

Im **Pflegedienst** sind nur dreijährige examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte beschäftigt. Ein großer Teil verfügt über multiple Zusatzqualifikationen. Die pflegerische Leitung obliegt Herrn Zach welcher über die Qualifikation zur Leitung des Pflegedienstes verfügt. Eine Mitarbeiterin hat erfolgreich die Ausbildung zum Wundexperten (ICW) absolviert. Die Rangauklinik Ansbach betreibt enge Kooperationen mit verschiedenen Krankenpflegeschulen und ist ein wesentlicher Bestandteil der praktischen Ausbildung. Regelmäßig erfolgen Praxisanleitungen durch ausgebildete Fachkräfte.
Die Mitarbeiter nehmen regelmäßig an internen und externen Fort- und Weiterbildungen teil.
Im **Funktionsbereich** der Rangauklinik Ansbach wird ein hauseigenes Labor mit weitreichenden Möglichkeiten der immunologischen Diagnostik und der Bestimmung von Antibiotikaresistenzen betrieben. Es bestehen eine klassische Röntgenabteilung sowie Funktionsplätze für die EKG- und Lungenfunktionsdiagnostik einschließlich Ganzkörperplethysmographie. Die Endoskopie der Rangauklinik Ansbach widmet sich schwerpunktmäßig der Bronchoskopie (in starrer und flexibler Technik). Weiterhin sind die sonographische Diagnostik und ein Schlaflabor verfügbar. Im Funktionsbereich ist ein Personalstamm von 18 medizinisch-technischen Assistent/innen beschäftigt.

Der **psychologische Dienst** des Hauses ist mit zwei Diplompsychologinnen besetzt. Der Schwerpunkt liegt in der Betreuung der Patienten der Rehabilitationsabteilung.
Es wird ein niederschwelliges Angebote vorgehalten in Form von:

- wöchentlich offenen Sprechstunden ohne Anmeldung oder Terminvereinbarung
- Vorträgen zu Gesundheit, Stress und Selbsthilfe

Alle Angebote geben Patienten und Therapeuten auch Gelegenheit zu Vereinbarungen und Verordnungen.
Weitere Angebote nach Verordnung oder/und Vereinbarung sind:

- Einzelgespräche zur Psychologischen Begleitung des Rehaprozesses oder zur Krisenintervention, zur Anbahnung von Psychotherapie, Überbrückung bestehender/laufender Psychotherapie,
- Gruppentherapeutische Angebote zur Krankheitsbewältigung für onkologische und nicht-onkologische Krankheitsbilder, zur Stressbewältigung und zur Nikotinentwöhnung, *zu Unter- und Übergewicht*
- Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung, *Erlernen von Achtsamkeit im Körper und in der Bewegung in Form von leichten Yogaübungen.*

- Vortrag (Teil 4) der Ansbacher Patientenschule zu Atemnot und Angst

Die psychologische Diagnostik umfasst den UKS Ultrakurzfragebogen bei der Aufnahme, Verhaltensbeobachtung, Explorationsgespräch und bei besonderen Fragestellungen Tests und andere Fragebögen Die psychologische Diagnostik wird im Rahmen im Rahmen der Qualitätssicherung und bei individuellem Bedarf durchgeführt.

Patientenschulungen werden vom ärztlichen Dienst, vom psychologischen Dienst und von Mitarbeitern in der Gesundheitsberatung durchgeführt. Die Lehrküche leitet Patienten und Rehabilitanden indikationsbezogen im Kochen und in Ernährungsfragen an.

Die Psychologinnen stehen im Kontakt mit den örtlichen Selbsthilfegruppen und geben dort auch bei Bedarf immer wieder Vorträge .

5.2 Räumlich apparative Ausstattung (Ressourcen)

- Zimmer, Station

Die Klinik verfügt überwiegend über Einbettzimmer. Diese sind komfortabel mehrheitlich mit einem elektrisch verstellbaren Pflegebett, Fernseher, Telefon sowie separater Nasszelle mit Dusche und WC ausgestattet.
Werden nach vorheriger Absprache auch Angehörige oder Begleitpersonen untergebracht und verpflegt, können bei Bedarf Zweibettzimmer bezogen werden.
Darüber hinaus organisiert die Klinik nach vorheriger Abstimmung die Betreuung von Kindern im Kindergarten oder den Schulbesuch von schulpflichtigen Kindern – inklusive Organisation des Fahrdienstes.

- Physikalische Therapie

Die physikalische und balneophysikalische Behandlung erfolgt in entsprechend ausgestatteten Therapieräumen unter Verwendung einer Vielzahl von Hilfsmitteln.
Das geräumige moderne Bewegungsbad bietet einen weitreichenden Ausblick in das Rezattal und kann auch außerhalb der Therapiezeiten genutzt werden.
Weitere Ausstattungsmerkmale sind:

  - zwei Sporthallen
  - Kneipp-Tretbecken

- Einzelbehandlungskabinen
- Medizinische Badewannen
- Medizinische Teilbäder
- Plätze für elektrotherapeutische Behandlungen
- Inhalationen

Die Rangauklinik Ansbach verfügt in diesem Bereich über ein breites Spektrum an Möglichkeiten

- Medizinische Wannenbäder mit Zusätzen
- Vierzellenbad
- CO2-Gasbad
- Kneippsche Anwendungen
- Klassische Massagen
- Bindegewebsmassagen
- Klopfmassagen
- Colonmassagen
- Saugwellenmassagen mit Interferenzreizstromapplikation
- Ultrahochfrequenzbehandlung (Mikrowelle)
- Ultraschalltherapie
- Kurzwellentherapie
- Infrarotbehandlungen
- Naturmoorpackungen
- Lymphdrainage
- Kryotherapie
- Sauna

- <u>Funktionsbereich, Schlaflabor</u>

Für Untersuchungen werden moderne medizinisch-technischen Diagnose-Verfahren genutzt:

- Röntgenuntersuchung
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Videoassistierte Endoskopie
- Allergologische Diagnostik
- Ultraschalldiagnostik

- Schlaflabor mit Screening und Vigilanzmessung
- Belastungs-EKG mit Blutgasanalyse (Spiroergometrie)

- Verpflegung

In der Küche werden die Mahlzeiten nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen zubereitet.

Für Patienten, die sich eingehender mit dem Thema Ernährung befassen möchten, bietet die Klinik eigene Diätberatungen an.

Die richtige Ernährung ist zentraler Grundpfeiler jeder Therapie – geht es doch darum, ernährungsbedingte Risiken zu minimieren, körpereigene Genesungsprozesse zu unterstützen und über Jahre gelerntes gesundheitsschädliches Verhalten zu verändern.

Deswegen richten wir unsere Diättherapie an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin aus. So kann mit jedem Patienten die optimale Kost abgestimmt werden.

Und als Vorbereitung auf das Leben nach der Rehabilitation bieten unsere Diätassistentinnen umfassende Beratungsdienstleistungen an, sowie deren praktische Umsetzung in der wöchentlich stattfindenden Lehrküche.

- Freizeitangebote - Außenanlagen

Für die Freizeitgestaltung stehen den Patienten vielfältige Möglichkeiten offen: Bücher können kostenlos in der hauseigenen Bibliothek ausgeliehen werden, Gesellschafts- und Kartenspiele beim Stationspersonal. Innerhalb des Klinikgebäudes lassen sich der Fitnessraum, zwei Kegelbahnen und die Sauna nutzen. Außerdem fordern Kicker und Billardtisch zu einem Match heraus.
Ein hauseigener Waschsalon mit Waschmaschinen, Trockner und Bügelvorrichtung steht unseren Gästen kostenlos zu Verfügung. Ein öffentliches Internet-Terminal wird vorgehalten.

Weitere Angebote unseres Hauses sind:

- Café Gumbertus
- Verkaufskiosk
- Medizinische Fußpflege
- Friseur
- Fernsehräume

Daneben besteht ein großes Angebot für Kreative: von Kursen für Seiden- und Aquarellmalerei über Töpferkurse und dem Angebot von Serviettentechniken. Zudem gibt es regelmäßig Tanzveranstaltungen im Haus.

Eine große Auswahl bietet auch das Klinikgelände: Sportliche nutzen hier die Möglichkeit zum Tischtennis oder Schach; ein eigener Hartplatz eignet sich für Gymnastik sowie für Feder-, Volley- und Basketball. Für die Kleinen steht ein Kinderspielplatz bereit.

Wanderlustige können in Eigenregie die Gegend erkunden. Für Ausflüge in die nähere Umgebung stehen den Patienten kostenlos Fahrräder zur Verfügung. Um Ansbach kennen zu lernen, wird einmal wöchentlich eine City-Tour mit Stadtführer angeboten.

- <u>Seelsorge</u>

Jede Woche findet ein Gottesdienst in der Kapelle der Klinik, im Wechsel von evangelischer und katholischer Konfession statt. Es erfolgt eine Übertragung auf das Zimmer.
Es erfolgen regelmäßige Besuche der Seelsorger auf den Stationen. Zudem werden Einzel- und Gruppengespräche sowie Abendmeditation angeboten.
Die Seelsorgerinnen sind regelmäßig Teilnehmer der professionsübergreifenden Rehabilitationskonferenz.
Im Abstand von zwei Wochen erfolgt die Einladung zu „Singen hilft! – Lieder für die Lunge“.

- Psychologie

Einzelgespräche zur:

- Psychologischen Begleitung des Rehaprozesses
- Krisenintervention
- Anbahnung von Psychotherapie
- Überbrückung bestehender/laufender Psychotherapie

Offene Sprechstunde wöchentlich

Gruppentherapeutische Angebote:

- Krankheitsbewältigung für nicht-onkologische Krankheitsbilder
- Krankheitsbewältigung onkologisch weiblich und männlich
- Stressbewältigung
- Unter- und Übergewicht
- Nikotinentwöhnung (angelehnt an das „rauchfrei Programm“ des ift München)
- Autogenes Training (AT nach Schultz)
- Progressive Muskelentspannung (nach Jacobson)
- Achtsamkeit und Yoga

Vorträge:

- Ansbacher Patientenschule, Teil 4 „Atemnot-Angst-Kreislauf“
- Stress
- Selbsthilfe
- Gesundheit

- Ergotherapie
  - Entspannungsverfahren in der Gruppe
  - Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe
  - Hilfsmitteltraining in der Kleingruppe
  - Arbeitstherapie in der Gruppe
  - Ergotherapeutische Behandlung/Sensibilitäts und Warnehmungsschulung in der Gruppe
  - Ergotherapeutische Behandlung - sensomotorisch/perzeptiv einzeln
  - Hirnleistungstraining / Einzelbehandlung einzeln
  - Hirnleistungstraining in der Gruppe

6. Prozessbeschreibungen

6.1 Leistungsbewilligung

Die Aufnahme zum stationären medizinischen Heilverfahren setzt eine Bewilligung der Maßnahme durch den Kostenträger voraus.
Wird der Rehabilitand aus der ambulanten Krankenversorgung zugewiesen, so beantragt der behandelnde niedergelassene Arzt beim zuständigen Kostenträger (Rentenversicherung bzw. Krankenkasse) die Maßnahme. Nach Genehmigung durch den ärztlichen Dienst der Rentenversicherung bzw. durch den MDK stellt der Kostenträger eine Kostenübernahmeerklärung aus und weist den Patienten einer Klinik zu.
Zur Abwendung einer längeren Arbeitsunfähigkeit oder einer drohenden Frühberentung kann der Rehabilitand als Eilfall zugewiesen werden. Die Rehabilitationsklinik wird in diesem Fall eine vordringliche Aufnahme ermöglichen.
Kommt der Patient aus der stationären Akutversorgung, so obliegt dem behandelnden Akutkrankenhaus die Beantragung der Maßnahme beim Kostenträger. Es erfolgt dann nach Prüfung eine Kostenübernahme mit Einweisung zur Anschlussheilbehandlung.

6.2 Aufnahme und Rehabilitationsplan

Die Rangauklinik Ansbach übernimmt Rehabilitanden aus der niedergelassenen oder aus der stationären Krankenversorgung. Die Aufnahme erfolgt nach Leistungsbewilligung aufgrund einer Einbestellung. In der Regel wird der Zugang bis zum Mittag erfolgen. Die Rangauklinik Ansbach wirkt bei Patient und Zuweiser darauf hin, dass alle erforderlichen medizinischen Unterlagen möglichst schon vor, spätestens jedoch bei der Aufnahme vorliegen.

Die Patientenaufnahme und Therapiezielabsprache erfolgt nach klinikinternen Behandlungspfaden und Verfahrensanweisungen, welche im Handbuch abgelegt sind.

Neu aufgenommene Patienten gelangen kurzfristig, in der Regel am Aufnahmetag, zum ärztlichen Aufnahmegespräch und zur ärztlichen Erstuntersuchung. Danach wird mit dem Patienten ein Rehabilitationsplan vereinbart. Die Rangauklinik Ansbach bedient sich dazu standardisierter Rehabilitationspläne, die an der Indikation und ggf. am Rehabilitationsziel

ausgerichtet sind. Im Sinne einer ganzheitlichen und individuellen Behandlung werden diese Vorlagen zusammen mit dem Patienten individuell angepasst. Als ärztliche Anordnung gelangt der Rehabilitationsplan an die zuständigen Abteilungen, insbesondere an die Abteilung für Krankengymnastik, wo die Terminierung der Therapien vorgenommen wird.
Der Pflegedienst erhebt am Aufnahmetag eine Pflegeanamnese aus dem alle pflegerisch und psycho-sozial bedeutsamen Umstände hervorgehen.

6.3 Leistungserbringung

Die Leistungserbringung umfasst

- die ärztliche Behandlungsplanung und Überwachung derselben
- die ärztliche Behandlung und Betreuung
- den Einsatz von Therapien wie Physiotherapie, Krankengymnastik, Bewegungs-, Sport- und/oder Ergotherapie
- psychologische Beratung, Psychotherapie
- psychosoziale, sozialrechtliche Beratung
- Krankenpflege
- Informations-, Schulungs- und Motivationsmaßnahmen
- die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Maßnahmen in Bezug auf die Teilnahme am Arbeitsleben

Art und Frequenz der Therapien sowie der beratenden Leistungen werden in den Behandlungspfaden und dem Katalog der Therapeutischen Leistungen festgelegt. Für den Bereich der Physiotherapie liegt beispielsweise eine Reihe von Behandlungsstandards vor, die im Einzelfall patientenindividuell angepasst werden.

Die Abstimmung und Anpassung des individuellen Therapieplanes erfolgt in regelmäßig stattfindenden multiprofessionellen, berufsgruppenübergreifenden Teambesprechungen. Der Therapieplan wird im Aufnahmegespräch mit dem behandelnden Arzt definiert. Eine erste Feinabstimmung erfolgt im Rahmen der ersten Visite, die zusammen mit einem

Therapeuten und dem Pflegedienst durchgeführt wird. Hier erhält der Patient seine individuellen Ziele in Papierform ausgehändigt.

Parallel dazu findet wöchentlich eine Rehabilitationskonferenz statt, in der ein breiter Austausch der Berufsgruppen erfolgt und Therapiezielanpassungen abgestimmt werden.

Zur Leistungsbeschreibung der physikalischen Therapie liegt ein hausinterner Therapiekatalog vor.
Die Koordination der therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen erfolgt EDV-gestützt. Hierbei werden die Vorgaben zu Therapiezeiten, Ruhephasen, Wegezeiten, Wechselzeiten sowie Häufigkeit und Anzahl der zu erbringenden Leistungen in Anlehnung an den Therapiekatalog beachtet. Jeder Patient erhält am Ende der Woche den Therapieplan für die Folgewoche.

Die Patientenschulungen sind orientierend an der Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen im Gesamtbehandlungskonzept ausgerichtet.: „Der Patient soll mit seinen Körperfunktionen und Beeinträchtigungen leben können, und die Arbeits- und Funktionsfähigkeit soll so gut wie möglich wieder hergestellt werden. Eine Normalisierung des Lebens ist das übergeordnete Ziel.“ *(S2 Leitlinie Fischer et al. Rehabilitation von Patienten mit Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung)*
Die Indikationsstellung erfolgt parallel im Rahmen des Aufnahmegespräches und der Therapiezielabsprache in Absprache mit dem Patienten.
Die Patientenschulungen sind angemessen in das Klinikkonzept eingebettet. Die Inhalte der Schulungen wurden mit anderen therapeutischen Maßnahmen abgestimmt.

Selbstbeobachtungsbögen, Protokolle der Patienten aus den Schulungen werden in der Behandlung berücksichtigt.

Das Klinikumfeld wurde widerspruchsfrei zu den Schulungszielen angepasst. Die Behandler sprechen eine einheitliche Sprache als Botschaft für die Patienten. Die Schulungsräume sind hell und freundlich gestaltet und verfügen über verschiedene Medien, um den Dozenten auch während des Vortrages zur Unterstützung der Aufmerksamkeit einen Medienwechsel zu ermöglichen.

Über die enge Verbindung zur Selbsthilfegruppe der Langzeitsauerstoffpatienten werden Entwicklungen zum Schulungsbedarf erkannt und finden Eingang in den weiteren Ausbau der Schulungsmaßnahmen.
Parallel zu den verordneten Maßnahmen erfolgt über den öffentlichen Aushang der Wochenpläne ein niederschwelliger Zugang zu den Angeboten von Schulungsmaßnahmen. Bei Interesse können weitere Vorträge besucht werden, bzw. erhalten Angehörige und Begleitpersonen die Möglichkeit der kostenlosen Teilnahme.

Rauchen und Nikotinentwöhnung

Da das Tabakrauchen der überragende individuelle Risiko- und Erkrankungsfaktor ist, gehören die Auseinandersetzung damit und die höchst wünschenswerte Kontrolle des Rauchens bis zur Abstinenz zu den zentralen Aktivitäten einer Fachklinik mit der Ausrichtung der Rangauklinik Ansbach. Dem trägt die Klinik umfassend Rechnung:
Von der Ausrichtung als rauchfreies Krankenhaus über die Förderung der Abstinenz bei den Mitarbeitern bis zur realistischen Handhabung der bestehenden Rauchpraxis in Form von geeigneten separaten Räumlichkeiten, ist die Rangauklinik Ansbach optimal engagiert, auch mitarbeiterseitig das Thema Rauchen angemessen zu behandeln.
Dass das Tabakrauchen in Akut- und Rehabilitationsbehandlung einer Pneumologischen Fachklinik einen der vorderen Plätze einnimmt, versteht sich von selbst. Dass die Rangauklinik Ansbach aber nicht nur bei der wissenschaftlichen Evaluation des Rauchfrei Programms (ift) sondern auch beim Vorher-Nachher-Vergleich bereits mit dem selbstentwickelten Nikotinentwöhnungsprogramm sehr gut abschneidet, macht sie zu einer besonders empfehlenswerten Adresse unter den einschlägigen Fachkliniken.

Das Rauchfrei Programm des ift (Auszug aus: www.rauchfrei-programm.de)

„…

Inhaltliche Ausrichtung

Das Rauchfrei Programm vereint neueste Konzepte der Motivationsforschung und Verhaltenstherapie. Die eingesetzten Methoden haben sich in klinischen Studien und Metaanalysen als wirksam erwiesen und entsprechen somit den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinien) und Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO Europe) zur Behandlung der Tabakabhängigkeit.

Bei der Durchführung des Rauchfrei Programms wird ein ganzheitliches Konzept beachtet. Es werden zum einen kognitiv-emotionale Verfahren zum Aufbau eines Problembewusstseins, zur Veränderung von Einstellungen und zur Förderung der Motivation angewendet. Zum anderen wird eine Verhaltensänderung durch ein zielorientiertes Vorgehen für ein rauchfreies Leben gefördert.

Dadurch wird das hohe Rückfallrisiko reduziert. Der Einsatz von Medikamenten wird bei stark körperlich abhängigen Rauchern als Option berücksichtigt.

Leitgedanken

- *Jeder Raucher ist anders – das Rauchfrei Programm geht auf die Individualität der Teilnehmer ein und bietet individuelle Wege zum rauchfreien Leben.*
- *Viele Raucher sind mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden – das Rauchfrei Programm akzeptiert diese Unzufriedenheit, macht sie den Teilnehmern bewusst und unterstützt die Raucher, sie aufzulösen.*
- *Einige Raucher sind stark nikotinabhängig – für diese Raucher kann eine pharmakologische Unterstützung sinnvoll sein.*
- *Die meisten Raucher sind rückfallgefährdet – das Rauchfrei Programm begleitet und unterstützt die Raucher auch noch nach dem Aufhören, um dauerhaft stabil in der neu gewonnen Abstinenz zu sein.*

Effektivität

Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Kombinationsprogramme werden in der wissenschaftlichen Literatur als die erfolgreichsten anerkannt. Eigene Evaluationsergebnisse zum Rauchfrei Programm belegen eine durchschnittliche Abstinenzrate von 31% (2012) nach 12 Monaten (konservative Zählung, alle nicht nachbefragten Teilnehmer wurden als Raucher gewertet). Die Programmdurchführung wird kontinuierlich überprüft und die Ergebnisse werden jährlich veröffentlicht:
Jahresbericht 2013 (Daten des Jahres 2012)
…

Kennzeichen des Programms

- *Zeitgemäß – das Trainingsprogramm zeichnet sich durch ein kompaktes, didaktisch aufgebautes Vorgehen aus*
- *Transparent – ein standardisiertes, detailliert ausgearbeitetes Manual liegt vor*
- *Zielgerichtet – der Fokus ist auf die positiven Seiten des rauchfreien Lebens gerichtet*
- *Nachhaltig – der Schwerpunkt liegt auf langfristiger Stabilisierung von Anfangserfolgen*
- *Verantwortungsvoll – es werden keine unrealistischen Versprechen gemacht*
- *Erfolgreich – die wissenschaftlich erfolgreichsten Vorgehensweisen werden kombiniert*
- *Tolerant – andere Methoden der Tabakentwöhnung werden akzeptiert und können integriert werden*
- *Verankert im Gesundheitssystem – das Programm ist kombinierbar mit Disease Management-Programmen und stationärer Behandlung*
- *Qualitätsgesichert – das Kurskonzept beinhaltet eine Standardevaluation.“*

6.4 Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Krankenakte angelegt. Sie enthält alle rehabilitations-relevanten Diagnosen, alle verfügbaren Vorbefunde, die während der Rehabilitation

erhobenen Befunde, die Rehabilitationsziele, die Rehabilitationsplanung und die Nachweise zur Durchführung aller Maßnahmen.

Die Krankenakte ist so geführt, dass sie den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar macht. Dazu enthält sie insbesondere Angaben über

- den individuellen Behandlungsplan mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente die in den Bereichen physikalische Therapie und Psychologie geführte Dokumentation zur Therapie und Verlaufsbeobachtung wird nach Abschluss der zentralen Akte zugefügt
- die Teilnahme des Rehabilitanden an den Behandlungselementen (Behandlungsbuch)
- sämtliche anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- das definierte Rehabilitationsziel
- den Rehabilitationserfolg, festgestellt durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie durch die Abschlussuntersuchung
- die Durchführung von Visiten, Teambesprechungen und Rehabilitationskonferenzen

Der Entlassungsbericht wird der Krankenakte hinzugefügt.

6.5 Qualitätssicherung

Die Rehabilitationseinrichtung nimmt an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teil. Gegenstände der Qualitätssicherungsprogramme sind

- die Strukturqualität: sie beschreibt die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Rangauklinik Ansbach und besteht in einer Übereinstimmung derselben mit den indikations-spezifisch gestellten Anforderungen
- die Prozessqualität: sie umfasst den Verlauf der stationären Rehabilitation und besteht in der Übereinstimmung des Rehabilitationsprozesses mit dem Rehabilitationskonzept der Rangauklinik Ansbach und dem patientenindividuellen Rehabilitationsplan
- die Ergebnisqualität: sie bezieht sich auf das Erreichen des Rehabilitationszieles und besteht in der Überprüfung der Zielerreichung in Zwischenuntersuchungen und Abschlussbefund. Zeigen sich bei Zwischenuntersuchungen Abweichungen vom angestrebten Rehabilitationsziel, so ist der Rehabilitationsplan dahingehend zu

ändern, dass durch die Modifizierung der Behandlungselemente das Rehabilitationsziel erreicht werden kann und/oder es ist das Rehabilitationsziel auf ein erreichbares Ziel hin abzuändern.

In der Klinik liegt ein Qualitätsmanagementhandbuch vor. Der Aufbau des Qualitätsmanagementsystems basiert auf der Grundlage der DIN-EN-ISO 9001:2015.
Die verwendeten Dokumente unterliegen einer regelmäßigen Lenkung.

6.6 Entlassung

Die Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme und somit der Termin für die Entlassung aus der stationären Versorgung ist Bestandteil der Terminplanung im Rahmen des Rehabilitationsplans. Nach Beendigung der Maßnahme ergeht ein Entlassungsbericht an den weiter-behandelnden Arzt und an den zuständigen Rehabilitationsträger. Der Bericht enthält u.a. folgende Angaben:

- Art der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung, z.B.
    - Leistungsfähigkeit im Berufsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext
    - Leistungsfähigkeit im Alltag, speziell die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, bezogen auf die psycho-soziale Situation und ggf. die Vermeidung bzw. Verminderung der Pflegebedürftigkeit
    - Krankheitsverarbeitung und Lebensstil einschl. der relevanten Kontextfaktoren und der Motivation zur Veränderung des Lebensstils
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs, wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rehabilitationssport oder Funktionstraining
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung

Enthält der Entlassungsbericht Vorschläge zu betrieblichen Maßnahmen, so werden die dies-bezüglichen Teile des Berichts mit Einwilligung des Rehabilitanden dem betriebsärztlichen Dienst zur Kenntnis gebracht.

6.7 Vorzeitige Beendigung

Die stationäre Maßnahme wird vorzeitig beendet, wenn

- es sich erweist, dass die Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist
- der Rehabilitand nicht im erforderlichen Umfang am Erreichen des Rehabilitationszieles mitwirkt oder dem sogar entgegenwirkt
- die Rehabilitationsprognose soweit revidiert werden muss, dass das Erreichen eines Rehabilitationszieles nicht mehr wahrscheinlich ist
- interkurrente Erkrankungen eine nicht nur vorübergehende Unterbrechung der Rehabilitationsmaßnahmen erfordern.
- gegen die bestehende Hausordnung verstoßen wird

6.8 Verlängerung

Unter dem Gesichtspunkt der Ergebnisorientierung der Rehabilitationsmaßnahme ist eine Verlängerung der Maßnahme möglich, wenn

- sich das Erreichen des Rehabilitationszieles verzögert
- und bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit weiterhin eine positive Rehabilitationsprognose besteht

Die Verlängerung ist gegenüber dem Leistungsträger rechtzeitig zu begründen und vorab von diesem zu genehmigen.

6.9 Interkurrente Erkrankungen und Multimorbidität

Interkurrente Erkrankungen sind Miterkrankungen neben den Einweisungsdiagnosen zur Rehabilitation. Sie bestehen entweder bereits bei der Aufnahme, treten während des Aufenthaltes neu auf oder erfahren während des Aufenthaltes eine Verschlechterung.

Besteht eine interkurrente Erkrankung bereits bei Aufnahme und erfährt keine Verschlechterung, welche eine akutmedizinische Intervention erfordert, so sind die Kosten für die Diagnostik und die Therapie dieser Erkrankung über den Reha-Pflegesatz mit abgedeckt.
Erfordert eine interkurrente Erkrankung eine akutmedizinische stationäre Behandlung, so wird der Patient in ein geeignetes Akutkrankenhaus verlegt. Die Rehabilitation wird vorübergehend unterbrochen oder gänzlich abgebrochen. Wenn wegen einer interkurrenten Erkrankung eine ambulante Mitbehandlung notwendig wird, so trägt die Krankenversicherung des Patienten die Kosten dafür. Dies gilt auch, wenn zur Behandlung einer interkurrenten Erkrankung ein Konsil angefordert werden muss.
Multimorbidität liegt vor, wenn bei der Aufnahme zur Rehabilitation schwere Miterkrankungen bestehen, die eine dauerhafte fachärztliche Betreuung erfordern. Die Behandlung dieser Miterkrankungen erfolgt konsiliarisch über niedergelassene Ärzte oder über umliegende Krankenhäuser. Letzteren ist auch der Akutbereich der Rangauklinik Ansbach zuzuordnen. Die Kosten dieser Mitbehandlungen, einschließlich der Transportkosten, trägt die Krankenkasse des Rehabilitanden.

6.10 Versorgung mit Hilfsmitteln

Ist bei einem Rehabilitanden die Versorgung mit Hilfsmitteln, z.B. Heimbeatmung, notwendig, so stellt die Rangauklinik Ansbach sicher, dass der Patient mit einem Hilfsmittelanbieter Kontakt aufnehmen kann.
Die Schulung erfolgt im Rahmen der Aushändigung der Heil- und Hilfsmittel in Kooperation mit dem Versorger, bzw. der weiterversorgenden Einrichtung.

6.11 Kosten und Pflegesätze

Der vollstationäre Pflegesatz kann dem aktuellen Aushang entnommen werden. Für die Aufnahme von Begleitpersonen wird ein Tagessatz von 49,00 € erhoben.

7. Mitgeltende Unterlagen

Verfahrensanweisungen, Vorgaben und Vorlagen, die mit dem Aufenthalt in der Rehabilitationsabteilung der Rangauklinik Ansbach zusammenhängen, sind in unserem Qualitätsmanagement-Handbuches abgelegt und unterliegen einer regelmäßigen Lenkung.