



ASKLEPIOS KATHARINA-SCHROTH-KLINIK
SKOLIOSEZENTRUM · ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION



Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim

Skoliose-Intensiv-Rehabilitation (SIR)

Behandlungskonzeption Version 1.0



ASKLEPIOS

Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim

Verfasser

Omar Zabar - Chefarzt

Facharzt für Orthopädie- und Unfallchirurgie

Tel: (06751) 874-151

Fax: (06751) 874-170

email: o.zabar@asklepios.com**weitere Verfasser:**

Dr. Alexander Hildebrandt (Funktionsoberarzt)

Pia Fey (Pflegedienstleitung)

Udo Roevenich (Therapieleiter)

(Stand: Mai 2017)

Kontaktdaten

Anschrift

Anschrift: Asklepios Katharina-Schroth-Klinik
Korczakstr. 2
55566 Bad Sobernheim

Telefon: (06751) 874-0

Telefax: (06751) 874-170

eMail: info.badsobornheim@asklepios.com

Homepage: www.asklepios.com

Bundesland: Rheinland-Pfalz

Institutionskennzeichen **260 710 602**

Träger Asklepios Klinik Sobernheim GmbH, Königstein

Ansprechpartner

Geschäftsleitung: **Annett Traue**
Tel./Fax: (06751) 874-160 / 874-170
email: a.traue@asklepios.com

Chefarzt: **Omar Zabar**
Facharzt für Orthopädie- und Unfallchirurgie
Tel./Fax: (06751) 874-151 / 874-170
email: o.zabar@asklepios.com

QM-Beauftragter **Udo Roevenich**
Tel./Fax: (06751) 874-146 / 874-170
email: u.roevenich@asklepios.com

Patientenverwaltung: **Dagmar Weigand**
Tel./Fax: (06751) 874-162 / 874-170
email: d.weigand@asklepios.com

199Inhalt

Kontaktdaten	2
1. Allgemeine Angaben	5
1.1 zur Einrichtung	5
1.1.1 Geographische Lage/Verkehrsanbindung	5
1.1.2 Klima	5
1.1.3 Klinikgebäude	6
1.1.4 Historie der Einrichtung	6
1.1.5 Besonderheiten	7
1.2 zur Fachabteilung	8
1.2.1 Kostenträger	8
1.2.2 Kooperationen	8
1.2.3 Barrierefreiheit	9
1.2.4 Mitaufnahme Begleitpersonen/Begleitkinder	9
1.2.5 Nachsorge / Prävention	9
1.2.6 Freizeitangebote	10
2. Struktur der Einrichtung	11
2.1 Räumliches Angebot	11
2.2 Medizinisch-technische Ausstattung	13
2.3 Personelle Besetzung	14
2.4 Öffnungszeiten	15
2.5 Verpflegung	15
3. Medizinisch-Konzeptionelle Grundlagen	16
3.1 Indikationen/ Kontraindikationen	16
3.2 Rehabilitationsziele	17
3.2.1 Ziele der Rehabilitation unter Berücksichtigung des Bio-Psycho-Sozialen Modells	17
3.2.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Funktionsstörungen	18
3.2.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Fähigkeitsstörungen	19
3.2.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Beeinträchtigungen	19
3.2.5 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontext- und Risikofaktoren	20
3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung	20
3.3.1 Ursachen und Folgen der Wirbelsäulenfehlformen	20
3.3.2 Rehabilitationsbedürftigkeit / Rehabilitationsbedarf	21
3.3.3 Rehabilitationspotential / Rehabilitationsfähigkeit	22
3.3.4 Funktionale Gesundheit	23
3.3.5 Komponenten der ICF	23
3.3.6 Körperfunktionen und Körperstrukturen	24
3.3.7 Aktivitäten	24
3.3.8 Teilhabe	24
3.3.9 Kontextfaktoren	25
3.3.10 Rehabilitationsansatz	26
3.3.11 Abgrenzung zur kurativen Versorgung	26
3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien zur Modifikation	27
4. Rehabilitationsablauf	28
4.1 Aufnahme	28
4.2 Rehabilitationsdiagnostik	29
4.2.1 Anforderungen an eine rehabilitationsspezifische Diagnostik	30
4.2.2 Verlaufsorientierte Diagnostik	30
4.2.3 Funktionsdiagnostik	31
4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team	31

4.4 Ärztliche Aufgaben.....	32
4.5 Behandlungselemente.....	34
4.5.1 Therapeutische Bereiche mit ihrem Aufgaben und Angeboten.....	34
4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote.....	39
4.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung	40
4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen	41
4.6 Entlassungsmanagement	41
4.6.1 Verlängerungskriterien.....	42
4.6.2 Berufliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	42
4.6.3 Beendigung der Maßnahme	42
4.7 Notfallmanagement	42
4.7.1 Notfallausrüstung	43
4.7.2 Notfallmaßnahmen.....	43
4.7.3 Notfallschulungen und Übungen.....	44
4.8 Angaben zur Hygiene.....	44
5. Dokumentation.....	46
5.1 Patientenakte.....	46
5.2 Therapieplanung.....	46
5.3 Umsetzung der KTL Vorgaben	46
5.4 Erfassung durchgeführter Leistungen	47
5.5 Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes	47
6. Angaben zum Datenschutz.....	49
7. Qualitätssicherung.....	50
7.1 Qualitätssicherung (extern / intern).....	50
7.2 Prozesse	51
7.3 Richtlinien und	51
7.4 Planung der Prozesse.....	52
7.5 Spezifische Qualitätspolitik	52
7.6 Aufbau des QM-Systems.....	53
8. Forschung.....	54
9. Literaturverzeichnis.....	55
10. Abkürzungsverzeichnis	55
11. Mustertherapiepläne / Modellhafter Therapieverlauf.....	56

Anhänge

Leitbild

Notfallkette

1. Allgemeine Angaben

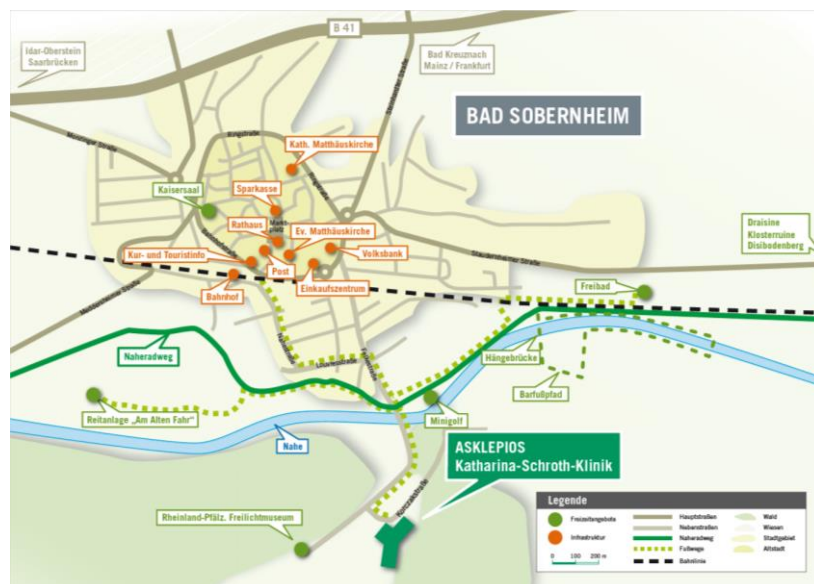
1.1 zur Einrichtung

1.1.1 Geographische Lage/Verkehrsanbindung

Die Stadt Bad Sobernheim liegt an der mittleren Nahe, zentral zwischen Bad Kreuznach und der Edelsteinmetropole Idar-Oberstein im Landkreis Bad Kreuznach in Rheinland-Pfalz. Nördlich erhebt sich der Hunsrück und Soonwald, südlich das Nordpfälzer Bergland. Bad Sobernheim hat ca. 6.400 Einwohner.

Bad Sobernheim ist gut und schnell von den Ballungsgebieten Rhein-Main, Rhein-Neckar, Köln-Bonn und Saar-Lor-Lux erreichbar. Die Verkehrsanbindung über die Bundesstraße 41 an die Autobahn A 61 ist vierspurig ausgebaut. Weiterhin verfügt die Stadt über einen Bahnhof, an dem alle Züge in Richtung Saarbrücken oder Mainz/Frankfurt in regelmäßigen Abständen halten.

Die Klinik liegt ca. 10 Fußminuten vom Stadtzentrum/Bahnhof entfernt und ist innerorts sehr gut ausgeschildert. An den An- und Abreisetagen übernimmt die Klinik die Transferfahrten zwischen Klinik und Bahnhof. An der Klinik stehen ausreichend Parkplätze zur Verfügung. Der Parkplatz der Klinik ist gut ausgeschildert.



1.1.2 Klima

Bad Sobernheim befindet sich durch die Lage im mittleren Nahetal in einer der klimatisch begünstigten Regionen Deutschlands. Im Norden halten der Idar-, Soon- und Bingerwald als Höhenzüge des Hunsrück Wind und Niederschläge ab. Wegen dieser begünstigten Lage zählt die Region zu den niederschlagärmsten Regionen im Bundesgebiet. Im Naheland herrscht ein ausgewogenes Klima mit warmen Sommern und milden Wintern vor.

1.1.3 Klinikgebäude

Baujahr	1997
Bettenerweiterung	2003
Einzelzimmer	37
Doppelzimmer	101
Betten gesamt	239
bisher im Belegungsvertrag enthaltene Betten gesamt	188
Fachabteilungen:	
Pädiatrie	113
Pädiatrie (mit Begleitung)	25
Orthopädie	50
Betten Begleitpersonen	25

1.1.4 Historie der Einrichtung

Die „Dreidimensionale Skoliotherapie nach Katharina Schroth“ ist eine Therapiemethode zur Behandlung von vielfältigen Formverschiebungen und Statikveränderungen des skoliotischen Körpers, die in der teilfixierten Verkrümmung der Wirbelsäule in seitlicher Richtung und anderen daraus resultierenden Folgeschäden bestehen. Im Laufe der Geschichte entwickelte sich die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik zu einer modernen Rehabilitationsklinik mit einem ganzheitlichen Ansatz.

- 1921 Katharina Schroth (1894 -1985) führte 1921 in Meißen als Erste das Prinzip der Haltungsschulung unter Berücksichtigung des Haltungs- und Bewegungsempfindens und der Atmung in das seinerzeit noch sehr mechanisch geprägte Verständnis der Krankengymnastik ein. Die von ihr entwickelte Drehwinkelatmung ergänzte das Grundkonzept der „Dreidimensionalen Skoliotherapie“. Der ganzheitliche Behandlungsansatz mit dem „Erspüren“ der Haltungskorrektur hob sich schon damals von anderen rein mechanischen Therapieansätzen ab.
- 1958 Entwicklung des heutigen Fortbildungssystems für ambulante Physiotherapeuten zur nachstationären Versorgung der Rehabilitanden
- 1961 Beginn der stationären Behandlung unter der Leitung von Christa Lehnert-Schroth (Tochter; 1925 - 2015) in einem neu gegründeten krankengymnastischen Zentrum im Leinenborner Weg in Bad Sobernheim mit zunächst 5 Patientenzimmern.

Neu hinzu kamen Therapien für Patienten mit sagittalen Formveränderungen der Wirbelsäule. Im Laufe der Entwicklung qualifizierte sich die Behandlungsstätte zur staatlich konzessionierten Privatkrankenanstalt, die stationäre Rehabilitationsverfahren mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchführte.

- | | |
|---------|---|
| 1969 | Katharina Schroth wurde mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet |
| 1961-90 | Ständige Erweiterungen der Klinik um Behandlungsplätze und Patientenzimmer |
| 1995 | Übernahme des Skoliosezentrums durch die Asklepios Klinik Gruppe |
| 1997 | Neubau und Bezug der Klinik im Nachtigallental |
| 2003 | Erweiterung des Klinikgebäudes um 34 Zimmer, 4 Therapiehallen und weitere Funktionsbereiche |
| 2011 | Jubiläumsfeier zum 50-jährigen Bestehen der Klinik in Bad Sobernheim |
| 2011 | Abschluss des Belegungsvertrages gem. § 21 SGB IX mit der Deutschen Rentenversicherung Bund als federführender Beleger |
| 2012 | erfolgreiche Zertifizierung nach KTQ1.1 inkl. BAR Kriterien (freiwilliges Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen) und Erhalt des dazugehörigen Qualitätssiegels |
| 2015 | erfolgreiche Re-Zertifizierung nach KTQ inkl. BAR Kriterien |

1.1.5 Besonderheiten

Durch die ausgeprägte Spezialisierung der Rehabilitationsklinik erhalten Rehabilitanden mit Wirbelsäulenverkrümmungen ein absolut auf die individuellen Bedürfnisse der Erkrankung ausgerichtetes intensives medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Behandlungsprogramm.

Unser interdisziplinäres Behandlungsteam hat sich auf die Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen spezialisiert. In allen Bereichen der Rehabilitationsklinik wird den speziellen Bedürfnissen der Rehabilitanden Rechnung getragen, insbesondere im medizinisch-diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Bereich.

1.2 zur Fachabteilung

1.2.1 Kostenträger

Federführender Kostenträger : Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Verträge:

- Belegungsvertrag nach § 21 SGB IX mit der Deutschen Rentenversicherung
- Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den gesetzlichen Krankenkassen

AHB-Zulassung: keine.

1.2.2 Kooperationen

Die Rehabilitationseinrichtung arbeitet mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitation Beteiligten (z. B. niedergelassene Ärzte, Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstation, Selbsthilfegruppen) eng zusammen.

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sichergestellt, dass die ambulante und stationäre Rehabilitation als integrativer Bestandteil der Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften Eingliederung der Rehabilitanden beiträgt.

Ext. Konsile		
Dr. Sasshoff	Bad Sobernheim	Chirurg (BG)
Dr. Becker	Bad Sobernheim	Internist (Labor)
Dr. Lauf	Bad Sobernheim	Kinderarzt (Labor)
Dr. Gerisch	Bad Sobernheim	Gynäkologe
Dr. Held	Bad Sobernheim	Augenarzt
Dr. Otte	Bad Sobernheim	Kieferorthopädin
Dr. Arzt	Bad Sobernheim	Zahnarzt
Dr. Schwidetzky	Kirn	HNO-Arzt
Dr. Mauer	Bad Kreuznach	Hautarzt
Dr. Wedel / Dr. Blümlein	Bad Kreuznach	Urologe
Krankenhäuser		
Gesundheitszentrum Glantal	Meisenheim	
St. Marienwörth	Bad Kreuznach	
Diakonie	Bad Kreuznach	
Diakonie	Kirn	
Göttschied	Idar-Oberstein	
Hilfsmittelversorgung		
Sanomed	Bad Sobernheim	
CCtec	Bad Sobernheim	

1.2.3 Barrierefreiheit

Das Klinikgebäude verfügt über 4 Etagen, die über 2 Aufzüge barrierefrei zugänglich sind. Auf den 3 Hauptetagen ist jeweils eine behindertengerechte öffentliche Toilette verfügbar. Alle Türen zu öffentlichen und medizinisch/therapeutischen Bereichen sind elektrisch bzw. werden entsprechend barrierefrei offen gehalten. Es gibt ein rollstuhlgerechtes Patientenzimmer auf der 1. Etage mit Zugang zur großen Terrasse.

Die Ausstattung der Klinik ist max. für ein Gewicht von 150 kg zugelassen. Eine Sonderausstattung für adipöse Rehabilitanden über diesem Gewicht wird nicht vorgehalten.

1.2.4 Mitaufnahme Begleitpersonen/Begleitkinder

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik hält für Begleitpersonen 25 Betten vor. Für Rehabilitanden unter 10 Jahren, ist die Mitaufnahme einer Begleitperson zur Erreichung der Rehabilitationsziele notwendig. Bei allen anderen Rehabilitanden richtet sich die Notwendigkeit nach den jeweiligen individuellen Gegebenheiten.

Für die Mitaufnahme von Begleitkindern ab 3 Jahren ist eine Betreuung während der Therapiezeiten in unserer Klinik gewährleistet. Bei schulpflichtigen Kindern erfolgt vormittags je nach Wunsch der Erziehungsberechtigten entweder der Besuch der regionalen Schulen in Bad Sobernheim oder die Teilnahme an unserem Krankenhausunterricht. Am Nachmittag werden die schulpflichtigen Begleitkinder von den Erzieherinnen in der Klinik betreut.

1.2.5 Nachsorge / Prävention

Einerseits erfolgen im Entlassungsbericht die Therapieempfehlungen zur orthopädischen Weiterbehandlung sowie bei orthopädischen, internistischen oder pädiatrischen Akutbeschwerden die hierzu notwendige Diagnostik. Des Weiteren werden im Bericht bei Notwendigkeit die Empfehlungen der psychologischen Weiterbehandlung und die Zusatzempfehlungen wie Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Nikotin- und Alkoholkarenz ergänzt.

Die erlernten Übungsinhalte sollen in Eigenregie fortgeführt werden. Hierzu erfolgt die Übergabe eines speziellen Katharina-SCHROTH-Übungsheftes mit dem jeweils individuellen Übungsprogramm.

Um den Erfolg der Rehabilitation auch nachhaltig aufrecht zu erhalten und stabilisieren zu können, ist als Nachsorgeprogramm die Weiterbehandlung durch eigens ausgebildete und zertifizierte Schroth-Therapeuten vorgesehen. Durch diese Ausbildung erfolgt die Entwicklung einer flächendeckenden ambulanten Therapeutendichte.

Auch werden spezielle Nachsorgeprogramme (z.B. IRENA, Funktionstraining, Reha-Sport) verordnet. Die Verordnungen werden durch den Stationsarzt ausgestellt. Darüber hinaus werden die Rehabilitanden motiviert, sich Selbsthilfegruppen und ambulanten Sportgruppen anzuschließen. Auch der Verweis auf neue Kommunikationsmedien zum Austausch mit anderen Betroffenen z.B. Skolioseforum im Internet wird empfohlen.

Bei erfolgloser konservativer Therapie und entsprechender Indikationsstellung sowie dem Fortschreiten der Wirbelsäulen-Fehlform erfolgt die Empfehlung zur Vorstellung in einem operativen Skoliose-Zentrum.

1.2.6 Freizeitangebote

Bad Sobernheim ist für die traditionelle Felke-Kur bekannt, die Pastor Emanuel Felke von 1915 bis 1925 in Sobernheim als ein Vertreter der Naturheilkunde entwickelte. Diese Tradition wird mit dem Barfußpfad in Bad Sobernheim fortgeführt.

Mit dem Nahe-Radweg, das Rheinland-pfälzische Freilichtmuseum, dem durch die Hl. Hildegard v. Bingen weltberühmten Disibodenberg, einer einzigartigen Draisinenstrecke und dem Naturpark Soonwald-Nahe verfügt die Region über viele touristische Möglichkeiten.

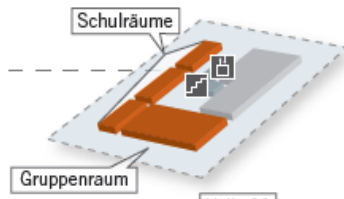
Durch die geografisch günstige Lage bzw. Anbindung der Stadt sind Besuche der Städte Mainz, Bad Kreuznach oder Idar-Oberstein unproblematisch.

2. Struktur der Einrichtung

2.1 Räumliches Angebot

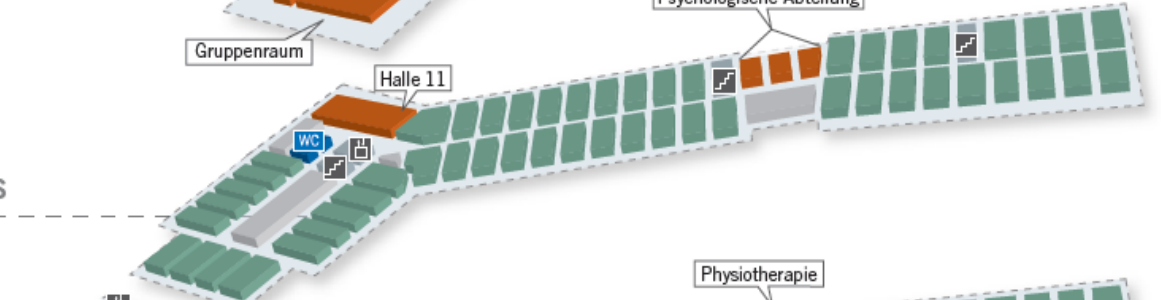
Ärztliche Räume	10 Behandlungszimmer 2 Sekretariate / Schreibbüros
Pflegerische Räume	1 Pflegestützpunkt (EG) 1 Behandlungsraum (3 Kabinen, 1 Notfallkabine)
Diagnostische Räume	1 Röntgenraum 1 Raum für Rasterstereographie und Bodyplethysmographie
Therapeutische Räume	gesamt ca. 2.600 qm 11 x zwischen 80 und 300 qm 1 MTT Raum (<i>im Aufbau</i>) 1 Bewegungsbad mit 120 qm 1 überdachter Außentrainingsplatz 9 Behandlungsplätze physikalische Therapie 14 Einzeltherapieräume 4 Ergotherapieräume 1 Lehrküche 1 Schulungsraum 3 Unterrichtsräume
Psychologie	3 Behandlungszimmer 1 Gruppenraum
Sozialberater	1 Beratungszimmer
weitere Räumlichkeiten	4 Aufenthaltsräume (Beschäftigungs- und Spielzimmer) 1 Freizeitraum 1 Spielraum 1 Hobby- und Bastelraum 2 Außensportplätze 1 zentraler Speisesaal

4. Obergeschoss



Psychologische Abteilung

3. Obergeschoss



Physiotherapie

Aufenthaltsraum (Jugendliche)

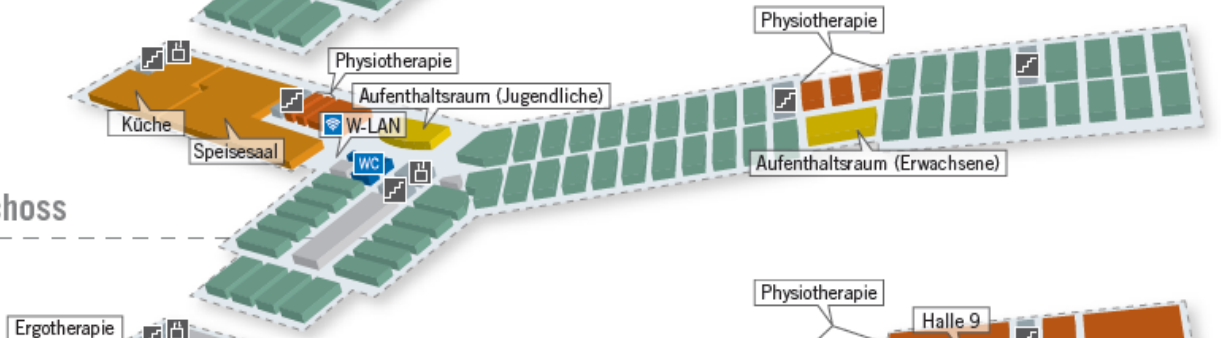
Küche

Speisesaal

Physiotherapie

Aufenthaltsraum (Erwachsene)

2. Obergeschoss



Ergotherapie

Lehrküche

Servicebüro

Funktionsraum

W-LAN

Physiotherapie

Halle 9

Halle 6

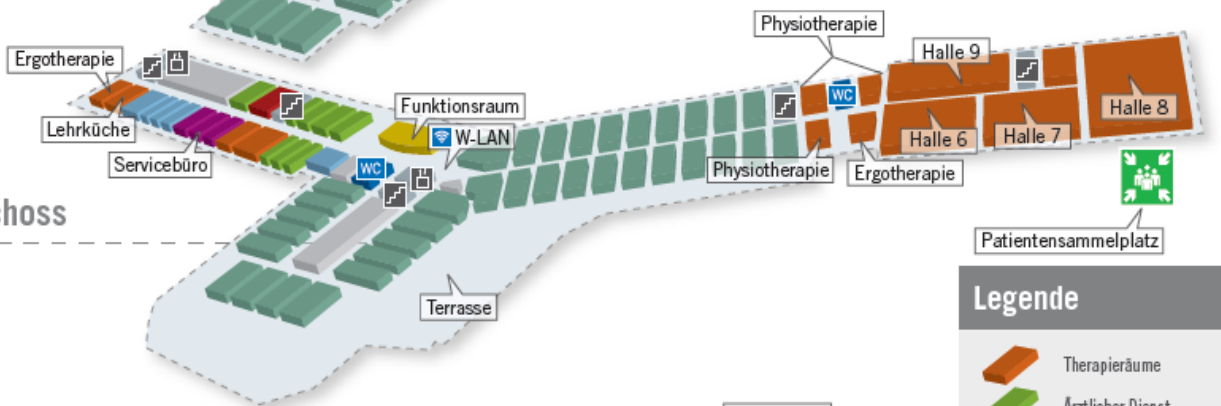
Halle 7

Halle 8

Physiotherapie

Ergotherapie

1. Obergeschoss



Terrasse

Patientensammelplatz

Erdgeschoss



Haupteingang

R30 - Massageabteilung

Schwimmbad

Kiosk

Rezeption

Halle 10

Halle 3

Halle 2

Halle 1

Pflegedienst

Freizeitraum

Waschraum

Ergotherapie

Legende

- Therapieräume
- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst/Diagnostik
- Verwaltung
- Servicebüro
- Aufenthaltsbereiche
- Patientenzimmer
- Speisesaal
- Toiletten
- Treppen
- Fahrstühle
- Patientensammelplatz

Rehabilitandenzimmer:

Einzelzimmer	37
Doppelzimmer	101

Betten gesamt **239**

bisher im Belegungsvertrag enthaltene Betten gesamt	188
--	-----

Fachabteilungen:

Pädiatrie	113
Pädiatrie (mit Begleitung)	25
Orthopädie	50
Betten Begleitpersonen	25

Ausstattung: jeweils mit eigener Naßzelle und Balkon bzw. Zugang zur Terrasse.

2.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Alle Therapiehallen der Klinik sind mit Sprossenwänden und Korrekturspiegel an Wänden und Decken zur visuellen Selbstkontrolle ausgestattet, die ein wesentlicher Bestandteil des Haltungstrainings sind. Unterstützend wird Lagerungsmaterial in ausreichender Stückzahl vorgehalten. Im Rahmen der Funktionsgymnastik werden Pezzibälle, Therabänder, Deuserbänder, Aerex-Blanacepads sowie Swingsticks eingesetzt. Weitere unterstützende Ausstattung:

- Physiomed-Gerät für Elektrotherapie
- Ultraschall
- Heißluft
- Wärmepackungen

Apparative Diagnostik:

- Digitale Röntgenanlage - AGFA DX-D300 (BJ 2016)
 - WS-Ganzkörperaufnahme in 2 Ebenen
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Bodyplethysmographie
 - Ganzkörperplethysmographie
 - kleine Spirometrie
- Sonografie
 - Abdomen
 - Thoraxorgane
 - periphere und extrakranielle Gefäße
- 12-Kanal-EKG

2.3 Personelle Besetzung

Ärztlicher Dienst

Chefarzt	1,0	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sozialmedizin (Weiterbildungsermächtigung 12 Monate)
Oberärzte	1,0	FA für Orthopädie (Ltd. Oberarzt), Sportmedizin, Chirotherapie, physikalische Therapie
	1,0	FÄ für Innere Medizin; Sozialmedizin, Hygienebeauftragte Ärztin
	1,0	FA für Kinder- und Jugendmedizin, (angemeldet für Sozialmedizin)
Assistenzärzte	4,2	
Bereitschaftsärzte	4	
Dipl.-Psychologen	2,5	

Pflegedienst

7,3	exam. Krankenschwestern
7,0	Erzieher oder angelernt

Therapie

15,9	Physiotherapeuten	zusätzliche Qualifikationen:
5,7	Dipl.-Sportlehrer	
3,6	Masseur / med. Bademeister	
3,5	Gymnastiklehrer	
3,0	Ergotherapeuten	
1,0	Bewegungstherapeuten	
1,9	Diätassistentin	
1,0	Dipl.-Sozialarbeiter	

- Schroth-Therapeut
- Rückenschule
- Manuelle Therapie
- PNF, Brügger; Osteopathie
- Triggerpunkt-Therapie
- Atlas-Therapie
- Taping
- Sportphysio
- MTT Therapeut
- Tai Chi
- Aqua Trainer
- RAT
- Lymphdrainage

- BG-Massage

Nachts und an den Wochenenden (24 Std. täglich) sind der Pflegedienst und der ärztliche Bereitschaftsdienst anwesend. Die Rufbereitschaft wird durch den Chefarzt/Oberarzt gewährleistet.

2.4 Öffnungszeiten

Die Therapiezeiten liegen montags bis freitags zwischen 8:00 und 18:00 Uhr, samstags von 8:00 bis 12:00 Uhr. Sonntags findet keine Therapie statt.

2.5 Verpflegung

Nach den Prinzipien der gesunden Ernährung werden in der hauseigenen Küche unter Einbeziehung möglichst regionaler Produkte optisch und geschmacklich abwechslungsreiche Mahlzeiten hergestellt.

Die Grundlage für eine gesunde Ernährung ist die Nährstoff-Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Die Themen Gesundheit und Ernährung gehören untrennbar zusammen, denn zu einer gesunden Lebensweise gehört auch eine ausgewogene Ernährung.

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik bietet 5 Mahlzeiten am Tag:

- Frühstück
- Müslipause
- Mittagessen
- Obstpause
- Abendessen

Alle Mahlzeiten werden in Buffetform und zum überwiegenden Anteil zur Selbstbedienung angerichtet. Beim Mittagessen können die Rehabilitanden zwischen 2 Kostformen (Vollkost, vegetarisch) wählen. Sofern Sonderkostformen notwendig sind, werden diese von den Diätassistentinnen zubereitet und ausgegeben. Zu allen Mahlzeiten stehen kostenfreies Wasser oder Tee zur Verfügung. Zum Frühstück und zur Müslipause wird kostenfrei Kaffee angeboten.

Im Rahmen der Diät- und Ernährungsberatung werden die Rehabilitanden informiert, geschult und praktisch in den Lehrkücheneinheiten angeleitet, eine ausgewogene Ernährung auch zu Hause weiter fortzuführen. Kindern und Jugendlichen geben wir hierfür ein altersgerechtes Kochbuch anhand.

3. Medizinisch-Konzeptionelle Grundlagen

Neben der strukturellen und personellen Ausrichtung, der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter sowie der technisch qualitativ hochwertigen Ausstattung der Bereiche Diagnostik und Therapie basieren die Grundlagen des Rehabilitationskonzeptes auf der ganzheitlichen Ausrichtung hinsichtlich edukativer und therapeutischer Programme. Gleichzeitig beinhaltet es durch ein humanistisches Weltbild in der Ausgestaltung und Führung der Klinik eine geistig-philosophische Ebene. Mitarbeiter und Rehabilitanden werden hier in ihrer Komplexität gewürdigt, geachtet und respektiert.

Ein Kernpunkt des Konzeptes ist die Ausrichtung am bio-psycho-sozialen Gesundheits-/Krankheitsfolgemodell der WHO unter der Konzeption ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Demnach erfolgt bei Rehabilitationsfähigkeit sowie einer positiven Rehabilitationsprognose die stationäre Rehabilitation aufgrund von muskuloskeletalen Erkrankungen als Folge von Schädigungen und der damit entstandenen Beeinträchtigungen der Teilhabe-Aktivitäten. Hierdurch wird die Verbesserung oder der Erhalt der Teilhabe an der Gesellschaft, dem sozialen Umfeld, sozialen Kontakten, kulturellen und sportlichen Aktivitäten angestrebt.

Ein weiterer Kernpunkt ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit mit dem Behandlungsziel einer Teilhabe am Arbeitsleben oder der zeitnahen Reintegration ins Erwerbsleben unter Ausnutzung aller Integrationsmöglichkeiten (bspw. Reha-Berufsberatung, Berufsförderungswerk).

Abschließend für das Rehabilitationskonzept ist die Zusammenführung unterschiedlicher, auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Behandlungsmethoden in einem multimodalen, interdisziplinären Therapieansatz.

3.1 Indikationen/ Kontraindikationen

1.	Idiopathische Skoliose (infantil, juvenil, adoleszent)	M41.--
2.	Postoperative Skoliose	M41.1-
3.	Kongenitale Skoliose	Q76.-
4.	Skoliose anderer Äthiologie	M41.8-
5.	Morbus Scheuermann	M42.0-
6.	Kyphose, Lordose	M40.--
7.	Haltungsstörung	M40.0-
8.	Spondylolisthesis	M43.1-

3 häufigsten Rehabilitationsdiagnosen

1.	Idiopathische Skoliose (infantil, juvenil, adoleszent)	M41.--
2.	Kyphose, Lordose	M40.--
3.	Kongenitale Skoliose	Q76.-

Mitbehandelbare Nebendiagnosen

Restriktive und obstruktive Lungenfunktionsstörung	J96.--
Rückenschmerzen	M54.--
Essentielle Hypertonie	I10.--
Hypothyreose	E03.9-
Asthma Bronchiale	J45.9-
Senk-Spreiz-Knick-Füße	Q66.--

Kontraindikationen

- Neuromuskuläre Erkrankungen mit permanenter Rollstuhlpflicht
- Höhergradige geistige Retardierung und Demenz
- Kardiopulmonale Dekompensation
- Blindheit
- Sucht
- Psychosen
- Schwere Osteoporose
- Körpergröße unter 1,10 m
- Alter unter 7 Jahren
- Gravidität von 0 bis 3. Monat und von 7. bis 9. Monat
- Gewicht über 150 kg

3.2. Rehabilitationsziele

3.2.1 Ziele der Rehabilitation unter Berücksichtigung des Bio-Psycho-Sozialen Modells

Die medizinische Rehabilitation ist eine Säule des Gesundheitswesens mit langer Tradition in Deutschland. Der Medizinzeit „Rehabilitation“ war von jeher vorwiegend präventiv orientiert und betonte die Eigenverantwortlichkeit der Rehabilitanden. Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik greift diese gute Tradition im Therapiekonzept auf und stellt die informativen und trainingsbetonten Therapieeinheiten, die dem Erlernen und dem Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen dienen, als bedeutungsvoll heraus. Der individuelle und gesellschaftliche Nutzen der Rehabilitation soll auf mehreren Ebenen erkennbar werden.

Die Medizinische Rehabilitation verfolgt somit das Ziel, mit dem Erkennen und Behandeln einer Krankheit im Prozess der Heilung einer drohenden Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen, eine Verschlimmerung zu verhindern und die Auswirkungen von festgestellten Erkrankungen zu mildern und/oder zu verhindern. Klares Ziel ist auch die Abwendung krankheitsbedingter Frühberentung. Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist es weiterhin, den Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner Neigung und Eignung möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern beziehungsweise, wenn er noch schulpflichtig ist, beratend und fördernd in der Berufswahl miteinzuwirken. Die sozialmedizinische Beurteilung muss gewährleistet sein.

Neben den indikationsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Klinik insbesondere auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren einzugehen.

Die Rehabilitation soll daher auch Hilfen zur Änderung eines gesundheitlichen Fehlverhaltens beinhalten, z. B. bei Übergewicht, Bewegungsmangel, Suchtverhalten sowie bei körperlichem und seelischem Stress. Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung von Rehabilitanden mit somatischem Krankheitsbild wird ein großes Augenmerk auf die Vermittlung der Darstellung der wechselseitigen Beziehung zwischen Krankheit und Behinderung und ihren Folgen gelegt. Auch wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit als Zusammenspiel gegenseitiger körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren erklärt.

Es werden Kenntnisse über das Zusammenwirken von störungsbedingten Leistungseinbußen, individuellen Dispositionsfaktoren und sozialen Gegebenheiten, sowie ein psychosomatisches Verständnis und ein Rehagesamtverständnis vermittelt. Es werden individuelle, personenspezifische Ressourcen und Störungen aus der Vergangenheit und Gegenwart ermittelt und deren Zusammenhänge mit den Rehabilitanden besprochen und dargelegt. Symptome und deren Ursachen werden differenziert und die Rehabilitanden zu weiteren Maßnahmen motiviert. Zusammen mit den Rehabilitanden legen wir gemeinsame Ziele fest oder machen vorgegebene Ziele transparent.

3.2.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Funktionsstörungen

Ziele sind die Beseitigung, Besserung, Verhütung einer Verschlimmerung von Schädigungen der primär befallenen Abschnitte der Wirbelsäule und der Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden an den primär nicht betroffenen Abschnitten des Bewegungssystems, insbesondere bezüglich der Deformationen, Fehlstellungen sowie Instabilitäten.

Diese Ziele werden erreicht durch:

- Erlernen korrigierender Bewegungsabläufe zum Erhalt des hier erworbenen Haltungsgefühls auch für zu Hause
- Aufhalten bzw. Verzögerung einer Krümmungszunahme
- Krümmungsaufrichtung (auch kurzfristig als Bonus für weiteren Verlauf)
- Verbesserung des Krümmungswinkels und/oder der Rotationskomponente
- mentale und muskuläre Festigung des Haltungs- und Bewegungsgefühls wie auch der hier erreichten Haltungskorrekturen
- Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit im täglichen Leben
- Complianceverbesserung bzw. -unterstützung für die Orthesenversorgung
- Ganzheitliche Behandlung mit Reduzierung der körperlichen, geistig-seelischen und psychosozialen Belastungsfaktoren
- Bewältigung psychosozialer Probleme
- Aufbau von selbst- und verantwortungsbewusster Eigeninitiative

3.2.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Fähigkeitsstörungen

Ziele sind die Vermeidung, Beseitigung, Besserung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Fähigkeitsstörungen, insbesondere

- von situationsbedingten Fähigkeitsstörungen, z. B. in der Ausdauer im Sitzen und Stehen, in der körperlichen Ausdauer (Kondition), in der Belastbarkeit und Arbeitstoleranz
- in der Fortbewegung, z. B. beim Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen, beim Treppensteigen, bei der Transferfähigkeit, bei der Verkehrsmittelbenutzung, beim Heben und Tragen
- in der Beweglichkeit, z. B. beim Aufheben, Greifen und Ziehen, beim Hocken, Knien und Bücken, in der gleichgewichtigen Körperhaltung und Koordination der Körperteile
- in der Geschicklichkeit und dem Gleichgewicht z. B. beim Gangbild
- in der Selbstversorgung, z. B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungszubereitung und der Nahrungsaufnahme

3.2.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Beeinträchtigungen

Ziel ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern, insbesondere Einschränkungen in der

- physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung)
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes)
- sozialen Integration
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung)

3.2.5 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontext- und Risikofaktoren

Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist es auch, auf Gesundheit und Krankheit einwirkende Kontextfaktoren zu erfassen und diese, soweit erforderlich und möglich, zu modifizieren, indem die Umweltbedingungen an verbleibende Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen des Rehabilitanden angepasst werden. In Betracht kommen Maßnahmen der Arbeitsplatzanpassung, der Wohnungsanpassung sowie die Ausstattung mit Mobilitäts- und/oder technischen Hilfen.

Dazu ist auch die Möglichkeit der Vermeidung bzw. Verringerung negativer Kontextfaktoren durch den Rehabilitanden selbst oder im Rahmen von Maßnahmen der verschiedenen Rehabilitationsträger zu prüfen. Der Rehabilitand soll unterstützt werden, mit nicht veränderbaren Kontextfaktoren krankheits- und behinderungsgerecht umzugehen und insofern sinnvolle Bewältigungsstrategien für die Erkrankung zu finden. Jede Rehabilitationsmaßnahme hat weiterhin das Ziel, spezifische Gesundheits- / Krankheitsrisiken zu vermeiden und darüber hinaus auch allgemeine Risikofaktoren für Erkrankungen, nicht nur für muskuloskeletale Erkrankungen, zu vermeiden oder zu vermindern.

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

3.3.1 Ursachen und Folgen der Wirbelsäulenfehlformen

Die Ursachen der Skoliosen und Hyperkyphosen sind häufig nicht bekannt, man spricht hier von idiopathischen Skoliosen und Hyperkyphosen. Diese Erkrankungen führen, neben Verbiegungen der Wirbelsäule in der Frontal- und/oder der Sagittalebene, oft auch zu einer Rotation der einzelnen Wirbelkörper mit Ausbildung des kosmetisch störenden und psychisch belastenden Rippenbuckels und Lendenwulstes. Allein diese Wortwahl des klinischen Erscheinungsbildes stigmatisiert den Betroffenen sehr, so dass in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik von Rippenberg und Rippental beziehungsweise von Lendenberg und Lendental gesprochen wird.

Im Laufe der Erkrankung kommt es dann als Folge der Thoraxdeformierung zu einer Einschränkung der kardiopulmonalen Funktionen und einer pulmonalen Hypertonie. Es treten zudem häufig Schmerzen auf, die zur Chronifizierung neigen.

Vor allem im Wachstumsalter besteht oft eine erhebliche, in kurzer Zeit stattfindende, Progredienz der Wirbelsäulenfehlform, die jedoch auch im Erwachsenenalter häufig, wenn auch mäßiger, fortbesteht. Bei nichtbehandelten Skoliosen kommt es zu einer erheblichen Progressionsrate (Heine, J.: Spontanverlauf der idiopathischen Skoliose. Vortrag 1992; Lonstein und Carlson: The prediction of curve progression in untreated idiopathic scoliosis during growth, 1984). Betroffen ist überwiegend das weibliche Geschlecht mit einem Verhältnis von 4:1. Das

Erkrankungsalter liegt in den meisten Fällen zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr, mit erheblicher Progredienz bis zum Wachstumsabschluss.

Weitere Ursachen von Wirbelsäulendeformitäten:

- Angeborene Deformitäten im muskuloskeletalen Bereich
- Erworbene Deformitäten im muskuloskeletalen Bereich
- Syndromerkrankungen mit beteiligtem muskuloskeletalen Bereich
- Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Erkrankungen
- Degenerative muskuloskeletale Erkrankungen
- Fehlstatik oder Dysfunktionen im muskuloskeletalen Bereich
- Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane
- Über-, Unter- oder Fehlbeanspruchung im muskuloskeletalen Bereich
- Z.n. Tumoren
- Z.n. Kompressionssyndrome des Rückenmarks oder peripherer Nerven
- Schmerzen bzw. Störungen der Schmerzverarbeitung
- Durchblutungsstörungen
- Fibrose
- Unerwünschte Folgen von Therapiemaßnahmen (Operation, Medikamente)
- Luxationen
- Sehnen- und Bänderinsuffizienz
- Kollagenosen
- Weichteilrheumatische Krankheiten
- Bandscheibenschäden
- Gefügestörungen der WS
- Polyarthrosen
- Fehlhaltungen

3.3.2 Rehabilitationsbedürftigkeit / Rehabilitationsbedarf

Der Rehabedarf bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte, drohende oder bereits eingetretene manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der stationären medizinischen Rehabilitation unter Einschluss von somatischen, edukativen, psychologischen und sozialmedizinischen Aspekten notwendig macht. Aus der Erfassung des Behandlungsbedarfs erfolgt die konkrete individuelle Behandlungsplanung.

Das gesundheitliche Problem von Wirbelsäulendeformitäten bezieht sich auf die Schädigungen und die Beeinträchtigungen von Aktivitäten. Dabei müssen Kontextfaktoren, der gesamte individuelle Lebenshintergrund, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren mitberücksichtigt werden. Umweltfaktoren beschreiben die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen ihr Leben gestalten.

Positive Umweltfaktoren müssen früh erkannt werden, um ihre rehabilitationsfördernde Wirkung nutzen zu können (Ressourcenkonzept der

Rehabilitation). Bei negativ wirkenden Umweltfaktoren ist das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin zu beachten und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (z.B. Übergewicht, Untergewicht, Essstörungen, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel, Selbstverletzungstendenzen).

In der Rehabilitation müssen auch die beruflich orientierten Problemfelder aufgegriffen werden: Ergonomie am Arbeitsplatz, innerbetriebliche Umsetzung, Umschulung, Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie Stress am Arbeitsplatz. Die Rehabilitationsziele müssen gemeinsam mit den Rehabilitanden vor Rehabilitationsbeginn definiert werden.

Das Vorliegen folgender Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit einer Wirbelsäulenfehlform kann ebenfalls zur Einleitung der stationären Skoliose-Intensiv-Rehabilitation führen:

- verminderte Leistungsfähigkeit
- funktionelle Bewegungsstörungen
- Korsettanschulung bei Jugendlichen
- Korsettabschulung bei Jugendlichen
- psychischer Stress durch Skoliose
- drohende soziale Isolation
- eingeschränkte berufliche Entwicklung bei Erwachsenen
- mangelndes Krankheitsverständnis, z.B. schwere Ängste nach oder vor Wirbelsäulenoperation
- Selbstwertproblematiken
- Versagensängste
- Zukunftsängste
- chronische Schmerzen

3.3.3 Rehabilitationspotential / Rehabilitationsfähigkeit

Das Rehabilitationspotential wird maßgeblich von den jeweils individuell vereinbarten Rehabilitationszielen geprägt. Folgende Kriterien sollten allerdings für eine stationäre Skoliose-Intensiv-Rehabilitation mindestens erfüllt sein:

- Orthopädische oder kinderärztliche Vorbefunde, nach Möglichkeit mit entsprechenden Röntgenbildern
- stabiler Allgemeinzustand
- keine ansteckenden Krankheiten
- Bereitschaft zur Mitarbeit (Motivierbarkeit)
- vorhandene Übungs- und Lernfähigkeit
- altersgerechte kognitive Reife
- Körpergröße mind. 1,10 m für die Therapie an Sprossenwänden
- Mindestalter 7 Jahre
- keine schwerwiegenden internistischen Nebenindikationen (bzw. bedarf dies einer gesonderten Einzelfallprüfung)

3.3.4 Funktionale Gesundheit

Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe und ist somit nicht nur ein personenbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Entsprechend der ICF sind somit 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. Die unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die psycho-sozialen Komponenten umfassen, finden auf allen Ebenen besondere Beachtung.

Die funktionale Gesundheit bezieht sich sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf deren Beeinträchtigung auf den in der ICF beschriebenen Ebenen:

- Körperfunktionen und Körperstrukturen
- Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

und geht insofern über den bio-medizinischen Ansatz der ICD (ICIDH) 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.

3.3.5 Komponenten der ICF

Entsprechend der ICF definieren wir nun die einzelnen Komponenten:

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 Körperstrukturen und Körperfunktionen, 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 Bereiches) und/oder der Körperstrukturen vorliegen (Beeinträchtigung der Körperfunktion und Körperstrukturen).
- sie nicht mehr das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICF) erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten).

- sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen).

3.3.6 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 den Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene bei einer Person.

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
- der Sprach-, oder Sehfunktion
- der Haut, z. B. durch Brandverletzungen

3.3.7 Aktivitäten

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder 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.

3.3.8 Teilhabe

Mit Teilhabe wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogenseins in allen für sie 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 der Teilhabe zählen z. B. Einschränkungen in den Möglichkeiten der

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

3.3.9 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, 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, 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. Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z. B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Negative Kontextfaktoren mit Risikoeigenschaft bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind zum Beispiel:

- Schwere körperliche Arbeit (Heben, Tragen von Lasten)
- Repetitive Arbeit und Monotonie
- Zwangshaltungen
- Bewegungsmangel
- Psycho-soziale Faktoren (z. B. Stress)
- Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft
- Geringe Handlungsspielräume

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die stationäre 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.

3.3.10 Rehabilitationsansatz

Die medizinische Rehabilitation der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Bessern einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen, mit 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 aus medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und diätetischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung von Krankheitsfolgen und Verhaltensänderung mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

3.3.11 Abgrenzung zur kurativen Versorgung

Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung im Sinne 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 ICD. Dem gegenüber liegt der medizinischen Rehabilitation ein bio-psycho-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung zugrunde, welches 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.

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihren fördernden oder hemmenden Einflüssen beschreibt und bewertet
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationszieles
- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufes und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationszieles.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien zur Modifikation

Grundsätzlich werden Rehabilitationsmaßnahmen mit orthopädischer Indikation bei erwachsenen Rehabilitanden für 21 Tage bewilligt. Der Richtwert für die orthopädische Indikation liegt bei 23 Tagen bzw. 30 Tagen bei der Behandlung von Kindern- und Jugendlichen. Im Rahmen der Rehabilitation von Jugendlichen (ab dem vollendeten 7. Lebensjahr) bzw. der Erstrehabilitation von Erwachsenen wird eine Verweildauer von 28 bis 42 Tagen empfohlen. Die Aufnahme Jugendlicher unter 10 Jahren erfolgt ausschließlich mit einer dauerhaften Begleitung (Mitschulung der Begleitperson aufgrund fehlender Selbstverantwortung).

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation wird in begründeten Fällen eine Verlängerung beim Kostenträger beantragt (z.B. Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit durch z.B. interkurrente Erkrankungen). Ebenso kann es Gründe geben, die einen medizinischen Abbruch oder eine Verkürzung der Rehabilitationsmaßnahme notwendig machen.

4. Rehabilitationsablauf

4.1 Aufnahme

Die Anmeldung jedes Rehabilitanden erfolgt durch den Leistungsträger. Nach Eingang der erforderlichen Unterlagen findet eine medizinische Indikationsprüfung anhand der vorliegenden Befunde statt. Erst dann erfolgt die Einberufung des Rehabilitanden. Die Aufnahme/Anreise erfolgt ausschließlich mittwochs.

Die Rehabilitanden werden vor Anreise bereits vorab über die Aufnahmeuntersuchungstermine informiert. Nach einer kurzen administrativen Aufnahme an der Rezeption erfolgen weitere Aufnahmen durch den Ärztlichen Dienst, Pflegedienst und die Physiotherapie. Die Therapie beginnt nach Abschluss aller Untersuchungen für alle Rehabilitanden am Tag nach der Anreise.

Ärztliche Aufnahme

Neben einer dokumentierten ausführlichen körperlichen Untersuchung werden ggf. weiterführende diagnostische Maßnahmen eingeleitet. Mit jedem Rehabilitand werden gemeinsam die Rehabilitationsziele und der Behandlungsplan besprochen und vereinbart. Während der fachärztlichen Aufnahme (innerhalb von 48 Std.) wird neben bestehender orthopädischer Problemstellungen auch eine berufliche / schulische Anamneseerhebung durchgeführt, um notwendige weitere Behandlungen direkt einleiten zu können.

Pflegerische Aufnahme

Während der pflegerischen Aufnahme erfolgt eine indikationsspezifische Erhebung der Pflegeanamnese, um mögliche bestehende Problemstellungen (Bsp: Sturzrisiko, Korsettdruckstellen, nötige Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens) frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Bedürfnissen und Fähigkeiten werden erfragt, Vitalwerte ermittelt sowie Pflegeziele und -maßnahmen abgeleitet. Bei jedem Rehabilitand wird weiterhin eine Rasterstereographie- und Lungenfunktionsmessung durchgeführt.

Physiotherapeutische Aufnahme

Im Rahmen der physiotherapeutischen Aufnahme erfolgt die fachlich korrekte Einteilung des Rehabilitanden auf Grundlage der Deformitätsklassifikation, sowie die Erweiterung des befundspezifischen individuellen Übungsprogrammes.

Des Weiteren erfolgt bei bestehender Indikation (Auswertung des Anamnesefragebogens, welcher vor Anreise vorliegt) am Anreisetag eine Vorstellung bei der Ernährungsberatung zur Abstimmung von Sonderkostformen. So können ernährungsbedingte Erfordernisse bereits frühzeitig bei der Verpflegung berücksichtigt werden.

Alle Aufnahmeprozesse sind standardisiert und schriftlich festgehalten um eine vollständige und nachvollziehbare Erhebung und Dokumentation des Rehabilitandenstatus zu gewährleisten sowie eine befundadaptierte

Behandlungsplanung unter Einbeziehung aller Bereiche der medizinischen, sozialen und beruflichen Bedürfnisse des Rehabilitanden.

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

Zu Beginn, während und am Ende der Rehabilitationsbehandlung werden bedarfsgerecht regelhafte diagnostische Maßnahmen durchgeführt. Die Befunde der Vorfelddiagnostik werden hierbei berücksichtigt. Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und/oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen sowie Risikofaktoren werden beschrieben und bewertet. Zusätzliche Befunde werden zeitnah berücksichtigt.

Notwendige medizinische (Vor-)Informationen:

- Ausführliche psychosoziale Anamnese
- Erweiterung der medizinisch-ätiologischen Anamnese um Fragestellungen zur beruflichen und sozialen Situation
- Belastungsfaktoren
- Risikokonstellationen
- Motivation zur Lebensstilveränderung
- Persönliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit

Die klinische Basisuntersuchung:

- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- eingehende fachspezifische Untersuchung
 - Inspektion der Körpersymmetrie und der Körperstatik in allen Raumebenen
 - Funktionsprüfungen in sagittaler, frontaler und transversaler Ebene
 - Palpation der Beckenstatik
 - Palpation Muskelstatus und Schmerzpunkte
 - Durchführung befundspezifischer Tests wie z.B. Vorbeugetest (Adams Test, Schober Ott, FBA und Matthiastest)
 - Körperlänge, Sitzhöhe und Armspannweite
 - klinische Messung der Oberflächenrotation mittels Bunnel Skoliometer
 - medizinische und psychosoziale Anamnese

Die klinische Diagnostik:

- Lungenfunktionsmessung
- Rasterstereographie (Formetric)
- Ruhe-EKG
- Psychologische Diagnostik (Testverfahren)
- Sonographie der Gelenke und Weichteile der Extremitäten, des Abdomens
- Röntgendiagnostik
- Labordiagnostik (extern in Kooperation)
- Schmerzanalyse

Weitere dokumentierte Befunderhebungen erfolgen im Rahmen der Einzeltherapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung und Sozialberatung).

4.2.1 Anforderungen an eine rehabilitationsspezifische Diagnostik

Rehabilitationsspezifische Diagnostik bedeutet zum einen die Durchführung multidimensionaler diagnostischer Maßnahmen, um ein vollständiges multiperspektivisches Bild von den Problembereichen der Rehabilitanden zu erstellen. Durch ein solches Vorgehen können für die Erstellung und Optimierung des Therapieplans angemessene Ansatzpunkte ermittelt werden. Im Gegensatz zur kurativen Akutmedizin werden die diagnostischen Informationen nicht ausschließlich auf das untersuchte Organ, sondern auf die gesamte Lebenssituation des Rehabilitanden bezogen. Ziel ist es, das Ausmaß der empfundenen Beeinträchtigung durch Krankheit oder Behinderung zu ermitteln. Eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung soll dadurch in einen ganzheitlichen Begründungszusammenhang (unter Berücksichtigung der verschiedenen Lebensbereiche eines Menschen) gestellt werden.

Bei chronischen Schmerzpatienten wird zusätzlich eine ausführliche Schmerzdiagnostik durchgeführt. Hierbei werden speziell entwickelte Fragebögen zur Schmerzsymptomatik (Schmerzskala, Schmerzlineal, etc.) angewandt, um den Patienten später ein speziell auf seine Symptome abgestimmtes Programm zuführen zu können.

4.2.2 Verlauforientierte Diagnostik

Der Rehabilitationsprozess wird fortlaufend überwacht (Visiten, Besprechungen etc.) und die Therapien werden dem Fortschritt (ggf. auch Rückschritt) des Rehabilitanden angepasst. Es erfolgt mind. eine chef-/ fachärztliche Oberarztvisite pro Aufenthalt.

Während der fach-/ oberärztlichen Zwischenuntersuchung werden u.a. der Erfolg der Therapie überprüft (z.B. Besprechung der gemessenen Lungenfunktionsparameter, Auswertung der Rasterstereographie, ggf. der Röntgenbilder) und ggf. notwendige Änderungen bzw. Anpassungen in der Therapieverordnung vorgenommen.

Bei Rehabilitanden mit Korsettversorgung wird das Korsett in der wöchentlich stattfindenden Korsettsprechstunde beurteilt. Ggf. werden Empfehlungen zur Änderung am Heimatort durch den versorgenden Orthopädietechniker, aber auch zur Tragezeit oder ggf. zur Abschulung gegeben.

Bei allen therapeutischen Einheiten wird vom Therapeuten auf Veränderungen geachtet. Ggf. werden auf dem Übungsheft Änderungen der Lagerung / Übungsauswahl dokumentiert und bei Verschlechterung bzw. negativer Abweichung vom normalen Genesungsweg der behandelnde Arzt informiert.

4.2.3 Funktionsdiagnostik

Rasterstereographie

Mit Hilfe der Rasterstereographie wird eine dreidimensionale Wirbelsäulenvermessung vorgenommen. Mit dieser Methode ist eine untersucherunabhängige, schnelle Messung und Analyse der Rückenfläche und Wirbelsäulenform mit genauer mathematischer Analyse ohne Strahlenbelastung möglich.

Röntgen

Zur Erkennung der strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule ist eine aktuelle Röntgenaufnahme der Wirbelsäule erforderlich, auf welcher der Krümmungswinkel nach Cobb gemessen wird. In der Klinik können mittels einer digitalen Röntgenanlage im Bedarfsfall auch Teil- oder Ganztaufnahmen der Wirbelsäule zur Therapiesteuerung und Ergebnis-/ Veränderungsdocumentation angefertigt werden.

Bodyplethysmographie

Mittels Atemwiderstandsbestimmung können die möglichen Beeinflussungen und Verbesserungen des Lungenvolumens und der Atemkapazität unter der Therapie deutlich gemacht werden.

12-Kanal EKG

Die diagnostischen Möglichkeiten werden weiterhin ergänzt durch ein hochmodernes EKG-System mit PC-Auswertung über 12-Kanal-Verstärker inkl. Software für Ruhe-EKG und Ergometrie sowie Elektrodensauganlage.

Ultraschall - Sono

Für die diagnostische Abklärung altersbedingter Sekundär- und Begleitindikationen insbesondere von Abdomen, Gelenken und Schilddrüse kann eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden.

Labordiagnostik

Erfolgt bei Bedarf und in Notfällen in Kooperation mit der amb. Praxis Dr. Lauf/Hein, Bad Sobernheim oder bei dem ortsansässigen Internisten Dr. Becker.

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Rehabilitation ist die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams, weswegen wöchentlich verschiedene interdisziplinäre Teambesprechungen/Fallbesprechungen stattfinden.

Um Gelegenheit und Zeit zu einem fachbezogenen und disziplinübergreifenden Kontakt zwischen den Teammitgliedern zu gewährleisten, finden regelmäßige Teamsitzungen aller therapeutischen Mitarbeiter statt. In diesen Teamsitzungen werden Organisationsfragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen,

besprochen und rehabilitandenbezogene Fallbesprechungen durchgeführt, in denen insbesondere sozialmedizinische Aspekte sowie auch Rehabilitations- und Therapieziele ggf. mit den Behandlungsplänen neu abgestimmt bzw. bestätigt werden.

Team	Teilnehmer	Ort/ Zeit
Interdisziplinäre Patientenbesprechung	Chefarzt, Oberarzt, Abteilungsärzte, Psychologen, Therapie, Pflegedienst, Sozialberater, Betreuung, Diätassistenten	wtl. mittwochs 13:15-13:45
Ärztliche Frühbesprechung	Chefarzt, Oberarzt, Abteilungsärzte, Pflegedienst	tgl. 08:00-09:00
Teambesprechung Medizin	Chefarzt, Oberarzt, Abteilungsärzte, Therapieleitung, Diätassistenten, Sozialberater, Psychologen, PDL, Betreuung	wtl. freitags 08:15-09:15
Teamleitersitzung	Chefarzt, Oberarzt, Pflegedienstleitung, Therapieleitung, Psychologen	mtl. Freitags 11:30-12:30
Arbeitsfrühstück Therapie	Therapieleitung, Mitarbeiter Therapie	Montag-Freitag 10:15 - 10:30
Dienstübergabe Pflegedienst	Diensthabende Mitarbeiter Pflegedienst	3x täglich
Dienstübergabe Ärzte	Diensthabende Ärzte	2x täglich

4.4 Ärztliche Aufgaben

Der Chefarzt ist für die Umsetzung des ganzheitlichen Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Trägervorgaben bzw. bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Er koordiniert dies mit den Stationsärzten.

Im Rahmen der Therapieplanung haben die Ärzte folgende Zuständigkeiten:

Ärzte sorgen für die bedarfsgerechte Einleitung aller notwendigen Therapien, der Beratung und Veranlassung von Schulungen des Rehabilitanden und dessen Angehörigen zur Bewältigung der nachstationären Phase, z.B. Umgang mit der Krankheit, Umgang mit Korsetten, Empfehlung zu adäquatem Bewegungsverhalten etc. Ärzte entscheiden im Einzelfall über die frühzeitige Einleitung (unmittelbar nach der Aufnahmeuntersuchung) einer Einzelberatung/Betreuung durch die Sozialpädagogik, Ernährungsberatung, Psychologie oder Ergotherapie.

Sie sind für die Verordnung und Beschaffung notwendiger Hilfsmittel, z.B. Korsettversorgung und deren Nachbetreuung verantwortlich.

Die Korsettversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der konservativen Skoliose-Therapie (siehe Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO). Bei bestehender Wachstumserwartung und Krümmungswinkeln von weniger als 40° sind hierbei deutliche endgültige Krümmungskorrekturen möglich.

Da in den Hauptwachstumsphasen oftmals eine alleinige physiotherapeutische Behandlung nicht ausreicht, wird bei noch nicht erfolgter Korsettversorgung zum Vermeiden einer weiteren Krümmungsverschlechterung die Korsettversorgung stationär durchgeführt. Dabei werden neue Korsette angeschult und während des stationären Behandlungsverlaufs hinsichtlich der Passform und Krümmungskorrektur kontrolliert und bei Bedarf angepasst.

Für die ausgiebige Aufklärung und Betreuung während der An- und Abschlusphasen im Rahmen der stationären Skoliose-Intensiv-Rehabilitation wird der ärztlichen Dienst durch die Psychologen, die Ergotherapeuten, den Pflegedienst und die Physiotherapeuten unterstützt.

Ergänzend wird die Bewältigung der Korsettversorgung bei Bedarf durch Angebote der Psychologen begleitend unterstützt. Dabei wird über die Bearbeitung negativer Gefühle im Zusammenhang mit der Korsetttherapie die Fähigkeit zur Mitarbeit der einzelnen Rehabilitanden gefördert und die Akzeptanz der Korsettversorgung erheblich verbessert.

Im ärztlichen Aufgabenbereich liegt die Erstellung und Mitgabe eines Arztberichtes mit Medikamentenplan, Empfehlungen zur nachstationären Diagnostik und Therapie. Eine Überprüfung der Entlassungsplanung erfolgt im Rahmen der Abschlussuntersuchung.

Pflegedienst

Neben der pflegerischen Aufnahme und den allgemeinen pflegerischen Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst auch erzieherische Aufgaben und trägt dafür Sorge, dass die Hausordnung eingehalten wird. Der Pflegedienst ist rund um die Uhr für alle Rehabilitanden zugänglich.

Die Aufgaben des Pflegedienstes sind im Einzelnen:

Kinder- und Gesundheits- und Krankenpfleger/ innen, medizinischer Fachangestellter:

- Pflegerischer Aufnahmeprozess: Aktenvorbereitung, Rasterstereographie, Lungenfunktionsmessung, Vitalwertenerhebung, pflegerische Anamnese
- Korsettdruckstellenbetreuung
- Organisation Medikamentenbeschaffung und Verabreichen von Medikation
- Durchführung von Pflegestandards, z. B. Wundbehandlung, Verbände, Einreibungen, Wärmetherapie, Injektionen, Sturzprophylaxe,

Blutzuckermessung, Blutdruck und Herzfrequenzmessung, Thromboseprophylaxe, Richten einer Infusion, Krankenhauseinweisung

- Ausführung von ärztlichen Anordnungen
- Organisation Facharztvorstellungen
- Routinerundgänge und Krankenbesuche
- Mitverantwortung med. Notfallmanagement
- Mitverantwortung der Rehabilitandensicherheit
- Organisation pflegerischer Abschlussprozess

Erzieher/innen und geschultes Betreuungspersonal

- Betreute Freizeitangebote außerhalb der Therapie Kernzeiten für alle Rehabilitanden von 17:00 bis 21:30 Uhr
- Kennenlern-Angebote für neuangereiste Rehabilitanden bis 15 Jahre
- Betreuungsangebote für Rehabilitanden bis 11 Jahre
- Allgemeine Betreuung und Unterstützung während der Therapie Kernzeiten (Mo.-Fr. 08:00-17:00 Uhr)
- Heimwehbetreuung
- Speisesaalbetreuung von Kindern und hilfsbedürftigen Erwachsenen
- Betreuung von Begleitkindern
- Planung, Organisation und Durchführung von speziellen Programmen und Angeboten aus besonderen Anlässen
- Routinerundgänge

4.5 Behandlungselemente

Bei allen Therapien wird auf ärztliche Behandlungsstandards der Klinik sowie auf die Leitlinien der Fachgesellschaften zurückgegriffen. Für jede Indikation bestehen detaillierte Behandlungsmodule bezogen auf Diagnosen und Fähigkeitsstörungen. Im Sinne der ICF und Teilhabezielsetzung werden bei Aufnahme der Rehabilitanden neben klinischen Diagnosen auch Rehabilitationsdiagnosen festgelegt und entsprechende Rehabilitationsziele und Inhalte definiert. Dabei werden die spezifischen Kontextfaktoren der Rehabilitanden ausführlich berücksichtigt.

4.5.1 Therapeutische Bereiche mit ihrem Aufgaben und Angeboten

Physiotherapie

Kernstück des Behandlungskonzeptes ist die Dreidimensionale Skoliotherapie nach Katharina Schroth. Die Schroth-Therapie basiert auf neurophysiologischen Grundlagen. Sensomotorische und kinästhetische Korrekturprinzipien werden genutzt, um asymmetrische Haltungs- und Bewegungsmuster bewusst zu machen und zu verändern. Im Mittelpunkt steht die Rekalibrierung der durch die Skoliose/Wirbelsäulendeformität veränderten motorischen Steuerung und Kontrolle. Durch visuelle Feedbackschleifen und spezifische Mobilisations- und Stabilisationsübungen werden reversible Funktionsdefizite korrigiert und neue balancierte Haltungsvariationen installiert.

Großer Wert wird dabei auf edukative Elemente in der Körpertherapie gelegt um ein Verständnis für die Wirbelsäulendeformität sowie die Einsicht und Motivation zum Üben und Trainieren beim Betroffenen zu erwecken. Dies ist wichtig für den Transfer in den Alltag und die Motivation für die poststationäre Weiterbehandlung durch autorisierte Schroth-Therapeuten in Wohnortnähe.

Inhaltliche Schwerpunkte der Schroth-Therapie sind:

- Skoliosespezifische Physiotherapie nach Katharina Schroth
- Befundspezifische Physiotherapie bei sagittalen Haltungstörungen
- Atemtherapie

Ergänzende Physiotherapeutische Maßnahmen sind

- Physiotherapeutische Einzeltherapie bei Funktionsstörungen und Schmerzen (z.B. Manuelle Therapie, PNF, FBL, Reflektorische Atemtherapie, Brügger, ...)
- Befundspezifische Physiotherapie für Rehabilitanden nach Wirbelsäulenoperation (WS-OP), Instabilitäten der Wirbelsäule und sagittalen Haltungstörungen als Kleingruppen und Einzeltherapie (z.B. WS-OP-Programm, McKenzie, HWS-Selbstübungsprogramm, Autostabilisationsübungen)

Sport und Bewegungstherapie

- Sport/ Bewegungstherapie im Bewegungsbad
- Rückenschule und ATL Training
- Training auf dem Minitrampolin für sagittale Haltungstörungen
- Nordic Walking
- Koordinations- und Atemgymnastik im Freien

Physikalische Therapie

- Klassische Rückenmassagen
- Wärmetherapie (Wärmepackungen, Rotlicht, Heiße Rollen, etc.)
- Elektro- und Ultraschalltherapien
- Lymphdrainage

Ergotherapie

- Korsetttraining
- Gleichgewichts- und Koordinationstraining
- Fein- und Grobmotorik/ Wahrnehmungstraining
- Begleitende ergotherapeutische Unterstützung während des Krankenhausunterrichts zur Durchführung aktiver Pausen
- Kleingruppen zu den Themen Arbeitsplatz und Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Hausarbeit)

Ernährungsberatung

Im Rahmen der Ernährungsberatung sind Diätassistenten für die Beratung der Rehabilitanden in Ernährungsfragen nach den Leitlinien der DGE zuständig. Diese findet in Form von Einzelberatungen, Vorträgen, Büffetberatungen sowie in Lehrkücheneinheiten statt. Da bei vielen Rehabilitanden mit Skoliose Untergewicht bzw. Kachexie vorliegt, benötigen sie besondere ernährungsmedizinische Unterstützung.

Grundlegende Kenntnisse sowie evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen können praktisch in altersabgestuften Lehrkücheneinheiten vermittelt und vertieft werden. Des Weiteren werden individuell angepasste Sonderkostformen zubereitet, falls dies auf Grund von Allergien, Unverträglichkeiten oder speziellen Kostanforderungen notwendig ist. Bedingt durch die Altersgruppen unserer Rehabilitanden liegt ein weiterer großer Schwerpunkt im Bereich der Ernährungsprävention. Dies wird in den Schulungen und der Lehrkücheneinheit „Gesundes Frühstück“ vermittelt. Hier bereiten die Rehabilitanden im Rahmen einer Kleingruppe unter Anleitung ihr Frühstück zu.

Sozialberatung

Auf Grundlage des biopsychosozialen Modells bietet die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik eine kompetente Beratung in Form von Einzelberatungen und Informationsveranstaltungen/Schulungen in allen sozialrechtlichen Fragen an. Es erfolgt eine Unterstützung hinsichtlich der Umsetzung und Handhabung bestehender Möglichkeiten bei individuellen Fragestellungen und gesellschaftlichen Problemen der Rehabilitanden vor dem Hintergrund der jeweiligen öko-sozio-kulturellen Rahmenbedingungen. Bei Fragen zum Thema Rehabilitation und Teilhabe, Hilfestellung bei Beantragungen bis hin zur Unterstützung beim Ausfüllen von notwendigen Anträgen und Formularen (z.B. Grad der Behinderung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) wird der Rehabilitand unterstützt.

- Information und Unterstützung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung (u.a. Klärung von finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit längerfristiger/wiederkehrender Krankheit und bestehender/drohender Arbeitslosigkeit)
- Beratung und Organisation der weiteren Versorgung (z.B. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen, Angehörigeneinbeziehung, Vermittlung / Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen)
- Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Grundsicherung und Sozialhilfe; (Erwerbsminderungs-) Renten, Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe, des Schwerbehindertenrechts sowie weiterer Leistungen nach dem Sozialrecht
- Unterstützung und Beratung bei Problemen mit Krankenkassen, Arbeitsagenturen, DRV, den Ämtern für soziale Angelegenheiten, Integrationsämtern oder weiteren öffentlichen Einrichtungen. Erarbeitung von

Entscheidungshilfen für Fragen bezüglich der Rechte und Pflichten der Rehabilitanden. Im Bedarfsfall und mit Einverständnis des Rehabilitanden konkrete Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Stellen zur Beschleunigung der Verfahren

- Unterstützung/ Beratung bei familiären/ persönlichen Problemen

Psychologischer Dienst

Das psychologische Angebot steht allen Rehabilitanden offen, soweit eine ausreichende sprachliche Verständigung möglich ist.

Neben der Verordnung durch den behandelnden Arzt können die Rehabilitanden sich im Rahmen der Gruppenveranstaltung „Skoliose und Alltag“, die am Ende der ersten Reha-Woche gehalten wird, Kontakt zu einem Psychologen aufnehmen, so dass evtl. vorhandene Berührungängste abgebaut werden und die Rehabilitanden ihren Bedarf direkt anmelden können.

Auch ist der Zugang über die 3x wöchentlich stattfindende offene Sprechstunde möglich, von der Rehabilitanden ohne vorherige Anmeldung Gebrauch machen können.

Ziele des Leistungsangebotes:

- gezielte Förderung gesundheitlicher Schutz-/ Resilienzfaktoren, abgeleitet aus den biopsychosozialen und salutogenetischen Modellen
- ressourcenaktivierende Gestaltung der Gruppen mit ausgeprägter Teilnehmerorientierung und flexiblem Angebot im Sinne eines Baukasten-Systems
- Ressourcenaktivierung im Einzelsetting
- Vermittlung von Gesundheitsinformationen in allen Gruppen bei gleichzeitiger Möglichkeit des vertiefenden Arbeitens in Gruppen- und Einzelinterventionen

Multimodale Schmerztherapie

Für Rehabilitanden mit chronischen Schmerzbeschwerden sind Behandlungsansätze vorrangig auf der medizinischen, physiotherapeutischen und psychologischen Ebene angesiedelt. Sie finden aufeinander abgestimmt statt und gliedern sich hauptsächlich in bildende, aktive und passiv mobilisierende Bausteine.

Die psychologische Behandlung chronischer Schmerzen richtet sich in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik nach den aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien und umfasst die vorgeschriebenen evidenzbasierten Therapiemodule. Inhaltlich werden hier in Anlehnung an das DRV-Curriculum u.a. die Aktivierung psychischer Ressourcen, die Akzeptanz unveränderlicher Krankheitsfolgen und die Entwicklung einer realitätsangepassten Lebensperspektive angestrebt. Dies findet im Rahmen der Wissensvermittlung des biopsychosozialen Krankheitsmodells statt, welches in den kognitiv-behaviouralen Ansatz einzuordnen ist.

Die Rehabilitanden werden durch Schulungen und Präsentationen im Rahmen einer speziellen Gesundheitsbildung intensiv betreut. Damit wird der Grundstein für eine erfolgreiche spätere Krankheits- bzw. Schmerzbewältigung gelegt.

Die Schmerztherapie wird ergänzt durch Teile der manuellen Therapie, die sich vorrangig auf die Behandlung der reversiblen Funktionsstörungen konzentriert. Inhaltlich wechseln sich mobilisierende und stabilisierende Elemente ab. Schmerz- und Belastungsgrenzen werden thematisiert, wodurch die Kontrollfähigkeit von Belastung, Schmerz und Regeneration zunehmend wiederhergestellt wird. Maßnahmen zur Förderung der Körperwahrnehmung und Verbalisierung von Körperempfindungen unterstützen das propriozeptive, koordinative Training. Hier findet der fließende Übergang in die psychologische Behandlung der Schmerzpatienten statt, die die physiotherapeutische Behandlung durch die Vermittlung von kognitiv-verhaltenstheoretischen Schmerzbewältigungskompetenzen ergänzt. Diese beinhalten u. a. die Vermittlung von Kenntnissen über funktionale subjektive Krankheitstheorien, das Kennenlernen von Schmerzbeobachtungsinstrumenten, Stressbewältigungsstrategien, das Erkennen von externen Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen und Entspannungsverfahren.

Im Bedarfsfall erfolgt in der täglichen interdisziplinären Sprechstunde zeitnah mit dem Facharzt für Orthopädie, den behandelten Physiotherapeuten und ggf. auch den Ergotherapeuten eine effektive und strukturierte Befundung.

Die einzelnen Bausteine der Sitzungen sind aus dem bereits evaluierten Programmen „Back to Balance“ und dem „Marburger Schmerzbewältigungsprogramm“ (Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen, H.-D. Basler / B. Kröner-Herwig (Hg.)) zusammengestellt. Schmerzskalen und Schmerztagebücher dienen den Rehabilitanden während des Aufenthaltes zur individuellen Verlaufskontrolle.

Zudem kann eine an das WHO-Stufenschema angelehnte medikamentöse Schmerztherapie angeboten werden. Weitere schmerztherapeutische Maßnahmen sind die Anpassung und Anschulung eigens dafür entwickelter Schmerzorthesen.

Betreuung- / Rekreationstherapie

Um den jugendlichen Rehabilitanden die Eingewöhnung zur erleichtern, finden in den ersten beiden Anwesenheitstagen strukturierte „Kennenlernetreffen“ der neu angereisten Rehabilitanden bis zum Alter von 15 Jahren statt, die fest im Behandlungsplan hinterlegt sind.

Kinder zwischen 7 und 11 Jahren werden während therapiefreier Zeiten an den Nachmittagen im Wechsel zur aktiven und kreativen Beschäftigungstherapie herangezogen.

Für die Betreuung der Rehabilitanden nach der Therapie (ab 17:00/18:00 Uhr) und an den Wochenenden stehen den Rehabilitanden grundsätzlich zwei unterschiedliche

Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zum einen den „Freizeitraum“, in dem vorrangig Sport- und Gesellschaftsspiele angeboten werden, zum anderen den „Hobbyraum“, hier werden eher gestalterische Aktivitäten angeboten. Zudem bieten wir externe Aktivitäten an und organisieren Ausflüge und Besichtigungen in die Umgebung.

In den Abendstunden steht den Rehabilitanden das Bewegungsbad zur Verfügung.

Krankenhausunterricht

Im Rahmen der stationären Rehabilitation findet für Rehabilitanden bis 16 Jahre die Weiterführung der schulischen Ausbildung statt. Dazu bietet die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik einen am individuellen Wissens- und Lernstand der Rehabilitanden orientierten schulischen Überbrückungsunterricht von jeweils 10 Stunden pro Woche an. Die Rehabilitanden werden in kleinen Gruppen unter Berücksichtigung ihrer Schulart unterrichtet. Der Unterricht wird in den Gesamttherapieplan eingebunden.

4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

In der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik wird ein klinikeigenes MBOR-Modell dargestellt, welches die arbeits- und berufsbezogene Orientierung als Leitmotiv umsetzt.

Das Konzept basiert auf einer Analyse der beruflichen und alltagsrelevanten Gegebenheiten der Rehabilitanden. Diese Analyse führt zu einem Anforderungsprofil, welches zum einen berufstätige Rehabilitanden berücksichtigt, aber auch von jugendlichen Rehabilitanden, die kurz vor ihrer Berufswahl stehen, gerecht wird. Es soll die gesundheitlichen Voraussetzungen und Einstellungen zu ihrer Leistungsfähigkeit im Hinblick auf eine zukünftige berufliche Situation verbessern und einschätzen können. Die Umsetzung erfolgt aufgeteilt in einen allgemeinen präventiven und einen sozialmedizinisch-diagnostisch spezifischen Teil.

Nach Auswertung der angegebenen Berufsbilder der Rehabilitanden war zu erkennen, dass über 90% der Rehabilitanden einer sitzenden Bürotätigkeit nachgehen sowie erzieherisch oder pflegerisch tätig sind. Daher wurden 2 Schreibtischarbeitsplätze, 1 Erzieherarbeitsplatz sowie ein 1 Pflegebett aufgebaut, die als Musterarbeitsplätze dienen. Arbeitserprobung für handwerkliche Berufsgruppen findet am Work Park statt.

ergotherapeutische Schwerpunkte sind:

- Arbeitserprobung für relevante Berufe und Alltagssituationen (sitzender PC-Arbeitsplatz, Kinderbetreuung, Hauswirtschaft, Haushalt, Pflege)
- Kompetenztraining für jugendliche Berufseinsteiger
- Erkennen und Verändern von typischen Haltungsanforderungen bei Lernaktivitäten in der Schule und bei den Hausaufgaben

- Erwerb von Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten in Bezug auf ergonomische Arbeitsplatzgestaltung (Arbeitsplatztraining)
- Erkennen von typischen Belastungssituationen im beruflichen und häuslichen Alltag und Schulung der Selbstwahrnehmung
- Förderung und Training der Selbstkompetenz beim Gestalten von Haltungs- und Bewegungsanforderungen unter beruflichen Bedingungen
- Erkennen von Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (Hilfsmittelberatung) und in typischen Alltagssituationen
- Erlernen von Zusammenhängen zwischen Körperhaltung und pathophysiologischen Überlastungs- und Schmerzreaktionen
- Training von motorischen Fähigkeiten als präventiver Ansatz, um Anforderungen im Alltag kompetenter bewältigen zu können

Die Sozialberatung unterstützt in diesem Zusammenhang bei der Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen) als auch durch Information und Unterstützung zur beruflichen Wiedereingliederung, Förderung und Sicherung beruflicher Integration (bei Empfehlung von stufenweiser Wiedereingliederung am Arbeitsplatz, Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, berufliche Neuorientierung).

Nach Auswertung eines standardisierten Screening Verfahrens (UKS, basierend auf dem PHQ 4, Küch 2014) zur Klärung von Schmerz-, Depressionszuständen sowie Angststörungen und berufliche Problemlagen, welches alle erwachsenen Rehabilitanden durchlaufen, erfolgt ergebnisabhängig eine Verordnung zu einem Termin des psychologischen Dienstes durch den behandelnden Arzt. Ein jugendlich-angepasster UKS ist vorgesehen und wird zeitnah implementiert.

4.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung

Neben den Gesundheitsbildungsmaßnahmen in den medizinischen, therapeutischen und psychologischen Bereichen nehmen die Rehabilitanden auch an Schulungsmaßnahmen im ernährungswissenschaftlichen Bereich teil.

Die grundlegenden Kenntnisse über die Einflüsse der Ernährung und den entsprechenden Umgang mit der Erkrankung werden im Rahmen der altersabgestuften Schulungsprogramme vermittelt. Auf die Motivation zum eigenverantwortlichen Krankheitsmanagement wird großen Wert gelegt, teilweise auch eingebunden in die Schulungen in der Lehrküche, da die Erfahrungen und Erkenntnisse praktisch umgesetzt werden können. Ergänzt werden diese Schulungsmaßnahmen bei entsprechend bestehender Nebenindikation (z.B. Diabetes mellitus oder bei Nahrungsmittelallergien) durch Einzeltherapien. Grundlegende Kenntnisse sowie evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen werden praktisch in altersabgestuften bzw. indikationsspezifischen Lehrkücheneinheiten vermittelt und vertieft.

Thema	Inhalte	Referent
Medizinische Aspekte der Skoliose	- Ursachen, Folgen - Vorurteile und Ängste abbauen	Abteilungsärzte
Rückenschule bei WS-Deformitäten	- Hausaufgabenübungsprogramm - Aktivitäten des tgl. Lebens (Alltagstransfer)	Therapieleitung
Sucht und Genuss	- Alkohol und Drogen - Internet und Handy	Abteilungsarzt
Begrüßung	- Einführung - Reha-Ablauf	Chefarzt/ Oberarzt
Skoliose und Alltag	- Teilhabe an Beruf, Gesellschaft und Alltag	Psychologen
Vortrag Sozialberatung	- Integration in den Arbeitsplatz	Sozialberater
Vortrag Ernährung	- Grundlagen einer Gesunden und Vollwertigen Ernährung (Ernährungsquiz)	Diätassistenten

4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen

Durch das psychologische Gesprächsangebot und die Teilnahme an Krankheitsaufklärungsveranstaltungen können Eltern lernen, besser mit ihrem kranken Kind umzugehen und es zu verstehen. Die Eltern leiden meist stärker unter den Deformitäten ihrer Kinder als diese selbst.

Hierzu wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein Programm erarbeitet.

- Strategieentwicklung für die Krankheitsbewältigung zur Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen sowie Stress und zum Erlernen von Kompensationsstrategien
- Erlernen und Üben von sozialen Fähigkeiten, Selbstwertgefühl und Konfliktlösungsmuster (durch die Gruppenerfahrungen an sich und durch die Teilnahme, mit Unterstützung Gleichbetroffener, am sozialen gesellschaftlichen Leben, Ausprobieren pers. Feedback-Erfahrungen, Lernen Selbstbildnis und Fremdbeurteilung zu differenzieren und realistisch wahrzunehmen)
- Aufbau von selbst- und verantwortungsbewusster Eigeninitiative
- Gemeinsame Entwicklung eines Behandlungspfades für die Zeit nach der Rehabilitation

4.6 Entlassungsmanagement

Die ärztliche Abschlussuntersuchung zur Vorbereitung der Entlassung erfolgt 1-2 Tage vor Abreise des Rehabilitanden. Der Verlauf des Rehabilitationsverfahrens wird resümiert, die Entlassungsform bei erwerbsfähigen Rehabilitanden als arbeitsfähig oder arbeitsunfähig besprochen und begründet. Evtl. Nachsorgeleistungen werden verordnet.

Der Rehabilitand erhält bei Entlassung einen Entlassungs-Kurzbrief mit Angabe der Arbeitsfähigkeit und weiteren wesentlichen Informationen für den behandelnden Arzt am Wohnort. Die Übermittlung des Entlassungsbriefes an den Kostenträger und ggf. auch an den Rehabilitanden erfolgt spätestens bis zum 10. Werktag nach Entlassung.

Für die nachstationäre Versorgung nimmt der Rehabilitand sein Übungsheft mit nach aus, welches alle relevanten Übungen und Befundungen für den weiterbehandelnden Physiotherapeuten enthält.

4.6.1 Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist nach vorheriger Genehmigung durch die jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich, wenn sich das Erreichen des Rehabilitationszieles verzögert. Voraussetzung dafür ist, dass eine positive Rehabilitationsprognose besteht und die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist (bspw. nach einer interkurrenten Erkrankung im Laufe der Rehabilitation).

4.6.2 Berufliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Der Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter wird im Verlauf der Rehabilitation zur Frage der beruflichen Wiedereingliederung beraten und unterstützt. Bei Einwilligung des Rehabilitanden wird der zuständige Betriebsarzt bzw. der Arbeitgeber bereits während der Rehabilitationsmaßnahme vom Sozialdienst angesprochen, um alle Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung zu überprüfen, z. B. durch eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder um andere Maßnahmen der beruflichen Integration vorzubereiten.

Ist absehbar, dass der Rehabilitand nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren kann und kommt auch eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen, ggf. der Behinderung angepassten Arbeitsplatz nicht in Betracht, wird der zuständige Träger der beruflichen Rehabilitation eingeschaltet.

4.6.3 Beendigung der Maßnahme

Die Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn sich während der Rehabilitationsmaßnahme die in Kapitel 3 erwähnten Ausschlusskriterien zeigen oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist.

Bei schwerwiegenden persönlichen wie auch medizinischen Einschränkungen, die die Erreichung der Rehabilitationsziele in Frage stellen, kann es zu vorzeitigen Entlassungen aus medizinischen Gründen mit ärztlichem Einverständnis kommen. Auch sind bei mehrmaligen bzw. schwerwiegenden Verstößen gegen die Hausordnung vorzeitige Entlassungen aus disziplinarischen Gründen möglich.

4.7 Notfallmanagement

Die standardisierte Leitlinie zum Notfallmanagement beinhaltet sowohl das medizinische Notfallmanagement als auch die Prozessbeschreibung. Dadurch ist

eine zeitnahe strukturierte Notfallversorgung zu allen Tages- und Nachtzeiten gewährleistet. Das Reanimationsteam besteht aus dem diensthabenden Arzt und dem diensthabenden Gesundheits- und Krankenpfleger. Alle Notfälle werden auf einem standardisierten Formular dokumentiert und dem Chefarzt zur Auswertung und Besprechung im Nachgang zugeleitet.

4.7.1 Notfallausrüstung

Es wird eine Notfallausrüstung bestehend aus Notfallrucksack (Dienstarzt), O₂-Flasche und AED + EKG- Funktion (PDZ R53) sowie eine leichte Notfalltasche PD, die der Pflegedienst immer mit sich führt, vorgehalten. Zusätzlich befindet sich ein AED im 1.OG Flur vor Halle 6 und ein AED im Flur 1.OG vor R 162.

Umgang mit der Notfallausrüstung:

- Den Notfallrucksack hat der diensthabende Arzt bei sich und übergibt ihn bei Dienstübergabe dem nachfolgenden Kollegen. Dieser überprüft den Rucksack auf Unversehrtheit. Der Dienstarzt überprüft auch die Ablaufdaten der Medikamente in regelmäßigen Abständen.
- Der Pflegedienst überprüft 1x wöchentlich die AED's und O₂- Flasche auf Funktionstüchtigkeit und den vollständigen Inhalt der leichten Notfalltasche.
- 1x/Monat wird der Inhalt des Notfallrucksacks sowie die Funktionsfähigkeit der Notfallausrüstung anhand einer Checkliste durch den Pflegedienst/ Dienstarzt geprüft und dokumentiert
- Die Funktionsfähigkeit der medizinischen Geräte (AED, Sauerstoffgerät, Laryngoskop, BZ-Gerät,) wird 1x/wöchentlich routinemäßig geprüft (intern) und durch den PD dokumentiert
- 1x jährlich erfolgt eine Bestandsaktualisierung durch den CA/OA/ Beauftragter Notfallmanagement
- Jeder medizinische Mitarbeiter hat Zugang zur Notfallausrüstung
- Neben den darin enthaltenen Notfallmedikamenten haben alle befugten PD-Mitarbeiter jederzeit uneingeschränkten Zugriff auf den Arzneimittelbestand in der Pflegezentrale

4.7.2 Notfallmaßnahmen

Die Organisation der Notfallversorgung obliegt dem Chefarzt. Der Dienstarzt ist für die Umsetzung im Notfall verantwortlich, er führt immer einen nach dem Standardnotfallmanagement ausgerüsteten Notfallrucksack mit. Bei Bedarf wird ein Defibrillator vorgehalten, der zusätzlich auch an 2 öffentlichen Bereichen vorgehalten wird. Das Vorgehen in einer med. Notfallsituation ist schriftlich geregelt (Notfallkette siehe Anlage). Jeder Notfall wird im Notfallprotokoll genau dokumentiert.

Die Notfallalarmierung erfolgt grundsätzlich über die Notruftaster, die in allen Bereichen der Klinik vorgehalten werden. In Räumen (Büros) ohne Notruftaster, befindet sich eine Alarmtafel am Telefon, auf der die Alarmierung beschrieben ist.

Wurde ein Notruf ausgelöst nimmt der Pflegedienst sofort telefonischen Kontakt auf. In Bereichen, in denen keine telefonische Kontaktaufnahme möglich ist bzw. das Telefon nicht abgenommen wird, begibt er sich mit der Notfalltasche sofort zu dem auf der Notrufanlage angezeigten Ort. Vorort entscheidet er dann, ob der Ärztliche Dienst via Funkgerät verständigt werden muss. Sollte dies notwendig sein, werden sofort nach Verständigung des Arztes Erste-Hilfe-Maßnahmen eingeleitet. Stellt sich heraus, dass der Notfall nicht mit den hausinternen Mitteln beherrschbar ist, wird der Rettungsdienst informiert und es findet eine Verlegung ins nächste Krankenhaus statt.

Ein eingetretener Notfall wird in der Patientenakte ausführlich dokumentiert. Bei Verlegung werden wichtige Informationen des Rehabilitanden für den weiterbehandelnden Arzt im Krankenhaus, der zwischenzeitlich telefonisch über das Eintreffen eines Notfallpatienten informiert wurde, kopiert und mitgegeben. Der behandelnde Arzt hat die Aufgabe, sich über den weiteren Krankheitsverlauf des Rehabilitanden zu informieren.

Nach jedem Notfall wird ein Notfallprotokoll ausgefüllt sowie eine dokumentierte Nachbesprechung (bei Einsatz des Notfallrucksacks) für jeden Fall durchgeführt. 1x jährlich findet im Rahmen der Teambesprechung eine statistische Erhebung der Notfälle statt. Es wird bekannt gegeben, wie viele Notfälle im Jahr mit Einsatz des Notfallrucksacks eingetreten sind.

4.7.3 Notfallschulungen und Übungen

Jährlich findet für das med. Personal (Reanimationsteam bestehend aus exam. Krankenschwestern und Ärzte) eine Schulung zum Notfallmanagement inkl. praktischer Reanimationsschulung statt. Unter Anleitung und Kontrolle des beauftragten Arztes für Notfallmanagement, übt jeder Teilnehmer die praktischen Handlungen der Reanimation im gemeinsamen Zusammenspiel. Alle 2 Jahre werden alle Mitarbeiter der Einrichtung in den Grundlagen der Reanimation unter Anleitung und Kontrolle eines speziell ausgebildeten MA in der Reanimation theoretisch wie auch praktisch geschult.

Weiterhin schulen alle Abteilungsleiter jährlich ihre Mitarbeiter bzgl. Notfallalarmierung und im Umgang mit dem Erste-Hilfe-Koffer. Jeder neue Mitarbeiter wird im Rahmen der standardisierten Einarbeitung hinsichtlich des Notfallmanagements geschult.

4.8 Angaben zur Hygiene

Durch die Einhaltung der Richtlinien der Krankenhaushygieneverordnung des jeweiligen Landes werden Krankenhausinfektionen verhütet und bekämpft. Die hausinterne Richtlinie regelt die maßgebenden Verfahren zur Einhaltung der gesetzlichen Richtlinie.

Die Klinik verfügt über ein Hygienekonzept, in dem alle für eine Rehabilitationsklinik relevanten Hygienemaßnahmen und -kontrollen verbindlich vorgeschrieben sind. Die Inhalte des Hygieneplans basieren auf den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes und den Vorschriften der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Zur Umsetzung der Vorgaben hat die Klinik einen hygienebeauftragten Arzt und zwei hygienebeauftragte Pflegekräfte ausgebildet und bestellt. Unterstützt werden die internen Beauftragten durch eine externe Hygienefachkraft.

Es finden regelmäßige standardisierte und protokollierte Hygienebegehungen aller Bereiche durch die Hygienefachkraft gemeinsam mit einem hygienebeauftragten Mitarbeiter der Klinik statt. Die etablierte Hygienekommission der Klinik hat u.a. die Aufgabe, die Ergebnisse dieser Begehungen zu besprechen, abgeleitete Maßnahmen zu überwachen sowie die Beachtung von Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen unter Einbeziehung therapeutischer Maßnahmen zu protokollieren. Die Ergebnisse der regelmäßigen mikrobiologischen Wasseruntersuchungen werden ebenfalls in der Hygienekommission besprochen, beraten und protokolliert.

Die Hygienekommission tagt 4x jährlich. Zu den Mitgliedern gehören Geschäftsleitung, Chefarzt, hygienebeauftragte Ärztin, hygienebeauftragte Mitarbeiter der Pflege, externe Hygienefachkraft, Qualitätsbeauftragter sowie alle Abteilungsleiter.

Die jährliche Hygieneschulung ist für alle Mitarbeiter eine Pflichtschulung. Inhalte der Schulungen umfassen die Themen Händedesinfektion, Multiresistente Erreger, Influenza, Küchenhygiene und Noro-Viren. 1 x jährlich nehmen die hygienebeauftragten Mitarbeiter an der 2-tägigen Asklepios Hygienekonferenz/-schulung teil.

Hygienefachkraft (extern)	Andrea Stumm (Asklepios Paulinen Klinik, Wiesbaden)
Hygienebeauftragte Ärztin	Angelika Möhler
Hygienebeauftragte im Pflegedienst	Pia Fey Sabine Hehmann

5. Dokumentation

5.1 Patientenakte

Für jeden Rehabilitanden wird eine elektronische Krankenakte angelegt, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen und durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation umfasst insbesondere:

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die definierten Rehabilitationsziele und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen sowie der Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen im Verlaufsbogen
- den Entlassungsbericht

Zusätzlich wird noch eine Papierakte für jeden Rehabilitanden vorgehalten, die kontinuierlich weiter reduziert wird, um in Zukunft ganz auf die papierlose Dokumentation umzustellen.

5.2 Therapieplanung

Die Therapieplanung für die Rehabilitanden erfolgt ebenfalls elektronisch im KIS zunächst nach vorgegebenen Behandlungspfaden. Bei der medizinischen und therapeutischen Aufnahme der Rehabilitanden, wird dieser Behandlungspfad bestätigt oder verändert bzw. um notwendige individuelle Maßnahmen ergänzt. Die Verordnung der Therapien erfolgt ebenfalls elektronisch. Die Verordnungen werden in der Therapieplanung über eine entsprechende Aufgabenliste zentral bearbeitet.

Für den Rehabilitanden werden wöchentliche Therapiepläne ausgedruckt und ausgehändigt. Bei unterwöchigen Änderungen wird ein neuer Plan generiert und ausgehändigt.

5.3 Umsetzung der KTL Vorgaben

Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) ist in der EDV hinterlegt. Für die Umsetzung der KTL Vorgaben hält die elektronische Therapieplanung ein Ampelsystem vor, welches dem verordnenden Arzt Auskunft hinsichtlich des Erfüllungsgrades der KTL Vorgaben gibt. In regelmäßigen Abständen werden interne Reportings erstellt, um die Einhaltung zu überprüfen. *(im Aufbau)*

Weiterhin wird die KTL-Auswertung der Dt. Rentenversicherung genutzt, um den Behandlungspfade weiter zu optimieren. Auch konzernintern werden diese Informationen in einem Benchmark erfasst und ausgewertet.

5.4 Erfassung durchgeführter Leistungen

Alle Termine des Rehabilitanden werden zentral in der Therapieplanung geplant und gespeichert, so dass am Ende der Rehabilitation die Vollständigkeit der Behandlungstermine sichergestellt ist.

Nimmt ein Rehabilitand einen Behandlungstermin nicht wahr, gibt der Behandler eine entsprechende Rückmeldung an die Therapieplanung und der Termin wird nach Möglichkeit umgeplant oder gelöscht, wenn kein Alternativtermin mehr möglich ist. Nicht wahrgenommene Termine werden vom behandelnden Arzt mit dem Rehabilitanden besprochen.

Weiterhin führt der Rehabilitand sowohl für die ausführliche Information aller am Behandlungsprozess behandelnden Therapeuten als auch für die ambulante nachstationäre Versorgung das Übungsheft mit sich. In diesem Übungsheft werden von den Therapeuten Unterschriften für die durchgeführten Übungen dokumentiert. Bei jugendlichen Rehabilitanden dient das Übungsheft auch der Kontrolle der Mitarbeit.

5.5 Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes

Nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme erhalten der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht, der u.a. folgende Angaben enthält:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; dies umfasst z. B. die Stellungnahme
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psycho-sozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
 - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation, Rehabilitationssport und Funktionstraining)
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Maßnahmen vorgeschlagen, sollte, mit Einwilligung des Rehabilitanden, auch der betriebsärztliche Dienst den Teil des Entlassungsberichtes, der diese Vorschläge enthält, erhalten.

6. Angaben zum Datenschutz

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik hat einen externen Datenschutzbeauftragten bestellt, welcher regelmäßige protokollierte Begehungen durchführt und die Mitarbeiter zu Themen des Datenschutzes informiert. Intern steht eine benannte Datenschutzassistentin für alle Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Die Klinik verfügt über das notwendige Verzeichnisse zum Datenschutz als auch über ein Datenschutzhandbuch. Jeder neue Mitarbeiter wird hinsichtlich des Datenschutzes verpflichtet. Alle Mitarbeiter werden regelmäßig im Datenschutz sowohl von den Abteilungsleitern als auch dem Datenschutzbeauftragten geschult.

Im Rahmen des Datenschutzes wird auf den vertraulichen Umgang, die sichere Archivierung und konsequente Vernichtung geachtet. Für die datenschutzkonforme Nutzung der aller gespeicherten Rehabilitandendaten liegt ein Berechtigungskonzept vor. Der Zugang zum Aktenarchiv ist ebenfalls schriftlich geregelt und nur 3 Bereichen vorbehalten. Jede Aktenentnahme und -rückgabe wird entsprechend dokumentiert.

Datenschutzbeauftragter (extern)

Dipl.-Ing. Jan Alkemade
Egerländer Str. 9
61239 Ober-Mörlen
Tel: 06002-939593

Datenschutzassistentin

Juliane Hofmann

7. Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement (QM) ist in der Unternehmensstrategie der Asklepios-Gruppe fest verankert und hat damit einen hohen Stellenwert. Im Sinne der Asklepios Unternehmensgrundsätze „Gesund werden. Gesund bleiben“ betreibt die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim ein Qualitätsmanagement, welches die Interessen und das Wohl der Rehabilitanden und Mitarbeiter in den Vordergrund stellt. Grundlage aller Qualitätsmanagement-Aktivitäten ist das bei Asklepios entwickelte Asklepios-Modell für integriertes Qualitätsmanagement (AMIQ).

Das Modell ist in allen Einrichtungen der Asklepios-Gruppe implementiert und wird fortwährend ausgebaut. Es umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierbei erfolgt eine systematische Beschreibung und Überprüfung aller Abläufe und Strukturen, der Ausbau von Stärken, die Arbeit an Verbesserungspotentialen sowie die Messung und Überwachung der Qualität.

Die Klinik wurde 2012 erstmalig nach KTQ (einschl. BAR Kriterien) zertifiziert. Die erste Re-Zertifizierung vor Ablauf von 3 Jahren wurde erfolgreich im Sommer 2015 absolviert. Im Jahr 2018 findet ein Wechsel des Qualitätsmanagementsystems statt und die Klinik wird nach IQMP-Kompakt zertifiziert.

7.1 Qualitätssicherung (extern / intern)

Die Asklepios Katharina-Schroth Klinik nimmt an dem Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung teil.

Weiterhin finden 2x jährlich unangekündigte externe Audits durch den TÜV Süd in der Klinik statt, um die Küchenhygiene und Reinigungsqualität sowie die Kundenorientierung an unserer Rezeption zu prüfen. Zusätzlich finden regelmäßig anhand eines Auditplans interne Audits durch den Konzernbereich Qualität, den Qualitätsbeauftragten (QMB) sowie auch durch die Sicherheitsfachkräfte statt.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung werden Daten in definierten Zeitintervallen erhoben, in einer Kennzahlentabelle erfasst und durch den QMB ausgewertet. Die Ergebnisse werden in den Sitzungen der monatlich tagenden QM-Lenkungsgruppe besprochen und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

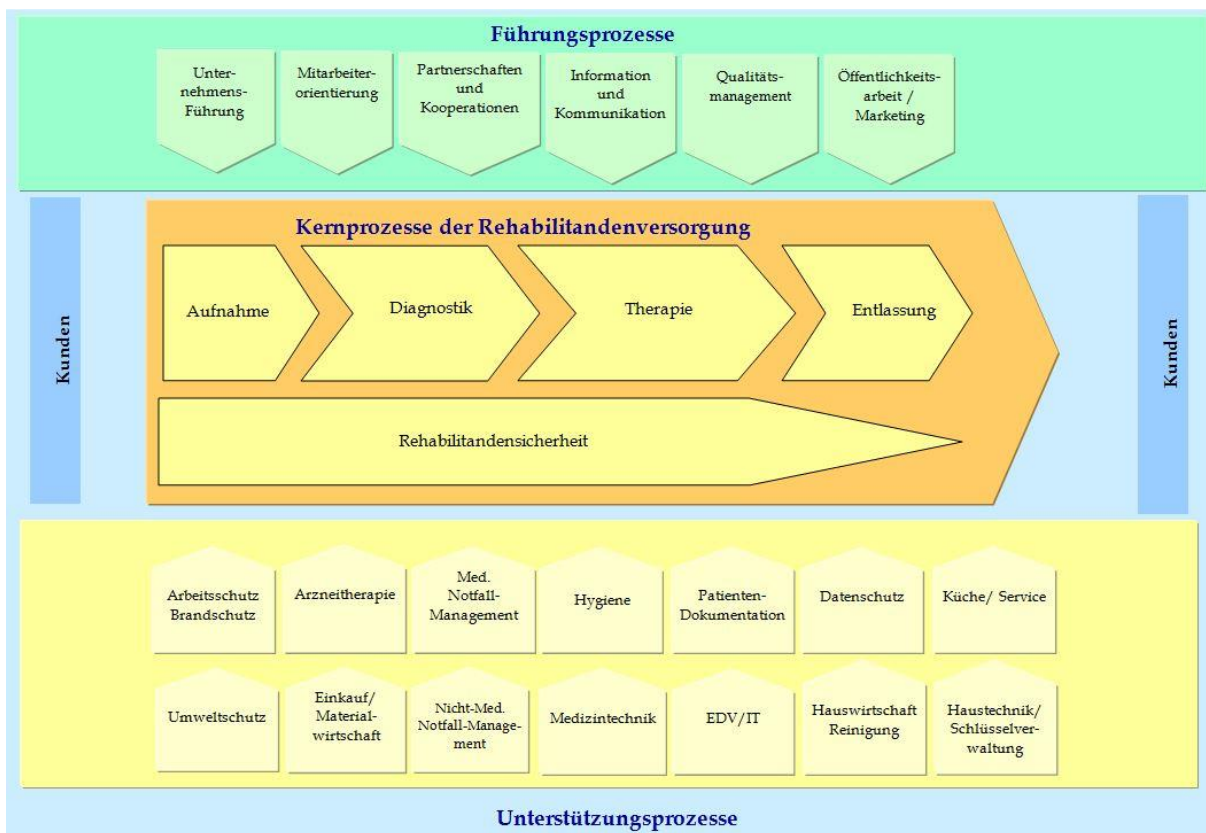
Darüber hinaus beteiligt sich die Klinik an folgenden Qualitäts-Benchmarkprojekten:

- Asklepios Qualitätsmonitor (wird vom Asklepios Konzern geführt und ist ein Managementmonitor, der die Ergebnisqualität aller Asklepios Einrichtungen in unterschiedlichen Kennzahlensystemen transparent darstellt und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses eine Steuerung ermöglicht)
- Qualitätskliniken Reha (Vergleich mit anderen Einrichtungen zu den Dimensionen Rehabilitanden-/ Zufriedenheit, -Sicherheit, Organisationsqualität und med. Ergebnisqualität =4QD Reha. inkl. externer Rehabilitandenbefragung).
- Asklepios Reha-Bewertungssystem

7.2 Prozesse

Die Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung unserer Rehabilitanden ist selbstverständlich die erste und wichtigste Aufgabe der Klinik und aller Mitarbeiter. Zur Strukturierung und Optimierung aller klinischen Abläufe und Sicherung eines hohen Qualitätsstandards wurde ein Prozessmodell entwickelt, in dem die umfassende Rehabilitandenversorgung (Kernprozess) in den Prozessschritten Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Entlassung geregelt ist. Dabei hat für uns die Rehabilitandensicherheit in allen Prozessschritten oberste Priorität.

Prozessmodell



7.3 Richtlinien und Arbeitsanweisungen

Inhaltlich sind alle Prozessschritte in Form von Prozessbeschreibungen, Standards (SOP), Verfahrensanweisungen und/oder Arbeitsanweisungen auf Basis aktuell gültiger Leitlinien und wissenschaftlicher Erkenntnisse schriftlich geregelt und somit verbindlich für alle Beteiligten. Für die Hauptdiagnosen sind standardisierte Behandlungspfade definiert.

Alle Dokumente der Einrichtung werden gemäß der Verfahrensanweisung erstellt und im Rahmen der Dokumentenlenkung in regelhaften Abständen inhaltlich überprüft und bei Bedarf angepasst.

In einer zentralen Dokumentenbibliothek, auf die alle Mitarbeiter jederzeit Zugriff haben, sind alle Dokumente verfügbar, werden in regelmäßigen Prüfzyklen aktualisiert und erneut freigegeben. Damit ist gewährleistet, dass alle Mitarbeiter mit aktuellen und gültigen Dokumenten arbeiten.

7.4 Planung der Prozesse

Bei der Prozessplanung und Entwicklung werden aktuelle Leitlinien und wissenschaftliche Erkenntnisse sowie nationale und internationale Standards berücksichtigt. Die ständige Überprüfung der Prozesse und Abläufe ist durch die konsequente Anwendung des PDCA-Zyklus gewährleistet. Abläufe im Kernprozess werden jährlich intern auditiert, Führungs- und Unterstützungsprozesse im 3-Jahreszyklus.

7.5 Spezifische Qualitätspolitik

Im QM-Konzept der Klinik sowie der jährlichen QM-Zielplanung sind Umsetzung und Weiterentwicklung des QM festgelegt.

Als Teil der Gesamtzielplanung der Einrichtung wird jährlich ein QM-Zielplan aufgestellt. Er beinhaltet die Zielevaluation des Vorjahres sowie definierte Qualitätsziele auf Einrichtungs- und Abteilungsebene für das kommende Jahr. Zur Erreichung der Ziele sind im QM-Zielplan konkrete Umsetzungsmaßnahmen festgelegt.

Im Rahmen des Fehlermanagements, des Auditwesens, der Dokumentationsanalyse und des Beschwerdemanagements werden alle fehlerhaften Leistungen erfasst und immer im Sinne des PDCA-Zyklus bearbeitet. Betroffene Mitarbeiter werden, sofern bekannt, immer in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen. Der QM-Maßnahmenplan dient als Dokumentations- und Steuerungsgrundlage. Alle Korrekturmaßnahmen werden über den QM-Maßnahmenplan erfasst und monatlich durch die QMLG kontrolliert.

Beschwerdemanagement/ Rehabilitandenbefragung

Das interne Beschwerdemanagement ist auf Basis des Asklepios-Standards zum Beschwerdemanagement geregelt. Über das Beschwerdemanagement, das Internet als auch persönlich werden Rückmeldungen von Rehabilitanden sowie Besuchern der Klinik systematisch erfasst. Die Annahme, Bearbeitung, Controlling und das Ableiten von Verbesserungspotential erfolgt auf Basis von Schweregraden und Kategorien standardisiert.

Rehabilitandenbefragungen werden kontinuierlich mittels standardisiertem Bewertungsbogen durchgeführt, jährlich ausgewertet und die Ergebnisse den Rehabilitanden und den Mitarbeitern kommuniziert.

Risikomanagement

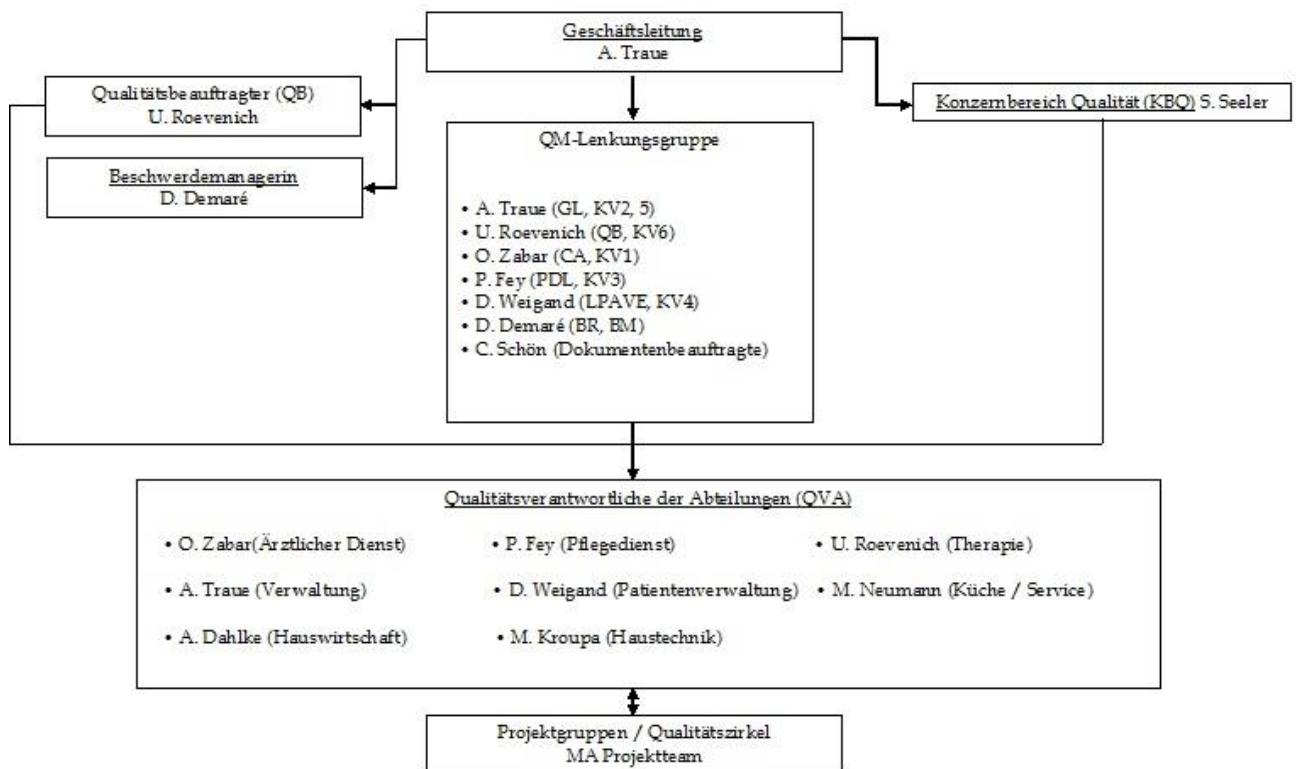
CIRS (Critical Incident Reporting System) wurde in der gesamten Einrichtung mit der Zielsetzung eingeführt, unerwünschte Ereignisse und Fehler zu vermeiden und so die Rehabilitandensicherheit zu erhöhen. Das Meldesystem funktioniert absolut anonym und wird als wichtiger Impulsgeber zur Prozessoptimierung verstanden.

Aus den einzelnen Meldungen werden im Lenkungsausschuss die notwendigen Maßnahmen abgeleitet.

7.6 Aufbau des QM-Systems

Qualitätsmanagement ist in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik als Führungsaufgabe definiert. Die Geschäftsführung, der Chefarzt sowie alle Abteilungsleiter sind verantwortlich in das Qualitätsmanagement eingebunden.

QM-Organigramm



8. Forschung

Die Klinik besitzt aufgrund der langjährigen Behandlung eine tiefgreifende und breite Erfahrung in der Skoliosebehandlung.

Dennoch ist die wissenschaftliche Datenlage sehr spärlich. Um dies zu ändern haben wir bereits Vorgespräche für Studienkooperationen mit Frau Prof. Ohlendorf, Universitätsklinikum Frankfurt (Fachgebiet der Sozial- und Arbeitsmedizin), Herrn Prof. Rauschmann, Universitätsklinikum Frankfurt (Fachgebiet Orthopädie) sowie Herrn Prof. Drees, Universitätsklinikum Mainz (Orthopädie) und Herrn Prof. Schulte, Universitätsklinikum Bochum (Fachgebiet Orthopädie) geführt.

Das gemeinsame Ziel ist es evidenzbasierte Studien durchzuführen um einerseits die Behandlungskonzeption weiterzuentwickeln und andererseits die Datenlage zur konservativen Therapie deutlicher aufzuzeigen.

9. Literaturverzeichnis

DRV Bund (Hrsg.) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung. 3. Auflage (4/2009)

DRV Bund (Hrsg.) (2014): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung . 2. Aktualisierte Auflage.

DRV Bund (Hrsg.) (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

DRV Bund (Hrsg.) (2015): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Medizinischen Rehabilitation.

DRV Baden-Württemberg (Hrsg.) (2014): Spektrum der Deutschen Rentenversicherung, Arbeit-Gesundheit-Rehabilitation, Ausg. 2/2014, Okt. 2014.

DRV Bund (Hrsg.) (2014): Reha-Bericht. Update 2014. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Baumann, M., Schmitz, C. & Zieger, A. (Hrsg.): Rehapädagogik - Rehamedizin - Mensch. Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie und Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren 2010

10. Abkürzungsverzeichnis

(nicht notwendig)

11. Mustertherapiepläne / Modellhafter Therapieverlauf

Die Gruppenstunden bilden wöchentlich eine geschlossene Einheit mit feststehenden Inhalten, die in einem fixen Wochenrhythmus ablaufen. Daher findet in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik ausschließlich mittwochs die An- und Abreise statt, so dass die Gruppenstunden donnerstags starten und dienstags inhaltlich abgeschlossen sind. Für anwesende Rehabilitanden werden mittwochs Inhalte wiederholt, bis donnerstags die neuen Gruppen starten. Je nach Stand der Behandlung und Ausprägung der Skoliose sind die Rehabilitanden zwischen drei und sechs Wochen anwesend. Der Anreisetag ist für die an- und abreisenden Rehabilitanden für Untersuchungen und administrative Termine reserviert.

Noch am Anreisetag werden die Rehabilitanden durch die Rezeption, den Pflegedienst und den Physiotherapeuten aufgenommen sowie ärztlich untersucht. Bei spätem Eintreffen (nach 16.30 Uhr) des Rehabilitanden erfolgt immer eine ärztliche Kurz-Aufnahme, so dass jeder Patient am Aufnahmetag von einem Arzt untersucht wird. Die vollständige Aufnahmeuntersuchung erfolgt dann am nächsten Vormittag. Die Therapie beginnt stets am 1. Tag nach Anreise.

Innerhalb der ersten 48 Stunden erfolgt die Facharztvisite zur Prüfung der Indikation, des Verordnungsplans sowie das Ansprechen beruflicher Aspekte insbesondere bei Rehabilitanden mit besonderen beruflichen oder psychologischen Problemlagen, um zeitnah ein Termin in der Sozialberatung/Ergotherapie/Psychologie einzuplanen.

Der Rehabilitand hat täglich die Möglichkeit beim betreuenden Assistenzarzt einen Termin zu vereinbaren. Auch fachärztliche orthopädische sowie internistische Untersuchungen sind dreimal täglich (morgens, mittags und nachmittags) bei Auffälligkeiten oder Anfragen durch die Abteilungsärzte oder dem Rehabilitanden kurzfristig einplanbar.

Mehr als dreiviertel der Rehabilitanden sind Kinder und Jugendliche. Dementsprechend sind diese altersgebundene Erkrankungen aus dem Kreis der akuten Infektionen, der Verletzungen aber auch der bereits vorliegenden chronischen Erkrankungen unterschiedlich im Vergleich zur Therapie von Erwachsenen. Daher bieten wir den Kindern und Jugendlichen dreimal täglich (morgens, mittags und nachmittags) eine Sprechstunde bei unserem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an. Die pädiatrische Sprechstunde dient auch als Schnittstelle zwischen den Abteilungen der Psychologie, Ernährungsberatung, Physiotherapie und Ergotherapie. Unter anderem werden hier Rehabilitanden mit Gewichtsproblematik, mit selbstverletzendem Verhalten bzw. psychischen Erkrankungen, auffälligem sozialen Verhalten oder auch im Rahmen der syndromalen Erkrankungen interdisziplinär behandelt und betreut.

Nach 7 bis 10 Tagen erfolgt eine Chef- oder Oberarztvisite zur Befund- und Verlaufskontrolle sowie der Besprechung von sozialmedizinischen Aspekten bei erwachsenen Rehabilitanden und des Berufswunsches bei jugendlichen

Rehabilitanden. Die sozialmedizinische Beurteilung erfolgt abschließend in interdisziplinären Besprechungen mit den Abteilungen Ärzte, Ergotherapie, Sozialdienst und den Psychologen.

Die ärztliche Abschlussuntersuchung zur Vorbereitung der Entlassung erfolgt 1 bis 2 Tage vor Abreise des Rehabilitanden. Der Verlauf des Rehabilitationsverfahrens wird resümiert, die Entlassungsform als arbeitsfähig oder arbeitsunfähig besprochen und begründet. Eventuelle Nachsorgeleistungen werden besprochen und verordnet. Der Rehabilitand erhält bei Entlassung eine Entlassungsmitteilung sowie einen Kurzentlassbericht. Die Übermittlung des Entlassungsbriefes an den Kostenträger und ggf. auch an den Rehabilitanden erfolgt bis spätestens zum 10. Werktag nach Entlassung.

Wir haben unterschiedliche Behandlungspfade für unsere Rehabilitanden, die sich modellhaft wie folgt darstellen lassen.

Mustertherapieplan Rehabilitanden bis 11 Jahre

Zeit/ Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag + Sonntag
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00	Visite	Atemtherapie	Schulunterricht	Juniortraining	<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	
08:30	Schulunterricht	Psychologisches Gr. Angebot				
09:00						
09:30						
10:00	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	
10:30	Schulunterricht	Visite	Schulunterricht	Kleingr./Flachrücken	Korsett- sprechstunde	
11:00		Juniortraining		<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	Juniortraining	
11:30						
12:00						
12:30	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen
13:30				Ergotherapie (Bsp. Korsettschulung)		Freizeit/ Rekreationsth.
14:00	Juniorfreizeit	<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	Funktions- spez. Übung	Bewegungsbad	Juniorfreizeit	
14:30						
15:00						
15:30	Bewegungsbad	Juniorfreizeit	Skoliosegr./ADL	Juniorfreizeit	<u>Juniorprogramm:</u> Skoliose Fußgymnastik, funkt. Spiele	
16:00						
16:30						
17:00		Lehrküche (bis 19:00 Uhr)				
17:30						
18:00	Abendessen		Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30 bis 21:30	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.

Mustertherapieplan Jugendliche (12-16 Jahre)

Zeit/ Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	
08:00	Schulunterricht	Atemtherapie	Schulunterricht	PT-Einzel	Kleingr./ Minitrampolin	Skoliosegr./ musterspez.		
08:30		Psychologische s Gr. Angebot		Skoliosegr./ musterspez.	Ergo Grp./ Lehrküche			
09:00					Skoliosegr./ Atmung			Korsettsprechst unde
09:30								OP-Beratung
10:00	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause		
10:30	Schulunterricht	Kleingr./ Flachrücken	Schulunterricht	Kleingr./ McKenzie HWS	PT-Einzel	Funktionsspez. Übungen	Aqua Aerobic	
11:00		Funktionsspez. Übung		Funktionsspez. Übungen	Skoliosegr./ musterspez.			
11:30						Diagnostik	Sozialberatung	Skoliosegr./ Atmung
12:00								
12:30	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen	Mittagessen	
13:30	PT- Einzel		Ergo / Waschküche	Ergo-Einzel	Korsettschulun g/ Ergo			
14:00	Ergo/ PC	Skoliosegruppe /musterspez.	Funktionsspez. Übung	Skoliosegruppe /musterspez.	Korsettschulun g/ Arzt			
14:30	Funktionsspez. Übung				Skoliosegr. / Rumpf- u. Bauchmuskeltr aining			Skoliosegr./ Funktionsgymn astik
15:00								
15:30	Skoliosegr./ musterspez.	Funktionsspez. Übungen		Skoliosegr./ ADL	Funktionsspez. Übung	KG-Einzel	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.
16:00			Skoliosegr./ Fußgymnastik		Lehrküche (bis 19:30 Uhr)			
16:30	Pause	Vortrag Sozialberatung				Pause		
17:00								
17:30			Pause					
18:00	Abendessen		Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	
18:30 bis 21:30	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit / Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	

Mustertherapieplan Rehabilitanden ab 17 Jahre

Zeit/ Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
07:30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	
08:00	Kleingr./ Stabilisation	Atemtherapie	Massage	PT-Einzel	Kleingr./ Minitrampolin	Skoliosegr./ Musterspez.		
08:30	Skoliosegr./ musterspez.	Psychologische s Gr. Angebot	Funktionsspez. Übung	Skoliosegr./ musterspez.	Ergo Grp./ Lehrküche			Skoliosegr./ Atmung
09:00	Skoliosegr./ funkt.Gym.Ball			Skoliosegr./ Atmung	OP-Beratung			Skoliosegr./ Funktionsgym.
09:30	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause	Müslipause		
10:00	Visite	Kleingr./ Flachrücken	Kleingr. McKenzie	Kleingr./ McKenzie HWS	PT-Einzel	Funktionsspez. Übungen	Aqua Aerobic	
10:30	Funktionsspez. Übung	Funktionsspez. Übung	Gr. Bew. Bad	Funktionsspez. Übungen	Skoliosegr./ musterspez.			
11:00	Fango	Diagnostik			Sozialberatung	Skoliosegr./ Atmung	Pause	
11:30	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen mit Buffetschulung bei Bedarf	Mittagessen	Mittagessen	
12:30	PT- Einzel	Massage	Ergo/ Waschküche	Ergo-Einzel Arbeitsplatz	Fango			
13:30	Ergo/ PC	Entspannung PMR	Funktionsspez. Übung	Skoliosegruppe /musterspez.	Massage			
14:00	Funktionsspez. Übung			Skoliosegr./ Funktionsgymn astik	Funktionsspez. Übung			
14:30	Skoliosegr./ musterspez.	Funktionsspez. Übungen	Skoliosegr./ADL	Entspannung PMR	Skoliosegr./ musterspez.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	
15:00	Skoliosegr./ Fußgymnastik	Lehrküche (bis 19:30 Uhr)		Vortrag Sozialberatung	Pause			Skoliosegr./ Entspannung
15:30	Pause		Pause	Gesundheitsbil dung				
16:00	Abendessen		Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
16:30	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth	Freizeit/ Rekreationsth	Freizeit/ Rekreationsth	Freizeit/ Rekreationsth.	Freizeit/ Rekreationsth	
17:00	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	Freies Schwimmen (20.00-21.00 Uhr)	
17:30								
18:00								
18:30 bis 21:30								