



Leitlinien für die Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

1999

- **Inhaltsübersicht**
- **Einleitung**
- **Übersicht der Hauptdiagnosen und Fallgruppen**
- **Diagnosenübergreifende Handlungskonzepte**
- **Diagnosenspezifische Leitlinien**
- **Strukturqualität**

1 EINLEITUNG	4
1.1 ZIELE DER LEITLINIEN	4
1.2 AUFBAU DER LEITLINIEN	5
1.3 INDIKATIONEN ZUR REHABILITATION, ZUGANGSWEGE	5
1.4 MULTIMORBIDITÄT	6
1.5 REIHENFOLGE VON INTERVENTIONEN	7
1.6 ERARBEITUNG DIESER LEITLINIEN	7
1.7 BASIS DER LEITLINIEN, PUBLIKATION UND ENTWICKLUNG	8
2 ÜBERSICHT ÜBER DIE HAUPTDIAGNOSEN UND FALLGRUPPEN	9
3 DIAGNOSENÜBERGREIFENDE HANDLUNGSKONZEPTE	11
3.1 ZIELSETZUNG DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG	11
3.1.1 REHABILITATIONSBEDÜRFTIGKEIT UND VORAUSSETZUNGEN ZUR REHABILITATIONSBEHANDLUNG	11
3.1.2 PERSÖNLICHE REHABILITATIONSZIELE	12
3.1.3 REHABILITATIONSZIELE IM HINBLICK AUF DAS ERWERBSBEZOGENE LEISTUNGSVERMÖGEN	12
3.2 INHALTE DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG	13
3.2.1 DIAGNOSTIK	13
3.2.2 THERAPIE	15
3.2.3 REHABILITATIONSPFLEGE	17
3.3 REHA-ZIELVEREINBARUNG	18
3.4 KRANKHEITSVERARBEITUNG	20
3.4.1 BELASTUNGSFAKTOREN	20
3.4.2 DIAGNOSTIK	20
3.4.3 THERAPIE	20
3.5 KRANKHEITSANGEPASSTE LEBENSWEISE	21
3.5.1 ERNÄHRUNG	21
3.5.2 BEWEGUNG	23
3.5.3 TAGESRHYTHMUS	24
3.5.4 SELBSTBEHANDLUNG	24
3.6 VERBESSERUNG DER KÖRPERLICHEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT	25
3.7 SCHMERZMANAGEMENT	25
3.7.1 DIAGNOSTIK	25
3.7.2 THERAPIE	26
3.8 UMGANG MIT MISBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT	27
3.8.1 AUFGABEN IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION	27
3.8.2 TESTVERFAHREN	27
3.8.3 BEHANDLUNG	28
3.9 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG	29
3.9.1 THEORETISCHER ANSATZ	29
3.9.2 PRAKTISCHE HILFEN	30
3.10 SOZIALMEDIZINISCHE BEURTEILUNG	30
3.11 NACHSORGE	31
3.12 PROZESSDOKUMENTATION UND ERGEBNISQUALITÄT	31

4	DIAGNOSENSPEZIFISCHE LEITLINIEN	32
4.1	PEPTISCHE KRANKHEITEN	33
4.1.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	34
4.1.2	THERAPIEZIELE BEI PEPTISCHEN ERKRANKUNGEN	36
4.1.3	DIAGNOSTIK	36
4.1.4	THERAPEUTISCHE ELEMENTE	37
4.2	FUNKTIONELLE STÖRUNGEN DES MAGEN-DARM-TRAKTES	40
4.2.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	40
4.2.2	THERAPIEZIELE	42
4.2.3	DIAGNOSTIK DER ERKRANKUNG UND DER GESUNDHEITLICHEN SCHÄDIGUNG	43
4.2.4	THERAPEUTISCHE ELEMENTE	44
4.3	CHRONISCHE LEBERERKRANKUNGEN	46
4.3.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	46
4.3.2	DIAGNOSTIK DER ERKRANKUNG UND DER GESUNDHEITLICHEN SCHÄDIGUNG	47
4.3.3	THERAPIEZIELE	48
4.3.4	THERAPEUTISCHE ELEMENTE	49
4.3.5	ANHANG: ZUSTAND NACH LEBERTRANSPLANTATION	50
4.4	CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN (CED)	53
4.4.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	53
4.4.2	THERAPIEZIELE	54
4.4.3	DIAGNOSTIK DER ERKRANKUNG UND IHRER FOLGEERSCHEINUNGEN	54
4.4.4	THERAPEUTISCHE ELEMENTE	55
4.5	GASTROENTEROLOGISCHE ONKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN	57
4.5.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	57
4.5.2	THERAPIEZIELE	58
4.5.3	DIAGNOSTIK DER ERKRANKUNG UND IHRER FOLGEERSCHEINUNGEN	58
4.5.4	THERAPEUTISCHE ELEMENTE	59
4.6	CHRONISCHE BAUCHSPEICHELDRÜSENERKRANKUNGEN	62
4.6.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	62
4.6.2	THERAPIEZIELE/REHAZIELE	63
4.6.3	DIAGNOSTIK DER ERKRANKUNG UND DER GESUNDHEITLICHEN SCHÄDIGUNG	64
4.6.4	THERAPEUTISCHE ELEMENTE	65
4.7	ADIPOSITAS	67
4.7.1	KURZDARSTELLUNG DER INDIKATION UND EPIDEMIOLOGIE	67
4.7.2	THERAPIEZIELE	68
4.7.3	DIAGNOSTIK DER ADIPOSITAS UND IHRER BEGLEITPROBLEME	69
4.7.4	THERAPIE DER ADIPOSITAS UND DEREN FOLGEERKRANKUNGEN	70
4.8	ZUSTAND NACH SONSTIGEN BAUCHOPERATIONEN	73
4.9	DIABETES MELLITUS	73
4.10	MALASSIMILATON/UNTERGEWICHT	73
5	STRUKTURQUALITÄT	74
5.1	PERSONAL (QUALIFIKATION UND ANZAHL PRO 100 BETTEN)	74
5.2	RÄUMLICH-TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN	76
6	LITERATUR	77

1 Einleitung

Handlungsleitlinien gewinnen im Gesundheitswesen eine immer größere Bedeutung, so auch in der Rehabilitation. Diese Entwicklung hat mehrere Gründe. Ein Grund für das Streben nach Standards in der Leistungserbringung liegt in der Veränderung des Rollenverständnisses in der Medizin: Der Patient* als aktiver Partner des Therapeuten bzw. als Klient von Klinik und Praxis verlangt nach Transparenz und Nachvollziehbarkeit seiner Behandlung. Außerdem wird immer deutlicher, dass die Qualität medizinischen Handelns nicht allein schon dadurch gewährleistet ist, dass Therapeuten nach bestem Wissen und Gewissen tätig werden. Leitlinien sollen deshalb die Qualität im medizinischen Alltag sichern helfen.

Als ein weiterer Grund sind die Finanzierungsprobleme unseres Gesundheitswesens zu nennen. Leistungsstandards haben zur Bewältigung dieser Problematik auch die Aufgabe, unzureichende Leistungserbringung von der Finanzierung durch die Sozialversicherung auszuschließen. Weiterhin geht es um die Unterscheidung zwischen Rehabilitation und Kur. Zudem lassen sich nur auf der Basis von Leitlinien valide und reliabel Preistransparenz beziehungsweise Preisvergleiche herstellen.

1.1 Ziele der Leitlinien

Die Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (GRVS e.V.) hat Leitlinien für die Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten erarbeitet. Diese Leitlinien sollen

- den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft und der Erfahrung in der Rehabilitation von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten wiedergeben (Dies bedeutet, dass sie der Veränderung unterworfen sind und regelmäßig überarbeitet werden müssen.),
- Orientierung für Ärzte und Therapeuten geben und die Prozesse optimieren helfen,
- die Transparenz der Rehabilitation gegenüber der Fachöffentlichkeit verbessern,
- sowohl für die Rehabilitation der Rentenversicherung, als auch die der Krankenversicherung gelten,
- Grundlage für eine interne Diskussion innerhalb der Rehabilitationseinrichtungen sein (Diese betriebsinterne Diskussion wird als notwendige Voraussetzung gesehen, um durch einen Konsens der Leistungserbringer die Leitlinien auch umzusetzen. Sie kann zu deren Modifikation oder Adaptation führen.),
- Orientierungshilfe für Kostenrechnungen sein,

Im weiteren sollen die Leitlinien:

- Patienten die Orientierung erleichtern,
- Maßstäbe angeben, anhand derer die Prozessqualität in der Rehabilitation von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten beurteilt werden kann,

* Zur leichten Lesbarkeit wird in den Leitlinien die männliche Form verwandt. Diese steht für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte usw.

- die Anforderungen an die stationäre Rehabilitation von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten beschreiben,
- Grundlage für die Zertifizierung qualifizierter Einrichtungen der Rehabilitation von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten bilden, die den Kostenträgern die Auswahl geeigneter Institutionen erleichtert.

1.2 Aufbau der Leitlinien

Rehabilitation dient dem chronisch Kranken, aber nicht in erster Linie der Behandlung von Krankheit. Gesetzlich definierte Reha-Ziele sind - für die Rentenversicherung - die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die Wiedereingliederung in den Beruf bzw. - für die Krankenversicherung - die Wiedereingliederung ins Alltagsleben und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, was vielfach nicht (oder nicht ausschließlich) durch die Behandlung von Krankheiten zu erreichen ist. Insofern stehen die Krankheitsbewältigung durch den Betroffenen selbst und die Behandlung oder Linderung von Krankheitsfolgen (vgl. das Krankheitsfolgenmodell der WHO) im Vordergrund. Diese Zielorientierung unterscheidet die Medizinische Rehabilitation gerade von der Akutmedizin.

Ein diagnosebezogener Aufbau von Leitlinien könnte einen falschen Eindruck von der Rehabilitation erwecken. Die Autoren haben sich entschieden, trotz dieser Bedenken an einer diagnosenorientierten Darstellung der Leitlinien festzuhalten. Denn Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen einer Diagnose. An dieser orientiert sich die Zuweisung zu einer bestimmten Einrichtung. Wenn die Leitlinien nach den wichtigsten Diagnosengruppen im Bereich der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten gegliedert sind, bilden sie damit den Zugangsweg zur Rehabilitation ab. Um jedoch dem Eindruck entgegenzuwirken, es ginge in der Rehabilitation nur um die Behandlung von Krankheiten, wurden den diagnosenorientierten Teilen problemorientierte und diagnosenübergreifende Handlungskonzepte vorangestellt.

Die Ausführungen zur Strukturqualität wurden ans Ende der Leitlinien gestellt, obwohl die strukturellen Voraussetzungen gegeben sein müssen, um die von den Leitlinien geforderten Prozesse erbringen zu können. Die GRVS drückt damit aus, dass sich die erforderliche Strukturqualität aus den Qualitätsstandards ableitet, die aus der Sicht einer Fachgesellschaft an die medizinische Rehabilitation gestellt werden müssen.

Die Personalschlüssel für die unterschiedlichen, in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen sind als Orientierungshilfe zu sehen. Sie wurden aktuell aufgrund der gegenwärtigen Situation in 14 Kliniken ermittelt und tragen damit einerseits der zehnjährigen Entwicklung der Rehabilitation seit der Reha-Kommission, andererseits den verstärkten Sparzwängen seit 1996 Rechnung. Die Anteile unterschiedlicher Schwerpunkte wie Psychosomatik, Onkologie oder Diabetologie sind in den Kliniken verschieden. Von den vorgeschlagenen Personalschlüsseln kann deshalb mit entsprechender Begründung nach oben oder nach unten abgewichen werden.

1.3 Indikationen zur Rehabilitation, Zugangswege

Die Indikationen zur Rehabilitationsbehandlung setzen voraus, dass komplexe multidimensionale Probleme vorliegen, die außer der Schwere einer Krankheitssymptomatik eine **Rehabilitations-**

behandlung begründen. Diese können darin bestehen, mit der Behandlung einer chronischen Krankheit im Alltag zurechtzukommen zu müssen, mit einer solchen Krankheit bisher seelisch nicht fertig zu werden oder Adaptationsstörungen im sozialen Bereich zu haben, die das erwerbsbezogene Leistungsvermögen oder die Fähigkeit zur Selbstversorgung beeinträchtigen oder gefährden.

Der **Zugang zur medizinischen Rehabilitation** erfolgt in der Regel - so sieht es das Sozialgesetzbuch vor - über einen entsprechenden Antrag des Versicherten bei seinem Rentenversicherungsträger oder seiner Krankenkasse. Vor allem den niedergelassenen Ärzten, aber auch den Krankenhaus- und Betriebsärzten, kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, rechtzeitig zu erkennen, wenn bei ihren Patienten Rehabilitationsbedarf besteht. Dann sollten sie den Patienten anregen, einen Reha-Antrag zu stellen und diesem einen entsprechenden Befundbericht beifügen. Damit können sie verhindern, dass rehabilitationsbedürftige Kranke eine notwendige Rehabilitationsleistung nur deshalb nicht erhalten, weil sie keinen Antrag stellen (oder dies nicht rechtzeitig tun).

Für viele Krankenhauspatienten wird der Zugang zu einer sich anschließenden medizinischen Rehabilitation durch das Verfahren der Anschlußheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlußrehabilitation erleichtert (siehe Abschnitt 3.2.2.4 Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation (AHB/AR)).

Wenn nach Einschätzung der Krankenkasse bzw. ihres Medizinischen Dienstes (MDK) die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse ihn auffordern, binnen zehn Wochen einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen (§ 51 SGB V). Tut der Versicherte dies nicht, entfällt nach dieser Frist der Anspruch auf Krankengeld. Einige Krankenkassen haben darüber hinaus mit den Rentenversicherungsträgern vereinbart, dass bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit (z. B. in einem Jahr über sechs Wochen wegen der selben Erkrankung) die Krankenkasse den Rentenversicherungsträger benachrichtigt, damit dieser prüfen kann, ob medizinische Rehabilitation angezeigt ist.

Nach § 9 SGB VI haben Leistungen zur Rehabilitation Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreicher Rehabilitation nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Deshalb prüft die Rentenversicherung bei einem Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, ob Leistungen zur Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich sind (§ 116 SGB VI). Ist dies der Fall, bewilligt sie statt der Rente zunächst eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme.

1.4 Multimorbidität

Rehabilitationspatienten im Indikationsbereich Verdauungskrankheiten/Stoffwechsel leiden häufig an Krankheiten anderer Organsysteme, insbesondere des Stütz- und Bewegungsapparates, die für die Erreichung des Reha-Zieles im Vordergrund stehen können. Zweitens sind eine Reihe von Stoffwechselkrankheiten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen. Drittens beeinträchtigen Operationen an den Bauchorganen und Neoplasien der Verdauungsorgane oft auch andere Organsysteme.

Strukturen und Leitlinien im Indikationsgebiet müssen sich auf solche Anforderungen einstellen und der Bedürfnislage solcher Patienten gerecht werden. Für das rehabilitative Vorgehen im einzelnen gelten die einschlägigen Leitlinien, wie sie von den entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. Berufsverbänden aufgestellt worden sind.

1.5 Reihenfolge von Interventionen

Die Reihenfolge der Maßnahmen drückt bei den Leitlinien der GRVS ausdrücklich keine Rangfolge aus, sondern ist als reine Aufzählung zu verstehen. Der Stellenwert einzelner Maßnahmen liegt nicht generell fest, sondern ergibt sich in jedem Einzelfall aus ihrem Beitrag, den sie zur Erreichung der individuellen Rehabilitationsziele leisten, die gemeinsam mit den Patienten diskutiert und vereinbart werden. Therapien, die am Ende einer Liste stehen, können absolute Priorität haben, wenn sie zur Erreichung des Rehabilitationszieles besonders geeignet sind.

1.6 Erarbeitung dieser Leitlinien

Der externe Qualitätszirkel der leitenden Ärzte der GRVS hatte unter der Moderation von Dr. Hillenbrand, Hirschberg, in seiner konstituierenden Sitzung am 3./4. Juli 1997 die Erarbeitung und Publikation von Leitlinien als dringlich herausgestellt. Die diagnosespezifischen Abschnitte wurden bearbeitet von

Dr. D. von Stetten, Passau und Dr. H. Koch, Mölln: Peptische Krankheiten,
Dr. R. Doßmann, Bad Mergentheim und Dr. E. Zillessen, Bad Neuenahr: Funktionelle Störungen des Magen-Darmtrakts,
Prof. W. Zilly, Bad Brückenau und Prof. Dr. W. Tittor, Bad Mergentheim: Chronische Leberkrankheiten,
Dr. R. Doßmann und Prof. Dr. W. Tittor, Bad Mergentheim: Zustand nach Lebertransplantation,
Dr. E. Zillessen, Bad Neuenahr-Ahrweiler und Dr. K. Warm, Bad Hersfeld: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen,
Dr. U. Armbrecht, Bad Kissingen, Dr. P. Kruck, Bad Kreuznach und Dr. K. Warm, Bad Hersfeld: Gastroenterologische onkologische Erkrankungen,
Dr. D. Rosemeyer, Bad Driburg und Dr. O. Schaffner, Lindenfels: Chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen,
Prof. W. Tittor, Dipl.-Psych. T. Tuschhoff, Bad Mergentheim und Dr. Rosemeyer, Bad Driburg: Adipositas

Bezüglich des Diabetes mellitus wurde Bezug genommen auf die bereits erarbeiteten Prozessstandards der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Diabetes-Kliniken (ADDK), an deren Entwicklung GRVS-Mitglieder beteiligt waren.

Nach Beratungen in Vorstand und Beirat der GRVS wurden die Leitlinien in diesem Entwurfsstadium postalisch allen Mitgliedern mit der Bitte um Kritik zur Kenntnis gegeben und auf der Jahrestagung in Passau (18.-20. Juni 1998) vorgestellt. Auf Grund der Kritik aus der Mitgliedschaft hat eine aus verschiedenen Berufsgruppen zusammengesetzte Arbeitsgruppe vor allem an den diagnosenübergreifenden Konzepten weitergearbeitet:

Frau K. Barwich, Dipl.Oec.troph., Bad Driburg,
Frau Dr. med. C. Korsukéwitz, BfA, Berlin
Herr Dr. Dipl.-Psych. R. Buschmann-Steinhage, VDR, Frankfurt,
Herr PD Dr.med. U. Häntzschel, Bad Schandau,
Herr Dr. H. Hillenbrand, Hirschberg,
Herr Dipl.Psych. T. Tuschhoff, Bad Mergentheim,
Herr Dr. med. E. Zillessen, Bad Neuenahr-Ahrweiler
hinzugezogen wurden Frau R. Jäger, Sporttherapeutin, Bad Neuenahr-Ahrweiler und Herr Dr. von Stetten und sein Krankenpflegeteam sowie

Herr U. Wicharz, Dipl.-Sozialarbeiter, Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Diese Vorlage wurde ab dem 12. Dezember 1998 erneut in Vorstand und Beirat der GRVS beraten, den folgenden Patienten-Selbsthilfe-Organisationen zur Kenntnis und Kritik vorgelegt:

- Deutscher Diabetiker Bund
- Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa-Vereinigung
- CED-Hilfe
- Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung
- Deutsche Reizdarm-Selbsthilfe
- Deutsche Leberhilfe
- Selbsthilfegruppe Lebertransplantierte Deutschland
- Arbeitskreis der Pankreatektomierten

und am 17. Mai 1999 von Vorstand und Beirat der GRVS verabschiedet.

1.7 Basis der Leitlinien, Publikation und Entwicklung

Die GRVS ist hervorgegangen aus der Projektuntergruppe 3 des Arbeitsbereichs „Rehabilitationskonzepte“ der VDR-Reha-Kommission, deren Arbeit Grundlage auch dieser Fortschreibung ist (von Stetten, Doßmann et al. 1991). Basis der Leitlinien ist weitestgehend Expertenkonsens. Soweit Ergebnisse aus empirischen Studien vorliegen, wurden sie berücksichtigt.

Diese Leitlinien wurden erstmals auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 6.-8. März 1999 in Norderney vorgestellt und werden in Kürze publiziert.

Im Internet sind sie abrufbar unter <http://www.grvs.de>.

Die GRVS sieht sich auch weiterhin zuständig für eine Überprüfung, Validierung und Anpassung der Leitlinien.

2 Übersicht über die Hauptdiagnosen und Fallgruppen

Hauptdiagnosen und Fallgruppen	ICD - 9	ICD - 10
4.1 Peptische Krankheiten		
• Gastroösophageale Refluxkrankheit	530	K21
• Ulcus ventriculi et/sive duodeni	531, 532	K25, K26
• postoperative Zustände, nicht maligne (Funduplicatio, Vagotomie, Billroth I, Billroth II)	787	K91.9
4.2 Funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes		
• Funktionsstörungen der Speiseröhre	530.0(5, 7, 8)	K22.0 (4, 8)
• Magenentleerungsstörungen	536	K30, K31
• Chronische Obstipation	564.0	K59.0
• Stuhlinkontinenz	787.6	R15
• Funkt. Störungen des oberen Verdauungstraktes (Dyspepsie, Reizmagen)	306.4, 536.8	R12, R13, F45.3, K30
• Funkt. Störungen des unteren Verdauungstraktes (Reizdarm-Syndrom)	306.4, 564.1, 564.5, 787.3	R14, F45.3, K58, K59.1, K59.9
4.3 Chronische Lebererkrankungen		
• Chronische Lebererkrankungen	571	K70
• Chronische Hepatiden ohne Zirrhose (alkoholisch., viral, autoimmun, kryptogen)	5714	K73
• Leberzirrhose	571 572, 576	K74 K76, K80-83
• Cholestatische Lebererkrankungen		
• Genetische und metabolische Lebererkrankungen		
• Zustand nach operativen Eingriffen an Leber- und Gallenwegen	573	K76
• Zustand nach Lebertransplantation		
4.4 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)	555, 556	K50, K51
• CED (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, nicht klassifizierbare Colitis)		
• CED, postoperative Zustände		
• CED mit extraintestinaler Manifestation		
4.5 Gastroenterologische onkologische Erkrankungen	150-159	C15-C26
• AHB		
• Chronische Defizite nach OP		
• mit medikamentöser Tumortherapie		

Hauptdiagnosen und Fallgruppen	ICD - 9	ICD - 10
4.6 Chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	577	K85, K86
• Chron. Pankreatitis ohne Diabetes	5771, 5794	K86.0, K86.1
• Chron. Pankreatitis mit Diabetes		K90.3, E12
• Chron. Pankreatitis postoperativ (auch AHB)		
4.7 Adipositas		
• mit BMI > 35	278	E66.x
• mit BMI 30 < 35 und/oder cardiovasculäre Komorbidität und/oder orthopädische Komorbidität und/oder psychosoziale Komorbidität		
4.8 Zustand nach sonstigen Bauchoperationen	560-569	K55-57, K60-66
4.9 Diabetes mellitus	250	E10-14
• Typ 1-Diabetes mellitus, „unkontrolliert“, zur Stoffwechseleinstellung		
• Typ 2-Diabetes mellitus, „unkontrolliert“, zur Stoffwechseleinstellung		
• Diabetes mellitus mit Fußläsionen (diabetisches Fußsyndrom)		
• Diabetes mellitus mit Komplikationen ausschließlich Folgeschäden im Endstadium		
• Diabetes mellitus mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz		
• Diabetes mellitus mit Diabetes- komplikationen und Multimorbidität		
4.10 Malassimilaton/Untergewicht		

3 Diagnosenübergreifende Handlungskonzepte

3.1 Zielsetzung der Rehabilitationsbehandlung

Das übergreifende Ziel der medizinischen Rehabilitation hat der Gesetzgeber in §10 SGB I formuliert:

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern.“

Der Auftrag zur Rehabilitation umfasst also die Hilfe zur Wiedergewinnung und Erhaltung der aktiven Teilnahme am normalen Leben, insbesondere im Beruf (Arbeitsplatz), aber auch in Familie und Gesellschaft. Dieses weitgefaste Rehabilitationsverständnis orientiert sich an Menschen mit bleibenden Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen. Ihnen soll dazu verholfen werden, trotz Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, durch die Entwicklung noch vorhandener Kräfte sowie durch zusätzliche Hilfen ein möglichst normales Leben führen zu können.

3.1.1 Rehabilitationsbedürftigkeit und Voraussetzungen zur Rehabilitationsbehandlung

Rehabilitationsbedürftigkeit ist dann gegeben,

- wenn infolge einer chronischen Krankheit oder äußeren Schädigung (z. B. Operation) eine oder mehrere Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und/oder soziale Beeinträchtigungen (Handicaps) eingetreten sind oder drohen,
- wenn die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen ist,
- wenn ein langfristiges, der Krankheit angemessenes Verhalten zu erlernen oder zu trainieren ist,
- wenn eine optimale medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsstrategie unter definierter Belastung und Kontrolle zu entwickeln ist,

Voraussetzungen hierfür sind,

- dass durch medizinische Rehabilitation derartige Fähigkeitsstörungen und/oder soziale Beeinträchtigungen zu verhindern, zu beseitigen oder zumindest erheblich zu verringern sein können (Rehabilitationspotential),
- dass der Patient von seinen körperlichen und psychischen Voraussetzungen hierzu in der Lage ist (Rehabilitationsfähigkeit),
- dass beim Patienten die Mitarbeit im Rehabilitationsprozess zu erreichen ist,
- dass das Rehabilitationsziel/die Rehabilitationsziele mit der gewählten Maßnahme erreichbar ist/sind (Rehabilitationsprognose).

3.1.2 Persönliche Rehabilitationsziele

Immer mehr Menschen sind chronisch krank und viele Jahre oder Jahrzehnte ihres Lebens von der Fortführung medizinischer und/oder pflegerischer Maßnahmen abhängig.

Rehabilitation strebt an,

- dass sie diese Situation akzeptieren und sich darauf einstellen,
- dass sie nach Möglichkeit selbständig und zur Selbstversorgung in der Lage bleiben,
- dass sie Maßnahmen der Selbstbehandlung erlernen und sachgerecht einsetzen,
- dass sie nach Möglichkeit mobil bleiben,
- dass ihnen die Möglichkeiten der persönlichen Entfaltung erhalten bleiben,
- dass sie sozial eingebunden bleiben.

In den „Eckpunkten zur Gesundheits-Reform 2000“ der Bundesregierung ist die Festlegung „eines neuen Schwerpunktes auf Rehabilitation“ formuliert. Begründet wird dies durch Einsparpotentiale und Möglichkeiten zur Verbesserungen der Lebensqualität. Als Ziel gilt „Rehabilitation vor Rente und Rehabilitation vor Pflege“. Dazu ist eine Vernetzung präventiver, akuter und rehabilitativer Therapieformen sicherzustellen.

3.1.3 Rehabilitationsziele im Hinblick auf das erwerbsbezogene Leistungsvermögen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung beruht auf dem Auftrag, die Integration des Versicherten im Erwerbsprozeß sicherzustellen (vgl. § 9 SGB VI). Rehabilitationszielen, die dem Problemkreis beruflicher und sozialer Integration zuzuordnen sind, ist daher frühzeitig und gezielt Aufmerksamkeit zu widmen. Zu den Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gehört aus diesem Grund die strukturierte Erfassung berufs- und arbeitsplatzbezogener Probleme des Rehabilitanden und ihre zielgerichtete Bearbeitung im Rahmen des integrativen therapeutischen Konzepts. Die besondere Chance der medizinischen Rehabilitation liegt zudem darin, Nachsorgeprogramme und erforderliche Leistungen zur beruflichen Rehabilitation zu bedenken und im Bedarfsfall in die Wege zu leiten.

Folgende Aspekte sind zielführend:

- Die Erhebung und Dokumentation der Sozial- und Berufsanamnese soll ausführliche Angaben zum Arbeitsplatz und zu den resultierenden objektiven und subjektiven Belastungs/Beanspruchungswirkungen umfassen (siehe Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) 1997a). Screeningfragebögen oder Kurzfassungen von Merkmalkatalogen, die zu dem Themenkomplex entwickelt wurden, können die strukturierte Erfassung unterstützen (z. B. IRES-Instrumentarium; Gerdes & Jäckel 1992). Das erhobene Anforderungs- und Fähigkeitsprofil mündet nach einem abschließenden Abgleich in der sozialmedizinischen Einschätzung.
- Die psychologische Diagnostik konzentriert sich insbesondere auf Fragen der Motivation zur beruflichen Tätigkeit, der Selbstwahrnehmung, der Persönlichkeitsstruktur und des sozialen Verhaltens. Fragen der psychophysiologischen und konzentrativen Leistungsfähigkeit stellen sich speziell im Zusammenhang mit den Zeichen einer subklinischen hepatischen Enzephalopathie im Falle einer Leberzirrhose oder Frühsymptomen eingeschränkter Hirnleistungsfähigkeit bei stoffgebundener (Alkohol-)Abhängigkeit.
- Im rehabilitativ-therapeutischen Vorgehen sind die thematische Schwerpunktsetzung zu Arbeit und Beruf zu betonen und geeignete Strategien zu entwickeln. Dabei bietet sich die thematische Verknüpfung mit anderen Angeboten - z. B. in Form problemorientierter Gruppenarbeit - an. Diese sind individuell und in Abstimmung mit dem Patienten einzusetzen (z. B. Konfliktlösungstraining).

- Der positive Einfluss von berufs- und arbeitsplatzbezogener Therapie und Belastung während der Rehabilitation auf die Motivierung des Patienten ist nicht zu vernachlässigen und wird gezielt genutzt (z. B. Schichtarbeitssimulation bei Diabetikern).
- Die zielgerichtete Einbindung von Betriebs- und Arbeitsmedizinern in den Rehabilitationsprozess unterstützt wirkungsvoll die Bearbeitung und Bewältigung von berufs- und arbeitsplatzbezogenen Problemen.
- Eine fundierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung richtet sich auch auf den weiteren Handlungsbedarf hinsichtlich beruflicher Leistungen zur Rehabilitation. Das erfordert kooperative Abstimmung mit dem Rehabilitationsberater der Rentenversicherung, ggf. ergänzt um arbeitspsychologische und berufspädagogische Einzelfallabschätzung.
- Die Einbindung des Patienten in Nachsorgeprogramme der Rentenversicherung (z. B. Diabetiker-Sport), die gezielte Kontaktbahnung zu Selbsthilfegruppen und Beratung zu den weiteren Hilfen im sozialen Netz (z. B. Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz) sind wesentliche Hilfen beim Transfer des Rehabilitationsergebnisses in den beruflichen und privaten Alltag.

Über die Häufigkeit und die Indikationsstellung zu beruflicher Rehabilitation im Zusammenhang mit Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels gibt es vergleichsweise wenige Daten. Die Rehabilitationsstatistik des VDR weist in 4,5 % der gesamten Berufsförderungsleistungen (5.022 von 110.546 Leistungen) diese Indikationen aus (VDR 1998). Da Rehabilitanden mit gastroenterologischen Krankheitsbildern in der medizinischen Rehabilitation vergleichsweise jünger sind als im Indikationsfeld Herz-Kreislaufkrankungen oder Orthopädie stehen Fragen der beruflichen Rehabilitation tendentiell häufiger im Mittelpunkt der sozialmedizinischen Aufgaben. Bei 200 konsekutiv untersuchten Rehabilitanden mit CED bestand bei 13,5 % Bedarf an beruflichen Reha-Maßnahmen. Bei der chronischen Pankreatitis waren von 765 Patienten der Klinik Niederrhein 20,6% bzw. 17.6% arbeitslos (Patienten mit bzw. ohne endokrine Insuffizienz). Nach 10 Jahren waren 25 % der Patienten in einer anderen Studie berentet, davon 11 % aufgrund der Pankreatitis (Lankisch et al. 1995). Arbeitslose Patienten mit chronischer Pankreatitis waren zu 87 % alkoholabhängig.

Die Rehabilitationsziele der gesetzlichen Krankenversicherungen sind - anders als bei der Rentenversicherung - nicht auf die Erwerbstätigkeit der Versicherten bezogen. Die Rehabilitation durch die Krankenkassen soll allgemein einer drohenden Behinderung vorbeugen, eine Behinderung beseitigen, bessern oder ihre Verschlimmerung verhüten sowie Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern (§ 11 Abs. 2 SGB V).

3.2 Inhalte der Rehabilitationsbehandlung

3.2.1 Diagnostik

3.2.1.1 Allgemeine medizinische Diagnostik

In jedem Fall erfolgt eine eingehende internistische klinische Untersuchung. Für den Indikationsbereich Gastroenterologie/Stoffwechsel sind dies Körpergewicht und Ernährungsstatus, der physikalische abdominelle Befund, krankheitsbedingte, ggf. postoperative Befunde (z. B. Operationsnarben, Hernien, Stomata, Fisteln), rektale Tastbefunde sowie krankheitsspezifische Hautveränderungen.

Die technischen Untersuchungen sollen adäquat und ausreichend sein, d.h. einerseits die Diagnosen überprüfen bzw. deren Stadium und Schweregrad spezifizieren, zur Kontrolle des Therapieverlaufs oder zur Leistungsbeurteilung dienen; andererseits sollen die durchgeführten Untersuchungen indiziert und wirtschaftlich sein.

3.2.1.2 Psychodiagnostik

Chronische Erkrankungen und eingreifende Therapien (wie z. B. eine Gastrektomie) sind ein Belastungsfaktor, der zu psychischen Symptomen und Störungen führen kann. Zu deren Erfassung empfiehlt die GRVS die Verwendung standardisierter Fragebögen, wie sie z. B. im Basisdokumentationssystem MEGAREDO (Metabolisch-Gastroenterologische Rehabilitations-Dokumentation) der GRVS enthalten sind, (Skalen zur Messung von krankheitsbezogener Angst, Depression und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung, eine Kurzform des IRES und ein Kurztest auf Alkoholabhängigkeit) .

Falls diese Screening-Verfahren Hinweise auf das Vorliegen von Störungen ergeben, erfolgt eine vertiefende Abklärung, vor allem durch gezielte Exploration und mit Hilfe der entsprechenden etablierten Testverfahren (Hank et al. 1990, Westhoff 1993). Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung werden dann ggf. ebenso genauer erhoben wie etwaiges Suchtverhalten. Psychische Belastungsmomente und Beeinträchtigungen können auf diese Weise im Zusammenhang mit der individuellen psychosozialen Situation (Familienintegration, Lebensplanung, Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, berufliche und finanzielle Situation) gesehen werden. Die ersten Angaben und Eindrücke werden im Verlauf der weiteren rehabilitativen Behandlung ergänzt und vertieft, z. B. bei Visiten, therapeutisch orientierten Gesprächen und Teambesprechungen.

Psychodiagnostik im Rahmen der Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten hat sich vorrangig an den therapeutischen Erfordernissen zu orientieren, die in der Rehabilitationsklinik vorhanden sind. Es sollte, ggf. mit Hilfe eines strukturierten Interviews (Margraf et al. 1991), abgeklärt werden können, ob nach den Kriterien des DSM-IV (Saß et al. 1996) oder ICD-10 (DIMDI 1994) eine Eßstörung, eine Abhängigkeitserkrankung, eine Anpassungsstörung oder eine Somatisierungsstörung vorliegt.

Bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Patienten im Erwerbsleben ergänzen standardisierte psychologische Leistungstests die medizinische Diagnostik in vielen Fällen sinnvoll.

Eine besondere diagnostische Chance der Rehabilitation liegt in der Möglichkeit zur direkten Beobachtung des Sozial-, Gesundheits- und Krankheitsverhaltens der Patienten während des stationären Aufenthaltes in der Klinik. Die Verhaltensbeobachtung durch alle Mitglieder des Reha-Teams kann insbesondere einen Mangel bisher vorliegender psychodiagnostischer Messinstrumente ausgleichen, die fast durchgehend dafür konstruiert worden sind, Defizite festzustellen und kaum Aussagen über die Ressourcen der Patienten erlauben, die sie zur Krankheits-, Arbeits- und Alltagsbewältigung unter den Bedingungen chronischer Krankheit zur Verfügung haben.

3.2.1.3 Berufsbezogene Datenerhebung

Erhoben werden Daten

- zum beruflichen Werdegang (erlernter Beruf, berufliche Entwicklung, ggf. krankheitsbedingte Arbeitsplatzwechsel, Arbeitszeiteinschränkung, Umschulung, jetzige berufliche Stellung)
- zur Tätigkeit am jetzigen (oder letzten) Arbeitsplatz (genaue Tätigkeit, auch Gefährdungsmomente, körperliche, psychische und/oder soziale Belastungen, Zufriedenheit, Erreichen des Arbeitsplatzes, ggf. weitere relevante Informationen wie Betriebsgröße, betriebsärztliche/arbeitsmedizinische Versorgung u.a.)
- zum Erwerbsstatus (derzeitig, z. B. erwerbstätig, Hausfrau, arbeitslos, in Ausbildung, Vorruhestand, Rentner), ggf. Rentenantragstellung, Grad und Gründe für eine anerkannte (Schwer-)Behinderung
- zu Dauer, Frequenz und Anlass von AU-Zeiten, zum aktuellen Arbeitsfähigkeits-Status.

3.2.1.4 Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung

Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen sollten erhoben sein. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden propagiert, angeboten und nötigenfalls durchgeführt oder ergänzt. Spezielle Maßnahmen der Sekundär- bzw. Tertiärprävention werden in den diagnosenspezifischen Kapiteln genannt (s.u.).

3.2.1.5 Diagnostik von Fähigkeitsstörungen

Es werden Angaben erhoben zur Befindlichkeit, zur Fähigkeit der Selbstversorgung, zu Aktivitäten im Haushalt, zum körperlichen Vermögen, d.h. zur Fähigkeit einer dynamischen bzw. statischen Muskelarbeit und zur Substratbereitstellung, zur Geschicklichkeit, Mobilität, zum mentalen, sensorischen und psychomotorischen Vermögen, somit zum allgemeinen Leistungsvermögen, zu Ausdauer, Motivation, Antrieb und Emotionalität, somit zur Leistungsbereitschaft. Es ist zu hinterfragen, wieweit eine konsequente Behandlung hierauf Einfluss nehmen kann, wieweit der Patient diese durchgeführt und ggf., was ihn daran gehindert hat.

3.2.1.6 Gesundheitswissen und Krankheitsverhalten

Bei allen Patienten, insbesondere bei den Krankheiten, bei denen das Ernährungs-, Genuss- und Bewegungsverhalten eine Rolle spielen (z. B. Diabetes mellitus, Adipositas, chronische Leber- und Pankreaserkrankungen, Gicht) werden Wissen, Einstellungen und Verhalten bezogen auf Gesundheit und die vorliegende Krankheit erhoben: Welche Informationen und welche Auffassungen hat der Patient über Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten seiner Erkrankung? Wie hat er bisher in seinem Verhalten auf die Krankheit reagiert, wie die Krankheit emotional verarbeitet? Welche Erwartungen hat er an die Rehabilitation?

3.2.2 Therapie

Die zugrundeliegende Krankheit wird entsprechend den jeweils individuellen Erfordernissen und dem Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt. Der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Patienten gebührt Vorrang. Die Schlüssigkeit der Behandlungskette (Hausarzt, niedergelassener Facharzt, Akutkrankenhaus) wird bei der medizinischen Behand-

lung während der Rehabilitation beachtet. Zu medizinischen Einzelproblemen wird auf die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten verwiesen.

Die krankheitsspezifische Gesundheitsbildung (Patientenschulung, Gesundheitstraining) ist integraler Bestandteil jeder Rehabilitationsbehandlung.

3.2.2.1 Behandlungskette

Rehabilitation ist ein Glied der Behandlungskette chronischer Krankheiten. Der Vernetzung mit allen anderen Behandlungsangeboten kommt deshalb besondere Bedeutung zu. Das gilt im Hinblick auf eine vorangehende oder noch erforderliche Krankenhausbehandlung, die hausärztliche Versorgung, die Mitbehandlung durch niedergelassene Fachärzte, aber auch auf betriebsärztliche Unterstützung, die Einbeziehung von Angehörigen, die Anbindung an Selbsthilfegruppen oder evtl. notwendige Pflege vor Ort.

3.2.2.2 Behandlungsorte

Rehabilitation ist notwendiger Baustein der Therapie chronischer Krankheiten. Die medizinische Rehabilitation findet bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels bisher in dafür spezialisierten Kliniken stationär statt. Es gibt traditionelle Gründe dafür, dass solche Kliniken meist fern der industriellen Ballungszentren liegen, und quantitative Gründe, dass sich nur wenige Kliniken auf die Behandlung in diesem Indikationsgebiet spezialisiert haben. Möglichkeiten der ambulanten oder teilstationären Rehabilitation werden derzeit entwickelt und erprobt, vor allem bei Adipositas und Diabetes mellitus.

3.2.2.3 Behandlungsdauer

Bis 1996 dauerte eine Rehabilitationsbehandlung vier Wochen. Diese Behandlungsdauer wurde gesetzlich auf in der Regel drei Wochen gekürzt. Eine vorgegebene Zeit begünstigt straffe Therapiepläne und zeitlich fixierte Zielvereinbarungen. Dennoch wird diese wie jene vorab fixierte Zeit dem Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten oft nicht gerecht, so dass sich die GRVS für ein durchschnittliches Zeitbudget einsetzt, das je nach dem Anteil von pflegebedürftigen und von psychotherapeutisch behandelten Patienten zwischen 25 und 35 Tagen pro Patient liegen soll. Die Behandlungsdauer im Einzelfall soll der verantwortlich behandelnde Arzt festlegen. Die Definition von Fallgruppen kann hier hilfreich sein.

3.2.2.4 Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation (AHB/AR)

Die medizinische Rehabilitation unmittelbar nach einer Krankenhausbehandlung geschieht über einen besonderen Zugangsweg, der Rehabilitationsfähigkeit voraussetzt. Eine Kontinenz muss z. B. nicht vorhanden sein, eine absehbar endliche Bettlägerigkeit (wenige Tage) kann nach Rücksprache mit der Reha-Klinik rehabilitativ behandelt bzw. abgekürzt werden. Dazu ist eine entsprechende Ausstattung (pflegegeeignete Betten) notwendig. Die meisten Kliniken sind auf Rollstuhlfahrer eingerichtet. Wundheilungsstörungen (Decubitus, Drainagen o.ä.) können in der Reha-Klinik mitbehandelt werden und verzögern nicht unbedingt eine sonstige Rehabilitation. Der Begriff „kurfähig“ ist insofern obsolet.

AHB-(AR-) Verfahren kommen im Indikationsgebiet nicht nur postoperativ in Frage. Indikationen können sein:

- onkologische Patienten (Colon, Magen, Pankreas), insbesondere mit Problemen der Krankheitsbewältigung, der Maldigestion oder des Gewichtsverlustes,
- CED-Patienten, sowohl postoperativ als auch nach konservativ behandeltem akuten Schub,
- Patienten mit chronischer Pankreatitis, postoperativ oder nach schwerem Schub,
- Patienten mit Malabsorptionssyndrom und nach chronischen Diarrhoen,
- Patienten mit chronischer Hepatitis, entzündlichen Schüben oder Komplikationen einer Leberzirrhose oder nach Lebertransplantation,
- schwere Obstipation und Stuhlinkontinenz, ggf. zur näheren Abklärung und zum Erproben einer Übungsbehandlung mittels Biofeedback,
- Diabetes-Patienten nach internistisch behandelter Stoffwechsellentgleisung, nach Amputationen, mit diabetischem Fuß und zur Risikofaktorenminderung,
- geriatrische Patienten mit gastroenterologischer Grunderkrankung unter dem Aspekt „Reha vor Pflege“ bzw. zur Verminderung einer Pflegestufe, soweit Rehabilitationsfähigkeit vorliegt.

3.2.3 Rehabilitationspflege

Das pflegerische Aufgabenprofil in einer gastroenterologischen Rehabilitationsklinik umfaßt die Arbeitsschwerpunkte:

- Organisation der Station
hierzu gehören die Aufnahme und Einweisung der Patienten in die Abläufe der Klinik, Terminanforderung und –koordination, Visitenorganisation, Dokumentation, Ausführung der Anordnungen und Bereitstellung von Materialien von den Medikamenten über Hilfsmittel bis zu Büromaterialien. Diese Aufgaben könnten durch bessere Organisationsstrukturen, u.U. auch durch Delegation auf „Stationssekretärinnen“, gelöst bzw. erleichtert werden.
- Schulung und Anleitung zur Selbstbehandlung
z. B. Blutzucker-Selbstkontrolle, Pen-Handhabung und Insulininjektion, Blutdruck-Selbstmessung, Selbstdokumentation, Stomapflege etc. Die Schulung kann sowohl im Einzel-, als auch im Gruppenkontakt erfolgen.
- Pflegerisches Handeln
Eine Grundpflege ist bei chronisch kranken Rehabilitationspatienten nur in Ausnahmefällen erforderlich, z. B. bei Anschlußheilbehandlungen nach Operationen. Übliche pflegerische Tätigkeiten sind das Anlegen von Verbänden oder Stützstrümpfen, Krankenpflege insbesondere bei Erbrechen, Inkontinenz, Fieber, Kollapszuständen, die gesamte Versorgung bei Bettlägerigkeit, das Verabreichen von Medikamenten intramuskulär/subcutan, die Vorbereitung auf Untersuchungen und immer wieder das Erklären, Mutmachen, Beruhigen, wenn die Mitteilung eines Befundes mißverstanden wurde.
- Beziehungspflege
Aufgabe der Pflegekräfte ist die Beziehungsgestaltung. Ziel ist eine Beziehung zum Patienten, die diesen je nach dem Reha-Ziel und der individuellen Situation stützt, motiviert, ermutigt.

Die Pflegekräfte können in der Stationsbesprechung wichtige Aspekte einbringen. Hierzu gehören nicht nur beobachtete Änderungen im Gesundheitszustand, in der Stimmung oder im Verhalten des einzelnen Patienten, sondern auch Probleme in der Vorgeschichte, der Partnerschaft etc., die manchmal erst nach Tagen oder Wochen gegenüber der Pflegekraft zur Sprache kommen. Das Pflege-Team hat als Gruppe mit den häufigsten Patientenkontakten einen wichtigen in der stationären medizinischen Rehabilitation zu leisten. Sie hat gegenüber den Patienten außer ihrer fachlichen Kompetenz quasi auch noch die konstante „Gastgeberrolle“ auf Station.

Die Aufgaben der Pflegekräfte in der Reha-Klinik unterscheiden sich mithin erheblich von denen im Akutkrankenhaus. Verhaltensbeobachtung, Beratung, Anleitung zur Selbstbehandlung und Ressourcenaktivierung stehen gegenüber versorgenden pflegerischen Tätigkeiten im Vordergrund. Die Autonomie der Patienten soll auch durch die Pflegekräfte gefördert und die Abhängigkeit von Fremdhilfe minimiert werden. Diese Tätigkeiten entsprechen vielfach jedoch weder dem Selbstverständnis von Pflegenden, noch ihrer Ausbildung, die im Akutkrankenhaus erworben wird. Daher sind die Pflegekräfte durch entsprechende Fortbildungsangebote für ihre Tätigkeit in der Reha-Klinik zu qualifizieren und durch Supervision zu unterstützen.

Auf spezielle pflegerische/krankheitsbezogene Leistungen wird in den diagnosenspezifischen Kapiteln eingegangen.

3.3 Reha-Zielvereinbarung

Viele Ziele, deren Erreichung mit der Rehabilitationsbehandlung verfolgt werden, können nur vom Patienten selbst und nicht vom Therapeuten erreicht werden (z. B. normnahe Blutzuckereinstellung, gesunde Ernährung, Stressbewältigung, Alkohol- oder Nikotinabstinenz etc.). Diese Reha-Ziele müssen von den Patienten als bedeutsam betrachtet und mit sonstigen Lebenszielen in Einklang gebracht werden, damit eine Chance zur Zielerreichung besteht. Ebenso akzeptiert werden müssen die Mittel, die gewählt werden, um die Reha-Ziele zu erreichen. Die gemeinsame Erarbeitung einer Ziel- und Mittelhierarchie steht daher am Anfang der Rehabilitationsbehandlung. Die Gewichte des Therapieplanes müssen den vereinbarten Rehabilitationszielen Rechnung tragen (Vogel et al. 1994).

Im Basisdokumentationssystem MEGAREDO der GRVS wurden 17 empirisch ermittelte Rehabilitationsziele aufgelistet, aus denen sowohl vom Arzt, als auch vom Patienten bei Beginn der Rehabilitation diejenigen ausgewählt werden, die als wichtig oder sehr wichtig angesehen werden. Am Ende der Behandlung ist einzuschätzen, in welchem Ausmaß die gewählten Ziele erreicht wurden. Die standardisierte Erfassung der Rehabilitationsziele erlaubt die quantitative Auswertung der Zielvereinbarung.

An den Prozess der Reha-Zielvereinbarung sind folgende Qualitätsstandards anzulegen:

- **Patientenorientierung**

Werden Rehabilitationsziele vom Arzt oder Therapeuten vorgeschrieben, löst diese Verordnung nicht selten Widerspruch oder Ablehnung aus. Um die persönliche Autonomie zu bewahren, verweigern die Patienten offen oder verdeckt die Zusammenarbeit mit den Therapeuten.

Diese Gefahr kann reduziert werden, wenn die Therapiezielvereinbarung patientenorientiert erfolgt. Entscheidend dabei ist, dass die Ziele vom Patienten und vom Therapeuten gemeinsam erarbeitet werden und die volle Zustimmung des Patienten erhalten. Da auf direkte Fragen nach den Therapiezielen oftmals unklare Zielvorstellungen genannt werden, empfiehlt sich ein indirektes Vorgehen. In einem sokratischen Dialog können mit dem Patienten die Therapieziele schrittweise erarbeitet werden. Einstiegsfragen in diesen Dialog können sein:

"Woran können Sie bei Ihrer Entlassung aus unserer Klinik erkennen, dass die Behandlung erfolgreich war?"

"Wann haben sich Zeit und Geld, die Sie in Ihren Aufenthalt hier investiert haben, für Sie gelohnt?"

"Wenn ich Ihren Partner (Sohn, Tochter, Hausarzt, Arbeitgeber usw.) fragen würde, was sich bei Ihnen verändern soll, was würde er/sie mir sagen?"

Nicht selten weicht die Zielhierarchie des Patienten von der seiner Therapeuten erheblich ab. Dann ist es vorrangige Aufgabe des Therapeuten, den Patienten selbst zu einer Korrektur seiner Zielhierarchie zu motivieren.

- **Erreichbarkeit**

Patienten geben bisweilen Therapieziele an, die nicht erreicht werden können. Äußert der Patient unerreichbare Ziele, kann er aus fachlicher Sicht darauf hingewiesen werden. Stets aber sollte dies mit Respekt erfolgen und er die Zielbestimmung vornehmen. Ggf. kann mit ihm ein Versuch vereinbart werden. Auch die Beschränkung auf wenige Ziele fördert deren Erreichbarkeit.

- **Zeitliche Dimension**

Reha-Ziele können von unterschiedlicher Reichweite sein. Es kann kurz-, mittel- und langfristige Ziele geben. Mittel- und langfristige Ziele können eher erreicht werden, wenn sie in kurzfristig erreichbare Etappen eingeteilt werden.

- **Verhaltensbezogen**

Therapieziele sollen meßbar sein, um eine Evaluation der Zielerreichung zu ermöglichen und für die Patienten erlebbar. Daher ist erstrebenswert, sie verhaltensbezogen zu definieren, z. B. mit Hilfe einer goal-attainment-scale (GAS) oder einer subjektiven Einschätzungsskala.

- **Positive Zielformulierung**

Anzustreben sind - auch aus Gründen der Motivation - eher positive Zielformulierungen. Festgelegt werden soll, was angestrebt statt was vermieden werden soll, z. B. „trotz Behinderung soziale Kontakte zu pflegen“ statt „soziale Isolation abbauen“, „gesund essen“ statt „Fett reduzieren“.

- **Zielkonflikte**

Menschen haben oft Ziele, die in Konflikt miteinander stehen. Es kann sich um intrapersonale Zielkonflikte handeln, z. B. zwischen kurzfristig angenehmen Wirkungen eines Suchtmittelkonsums und seinen langfristig unangenehmen Konsequenzen, oder um interpersonelle Zielkonflikte, z. B. unterschiedliche Ernährungswünsche innerhalb einer Familie. Um Zielkonflikte zu erkennen, soll auch nach den Nachteilen gefragt werden, die die Zielerreichung haben kann.

- **Transparenz**

Reha-Ziele sollen Konsens im Reha-Team finden. Nur wenn sie allen Teammitgliedern bekannt sind, besteht die Chance zur Zusammenarbeit in Richtung auf das Ziel.

- **Dynamische Zielfestlegung**

Vielfach ist es unmöglich, bei Aufnahme des Patienten sofort alle Rehabilitationsziele festzulegen oder sich auf bestimmte Ziele zu einigen. Die Zieldefinition ist daher als Prozess zu sehen. Ziele können im Lauf der Behandlung modifiziert, aufgegeben oder durch andere ersetzt werden.

3.4 Krankheitsverarbeitung

3.4.1 Belastungsfaktoren

Das Auftreten einer chronischen Krankheit ist mit psychischen Belastungen verbunden. Diese sind je nach Krankheitsbild verschieden und bedürfen einer krankheitsspezifischen Behandlung. Daneben gibt es Belastungsfaktoren, die krankheitsübergreifend auftreten können:

- Irreversibilität der Krankheit
- Ungewisse Zukunftsperspektive
- Konfrontation mit dem (möglichen) Tod
- Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Abhängigkeit von Behandlern
- Therapiefolgen

Als Folge dieser Belastungen können vorübergehend oder anhaltend Befindlichkeitsstörungen wie Ängste, Depressionen, emotionale Labilität, Reizbarkeit, Verlust von Selbstwertgefühl und Sozialkontakten auftreten. Eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist es, die Patienten bei der psychischen Bewältigung ihrer Krankheit zu unterstützen.

Die Krankheitsverarbeitung ist dabei nicht statisch, sondern als Prozess zu sehen, der in verschiedenen Phasen verläuft.

3.4.2 Diagnostik

Auf Grund der bisherigen Forschung ist es nicht möglich, bestimmte Coping-Mechanismen als grundsätzlich besser zu charakterisieren denn andere. Die Bewertung der individuell angewandten Strategien sollte daher im Einzelfall erfolgen. Tendenziell zeigt sich jedoch eine Überlegenheit aktiven, zupackenden Copings mit Problemanalyse gegenüber passiver Bewältigung mit sozialem Rückzug, Grübeln, Resignation und Selbstanklage (Heim 1998).

Für die Krankheitsbewältigung von erheblicher Bedeutung kann die subjektive Krankheitstheorie sein, die die Patienten haben (z. B. Krankheit als Strafe, Schicksal, Herausforderung oder Chance).

Am Beginn der Behandlung sollte die Einschätzung der Krankheitsverarbeitung, der subjektiven Krankheitstheorie und der persönlichen und sozialen Ressourcen des Patienten stehen. Dies kann im Interview, durch Verhaltensbeobachtung durch das Reha-Team und/oder ergänzend auch mit standardisierten Testverfahren (Muthny 1989, Klauer & Filipp 1993, Bullinger & Kirchner) geschehen.

3.4.3 Therapie

Die Krankheitsbewältigung kann durch krankheitsspezifische Informationen über Ätiologie, Prognose und Therapie der Erkrankung wesentlich gefördert werden. Diese Leistungen sollen in bezüglich ihrer Erkrankung homogenen und geschlossenen Gruppen von möglichst 8 bis maximal

12 Patienten durch Ärzte oder entsprechend ausgebildetes Fachpersonal (z. B. Diabetesberater) erbracht werden. Den Patienten wird darüber hinaus das Angebot gemacht, an einer von einem entsprechend qualifizierten Psychologen oder Arzt geleiteten krankheitsspezifischen Gruppe zur Krankheitsbewältigung im Umfang von mindestens 2 Stunden/Woche teilzunehmen.

Da die Abwehrmechanismen Verleugnung und Verdrängung zur Angstabwehr erforderlich und eine Form der Krankheitsverarbeitung sein können, hat die Gruppenteilnahme - zumindest bei malignen Erkrankungen – freiwillig zu sein. Die von Yalom (1974) beschriebenen Wirkfaktoren der Gruppentherapie (Mitteilung von Informationen, Einflößen von Hoffnung, Universalität des Leidens, Altruismus) können die Krankheitsverarbeitung in besonderer Weise unterstützen (Yalom 1974; Dinger-Broda 1994). Auf Wunsch der Patienten bzw. für Themen, die sich nicht für die Gruppenbehandlung eignen, findet Einzeltherapie statt.

Subjektive Krankheitstheorien, die sich nachteilig auf die Krankheitsbewältigung auswirken können (z. B. Krankheit als Strafe), werden in Gesprächen zu modifizieren und durch realitätsnähere Theorien zu ersetzen versucht. Fördern kann die Therapie die Ressourcen, die dem Patienten zur Verfügung stehen, um seine Krankheit zu bewältigen. Dies können sowohl personale Ressourcen sein, die sich in früheren Krisensituationen gezeigt haben, als auch soziale Ressourcen durch ein soziales Netz, in dem der Patient lebt. Bei Patienten, die noch im Erwerbsleben stehen, werden die Themen Arbeit und Beruf gleichfalls anzusprechen sein.

Zur Bewältigung von psychovegetativen Beschwerden kann das Erlernen von Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung nach Jacobson oder Autogenes Training) beitragen.

3.5 Krankheitsangepasste Lebensweise

3.5.1 Ernährung

Bei vielen Erkrankungen des Indikationsgebietes ist es erforderlich, dass der Patient seine Ernährungsweise an die Krankheit anpasst. Insbesondere gilt dies für Patienten mit Diabetes mellitus, Adipositas, Malassimilationssyndromen (z. B. Lactose, Gluten), chronischer Pankreatitis, Magen - Darmresektionen und Gastrektomie, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Leberzirrhose, Hyperlipidämien, Osteoporose. Gerade in der Gastroenterologie ist die Behandlung von Untergewicht und Malnutrition ein wesentlicher Therapiebestandteil zur Steigerung der Leistungsfähigkeit und zur Besserung der Lebensqualität.

Die Bildung eines Ernährungsteams (ernährungsbeauftragter Arzt, Pflegekraft, Diätassistent), das sich gezielt um Untergewichtige bzw. Patienten mit starkem Gewichtsverlust bemüht, ist sinnvoll.

Die Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation umfasst drei Bereiche:

3.5.1.1 Klinikverpflegung

Grundlage der Klinikverpflegung bilden die Empfehlungen und Beratungsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die Diätverordnung im Lebensmittelgesetzbuch.

Die Vollkost, leichte Kost, Reduktions- u. Diabeteskost sollten demnach eine Nährstoffrelation von ca. 15 % Eiweiß, 30 % Fett und 55 % Kohlenhydrate aufweisen. Daher ist eine exakte Berechnung des Speiseplanes erforderlich.

Zudem muss sie den speziellen therapeutischen Anforderungen entsprechen, z. B. fettarm, kalorienreich, lactosefrei, eiweißarm, kohlenhydratdefiniert sein und aus vielen kleinen Mahlzeiten bestehen. Auch dies muss berechnet und nachvollziehbar sein.

Der Patient soll während der Rehabilitation die positive Wirkung der richtigen Ernährung erfahren, z. B. bessere Laborwerte, Verträglichkeit, Gewichtszunahme oder -abnahme, entsprechend seinem Therapieziel.

3.5.1.2 Ernährungsberatung

Grundlage einer jeden Beratung sind die Beratungsstandards der DGE, die auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen und medizinisch und therapeutisch sinnvoll sind.

Während der Rehabilitation muss der Patient auf den Weg gebracht werden, müssen gemeinsam mit ihm Handlungsalternativen besprochen und erprobt werden.

Weiterhin sollte eine individuelle Zieldefinition und Zukunftsplanung für zu Hause erfolgen (Abstimmung der diätetischen Maßnahmen mit den Ernährungsgewohnheiten und den häuslichen Gegebenheiten).

3.5.1.3 Praktische Umsetzung

Der Patient muss während der Rehabilitation praktische Anweisungen und Übungsmöglichkeiten erhalten, damit er lernt, selbständig ernährungstherapeutische Maßnahmen zu Hause umzusetzen.

3.5.1.4 Verfahren einer patientenorientierten und sinnvollen Ernährungstherapie

- Detaillierte Ernährungsanamnese und -analyse der Ernährung zu Hause
- Mehrtägige Protokollierung und Auswertung der zugeführten Klinikverpflegung (z. B. bei Untergewicht)
- Problemorientierte Betreuung von AHB-Patienten mit z. B. Gastrektomie, individueller Kostaufbau, vom ersten Tag an
- Ernährungstherapeutische Schulungsgruppen (Diabetes mellitus, Gastrektomie, Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Osteoporose, Gicht/Hyperurikämie)
- Ernährungstherapeutische Einzelberatung (z. B. unspezifische Nahrungsmittelintoleranzen, Malassimilationssyndrom, spezielle Diäten)
- Erarbeitung von Ernährungsrichtlinien für zu Hause in Form eines individuellen Diätplanes (z. B. Diabetiker, dekompensierte Leberzirrhose), einer Zukunftsplanung (z. B. Kostaufbau nach Gastrektomie), einer Zieldefinition (z. B. Übergewicht, Untergewicht)
- Eigenerfahrungen unter Anleitung in der Lehrküche
- Lehreinkauf im Lebensmittelgeschäft
- Tägliche Kostwahlentscheidung am Buffet mit Beratung durch eine Diätassistentin
- Erstellung und Weitergabe von Informationsmaterial

- Einbeziehung von Angehörigen.

Zur Berechnung der Klinikverpflegung, der Ernährungsprotokolle, der speziellen und individuellen Diätpläne sollte die Ernährungsberatung mit einem Computer und den entsprechenden Programmen ausgestattet sein (z. B. Prodi, Menü 2000, Nutrimed).

3.5.2 Bewegung

Bewegung, Gymnastik, Krankengymnastik und Sporttherapie sind sowohl Bausteine der gastroenterologischen Rehabilitation, als auch notwendiger Bestandteil mitzubehandelnder Krankheiten (s.a. Abschnitt 1.4 Multimorbidität). Die Frequenz und Dauer dieser therapeutischen Angebote sowie die Qualifikation der Therapeuten orientieren sich an der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation (KTL)“ (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) 1997b).

Diese Behandlungen verfolgen in der rehabilitativen Therapie ganz unterschiedliche Ansätze und Ziele:

3.5.2.1 Psychologische Aspekte

Gemeinsame Bewegungsaktivitäten (Sport, Spiele, Gymnastik, Tanzen, Wandern) fördern gesellschaftliche Kontakte, Lebensfreude, Selbstvertrauen, sind Wege aus der Isolation und schaffen ein positives Lebensgefühl, was zur Krankheitsverarbeitung beiträgt.

Sie vermitteln ein Gemeinschaftsgefühl wie die Erfahrung von Selbstbestimmtheit.

Nach oft als verstümmelnd erlebten Operationen (Stoma, Narben) fördert Sport das Finden eines neuen Körperschemas.

3.5.2.2 Stoffwechsellaspekte

Systematische Muskelarbeit fördert die insulinunabhängige Glukoseaufnahme und die Verstoffwechslung von Blutfetten. Patienten mit Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas profitieren hiervon unmittelbar. Die Insulinempfindlichkeit wird gesteigert, die Katecholaminempfindlichkeit reduziert. Körpergewicht und Appetit werden beim Über- wie Untergewichtigen zumeist günstig reguliert. Diabetiker können und sollen lernen, die übrige Behandlung (Insulin, orale Antidiabetika, Ernährung) auf körperliche Aktivitäten abzustimmen.

3.5.2.3 Herz-Kreislaufsystem

Systematisches Ausdauertraining führt zu einer Reduzierung der Herzfrequenz sowie Reduzierung des Bluthochdrucks. Auch die Lungenreservekapazität wird beim untrainierten Lungengesunden erhöht. Die genannten Stoffwechsellaspekte wirken zudem protektiv auf Risikofaktoren für die Arteriosklerose.

3.5.2.4 Stütz- und Bewegungsapparat

Bei einer Reihe von begleitenden Erkrankungen des Bewegungsapparates ist gezielte Krankengymnastik die entscheidende Therapie: Degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (Rückenschule), einschließlich der Periarthropathien, entzündliche Gelenkerkrankungen (z. B. Morbus Bechterew), Osteoporose. (s.a. Abschnitt 3.6 Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit)

3.5.2.5 Verfahren

Zum Einsatz kommen: Funktionstraining, Sport für Zielgruppen (Diabetiker, Koronar-, Bluthochdruck-, Gefäßkranke, Adipöse, Bauchoperierte, Patienten mit Beckenbodenschwäche), Wirbelsäulengymnastik/Rückenschule, Wassergymnastik, Ergometer-, Laufbandtraining, Ausdauerschwimmen, therapeutisches Wandern, Spiele im Freien und in der Halle, Bauchdecken-/Beckenbodengymnastik (u.a. Sphinktertraining), Atemgymnastik, Koordinations-, Reaktions- und Gleichgewichtstraining, Entspannungsverfahren, rhythmische Gruppen (Tanz, Aquarobic), krankengymnastische Einzelbehandlungen.

Die Patienten sind so anzuleiten, zu überzeugen und mit Kontaktadressen bekanntzumachen, dass sie die für sie richtige und von ihnen akzeptierte Bewegungstherapie zu Hause fortführen können.

3.5.3 Tagesrhythmus

Eine Reihe von Stoffwechselkrankheiten verändern die zeitliche Flexibilität. Ausgeprägt ist dies beim mittels konventioneller Insulintherapie behandelten Diabetiker oder beim irrigierenden Stomaträger. Spezieller Schulungs- und Trainingsbedarf ergibt sich beim Patienten mit intensiviert behandeltem Diabetes mellitus. Schließlich muss eine Reihe hormoneller Behandlungen den zirkadianen Tagesrhythmus berücksichtigen, beispielsweise die Cortisonbehandlung beim Morbus Crohn.

In der Regel wird dieser Gesichtspunkt zu sozialmedizinischen Einschränkungen führen. In Einzelfällen kann auch, gerade beim intensiviert behandelten Diabetiker, in begrenztem Umfang ein Schichttraining des Tagesablaufs erfolgen und in der Rehabilitationsklinik simuliert werden.

3.5.4 Selbstbehandlung

Die Behandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane führt manchmal zu Körperzuständen, die einer wiederholten oder dauerhaften Selbstbehandlung bedürfen. Beispiele sind die Versorgung eines Enterostomas, Bougierung von Engen (Anus), Legen einer Ernährungssonde (z. B. Schubtherapie beim Morbus Crohn). Die Fertigkeiten zum selbständigen Vorgehen und das Vermeiden von Komplikationen werden von hierfür qualifizierten Krankenpflegekräften vermittelt. Die orale und perianale Medikamentenapplikation ist den Patienten vertraut. Seltenerere Applikationsformen wie pernasal oder transdermal kommen gelegentlich vor, die Patienten sind hierzu anzuleiten. Größerer Schulungsbedarf besteht für Selbstinjektionen. Typisch sind hierbei subkutane Injektionen (z. B. Insulin, Interferon). Gerade die Blutzuckerselbstkontrolle und angepasste Insulinmedikation sind wichtige Module der Diabetikerschulungen durch Diabetesberater und Ärzte.

3.6 Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Therapie mittels Bewegung wurde bereits in Abschnitt 3.5.2 Bewegung ausgeführt. Die dort erwähnten Aspekte überlappen sich mit dem Ziel einer Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Außer den allgemeinen Aspekten kommen oft die folgenden speziellen Aufgaben hinzu:

- Nach Bauchoperationen bestehen häufig Narbenprobleme sowie eine verminderte Belastbarkeit der Bauchmuskulatur. Eine Narbenhernie kann auftreten. Zwar bestehen große Unterschiede infolge der Art des Eingriffs und der individuellen Gegebenheiten, in der Regel sind aber die Bauchdecken ab einem Intervall von vier Wochen postoperativ wieder krankengymnastisch trainierbar.
- Gefäßpatienten (koronar, peripher), die unter Diabetikern häufig sind, profitieren von einem Kollateralentraining.
- Nach Amputationen kann ein Hilfsmitteltraining erforderlich sein.
- Langfristig immobilisierte Patienten benötigen ein generelles Muskelaufbau- und Krafttraining.
- Übungen zur Kompensation von Funktionseinschränkungen können erforderlich werden, u.a. Schwindeltraining. Senile Patienten, oft mit gleichzeitiger Osteoporose, bedürfen eines Gleichgewichtstrainings zur Sturzprophylaxe.

3.7 Schmerzmanagement

Schmerzen als Symptome von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten sind – soweit möglich – krankheitsspezifisch kausal anzugehen, z. B. durch adäquate Behandlung der Grundkrankheit. Dies ist Gegenstand der Leitlinien für die Rehabilitation der einzelnen Krankheitsgruppen.

Chronische Schmerzen, gleich welcher Ursache, bedürfen darüber hinaus einer umfassenden Diagnostik und Therapie im Sinne eines Schmerzmanagements.

3.7.1 Diagnostik

Der Schmerz ist im einfachsten Fall ein Symptom oder Folge einer Verdauungs- oder Stoffwechselkrankheit (z. B. Bauchschmerz bei CED oder chronischer Pankreatitis).

Wie geht der Patient mit den Schmerzen um? Wie stark belasten sie ihn? Wie stark schränken sie seine Lebensqualität und/oder seine Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ein? Welche Bewältigungsformen setzt der Patient bisher ein? (Basler et al. 1998)

Verfahren:

Anamnese und Untersuchung, Schmerztagebuch, Verhaltensbeobachtung, Fragebögen vor allem zu Schmerzerleben, -bewältigung und Befindlichkeit (Glier et al. 1996).

Es gibt eine Reihe von Störungen, die von Schmerzen begleitet werden können, die weitergehende Diagnostik erfordern:

- Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- Somatisierungsstörung (F45.0)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F44.3)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Phasenhaft verlaufende Depression (F33).

Stehen Befund und Befindlichkeit in einer angemessenen Relation? Was könnte der Schmerz symbolisieren? Welche Regulierungsfunktionen erfüllt er? Bei der Diagnosestellung sollten vom Arzt/Psychotherapeuten auch interpersonelle Aspekte des Schmerzerlebens und -verhaltens berücksichtigt werden: Welche interpersonellen Funktionen erfüllt der Schmerz?

Das diagnostische Vorgehen berücksichtigt die Kriterien entsprechend der ICD-10.

3.7.2 Therapie

Der Schmerz als primär psychosomatisches Phänomen mit unterschiedlicher Akzentuierung der Pole Soma/Psyche bedarf therapeutischer Interventionen, die somatische als auch psychotherapeutische Vorgehensweisen miteinander verbinden. Dabei wird i.d.R. eine integrative Schmerzgruppe beiden Behandlungsansätzen gerecht werden können. Dort, wo Schmerzprobleme einen Schwerpunkt der stationären gastroenterologischen Rehabilitation begründen, können auch mehrere, unterschiedlich akzentuierte Schmerzgruppen sinnvoll zum Einsatz kommen. Als Grundlage der Schmerzbehandlung wird häufig eine Dauermedikation mit Analgetika und ggf. Antidepressiva nicht zu vermeiden sein.

3.7.4.1 Schmerzbewältigungstraining

(Jungnitsch 1992; Schumacher 1996; Glier et al. 1994)

Indikation: Vorliegen einer chronischen Schmerzsymptomatik, mit oder ohne medikamentöser Behandlung.

Ziele: Veränderung von Schmerzintensität und -erleben, Erhöhung der Bewältigungskompetenz und Prävention von Sekundärerkrankungen.

Verfahren: Schmerzbewältigungstraining in der Regel in geschlossenen Gruppen mit Information zu Themen wie Schmerzerleben, medikamentöse, physikalische und psychologische Verfahren der Schmerzbewältigung sowie Einüben geeigneter Verfahren (z. B. Entspannungstraining); möglichst als Regelangebot für Patienten mit Krankheiten, die regelmäßig Schmerzen hervorrufen, und für alle anderen Patienten mit chronischen Schmerzen.

Falls angebracht, d.h. wenn noch Behandlungsbedarf besteht und der Patient dazu bereit ist, Anregung und Planung entsprechender Nachsorge.

3.7.4.2 Psychologische Schmerztherapie/Psychotherapie bei Schmerz

(Jungnitsch 1992)

Indikation: Chronische Schmerzen in einem funktionalen Zusammenhang mit dem Erleben und Verhalten des Patienten; Psychische Störungen (z. B. depressive Verstimmung) als Folge des Schmerzsyndroms.

Ziele: individuell zu bestimmen nach Diagnostik (mit Verhaltensanalyse), einschließlich der Ziele des Schmerzbewältigungstrainings.

Verfahren: Verhaltenstherapie mit Einbeziehung des Schmerzbewältigungstrainings, tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Schmerzgruppentherapie, ggfs. auch als Einzeltherapie.

Falls angebracht, d.h. wenn noch Behandlungsbedarf besteht und der Patient dazu bereit ist, Anregung und Planung entsprechender Nachsorge.

3.8 Umgang mit Mißbrauch und Abhängigkeit

In Allgemeinkrankenhäusern sind 10-20% der stationären Patienten alkoholabhängig (John et al. 1996). Diese Zahl und die Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation lassen erwarten, dass auch in Rehabilitationseinrichtungen ein nennenswerter Anteil von Patienten alkoholabhängig oder zumindest alkoholgefährdet ist. Da in das Indikationsgebiet Gastroenterologie/Stoffwechsel viele Alkoholfolgeerkrankungen fallen wie z. B. Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, ist gerade in der gastroenterologischen Rehabilitation mit einem erhöhten Anteil an Patienten mit Mißbrauch oder Abhängigkeit zu rechnen. Es sind Patienten, denen die Einsicht in ihre Abhängigkeit noch fehlt, die zu einer Entwöhnungsbehandlung noch nicht bereit sind und die zur gastroenterologischen Behandlung ihrer Folgeerkrankungen geschickt wurden.

3.8.1 Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation

Bei manchen Patienten gibt es während der medizinischen Rehabilitation Hinweise auf das Vorliegen eines Suchtmittelmissbrauchs oder sogar einer -abhängigkeit. Für solche Patienten reicht die Teilnahme an der Seminareinheit „Alltagsdrogen“ aus dem allgemeinen Gesundheitsbildungsprogramm nicht aus; vielmehr hat die Rehabilitationseinrichtung hier eine Reihe weiterer Aufgaben zu erfüllen (Schulte 1995):

1. Die vermutete Sucht ist zu verifizieren oder auszuschließen, u.a. durch die mehrwöchige Beobachtungszeit.
2. Der Patient kann durch Aufklärung, Verringerung intrapsychischer Widerstände und empathisches, verständnisvolles Ansprechen sowie Aufzeigen der Behandlungsmöglichkeiten für weitergehende Maßnahmen motiviert werden.
3. Wenn möglich sollte er in eine indikative, themenbezogene Gesprächsgruppe (Motivierungsgruppe) bzw. eine speziell in der Reha-Einrichtung tagende Selbsthilfegruppe integriert und/oder an die örtliche Suchtberatungsstelle vermittelt werden.
4. Zum Zeitpunkt der Entlassung sollte die zukünftige Behandlungsstrategie geklärt sein. Eine Suchtmittelabhängigkeit bedarf in der Regel einer Entwöhnungsbehandlung in einer darauf spezialisierten (ambulanten oder stationären) Rehabilitationseinrichtung.

3.8.2 Testverfahren

Gegebenenfalls können als Ergänzung zur klinischen Einschätzung und Anamnese auf Grund der Kriterien des ICD-10 (Dilling et al. 1991) bzw. des DSM-IV (Saß et al. 1996) auch testpsychologische Untersuchungen hilfreich sein. Einige Tests sind im folgenden aufgeführt.

Für Screening-Fragestellungen eignen sich am besten:

- CAGE-Fragebogen (Schirren 1996) (in MEGAREDO enthalten)
- Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA; Feuerlein et al. 1989)
- Lübecker Alkoholismus Screening-Test (LAST; Rumpf et al. 1995; Volz et al. 1998)
- Münchener Alkoholismustest. (MALT; Feuerlein et al. 1979).

Für weitere Diagnostik kommen in Frage:

- Lübecker Alkoholabhängigkeitsskala (LAS, John et al. 1992)
- Trierer Alkoholismusinventar (TAI, Funke et al. 1987).

Es gibt Hinweise darauf, dass Selbstbeurteilungsfragebögen vor allem geeignet sind, jene Patienten zu identifizieren, die bei Vorliegen eines Alkoholproblems eine ausführliche Diagnostik und Beratung akzeptieren (Volz et al. 1998). Falls eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert wird, ist diese Diagnose im Entlassungsbericht anzugeben. Ein Verschweigen der Diagnose würde den Diagnostiker zum Co-Abhängigen machen und die Krankheitsdauer verlängern.

3.8.3 Behandlung

Das konkrete Umgehen mit Suchtgefährdeten/Suchtkranken muss sich dem Ausmaß der Änderungsbereitschaft anpassen, das im Einzelfall besteht. Besteht bereits ein Verdacht auf Missbrauch oder Abhängigkeit, kommt es insbesondere auf Motivierungsarbeit an. Dabei sollte der Patient in seiner aktuellen Verfassung akzeptiert werden. Wichtig ist die Herausbildung eines Vertrauensverhältnisses, die Förderung des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung als suchtkrank bzw. suchtgefährdet. Erst danach ist eine Konfrontation sinnvoll. Gleichzeitig sollte dem Betroffenen vermittelt werden, dass er immer wieder Rat und Hilfe erhält.

Im Zuge der Aushandlung von Reha-Zielen kann bei Verdacht auf Missbrauch oder Abhängigkeit für die Dauer der Rehabilitation als Test für den Patienten - z. B. in Form eines Behandlungsvertrages - Alkoholabstinenz vereinbart werden. Ein Verstoß gegen die Abstinenzregel soll nicht zum Behandlungsabbruch führen, sondern Anlaß zu klärenden Gesprächen über seine Unfähigkeit zur Abstinenz sein. Nur bei fortgesetztem Suchtmittelkonsum sollte die Rehabilitation vorzeitig beendet werden.

Letztlich kann niemand einem Abhängigen beweisen, dass er suchtkrank ist. Wenn aber der Abhängige bereits die Einsicht hat, dass es so nicht weitergehen kann, dass er Hilfe braucht, dann können Gespräche und Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten sehr wichtig sein.

Die Patienten sollten ermutigt werden, im Fall einer drohenden oder entstehenden Abhängigkeit rechtzeitig fachliche Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn im Falle des anhaltenden Mißbrauchs schafft es der Gefährdete aus eigener Kraft nur selten, zu einem unschädlichen Konsum von Alltagsdrogen zurückzukehren. Oft bedarf es jedoch einer ganzen Reihe von Hinweisen und ärztlichen Aufforderungen, bis eine Suchtberatungsstelle aufgesucht wird. Die Rehabilitationseinrichtung kann gegebenenfalls durch Zusammenarbeit mit lokalen Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen ihr Angebotsspektrum für suchtgefährdete Patienten erweitern. Mitarbeiter dieser Stellen oder Teilnehmer dieser Gruppen können in die Informations- und Beratungsarbeit einbezogen werden.

Nikotinentwöhnung: Nikotinabusus ist bei Entstehung und Aufrechterhaltung gastroenterologischer Erkrankungen sowie bei der Entwicklung von Spätfolgen bei Stoffwechselerkrankungen von Belang. Dies begründet Nikotinentwöhnungstrainings als Standardangebot von Rehabilitationskliniken dieser Indikation.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Entwöhnungsprogramme wie: „JA-Ich werde Nichtraucher“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder „Nichtrauchen“ aus der Reihe „Anders leben - gesünder leben“ als Material der Arbeiterrentenversicherung sind Beispiele hierfür.

Eine Kombination solcher standardisierter Programme mit Nikotinplastergabe ist üblich. Rückfallprophylaxe ist ein eindeutig effektsteigernder Teil erfolgreicher Entwöhnungsprogramme.

3.9 Soziale Unterstützung

3.9.1 Theoretischer Ansatz

Der Aufgabenbereich von Sozialarbeit ist das Lösen spezieller sozialer Probleme bei Not, subjektiver Belastung und individueller Lösungsschwierigkeit in den Bereichen

- Unterkunft, Nahrung, Gebrauchsdinge (Kleidung, Mobiliar, Haushaltsgegenstände), Geld, Erwerbsarbeit, Erziehung, Betreuung
- Unterstützung durch wichtige Bezugspersonen.

Problemlösungen werden versucht durch: Vermitteln, Ausgleichen, Schützen, Verhalten beeinflussen.

Klienten der Sozialarbeit sind meist Patienten, denen zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, chronischen Belastungssituationen und schwierigen Übergängen zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen, es kommt eher zur Überforderung.

Schwerpunkte der Hilfe sind: Mobilisierung von Ressourcen durch

- soziale Vernetzung (natürliche und „inszenierte“ soziale Netzwerke: Familie, Selbsthilfegruppen)
- öffentliche Hilfen (materielle Unterstützung, soziale, immaterielle Dienstleistungen)

3.9.2 Praktische Hilfen

Beratung und praktische Unterstützung

Bei der Organisation oder Einbeziehung von Sozialleistungen kommen folgende Hilfen zur Anwendung:

Beratung

- a) zu Sozialleistungen für Behinderte (soziale Hilfen, incl. Rechtsfragen), wie medizinische, berufliche, soziale Rehabilitationsleistungen, ergänzende Leistungen (Rehabilitationssport, Haushaltshilfe, Fahrtkosten), Hilfen zur betrieblichen Wiedereingliederung, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Zuzahlungen und Härtefallregelungen, kurzfristige Lohnersatzleistungen, laufende und einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt, Mehrbedarfssituationen, Renten, Pflegehilfen, Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz, Nachteilsausgleichen, Schutz Behinderter im Rechtsverkehr
- b) zu Sozialleistungsträgern, wie
Zuständigkeiten und Anspruchsberechtigung
- c) zu Selbsthilfegruppen und den Angeboten der freien Wohlfahrtspflege
- d) zu Einrichtungen und Maßnahmen, wie
ambulante Hilfen, teilstationäre Einrichtungen, stationäre Einrichtungen
- e) zu Zugangshilfen zu Sozialleistungen (Verfahren, Rechtsschutz)
- f) zu problemlösendem Verhalten, Entscheidungs- und Klärungshilfe
- g) zu Möglichkeiten, sich um soziale Unterstützung im privaten (und beruflichen) Alltag zu bemühen
- h) von Angehörigen bzgl. ihrer Möglichkeiten, den Patienten zu unterstützen, und bzgl. der Hilfen, die für sie selbst in Frage kommen.

Vertretung des Klienten, Vermittlung und Verhandlung mit Problembeteiligten.

Planung, Beschaffung und Organisation von öffentlicher Hilfe (s.o.), Hilfestellung bei Anträgen.

3.10 Sozialmedizinische Beurteilung

Medizinische Rehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung strebt den Erhalt oder die Wiederherstellung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens an. Dies erfordert eine detaillierte Beschreibung des positiven und negativen Leistungsvermögens sowohl im Hinblick auf die letzte Tätigkeit, als auch auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Hinweise sollen erfolgen zu beruflichen Alternativen und ggf. zu berufsfördernden Maßnahmen. Zu Einzelheiten wird auf die entsprechende Literatur verwiesen (VDR 1995b, Zillesen 1997)

Medizinische Rehabilitation im Auftrag der Krankenversicherung strebt den Erhalt der Selbständigkeit und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit an. Die sozialmedizinische Beurteilung muss hierzu Stellung nehmen, Möglichkeiten der Unterstützung ausloten und benennen, Pflegenotwendigkeit aufzeigen. Grundlage sind die jeweils aktuellen Richtlinien zum SGB XI.

In beiden Fällen ist zu prüfen, ob Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz zu beantragen sind.

3.11 Nachsorge

Medizinische Rehabilitation findet in Deutschland überwiegend wohnortfern in hierfür spezialisierten Einrichtungen statt. Ein besonderes Problem stellt deshalb die ausreichende Vernetzung mit der ambulanten hausärztlichen Betreuung, der ambulanten fachärztlichen, psychotherapeutischen oder sonstigen Spezialbehandlung und mit der stationären Therapie dar. Derzeit werden verschiedene Versorgungsmodelle mit dem Ziel einer besseren Vernetzung erprobt.

Auch unter den bisher gegebenen Bedingungen gilt es, die für den Einzelfall relevante Schnittstellenproblematik zu erkennen und zu überwinden: Die Einbindung des Patienten in Nachsorgeprogramme der Renten- und Krankenversicherung, die gezielte Kontaktbahnung zu Selbsthilfegruppen und Beratung zu den weiteren Hilfen im sozialen Netz (z. B. Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz, Pflege vor Ort etc.) sind integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation.

3.12 Prozessdokumentation und Ergebnisqualität

Der Gesamtprozess der Rehabilitation wird in einer Vielzahl von Items dokumentiert und im Entlassungsbericht zusammengefasst. Ein Qualitäts-Screening des Behandlungsprozesses erfolgt im Rahmen des VDR-Programms, insbesondere durch Teilnahme am „Peer Review-Verfahren“. Reha-Kliniken, die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft als Schulungs- und Behandlungseinrichtungen anerkannt oder Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Adipositas in Reha-Kliniken der Deutschen Adipositas Gesellschaft sind, nehmen am Qualitätssicherungsprogrammen dieser Fachverbände teil, die relevante Parameter bei Aufnahme, Entlassung und 1 Jahr nach Entlassung erfassen. Darüber hinaus sollten im Rahmen von MEGAREDO (Basisdokumentation der GRVS) regelhaft definierte Items hinsichtlich subjektivem Befinden und objektiven Befunden erfasst, dokumentiert und letztlich anonymisiert ausgewertet werden. Erfassungszeitpunkte: Aufnahme, Entlassung, 1 Jahr nach Entlassung.

4 Diagnosenspezifische Leitlinien

Die Leitlinien sind wie folgt gegliedert:

- Kurzdarstellung der Indikation und der Epidemiologie
- Diagnostik

Hier werden die relevanten diagnostischen Verfahren und deren Zielsetzung/Begründung (Rationalität) dargestellt.

- Therapieziele

Neben dem übergreifenden Rehabilitationsziel des Erhalts oder der Wiedererlangung der beruflichen und sozialen Eingliederung bzw. der Verhinderung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit sollen hier krankheitsbezogene und patientenindividualisierbare Therapieziele formuliert werden, nach denen sich die spezifische und individuelle Behandlung auszurichten hat.

- Therapeutische Elemente zu

- A) Medizinische Behandlung
- B) Rehabilitationspflege
- C) Patientenberatung, -schulung, Coping
- D) Klinische Psychologie/Psychotherapie
- E) Physiotherapie/Physikalische Therapie
- F) Ergotherapie
- G) Ernährungsberatung/Diätetik
- H) Soziale und berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit

Bei der Beschreibung der Inhalte zu den einzelnen Hauptdiagnosen werden nur noch die diagnosenspezifischen Punkte behandelt. So werden beispielsweise bei den Rehabilitationsindikationen die allgemeinen Gründe „Leidensdruck“ und „Leistungsinsuffizienz“ nicht besonders erwähnt.

4.1 Peptische Krankheiten

Fallgruppe	ICD-9	ICD-10	Aufnahmegründe
1. Gastroösophageale Refluxkrankheit	530	K21	<ul style="list-style-type: none"> – Refluxsymptome (therapieresistent) – Atypische Präsentation der Refluxkrankheit (nichtkardialer Thoraxschmerzen, Asthma bronchiale, Bronchitis, Heiserkeit, Globusgefühl) – Komplikationen der Refluxkrankheit: (Peptische Stenose, Barrettösophagus, Anämie) – Refluxfördernde Bedingungen: (Übergewicht, erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum) – Verhaltensschulung
2. Ulcus ventriculi et/sive duodeni	531, 532	K25, K26	<ul style="list-style-type: none"> – Häufige Ulkusrezidive – Therapieresistente Ulcera mit chronischen Bauchschmerzen Übelkeit, häufigem Erbrechen – Nach Akutbehandlung von Ulkuskomplikationen – Ulcera bei Erkrankungen und Bedingungen mit erhöhtem Ulkusrisiko (Leberzirrhose, chronische Lungenerkrankungen, Niereninsuffizienz, Rauchen, chronische Belastungen) – Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit – Ausschaltung von Alkohol- und Nikotinmißbrauch
3. Postoperative Zustände, nicht maligne (Funduplicatio, Vagotomie, Billroth I, Billroth II)	787	K.91.9	<ul style="list-style-type: none"> – Im Anschluß an Antireflux- oder Ulkusoperationen (AHB) – Bei anhaltenden komplikationsbedingten Symptomen (Übelkeit, häufiges Erbrechen, Sodbrennen, Untergewicht, Körperliche Schwäche, Bauchschmerzen, Kollapsneigung, Unterzuckerungen Durchfall) – Instabilität der Bauchdecke

4.1.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

4.1.1.1 Gastroösophageale Refluxkrankheit

Der Begriff Refluxösophagitis wird oft auf die Erkrankungen beschränkt, bei denen neben einem Gewebeschaden in der Speiseröhre auch Entzündungsreaktionen nachweisbar sind. Da aber viele Patienten unter Symptomen leiden, ohne dass sich endoskopisch Refluxläsionen in der Speiseröhre finden, oder bei anderen endoskopisch Mukosaläsionen ohne Entzündungsreaktionen nachweisbar sind, wird in diesen Leitlinien der umfassendere Begriff Refluxkrankheit gebraucht (Orlando 1995).

Das Leitsymptom der Refluxkrankheit ist Sodbrennen, zweites wichtiges Symptom ist der epigastrische Schmerz. Häufig wird auch über postprandiale und lageabhängige Säureregurgitation geklagt (Rösch et al. 1993). 7 % der Bevölkerung leiden unter täglichem Sodbrennen (Nebel et al. 1973). Bei etwa 33 % der symptomatischen Patienten, die einen Arzt aufsuchen, lassen sich auch endoskopisch Gewebeschäden im Ösophagus nachweisen (Dent 1998). Bei nahezu jedem zweiten Patienten mit Thoraxschmerzen und normalem Koronarangiogramm findet sich eine Refluxkrankheit als Ursache der Beschwerden (DeMester et al. 1982). Chronische Heiserkeit, Globusgefühl und paroxysmaler Laryngospasmus können laryngeale Symptome der Refluxkrankheit sein (Loughlin, Koufman 1996). Bei 80% der Asthmapatienten läßt sich ein pathologischer gastroösophagealer Reflux nachweisen (Sonntag et al. 1990).

Die Letalität der Refluxkrankheit ist gering, nicht jedoch die Morbidität. Peptische Erosionen und Ulcera im Ösophagus können zu einer chronischen Blutungsanämie führen (Orlando 1995). Peptische Ösophagusstenosen entwickeln sich bei 4-20% und Barrettmetaplasien im unteren Speiseröhrensegment bei 8-20% der Patienten (Sonnenberg 1981). Der Barrettösophagus ist eine prä maligne Bedingung, das Karzinomrisiko steigt gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor 50 (Orlando 1995). Jedes dritte Speiseröhrenkarzinom in Deutschland ist als Refluxfolge anzusehen und damit bei entsprechender Therapie vermeidbar (Jaspersen, Rösch 1998).

Die große Mehrheit der Patienten mit Refluxsymptomen kann ambulant optimal behandelt werden. Patienten, die auf die übliche medikamentöse Therapie nicht ansprechen, bei denen Komplikationen der Refluxkrankheit aufgetreten sind, die an Reflux begünstigenden weiteren Erkrankungen (Adipositas, Diabetes mellitus usw) leiden oder bei denen eine atypische Refluxsymptomatik besteht (nicht cardialer Thoraxschmerz, chronischer Husten, Asthma bronchiale, chronische Heiserkeit) sollten gastroenterologisch rehabilitiert werden, wenn durch die Intensität der Symptome eine Bedrohung oder Einschränkung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit gegeben sind.

Die Behandlung der Refluxkrankheit hat zwei Schwerpunkte: die Änderung des Lebensstils und die symptom- und befundadaptierte medikamentöse, eventuell auch chirurgische Therapie.

Kernpunkt der rehabilitativen Bemühungen ist die Information über die Krankheitsentstehung und die Motivation zu einem entsprechenden gesundheitsbewussten Verhalten (Patientenberatung und -schulung), wobei im Einzelfall auch die Suchtproblematik hinsichtlich Alkohol und Nikotin näher bearbeitet werden muss.

Eine psychologisch-psychotherapeutische Begleittherapie ist bei allen Patienten erforderlich, die durch einen chronischen, komplikationsbehafteten Verlauf besonders belastet sind oder bei denen eine Verhaltensänderung bezüglich refluxbegünstigender Bedingungen (Adipositas, Alkoholkonsum, Nikotin) gefördert werden soll.

Bei jüngeren Patienten ist die Indikation zur Antirefluxoperation zu prüfen.

4.1.1.2 *Ulcus duodeni und ventriculi*

Es gibt drei Hauptgründe für peptische Ulcera im Magen und Duodenum: die *Helicobacter pylori* (*H. p.*) assoziierte Ulkuskrankheit, die durch nichtsteroidale Antirheumika (NSAR) ausgelösten Ulcera und die durch eine pathologisch erhöhte Säuresekretion (Gastrinome) bedingten Geschwüre. Darüber hinaus finden sich Ulcera ventriculi et duodeni mit geringer Prävalenz bei verschiedenen Erkrankungen (z. B. Morbus Crohn).

Das Ulkusleiden hat trotz der stark reduzierten Rezidivrate des Duodenalulkus nach Eradikation von *H. p.* immer noch eine hohe Inzidenz - jährlich 2 von 1000 Männern und 0,9 von 1000 Frauen (Johnsen et al. 1992) - und hohe Prävalenz - 11-14% für Männer und 8-11% für Frauen im Laufe des Lebens (Kurata et al. 1992).

Therapieresistente Ulzera (*Ulcus duodeni*: keine Abheilung nach 6 Wochen bei Behandlung mit einer adäquaten Dosis eines Protonenpumpenhemmers; *Ulcus ventriculi*: keine Heilung nach 8 Wochen) sind zur Hälfte durch NSAR Gebrauch verursacht (Tytgat 1998). In vielen Fällen wird die NSAR Einnahme verschwiegen (Lanas et al. 1995)

Eine Reihe von Bedingungen und Erkrankungen erhöhen das Ulkusrisiko: Rauchen, akuter und chronischer Stress sowie chronische Lungenerkrankungen, Niereninsuffizienz und Leberzirrhose (Isenberg et al. 1995).

Die Behandlung des unkomplizierten *Helicobacter pylori* assoziierten Ulkus im Magen oder Duodenum erfolgt ambulant. Patienten mit therapieresistenten Ulzera, häufigen Ulkusrezidiven, insbesondere wenn Bedingungen vorliegen, die die Ulkuserstehung begünstigen (Nikotinkonsum, ulkusbegünstigende Begleiterkrankungen, NSAR behandlungsbedürftige muskuloskeletale Erkrankungen) oder wenn Komplikationen des Ulkusleidens aufgetreten sind, sollten in gastroenterologisch spezialisierten Kliniken rehabilitiert werden.

Gegenwärtig gültigen Leitlinien schlagen die Behandlung der *Helicobacter* Infektion bei einem nachgewiesenen floriden oder in Remission befindlichen peptischen Ulkus des Gastrointestinaltraktes vor (The European *Helicobacter pylori* Study Group 1997, Lam, Tally 1998).

Hinsichtlich Ernährungsverhalten, Medikamenteneinnahme, Alkohol- oder Nikotinmißbrauch ist es trotzdem in allen Fällen sinnvoll, eine Patientenberatung und -schulung durchzuführen.

Eine psychologisch-psychotherapeutische Mitbetreuung hinsichtlich der Faktoren Stress, seelische Belastungen, übermäßiger Ehrgeiz, Überforderung am Arbeitsplatz, Konfliktfähigkeit, etc., ist in fast allen Fällen sinnvoll.

Auch die bei langem Krankheitsverlauf entstandenen körperlichen und seelischen Folgezustände bedürfen einer psychologischen Erfassung und differenzierten Bewertung hinsichtlich der Leistungsfähigkeit.

4.1.1.3 Postoperative Zustände, nicht maligne

Nach Antirefluxoperationen treten bei 3-19% Refluxrezidive, bei etwa 12% Dysphagien infolge einer engen Manschette und bei ca. 10% tritt eine Magendistension (gas bloating) auf (Klar, Herfarth 1998).

Nach Magenresektion oder Gastrektomie leiden bis zu 15 % der Patienten postoperativ an Dumpingsyndromen (Lin, Hasler 1995).

Patienten mit anhaltenden Symptomen von Komplikationen einer Antireflux- oder Ulkusoperation sollten gastroenterologisch rehabilitiert werden.

Im Vordergrund rehabilitativer Bemühungen stehen subjektive (Schmerz, Übelkeit, Schwäche, Leistungsminderung, Kollapsneigung) wie objektive (Erbrechen, Durchfall, Untergewicht, Anämie, Eisen- und Vitaminmangel) Defektzustände und Einschränkungen.

Bei den hier in der Regel jahrelangen Verläufen bedarf es nach einer subtilen Diagnostik des Ist-Zustandes einer differenzierten Aufklärung des Patienten über seine spezifische postoperativ bestehende anatomische und verdauungsphysiologische Situation als Basis für die notwendige

Compliance für auf Dauer notwendige Änderungen im Ernährungsverhalten, auf Dauer notwendige medikamentöse Therapie und Substitutionsbehandlung.

Im Einzelfall sind auch Möglichkeiten bzw. Notwendigkeiten einer Zweit-/Korrekturoperation zu untersuchen, zu besprechen und ggf. in die Wege zu leiten (Aufklärung, Motivation, Compliance). Psychologische-psychotherapeutische Mitbehandlung ist in vielen Fällen im Hinblick auf Depressivität, Angst, soziale Isolierung als Folge der subjektiven Einschränkung wie auch im Hinblick auf Stress, berufliche Überforderung etc. als mitauslösende Faktoren häufig erforderlich.

Gezieltes Muskeltraining (Extremitäten, Bauchdecken) sowie gezieltes Herz-Kreislauf-Training wird in vielen Fällen zur Verbesserung der allgemeinen körperlichen (und psychischen) Leistungsfähigkeit notwendig sein.

Die Einschätzung der beruflichen Belastbarkeit kann nur im Einzelfall und nicht nach dem anatomisch postoperativen Zustand erfolgen und berücksichtigt subjektive Einschränkungen und Belastungen ebenso wie cardio-pulmonale und muskulo-skelettale Leistungsparameter.

4.1.2 Therapieziele bei peptischen Erkrankungen

- ⇒ Schmerzbeseitigung
- ⇒ Normalisierung einer gestörten Funktion (Reflux, Magenentleerung, Darmpassage)
- ⇒ Verbesserung des Ernährungszustandes
- ⇒ Ausschaltung von Noxen
- ⇒ Gewichtsnormalisierung
- ⇒ Verbesserung des Kräftezustandes
- ⇒ Psychische Stabilisierung (Angst, Depression)
- ⇒ Erarbeiten von Copingstrategien

4.1.3 Diagnostik

Peptische Erkrankungen und ihre operativen Folgezustände bei Patienten in der Rehabilitation haben in der Regel eine lange Vorgeschichte, wobei Vorbefunde (Endoskopie, Röntgen, OP-Berichte, Histologie etc.), soweit sie vorliegen, hinsichtlich ihres diagnostischen Aussagewertes einerseits und hinsichtlich der Aktualität andererseits kritisch durchleuchtet werden müssen, ehe sie als Handlungsgrundlage genutzt werden. In vielen Fällen besteht die Notwendigkeit zum aktuellen Zeitpunkt der Patientenaufnahme das spezifische diagnostische Repertoire einer gastroenterologischen Fachklinik vor der Behandlung einzusetzen, um Ursachen und Wertigkeiten den bestehenden subjektiven und objektiven Einschränkungen entsprechend einordnen, soweit möglich, ursachengerecht behandeln und im übrigen defektgerecht substituieren bzw. ausgleichen zu können.

Im Einzelnen bedeutet dies:

A) Anamnese

Kritische Durchsicht und Wertung vorliegender (angeforderter!) Vorbefunde hinsichtlich Plausibilität und Aktualität.

Ausführliche eigene Anamneseerhebung hinsichtlich a) Vorerkrankungen, b) bisherigem Verlauf wie Voroperationen, Krankenhausaufenthalte etc., c) Informationsstand über die eigene Erkrankung, d) derzeitiger Beschwerden und Einschränkungen, e) derzeitiger beruflicher/körperlicher Belastung, f) Ernährungsanamnese, g) persönlicher/sozialer Belastungen, h) evtl. psychologische Anamneseerhebung hinsichtlich Ängstlichkeit,

Depressivität etc.

- B) Körperliche Untersuchung
Ernährungszustand einschließlich genauer Beschreibung von Haut (Subcutis), Muskeltonus, Muskelatrophie, Bauchdecken, Narbenverhältnissen.
- C) Labor je nach Vorerkrankung, Vordiagnosen und klinischem Aufnahmezustand, zusätzlich Eiweiß, Elektrolyte, Spurenelemente, Gastrin, ggf. Vitamine (B₁₂, D), H₂-Atemteste, Resorptionstests.
- D) Bildgebende Verfahren
Sonographie des Abdomens, Röntgen-Kontrastmittelfunktionsuntersuchung und Ösophagus-, Magen-, Duodenum- und Dünndarmpassage (Klärung von Passagebehinderungen, -beschleunigung, Stasen, Blind loop Syndrom, gastrocolische Fistel etc.).
CT- und MR-Untersuchungen bei Pankreas- oder Leberbeteiligung durch Komplikationen des Ulkusleidens.
- E) Funktionsteste
Siehe Labor, darüber hinaus fakultativ:
pH-Metrie, Ösophagusmanometrie, Provokationstests (Säureperfusion, Tensilon).
- F) Endoskopie
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) mit Biopsie,
- G) Konsiliarärztliche Untersuchungen durch Fachärzte
Häufig besteht Multimorbidität bei Patienten mit peptischen Erkrankungen. Dann muss der jeweilige Facharzt hinzugezogen werden; dies gilt insbesondere für die Bereiche Neurologie, Dermatologie, Orthopädie.

4.1.4 Therapeutische Elemente

A) Medizinische Behandlung

a) Refluxkrankheit

Änderung des Lebensstils:

Reduktion: Nikotin, Alkohol, Nahrungsfett, Mahlzeitengröße, Körpergewicht

Vermeiden von: Schokolade, Kaffee, Cola, Zitrusfrüchten, Tomatensaft

Vorsicht bei Medikamenten: Anticholinergica, Theophyllin, Calciumblocker, Diazepam.

Ggf. Erhöhung des Kopfendes des Bettes (15 cm)

Standard der medikamentösen Therapie ist heute die längerfristige Behandlung mit Protonenpumpenhemmern, evtl. kombiniert mit Prokinetika.

Bei bestehenden peptisch-narbigen Stenosen u. U. wiederholte Dilatationsbehandlung (Ballon, Sonde). Bei alkalischem Reflux (B I, B II, Gastrektomie) evtl. Sucralfat oder Ursodesoxycholsäure.

Bei konservativem Therapieversagen ist eine operative Therapie im Sinne der Fundoplikatio offen oder laparoskopisch in die Wege zu leiten.

b) Ulcus duodeni und ventriculi

Die Helicobacter pylori Eradikationstherapie erfolgt nach den gültigen Leitlinien (The European Helicobacter pylori Study Group 1997, Lam, Tally 1996).

Bei NSAR-bedingten Ulcera:

Absetzen oder Reduktion der NSAR,
Protonenpumpenblocker in Standarddosierung,
Misoprostol ist eine, wenn auch weniger effektive und nebenwirkungsreichere Alternative.

c) Bei postoperativen Zuständen

Hier richtet sich die medikamentöse Therapie

- gegen Funktionsstörungen wie Stase, Spasmen, Dumping, bakterielle Fehlbesiedelungen mit Prokinetika, Antibiotika, evtl. Ballaststoffen.
- gegen Verdauungsinsuffizienz bei sekundärer Pankreasinsuffizienz mit Pankreasferment-substitution und gegen Mangelzustände bei gestörter Resorption durch gezielte Substitution von Mineralien/Spurenelementen, Vitaminen, Hormonen. In einzelnen Fällen wird bei entsprechenden postoperativ-anatomischen Gegebenheiten mit schweren funktionellen Einschränkungen die Indikation zu einer Korrektur-Operation (Umwandlungsoperation bei Dumpingsymptomatik, Syndrom der zuführenden Schlinge, etc., Verschluss einer gastrocolischen Fistel) zu stellen und in die Wege zu leiten sein.

B) Rehabilitationspflege

Ein erhöhter Pflegeaufwand besteht bei AHB-Patienten nach resezierenden Operationen, die körperlich noch besonders geschwächt sind oder bei denen Wundheilungsprobleme vorliegen.

C) Patientenberatung, -schulung, Coping

Vor allem bei postoperativen Patienten nach resezierenden Verfahren ist eine genaue Aufklärung über den anatomischen Ist-Zustand, die daraus resultierenden Veränderungen in der Physiologie der Nahrungsaufnahme und das adäquate Umgehen damit sinnvoll. Darüber hinaus muss auf mögliche oder regelhaft zu erwartende Defektzustände wie perniziöse Anämie, Osteoporose etc. und auf deren Verhütung durch eine lebenslange Substitutionstherapie eingegangen werden.

D) Klinische Psychologie und Psychotherapie

Stressbereitschaft, Angst und Depressivität sind häufig Co-Faktoren peptischer Erkrankungen oder Folgezustände von postoperativen Einschränkungen. Hier ist sowohl das therapeutische Einzelgespräch zur Verbesserung von Copingstrategien als auch die Gruppentherapie in Form von Entspannungstraining von regelhafter Bedeutung für die Verbesserung des Befindens. Besondere Beachtung finden sollte auch etwaiges Suchtverhalten hinsichtlich Alkohol und Nikotin (siehe Abschnitt 3.8 Umgang mit Mißbrauch und Abhängigkeit).

E) Physiotherapie/physikalische Therapie

Bewegungstherapie ist in vielen Fällen bei bestehender muskulo-skelettaler Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne eines gezielten Aufbautrainings sinnvoll und erforderlich, auch gezieltes Bauchdeckentraining nach abdominalen Operationen sollte individuell abgestuft ab der 4. postoperativen Woche im Einzeltraining durchgeführt werden. Physikalische Therapieformen sind bei orthopädischer Problematik sinnvoll.

F) Ergotherapie

Sie hat über ein allgemein rehabilitatives Angebot hinaus bei peptischen Erkrankungen und ihren Folgezuständen keine spezifische Bedeutung.

G) Ernährungsberatung

Wenngleich eine „Ulcusdiät“ im eigentlichen Sinne nicht mehr vertretbar ist, so hat die Ernährungsberatung doch als individuelle Beratung nach wie vor einen hohen Stellenwert: neben einer ausführlichen Ernährungsanamnese kommt es hierbei auf die Ausarbeitung eines individuellen Ernährungsplanes unter Berücksichtigung von Unverträglichkeiten, Mangelzuständen und dem aktuellen Körpergewicht sowie der beruflichen Situation (Zwischenmahlzeiten,

Essen in Kantinen, Gaststätten, Imbißstuben etc). Die oft notwendige Umstellung auf vielfache kleine Mahlzeiten bei postoperativen Zuständen (z. B. Dumping) muss mit dem Patienten individuell erprobt und eingeübt werden und gegebenenfalls auch mit Angehörigen in der Lehrküche geübt werden.

H) Soziale Beratung

a) Refluxerkrankung:

Die körperliche Belastbarkeit ist hier in der Regel nicht eingeschränkt, Arbeiten mit häufigem schwerem Heben und Pressen sowie Arbeiten im Bücken sollten jedoch vermieden werden und schränken insoweit das Leistungsbild ein.

b) Peptische Erkrankungen:

Hier können Stress, Überforderungsangst und Ehrgeiz als Cofaktoren angesehen werden, so dass es sinnvoll erscheint, Zeitdruck, Nacht- und Wechselschicht sowie subjektiv/objektiv psychomental überfordernde Tätigkeiten möglichst zu vermeiden.

c) Postoperative Zustände:

Diese sind im Regelfall keineswegs mit Einschränkungen der körperlichen und geistigen Belastbarkeit verbunden. Die regelmäßige Möglichkeit zur Einnahme von Zwischenmahlzeiten sollte gegeben sein (aber nicht in jedem Falle zwingend gefordert werden: cave Arbeitsplatzverlust!). Bei andauernder Verminderung der muskulo-skelettalen oder cardio-pulmonalen Belastbarkeit ist im Einzelfall eine berufliche Umsetzung, bei jüngeren Patienten u. U. auch eine Umschulung, erforderlich. Nur selten wird bei älteren Patienten und bei schwer zu kompensierenden Mangelzuständen eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nicht mehr möglich sein.

4.2 Funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes

Fallgruppe	ICD 9	ICD 10	Rehabilitationsindikation
1. Funktionsstörungen der Speiseröhre 530.0, 530.5, 530.7, 530.8 bzw. K22.0, K22.4, K22.8			– Anhaltende Dysphagie
2. Magenentleerungsstörungen 536		K30, K31	– Anhaltende Schmerzsymptomatik
3. Chronische Obstipation 564.0		K59.0	– Gehäuftes Erbrechen, Völlegefühl mit ausgeprägter Befindlichkeitsstörung
4. Stuhlinkontinenz 787.6		R15	– Defäkationstörung, Blähungen mit ausgeprägter Befindlichkeitsstörung
5. Funktionelle Störungen des oberen Verdauungstraktes (Dyspepsie, Reizmagen) 306.4; 536.8	R12, R13, F45.3, K30		– Bei unwillkürlichen Stuhlabgängen zur Einleitung einer Übungsbehandlung – (funktionelle) Durchfälle mit ausgeprägter Befindlichkeitsstörung
6. Funktionelle Störungen des unteren Verdauungstraktes (Reizdarm-Syndrom) 306.4, 564.1, 564.5, 787.3	R14, F45.3, K58, K59.1, K59.9		– Therapieeinleitung bei Trennung vom häuslichen Umfeld – Psychische oder soziale Probleme (lange AU, AL, gescheiterte Ausbildung) – Ausgeprägter sozialer Rückzug

4.2.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

Die Indikation zur Rehabilitation bei den funktionellen Beschwerden des Magen-Darm-Trakts **mit** erfassbaren Motilitätsbefunden (Achalasie, Magenentleerungsstörung, chron. Obstipation, Stuhlinkontinenz) wie **ohne** erklärende Organbefunde (somatoforme Störungen wie Non-ulcer-Dyspepsie, Reizmagen, Postgastrektomiesyndrom, Postcholezystektomiesyndrom, Reizdarm, Colon irritabile) ist im Einzelfall oft umstritten, da selten hierdurch die Erwerbsfähigkeit aufgehoben oder erheblich gefährdet ist und lediglich die Stuhlinkontinenz eine offensichtliche Behinderung darstellt.

Vordergründig spricht die Statistik dafür, die Rehabilitationsbedürftigkeit dieser Versicherten in Frage zu stellen:

- Derartige Beschwerden („behandlungsbedürftige Störungen“) werden als sehr häufig angenommen; man rechnet mit einer Prävalenz von 14 bis 26% in der Bevölkerung (Dilling et al.

1984; Schepank 1987).

- In der Statistik der Frühberentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit spielt dies Diagnosegruppe eher eine untergeordnete Rolle. Immerhin wurden 1995 unter der Diagnose Funktionelle Störungen (306; ICD 9) 2.219 Frühberentungen überwiegend in der Gruppe der 50 bis 59-jährigen Versicherten verzeichnet (VDR 1996b). Nicht erkennbar ist der Anteil der auf das gastroenterologische Gebiet entfallenden Störungen. Geht man von einer üblichen Verteilung der funktionellen Störungen aus, muss angenommen werden, dass es sich etwa bei der Hälfte dieser Störungen um gastroenterologische Störungen handelt. In der Größenordnung übersteigt damit die Zahl der Fälle die der Frühberentungen bei nichtinfektiöser Kolitis/Enteritis.

Der Trugschluss könnte lauten, dass diese Krankheiten im Sinne des SGB VI keine Indikation zur medizinischen Rehabilitation darstellen. Dieser Trugschluss hat drei Ursachen:

1. Die Reha- und Rentendiagnosen werden nach ICD 9 dreistellig verschlüsselt. Dort sind diese Krankheiten in unterschiedlichen Diagnosengruppen versteckt:
 - 306: Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs
 - 535: Gastritis und Duodenitis
 - 537: Sonstige Affektionen des Magens und Zwölffingerdarms
 - 564: Funktionelle Verdauungsstörungen, anderweitig nicht klassifiziert
 - 576: Sonstige Affektionen des Gallensystems („Postcholezystektomiesyndrom“)
2. Aus unterschiedlichen Gründen besteht in der Klassifizierung (Verschlüsselung) bei Haus-, Krankenhaus- und Reha-Ärzten ein Trend zur Somatisierung,
 - um der Erwartungshaltung des Patienten zu entsprechen,
 - um medikamentöse Therapieansätze zu rechtfertigen,
 - um eine Operationsempfehlung zu begründen,
 - um Versicherungsleistungen zu rechtfertigen,
 - um die Behandlung in der eigenen Klinik zu rechtfertigen (Cave: „Fehleinweisung“)
3. Wenn diese Patienten Rentenansprüche wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stellen, stehen zwischenzeitlich andere Diagnosen im Vordergrund, da der fordernde Behandlungsdruck bei einer Vielzahl von Patienten zu unnötigen Operationen geführt hat (Martin et al. 1990) und da 40% dieser unnötig Operierten im weiteren Verlauf eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhielten (Zoccolillo, Kloninger 1986, berichtet von Fichter 1996). Diese Patienten werden dann unter „Divertikelkrankheit“, „Verwachsungsbauch“, „Narbenhernie“ bis „Cholelithiasis“ geführt.

Patienten, die seelische Probleme körperlich verarbeiten (Somatisierungsstörungen), hatten mehr als sechsfache Kosten für stationäre (körpermedizinische) Behandlung und 14-fach höhere Kosten für ambulante Behandlung (Smith et al. 1986, berichtet von Fichter 1996). Zielke (1993) konnte bei stationär verhaltensmedizinisch Behandelten aufzeigen, dass dadurch bei längerfristiger Betrachtung Kosten für medizinische Diagnostik und Therapie eingespart werden.

Drei Streitfragen seien kurz aufgegriffen:

1. Die Frage nach der richtigen Behandlungseinrichtung
Patienten der Fallgruppen 5 und 6 (Reizmagen, Dyspepsie, Reizdarm, somatoforme Störung) tauchen sowohl beim Gastroenterologen wie beim Psychotherapeuten auf. Der Ausschluß organischer Ursachen bedarf gastroenterologischer Kompetenz. Auch wenn

diese Diagnostik vor der Rehabilitation geleistet sein soll, besteht in praxi oft ein Bedarf an Ergänzung und ein hoher Anspruch an eine kritische Bewertung. Manche Organbefunde werden gerade bei diesen Patienten fehlgedeutet oder überinterpretiert.

Umgekehrt bedarf die richtige Einschätzung des Behandlungsbedarfs dieser Patienten psychotherapeutischer Kompetenz. Nicht selten sind psychiatrische Krankheiten abzugrenzen. Die Ausprägung und das Verständnis für die psychosomatischen Zusammenhänge beim Patienten und damit die Chancen einer Psychotherapie sind abzuschätzen. Eine 6-wöchige Rehabilitation in einer Fachklinik kann bei einem hohen Prozentsatz zur Heilung führen, wenn das Auftreten der Erkrankung nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Dennoch ist die Prognose im Einzelfall und in Abhängigkeit vom Chronifizierungsgrad sehr unterschiedlich.

Bei der Behandlung dieser Störungen besteht also einerseits die Gefahr einer Behandlung des Körpers ohne die Psyche und andererseits die der Behandlung der Psyche ohne den Körper. Ein Ausweg aus diesem Dilemma könnte die differenzierte Zuweisung zu Kliniken sein, die neben der gastroenterologischen Fachkompetenz auch eine angemessene psychotherapeutische Kompetenz vorhalten.

2. Die Frage nach dem richtigen Behandlungszeitpunkt

Situative Bedingungen spielen bei Reizmagen und Reizdarm eine große Rolle. Etwa die Hälfte dieser Betroffenen strebt keine ärztliche Behandlung an. Sobald sich eine auslösende Situation fixiert und ambulante Behandlung einschließlich ambulanter Psychotherapie versagt, ist jedoch medizinische Rehabilitation möglichst frühzeitig indiziert. Die Trennung vom gewohnten Umfeld (Familie, Arbeitsplatz, Freizeit) kann den therapeutischen Einstieg und die Akzeptanz nachfolgender ambulant-psychotherapeutischer Maßnahmen oft erleichtern.

3. Die Frage nach der richtigen Behandlungsmethode

Eine symptombezogene medikamentöse Therapie wird oft nicht zu umgehen sein, genügt aber selten. Auch sind monokausale auslösende Faktoren eher selten, der Umgebungswechsel erleichtert den Zugang hierzu. „Entängstigung“ ist angezeigt. Psychotherapeutische Maßnahmen sind Entspannungsverfahren, verhaltenstherapeutische Techniken, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie. In letzter Zeit werden besonders günstige Ergebnisse durch Hypnosebehandlung berichtet. Mit diesen Techniken lassen sich in bis zu 90% der Fälle eine Heilung in einem Sechs-Wochen-Zeitraum erzielen. Auch in der ambulanten Langzeitbehandlung hat der Streit zwischen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Ausrichtung in den letzten Jahren an Schärfe verloren. Zum Einsatz kommt, was dem Patienten entspricht, der Therapeut beherrscht, der Zeitrahmen zulässt und was den empirischen Nachweis der Wirksamkeit erbracht hat.

4.2.2 Therapieziele

Für die beiden unterschiedlichen Fallgruppen (1 bis 4 gegenüber 5 und 6) sind Therapieziele unterschiedlich zu definieren: Während für die erste Gruppe definierbare Einzelaspekte auf der somatischen Symptomebene relevant sind, werden solche Einzelaspekte der zweiten Gruppe nicht gerecht. Die Beschränkung auf Einzelaspekte der organischen Symptomebene würde bei somatoformen Störungen den psychoreaktiven Anteil der Beschwerden verkennen, die Fixierung auf ein schweres organisches Krankheitsbild begünstigen, Psychotherapie erschweren und einer Chronifizierung Vorschub leisten.

Auf der somatischen Ebene:

- ⇒ Schmerzreduktion
 - ⇒ Reduzierung der Dyspepsiebeschwerden
 - ⇒ Reduzierung der Stuhlfrequenz, der imperativen Entleerungen
 - ⇒ Verbesserung der Stuhlinkontinenz
- ⇒ Symptomreduktion (Fallgruppe 5 + 6, s. u. 4.2.4 Therapeutische Elemente C)

Psychische Therapieziele:

- ⇒ Desomatisierung
- ⇒ Verminderung von Depressivität
- ⇒ Verminderung von Ängstlichkeit
- ⇒ Krankheitsbewältigung (Coping)
- ⇒ Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Soziale Therapieziele:

- ⇒ Soziale Integration
- ⇒ Berufliche Integration

4.2.3 Diagnostik der Erkrankung und der gesundheitlichen Schädigung

Die folgenden Prozessmodule kommen zum Einsatz:

A) Klinik

Ärztliche somatische Anamnese mit (ärztlich kommentierter) Krankheitsbilanz

Körperliche Untersuchung zur Abschätzung der körperlichen Beeinträchtigung und zur Einschätzung des Bedarfs einer differentialdiagnostischen Abklärung.

Ausführliche biographische Anamnese zur Abschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung und des Therapiebedarfs

B) Labor und Funktionstests vor allem zum Ausschluß einer entzündlichen Aktivität und resorptiver Defizite, H₂-Atemtest, biochemische Resorptionstests, Stuhlanalyse, Passagezeiten zur Klärung der Darmfunktion(en), anorektale Manometrie zur Klärung einer Stuhlinkontinenz

C) Bildgebende Verfahren

(Sonographie, Röntgen einschl. Defäkographie)

D) Endoskopie

Ösophagogastroduodenoskopie oft zur Suche nach organischen Krankheiten des oberen Verdauungstraktes, Ileokoloskopie zum Ausschluß entzündlicher und/oder neoplastischer Krankheiten des Kolons und terminalen Ileums)

E) Gezielte Psychodiagnostik im Einzelgespräch als Standard. Simultane Erörterung von somatischer Problematik verbunden mit psychosozialen Gegebenheiten. Keine Zwei-Stufen-Vorgehensweise (erst somatische Abklärung dann psychosoziale Abklärung)

- F) Konsiliarische Untersuchungen
 Psychiater (vor allem bei der Differentialdiagnose von Psychosen), Chirurg (evtl. bei Beschwerden oder Befunden in Zusammenhang mit Voroperationen)

4.2.4 Therapeutische Elemente

A) Medizinische Behandlung

Fallgruppen 1 bis 4:

Soweit erforderlich, wird unterstützend medikamentös behandelt (Prokinetika, Spasmolytika). Zu beachten ist, dass bei Defäkationsstörungen und Analsphinkterschwäche das Biofeedback-Training im Vordergrund steht.

Fallgruppen 5 und 6:

Die medikamentöse Therapie ist gelegentlich zur Linderung von Symptomen hilfreich, verführt andererseits dazu, den Organbezug der Beschwerden überzubetonen.

B) Rehabilitationspflege

Spezielle Pflege ist nur bei der Inkontinenzbehandlung erforderlich. Unspezifische Betreuungsanforderungen liegen in der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegeperson und Patient. Hier ist in der Regel ein ungewöhnlich hohes Maß an psychosozialer Kompetenz zu fordern, das den traditionellen Ausbildungsrahmen von Pflegekräften übersteigt und durch entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen gefördert werden muss. Dies gilt auch für die Gruppe der Arzthelfer/Innen, auch wenn diese Berufsgruppe für die aktive Beziehungsgestaltung in der Regel umfangreicher ausgebildet ist.

C) Patientenberatung, -schulung, Coping

Fallgruppen 1 bis 4:

Krankheitsbezogene Schulung zum Krankheitsverlauf und zu möglichen Komplikationen, zu Notwendigkeit und Möglichkeiten der Selbst- und Übungsbehandlung (Gesundheitstraining).

Fallgruppen 5 und 6:

So gut es für die Akzeptanz der ärztlichen Kompetenz ist, gastroenterologische Fragen dieser Patienten stets empathisch und korrekt zu beantworten, so ausgeprägt ist andererseits die Tendenz derart geschulter Patienten, zur Raritätensuche, zu weiteren Eingriffen, zu Außenseitertherapien zu drängen, wenn längst die Psychogenese offenkundig ist. Eine auf Physiologie und Pathophysiologie der Organfunktionen bezogene „Schulung“ kann somit bei diesen Leiden kontraproduktiv wirken!

D) Psychotherapie

Im günstigen Fall sind die Patienten bereits für eine Therapiegruppe motiviert, die nicht unbedingt auf funktionell Darmerkrankte beschränkt sein muss. Viele Patienten sind erst für eine Gruppentherapie zu motivieren.

In Einzelfällen Steigerung der Introspektionsfähigkeit und Stützung der Selbstwertregulation durch kreativtherapeutische Verfahren (z. B. Kunsttherapie)

Psychotherapeutische Gruppe

Psychotherapeutische Einzelgespräche

Verhaltenstherapie bei Ängsten. Entspannungstraining (Autogenes Training, Muskelrelaxation u.a.) Psychotherapie mittels hypnotischer Verfahren

E) Physiotherapie/Physikalische Therapie

Fallgruppe 3:
Gezielte Entspannungsübungen

Fallgruppe 4:
Beckenbodengymnastik zur Unterstützung der Biofeedbackbehandlung

Fallgruppen 5 und 6:
Keine regressionsfördernden Maßnahmen wie Bäder oder Massagebehandlungen

F) Körpertherapeutische Verfahren zur Verbesserung der emotionalen Binnenwahrnehmung
Stabilisierung und Steigerung des Leistungsvermögens sowie der sozialen Kompetenz in Gruppen und Wahrnehmung eines verbesserten Körpergefühls bzw. positiver Selbstwertnehmung durch Sport- und Bewegungstherapie.G) Ergotherapie
als Kreativtherapie zur Stützung von Copingstrategien kann hilfreich sein.

H) Ernährungsberatung und Diätetik

Fallgruppe 3:
zur Beeinflussung der Stuhlkonsistenz bei einer langsamen Kolonpassage

Fallgruppe 4:
zur Beeinflussung der Stuhlkonsistenz bei durchfallassoziierter Inkontinenz

Fallgruppe 6:
Nicht selten hat die Ernährungsberatung bei diesen Patienten die Aufgabe, sie von empfohlenen oder selbstgewählten unnötigen Speisenrestriktionen zu befreien. Dieser Beratungsbedarf ist oft sehr zeitaufwendig und erfordert viel Einfühlungsvermögen und Fachkompetenz. Kleine Schritte neuer eigener Erfahrungen müssen oft engmaschig von der Fachkraft begleitet und gebilligt werden.

I) Soziale, berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit
Berufs- und Sozialberatung, wenn die Voraussetzungen für eine (Schwer-)Behinderung zu prüfen sind, wenn Leistungseinschränkungen vorliegen, vor allem, wenn berufsbedingte Ängste und Sorgen beschwerdeverstärkend wirken.
Beratung von Angehörigen.

4.3 Chronische Lebererkrankungen

Fallgruppe	Rehabilitationsindikationen
1. Chronische Hepatitiden ohne Zirrhose a) alkoholische Leberschäden b) virale c) autoimmune d) kryptogene	allgemein sozialmedizinisch: - anhaltende Leistungsschwäche infolge der Lebererkrankung - Beurteilung der Belastbarkeit (körperlich, psychomental), Belastungserprobung in der Reha-Klinik, Klärung der beruflichen Einsatzfähigkeit psychosozial: - ungünstige Krankheitsverarbeitung - krankheitsinadäquate Lebensweise somatisch: - reduzierter Kräftezustand
2. Leberzirrhose	speziell: - Motivation zur Alkoholabstinenz, ggf. zur Entwöhnungsbehandlung - Motivation zur Therapie (Interferon, Ribavirin, Cortison, Azathioprin), ggf. Einleitung
3. Cholestatische Lebererkrankungen	- Compliance-Probleme
4. Genetische und metabolische Lebererkrankungen	- Compliance-Probleme
5. Zustand nach operativen Eingriffen an Leber- und Gallenwegen	- postoperative Rekonvaleszenz (AHB)
6. Zustand nach Lebertransplantation	- Information und Hilfe zur Krankheitsverarbeitung - Erhöhter Bedarf an engmaschiger medizinischer Verlaufsbeobachtung - Stark reduzierter Allgemeinzustand - Compliance-Probleme - Steigerung der Leistungsfähigkeit

4.3.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

In der Bundesrepublik Deutschland leiden etwa 2,5 Millionen Menschen an chronischen Leberkrankheiten, davon etwa 1 Million an Leberzirrhose. Der entscheidende Faktor für die Zunahme der Morbidität in den letzten Dekaden ist der übermäßige Alkoholkonsum. In der Arbeitsunfähigkeitsstatistik spielt die Leberzirrhose eine nur geringe Rolle (0,2%), in der Frühinvalidität dagegen eine größere: 1,4% aller EU-Renten werden in Folge chronischer Leberkrankheiten bewilligt.

Die Indikation zur Rehabilitation ist dann gegeben, wenn durch Rehabilitationsmaßnahmen ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert bzw. verzögert und/oder wenn eine Minderung der Leistungsfähigkeit abgewendet werden kann.

Die Auswirkung einer chronischen Lebererkrankung und evtl. deren Therapiemaßnahmen auf die Leistungsfähigkeit und auf den psychosozialen Status des Patienten läßt sich unter den strukturellen und zeitlichen Bedingungen einer Reha-Klinik besonders adäquat erfassen und beurteilen.

Die häufigste Ursache der chronischen Lebererkrankung ist der überhöhte Alkoholkonsum. Die Prognose hinsichtlich der Lebersituation ist dann als ungünstig einzustufen, wenn eine Korrektur der Trinkgewohnheit nicht erfolgt (Kühn, Wernze 1988). Der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik sollte daher genutzt werden, durch Motivationsaufbau eine entsprechende Verhaltensänderung einzuleiten. Die Therapie einer Abhängigkeitserkrankung ist in gastroenterologischen Kliniken nicht möglich, sondern hat in entsprechenden Fachkliniken zu erfolgen.

4.3.2 Diagnostik der Erkrankung und der gesundheitlichen Schädigung

Lebererkrankungen verlaufen lange symptomarm und sind oft schwer voneinander abzugrenzen. Auf eine subtile Diagnostik kann deshalb oft nicht verzichtet werden. In einer prospektiven Untersuchung hat sich gezeigt, dass eine ergänzende oder aktualisierende Diagnostik in mehr als 1/3 der in eine gastroenterologische Rehabilitationsklinik eingewiesenen Patienten mit chronischen Lebererkrankungen erforderlich war (Buchenau, Zilly o.J., Zilly 1998).

A) Klinik

Erhebung einer gründlichen Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der möglichen Ursachen (Trinkgewohnheiten, Bluttransfusionen, Tätowierungen etc.) und sorgfältige Sichtung der Vorbefunde, die in möglichst ausführlicher Form vorliegen sollten. Klinisch körperliche Untersuchung.

B) Labor

Neben laborchemischen Untersuchungen, die die Integrität der Leberzelle, die Syntheseleistung und die Exkretionsfunktion beurteilen, sollte auf eine möglichst exakte Erfassung eines Alkoholkonsums bzw. -mißbrauchs (z. B. durch die Alkoholkonzentrationsbestimmung im Urin und/oder des CDTs) nicht verzichtet werden.

C) Bildgebende Verfahren und Histologie

Nachdem Sonographie, Computertomographie oder Kernspintomographie nicht immer in der Lage sind, differenzierte Fragestellungen, wie z. B. die einer toxischen Leberzellschädigung oder einer chronischen C-Hepatitis, zu beantworten, kann auf die Gewinnung von Lebergewebe zur histologischen Beurteilung, sei es durch eine perkutane Leberpunktion oder durch eine Laparoskopie, nicht generell verzichtet werden. Farbdopplersonographie sowie Ösophago-Gastroskopie sind bei Bedarf zur Erfassung und evtl. Behandlung einer portalen Hypertension oder von Ösophagusvarizen erforderlich.

D) Funktionstests

Quantitative Leberfunktionsproben wie die ICG-Clearance, die Arzneimittelclearance oder die Galaktose-Eliminationskapazität können die diagnostische Aussage erweitern und evtl. auch unter prognostischen Aspekten eingesetzt werden.

E) Endoskopie

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie ist bei Bedarf zur Erfassung einer portalen Hypertension und evtl. zur Sklerosierung von Ösophagusvarizen erforderlich.

F) Konsiliarärztliche Untersuchung durch Fachärzte

Wegen der Multimorbidität bei chronischen Lebererkrankungen sind häufig konsiliarärztliche Untersuchungen durch Fachärzte notwendig.

G) Psychodiagnostik

Bei Verdacht Abklärung einer Abhängigkeitserkrankung Abklärung durch psychologische Exploration ggf. unter Zuhilfenahme standardisierter Testverfahren (siehe Kapitel 3.8 Umgang mit Mißbrauch und Abhängigkeit).

4.3.3 Therapieziele

Die früher im Rahmen einer „Kur“ eingesetzten Maßnahmen wie Bettruhe, Trinkkuren, Fango, Moorpackungen und Bäder haben keine therapeutische Wirkung auf die chronische Lebererkrankung (Zilly 1997) und sind daher nicht Bestandteil des therapeutischen Programmes in einer Rehabilitationsklinik.

Die Formulierung konkreter individueller Therapieziele stößt bei Patienten mit nicht fortgeschrittenen chronischen Lebererkrankungen häufig auf Schwierigkeiten, die mit der fehlenden Wahrnehmung der somatischen Gesundheitsstörung, mit dem Unvermögen, die psychische Komponente ihrer Probleme zu erkennen und/oder mit einer inkorrekten Problemwahrnehmung (z. B. Verleugnung eines exzessiven Trinkens als Ursache von Fehlfunktion im alltäglichen Leben) zusammenhängen mögen. In diesen Fällen kann eine anfängliche Information und Aufklärung über die Krankheit hilfreich sein, weil dann dem Erkrankten eher somatische Störungen und damit therapeutische Wünsche bewußt werden (z. B. leichte Erschöpfbarkeit, Deprimiertheit, gestörter Schlaf). Bei fortgeschrittenen Lebererkrankungen (z. B. chronische Hepatitis mit hoher Entzündungsaktivität, dekompensierte Leberzirrhose) werden allerdings krankheitsbezogene Beschwerden gewöhnlich mitgeteilt, so dass sich dann deren Linderung bzw. Beseitigung als Therapieziele leicht formulieren lassen. Gelegentlich geben Angehörige Hinweise auf besondere Probleme des Erkrankten (z. B. Versagen im Beruf, Kritik des Partners an überhöhtem Alkoholkonsum, Druck der sozialen Umgebung), nach denen einfühlsam gefragt werden sollte, um mit diesen Informationen ein positives therapeutisches (Verhaltens)Ziel zu entwickeln.

4.3.3.1 Individuelle Therapieziele bei chronischen Lebererkrankungen

Beispiele:

- ⇒ Verbesserung einer depressiven Stimmungslage
- ⇒ Erreichen einer befriedigenden Leistungsfähigkeit
- ⇒ Einübung krankheitsadäquaten Verhaltens
- ⇒ Linderung von Krankheitssymptomen (z. B. Meteorismus, Juckreiz)
- ⇒ medikamentöse Behandlung des Grundleidens
- ⇒ Kennenlernen von Wirkungen und Nebenwirkungen der verwendeten Medikamente
- ⇒ Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Alkohol oder Alkoholverzicht
- ⇒ Kennenlernen der eigenen Erkrankung und deren wahrscheinlicher Verlauf und derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten

⇒ berufliche/soziale Integration

4.3.4 Therapeutische Elemente

A) Medizinische Behandlung

Eine gezielte medikamentöse Behandlung wie die Alfa-Interferon-Therapie, die immunsuppressive Therapie mit Glucocorticoiden und/oder Azathioprin, mit Ursodesoxycholsäure oder mit Beta-Blockern wird erforderlichenfalls eingeleitet bzw. fortgesetzt.

Bei fortgeschrittenen Lebererkrankungen sind es die Komplikationen wie Fehlernährung, portale Enzephalopathie oder Ascites, die unter besonders günstigen Begleitumständen gerade in der Reha-Klinik behandelt werden können. Das Vorliegen von Ösophagusvarizen stellt keine Kontraindikation für eine Reha-Maßnahme dar, nachdem bei einer evtl. Blutung die Möglichkeiten blutstillender Maßnahmen wie Ösophagusvarizensklerosierung oder Gummibandligatur gegeben sind.

B) Rehabilitationspflege

Ein erhöhter Pflegebedarf bei chronischen Lebererkrankungen ergibt sich besonders dann, wenn ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung mit einer damit einhergehenden ausgeprägteren Leistungsschwäche (z. B. bei Ascites oder sich entwickelnder portaler Enzephalopathie) vorliegt.

C) Patientenberatung, -schulung, Coping

Die Gruppenarbeit geht über Informationsvermittlung hinaus. Sie hat soziale, kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte zu integrieren und kann dabei Methoden der psychodynamischen, klientenzentrierten, verhaltenstherapeutischen oder psychodramatischen Gruppentherapie ebenso anwenden wie der themenzentrierten Interaktion.

- Information und Aufklärung über die Krankheit, insbesondere Wissensvermittlung über Risiken (z. B. Blutung, hepatitische Enzephalopathie, Infektion), Vertrautmachen mit Prognose und mit medikamentöser Therapie und dadurch Stärkung der Compliance
- Ausbildung eines krankheitsadäquaten Verhaltens, insbesondere Hinführung zur alkoholabstinenter Lebensweise, Vermeidung portaler Drucksteigerung bei Vorliegen einer portalen Hypertension, Kontrolle des Wasserhaushaltes.

D) Klinische Psychologie und Psychotherapie

Die Vermittlung von Perspektiven zur Akzeptanz und Bewältigung der chronischen Lebererkrankung sind wichtige Aufgaben von Psychologen und psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten der Rehabilitationsklinik. Bei Verdacht auf Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit wird eine Motivierungsbehandlung in Gruppen- und/oder Einzelgesprächen angeboten mit dem Ziel, die Krankheitseinsicht und die Motivation zur Verhaltensänderung zu fördern. Bei entsprechender Bereitschaft des Patienten und unter Berücksichtigung seiner Motivation und seiner sozialen Einbindung kann eine niedrighschwellige ambulante (Selbsthilfegruppe, psychosoziale Beratungsstelle) oder höherschwellige stationäre Therapie (Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen) angeregt und eingeleitet werden.

E) Physiotherapie/Physikalische Therapie

krankheitsangepasstes körperliches Training

F) Ergotherapie

Ergotherapie soll als Kreativtherapie Copingstrategien fördern. Außerdem sind ggfs. manuelle Defizite, die bei Lebererkrankungen im Rahmen einer Enzephalopathie schon frühzeitig auftreten, mit zu behandeln.

G) Ernährungsberatung/Diätetik

Einübung eines krankheitsangepassten Ernährungsverhaltens bei fortgeschrittener Leberzirrhose (Eiweißrestriktion).

H) Soziale Beratung und Angehörigenarbeit

Die Beurteilung, ob die berufliche Tätigkeit einen negativen Einfluß auf eine kranke Leber oder umgekehrt eine kranke Leber einen einschränkenden Einfluß auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz hat, ist oft nicht einfach. Das berufliche Anforderungsprofil muss möglichst exakt bekannt sein, um die Auswirkungen körperlicher und psychomentaler Einschränkung durch die zugrunde liegende Lebererkrankung für die sozialmedizinische Beratung und Beurteilung erfassen zu können (berufliche Wiedereingliederung, Wiederaufnahme der Arbeit, Einleitung berufsfördernder Maßnahmen).

4.3.5 Anhang: Zustand nach Lebertransplantation**4.3.5.1 Kurzdarstellung der Epidemiologie und Indikation**

Jährlich werden ca. 600-700 Lebertransplantationen in den verschiedenen Transplantationszentren in Deutschland durchgeführt. Eine Lebertransplantation ist in jedem Fall eine so einschneidende Maßnahme, dass eine Wiedereingliederung in das soziale Leben, aber auch ins Erwerbsleben nicht ohne ausreichende Vorbereitung durch eine Rehabilitationsbehandlung erfolgen sollte. Die Rehabilitation sollte dabei in speziell ausgesuchten Kliniken erfolgen, damit gewährleistet ist, dass ständig mehrere Patienten gleichzeitig behandelt werden können und so spezifische Gruppeneffekte genutzt werden können. Bei etwa einem Viertel aller Patienten bestehen psychisch relevante Störungen im Sinne einer gesteigerten Ängstlichkeit oder Depressivität (Collis et al. 1995). Bemerkenswert ist das Ergebnis einer orientierenden Patientenbefragung, nach der sich nur ca. 1/3 der Patienten durch eine bisherige Behandlung ausreichend psychisch gestärkt fühlen (Vierneusel 1997). Die sozialmedizinische Prognose ist für Lebertransplantierte durchaus günstig. So können bis zu 85% der Patienten ins Erwerbsleben zurückkehren (Starzl et al. 1998) .

4.3.5.2 Therapieziele

Für den einzelnen Patienten sind die nun folgenden aus der Sicht des Arztes erwünschten, eher global formulierten Therapieziele zu konkretisieren und operationalisieren (z. B. Kennenlernen der Wirkung und Nebenwirkung der einzunehmenden Medikamente und Einübung von Maßnahmen zur Kontrolle und Vermeidung von Nebenwirkungen):

- ⇒ Optimierung der medikamentösen Behandlung sowie das Erreichen eines Informationsgrades, der einen angemessenen Umgang mit den Medikamenten gestattet
- ⇒ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verbesserung des Ernährungszustandes und Substitution von Defiziten
- ⇒ Reduzierung bzw. Behandlung von Therapienebenwirkungen, Verminderung von psychischen Störungen wie Depressivität und Ängstlichkeit
- ⇒ Erlernen eines günstigen Bewältigungsstils, Verbesserung des Allgemeinbefindens, soziale Integration, berufliche Integration

4.3.5.3 Diagnostik der Erkrankung und der gesundheitlichen Schädigung

Diagnostische Aufgaben:

- engmaschiges Abstoßmonitoring

- Infektionserkennung (CMV etc.)
- Rezidiverkennung der Grundkrankheit (sowohl im Sinne eines Infektrezidives bei viraler Hepatitis, aber auch im Hinblick auf das Wiederaufflackern einer Alkoholkrankheit)
- fortlaufende Perfusionskontrolle mittels Farbdoppler-Sonographie
- bei unklarem kompliziertem Verlauf Diagnostik von Gallenabflußstörungen mittels ERCP
- ggf. histologische Abklärung mittels sonographiegesteuerter Menghinipunktion.

Eine besondere Bedeutung - gerade im Hinblick auf die hohe Inzidenz - hat die Diagnostik psychischer Störungen, insbesondere bei Entwicklung depressiver Störungen, die sowohl in diagnostischer als auch therapeutischer Sicht eine besondere Aufgabe darstellen.

4.3.5.4 Therapeutische Elemente

A) Medizinische/psychotherapeutische Behandlung

Therapeutische Aufgaben im engeren Sinne sind die

- Durchführung und Anpassung der Immunsuppression
- evtl. die Einleitung einer antihypertensiven Therapie sowie
- Behandlung der Nebenwirkungen
- evtl. Einstellung einer gestörten Glucosetoleranz
- ggf. Behandlung einer CMV-Reinfektion
- Osteoporosebehandlung bzw. gezieltes körperliches Aufbautraining und adjuvante Pharmakotherapie

B) Rehabilitationspflege

Wundversorgung bei sekundärer Wundheilung oder noch belassener T-Drainage

C) Patientenberatung, -schulung, Coping

Zentrale Aufgaben der Patientenschulung ist die Aufklärung über die Anwendung und Wirkung der wichtigsten Medikamente einschließlich der Nebenwirkungen. Hygienische Beratung ist erforderlich zur Gestaltung des Alltagslebens nach Lebertransplantation.

Zur Information über die Wirkung und Anwendung häufig verwendeter Medikamente stehen folgende Pharmaka im Mittelpunkt:

- Glukokortikoide
- Cyclosporin
- Azathioprin
- Takrolimus
- Celcept
- Antimykotika
- Antibiotika.

Aufklärung zu den Nebenwirkungen dieser Medikamente und den bestehenden Möglichkeiten der Vermeidung ihres Eintretens sollte zu den Themen Osteopenie, Hypertonus, diabetische Stoffwechsellage, psychische Nebenwirkungen, Blutbildveränderungen und evtl. Frucht-schädigung erfolgen.

Bezogen auf das Alltagsleben nach der Transplantation ist eine Aufklärung über die Infektionsprophylaxe bzw. Erkennung, Ernährungshygiene, Körperhygiene, Alltagsdrogen, Berufsleben, Reisen und sportliche Aktivitäten sowie über notwendige und potentiell ge-

fährliche Impfungen notwendig.

Bezogen auf die Krankheitsverarbeitung stehen die Themen Angst, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Sexualität und Partnerschaft, Depressionen, Selbsthilfegruppen im Mittelpunkt. Hierbei sind die gruppenspezifischen Prozesse in der Gruppenarbeit von besonderer therapeutischer Bedeutung.

Inhalte der beruflich sozialen Reintegrationsförderung ist die Klärung der beruflich-sozialen Situation einschließlich der familiären Unterstützung sowie der sozialen Sicherung (Einkommen, Rente). Eine Anbindung an Selbsthilfegruppen kann die Krankheitsverarbeitung günstig beeinflussen.

D) Klinische Psychologie und Psychotherapie

- Suchtberatung bei Alkoholkrankheit (siehe Abschnitt 3.8 Umgang mit Mißbrauch und Abhängigkeit)
- Psychotherapie bei Entwicklung psychischer Störungen
- Unterstützung in der Krankheitsbewältigung und Entwicklung eines eher günstigen Bewältigungsstils
- Sexual- und Partnerschaftsberatung.

E) Physiotherapie/Physikalische Therapie

Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch angepaßtes Krafttraining und dosierte Ausdauerbelastung (Fahrradergometer, Schwimmen, Radfahren etc.) in Gruppen unter Anleitung eines Bewegungstherapeuten.

F) Ergotherapie

G) Ernährungsberatung/Diätetik

Es bedarf keiner besonderen Kostform, jedoch wegen vorübergehender Entmineralisierung des Knochensystems einer bedarfsgerechten Calciumversorgung.

H) Soziale und berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit

Eine sozialmedizinische Aufgabe im engeren Sinne ist die Einschätzung des Leistungsvermögens, ggfs. die Anregung von Berufsförderungs- bzw. Wiedereingliederungshilfen sowie Beratung zum Schwerbehindertenstatus.

4.4 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

ICD 9: 555,556 ICD 10: K50,K51

Fallgruppe	Rehabilitationsindikationen
1. CED (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, nicht klassifizierbare Colitis)	- Manifestation zur Information und Coping-Einleitung
2. CED, postoperative Zustände	- Schwere des Krankheitsverlaufes (Schubhäufigkeit, Komplikationen)
3. CED mit extraintestinaler Manifestation	- postoperative Zustände Krankheitsbewältigung, psychische Probleme - Ernährung, Malnutrition Information und Erfahrungsaustausch

4.4.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

Als chronisch entzündliche Darmerkrankungen werden Colitis ulcerosa und Morbus Crohn zusammengefaßt. Es handelt sich um idiopathische Entzündungen des Dickdarms bei der Colitis ulcerosa bzw. des gesamten Gastrointestinaltraktes bei Morbus Crohn. Diese Erkrankungen manifestieren sich vorwiegend im frühen Lebensalter. Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind charakterisiert durch einen meist schubweisen Verlauf, durch Symptomvielfalt, durch eine nicht sichtbare und schwer meßbare Behinderung und durch Einbeziehen von Tabu- und Schamzonen. Es sind Krankheiten ohne allgemeinen Bekanntheitsgrad. Die Behandlung ist überwiegend konservativ medizinisch, komplex und lediglich symptombezogen, nicht selten werden aber auch Operationen erforderlich (Zillessen 1992).

Der Rehabilitationsbedarf ist hoch: Die Jahresstatistiken des VDR zeigen, dass fast 90 % der männlichen und 73 % der weiblichen Frühberenteten wegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung in den letzten 5 Jahren vor Rentenbeginn keine Maßnahme zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation erhalten haben. 53 % der Frauen und 31 % der Männer mit Morbus Crohn sowie 41 % der Frauen und 15 % der Männer mit Colitis ulcerosa waren bei Rentenbeginn jünger als 39 Jahre (VDR 1995a, 1996a). Bei dem überwiegend jugendlichen Alter der Patienten hat die chronische Erkrankung erhebliche Auswirkungen auf Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und Familie und verhindert eine ungestörte Entfaltung und Weiterentwicklung gerade in diesem lebenswichtigen Bereich (Eckart et al. 1994; Mayberry et al. 1992; Sommer, Koenen 1994). Bei negativer Krankheitsverarbeitung werden gehäuft depressive und phobische Reaktionen mit entsprechendem Fehlverhalten, allgemeinen Ängsten und Fehlverhalten beobachtet, die den Rentenwunsch als einzigen Ausweg nach sich ziehen.

Aus dieser gegenwärtig keinesfalls befriedigenden Gesamtsituation ist die frühestmögliche Rehabilitation unter dem Aspekt einer ganzheitlichen Behandlung mit dem Ziel der Erhaltung bestmöglicher Lebensqualität des Patienten erforderlich (Zillessen 1996). Dieses Konzept kann eine gastroenterologisch spezialisierte Reha-Klinik weit effektiver umsetzen als zum Beispiel der einzelne Hausarzt, der im statistischen Mittel nur ein bis zwei Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung betreut und somit über entsprechend geringere Kenntnisse und

Erfahrungen verfügt, oder ein Krankenhaus, das nur kurzfristig bei akuter Verschlimmerung interveniert.

4.4.2 Therapieziele

Übergreifendes Rehabilitationsziel ist oft der Erhalt oder die Wiedererlangung der beruflichen Eingliederung. Im einzelnen sind häufige medizinische Therapieziele ein(e)

- ⇒ Erreichen der Remissionsphase
- ⇒ Stabilisierung der Remissionsphase
- ⇒ Verbesserung des Ernährungszustandes
- ⇒ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- ⇒ Reduzierung der Stuhlfrequenz
- ⇒ Substitution von Defiziten (z. B. Vitamine, Spurenelemente)
- ⇒ Schmerzreduktion
- ⇒ Reduzierung von Therapienebenwirkungen
- ⇒ Verbesserung der Stuhlkontinenz
- ⇒ Verbesserung der Stomaversorgung

Psychische und soziale Therapieziele:

- ⇒ Psychische Entlastung
- ⇒ Krankheitsbewältigung (Coping)
- ⇒ Aufbau von selbstsicherem Verhalten
- ⇒ Verminderung von Depressionen
- ⇒ Verminderung von Ängstlichkeit
- ⇒ Psychosoziale Integration
- ⇒ Berufliche Integration

4.4.3 Diagnostik der Erkrankung und ihrer Folgeerscheinungen

A) Anamnese und körperliche Untersuchung

Ärztliche somatische Anamnese

Körperliche Untersuchung zur Abschätzung der Krankheitsschwere und -akuität, der körperlichen Beeinträchtigung, möglicher Folgekrankheiten, Therapienebenwirkungen und deren Therapiebedarf.

Ausführliche biographische Anamnese zur Abschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung und eines möglichen Therapiebedarfs.

B) Laborchemische Untersuchungen

zur Klärung der entzündlichen Aktivität und zum Aufzeigen bestehender Defizite.

C) Bildgebende Verfahren

Abdominelle Sonographie zur Klärung befallener Darmabschnitte, zur Suche nach Abszessen, zur Suche nach Gallen- und Nierensteinen, nach entzündlichen Gallenwegsveränderungen
u.a.

Transrektale Endosonographie zur Suche nach pelvinen Abszessen und Analfisteln

Röntgenuntersuchungen:

Magendarmpassage, Colon-KE, Dünndarm (nach Sellink), Thoraxorgane, knöcherne Strukturen, Fisteldarstellung, ERCP zur Diagnostik der primär sklerosierenden Cholangitis.

D) Endoskopie

Diagnostische Endoskopie des gesamten Gastrointestinaltraktes zur Klärung des Befallsmusters, der Krankheitsaktivität und dysplastischer Läsionen. Therapeutische interventionelle Endoskopie

z. B. Stenosebehandlung (Ballondilatation, Laser- bzw. Argon-Beamtherapie).

E) Funktionstests

H₂-Atemtest, biochemische Resorptionstests, Stuhlanalyse, anorektale Manometrie.

F) Psychodiagnostik

Biographische Anamnese (tiefenpsychologisches Vorgehen) oder Problemanalyse (Verhaltenstherapie).

Objektivierende Verfahren wie standardisierte bzw. halbstandardisierte Interviews, Fragebögen zur Psychosomatik, zum Beschwerdebild sowie zum Umgang mit Krankheit und Gesundheit, Depressionsskalen, Tests zur Persönlichkeitsstruktur und zur Krankheitsverarbeitung.

Evtl. Miteinbeziehen von Beobachtungen aus begleitenden therapeutischen Gruppen (z. B. geschlossene CED-Gruppe, Bewegungstherapie usw.).

G) Konsiliarische Untersuchungen

Chirurg (vor allem bei abdominalen Komplikationen), Orthopäde/Rheumatologe (bei Gelenkmanifestationen, Osteoporose), Hautarzt (bei - seltenen - Hautmanifestationen oder Therapie-nebenwirkungen wie z. B. ausgeprägter Corticoid-Akne), Gynäkologe (z. B. bei intestino-vaginalen Fisteln), Augenarzt (bei Manifestationen am Auge, Therapie-nebenwirkungen wie Corticoid-Katarakt), Urologe (Nephrolithiasis, Hydronephrose, enterovesikale Fistel).

4.4.4 Therapeutische Elemente

A) Ärztliche Behandlung

Medikamentöse Therapie der Krankheitsaktivität, der Funktionsbeeinträchtigungen und der postoperativen Störungen. (siehe Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Stange et al. 1997)

B) Rehabilitationspflege

Wund- und Fistelbehandlung, Stomatherapie, allgemeine pflegerische Versorgung.

C) Patientenberatung, -schulung, Coping

Ziel 1: Information: Krankheitsbezogene Schulung in einer themenzentrierten Gruppe zum Krankheitsverlauf einschl. der Komplikationen, zur Notwendigkeit und Aussagemöglichkeit diagnostischer Maßnahmen, zum Verständnis und zur Verbesserung der Compliance für medikamentöse Langzeitbehandlungen, (Gesundheitstraining/Patientenschulung).

Ziel 2: Krankheitsbewältigung: (Geschlossene) Gesprächsgruppe, in der u.a. über die Vorbildfunktion durch andere (langjährig) Betroffene Anregungen zur eigenen Krankheitsverarbeitung, insbesondere zur Bewältigung von krankheitsbedingten Ängsten und Resignation, gegeben sind.

D) Klinische Psychologie/Psychotherapie

Stützende Gespräche (z. B. Gesprächspsychotherapie) zur psychischen Entlastung und zur Verbesserung des Wohlbefindens.

Verbesserung der Krankheitsverarbeitung.

Psychotherapeutische Gespräche (alle wiss. Verfahren) zur Verminderung psychischer Störungen (z. B. Angststörungen, Depressionen), die im Zusammenhang mit der CED zu sehen sind.

Beratung und/oder Therapie zur Verbesserung des psychischen Leistungsvermögens: Entspannungstraining (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training), Stressverarbeitung. Umgang mit langandauernden Schmerzzuständen.

E) Physiotherapie/Physikalische Therapie

Abbau körperlicher Schonhaltung, Muskelaufbautraining, postoperative Mobilisation.

Stabilisierung und Steigerung des Leistungsvermögens sowie der sozialen Kompetenz in Gruppen und Wahrnehmung eines verbesserten Körpergefühls bzw. positiver Selbstwahrnehmung durch Sport- und Bewegungstherapie.

Beckenbodengymnastik bei Beckenbodensenkung bzw. -schwäche, physikalische Behandlung (Wärme, Kälte, Strom) bei begleitenden Gelenkentzündungen, spezielle Krankengymnastik bei Sakroiliitiden und Osteoporose, Biofeedbacktraining bei Inkontinenz.

F) Ergotherapie

Als Kreativtherapie dient sie der Stützung von Copingstrategien

G) Ernährungstherapie/Diätetik

Verbesserung des Ernährungszustandes durch eine individuell angepaßte Kostform (laktosearm, ballaststoffarm, mittelkettige Triglyceride bei Kurzdarmsyndrom), bedarfsweise enterale pumpenassistierte Sondenernährung oder parenterale Nutrition (z. B. über Port-Systeme), gezielte Substitution von eingetretenen Defiziten.

H) Soziale, berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit

Berufs- und Sozialberatung: Betriebliche Hilfen (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, Hilfen am Arbeitsplatz, innerbetriebliche Umsetzung, z. B. Aufstellen einer nahen Toilette), Vermittlung von Kontaktadressen zur psychosozialen Beratung und Unterstützung am Wohnort (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen wie DCCV und ILCO, Sozialamt, Hauptfürsorgestelle), Beratung von Angehörigen.

4.5 Gastroenterologische onkologische Erkrankungen

Fallgruppe	Rehabilitationsindikationen
<ul style="list-style-type: none"> • Solide maligne Tumoren der Verdauungsorgane nach therapeutischer Intervention: <ul style="list-style-type: none"> – postoperativ mit/ohne resezierende Maßnahme – nach Radiochemotherapie (Ösophagus-, Analcarcinom) – nach alleiniger Chemotherapie (inoperable kolorektale Carcinome, Pankreasarzinom) – andere interventionelle Maßnahmen (primäres Leberzellcarcinom, Gallengangscarcinom: z. B. Chemo-Embolisation, z. B. Stenteinlage) 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsverarbeitung • Intestinale Funktionsstörungen • Ernährungsstörungen (Störungen der Nahrungsaufnahme, Malassimilation) • Persistierende Schmerzzustände • Urologische/gynäkologische Folgeerscheinungen • Stomaversorgung • Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit • Postoperative Wundheilungsstörungen • Soziale Anpassungsstörungen

4.5.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

Die Prävalenz gastroenterologisch-onkologischer Krankheiten umfaßt ein Viertel aller soliden Malignome. Hiervon betrifft über die Hälfte den unteren Intestinaltrakt (Dickdarm, Rektum, Anus) und etwa ein Viertel den oberen Intestinaltrakt (Magen, Ösophagus; Schön et al. 1995). Darüber hinaus sind der gastroenterologischen Onkologie Malignome von Pankreas, Leber sowie Gallenblase und des Gallengangs systems zugehörig. Dabei ist die Inzidenz des Pankreasarzinoms ansteigend (weltweit achthäufigste Krebstodesursache).

Bei der Therapie gastrointestinaler Malignome dominiert ein operativ-chirurgisches Vorgehen. Entsprechend häufig sind therapiebedingte Störungen, die sich abhängig vom Verlust des betreffenden Organes bzw. Organanteiles manifestieren. Je nach dessen Funktion im Verdauungsablauf sind hierdurch auch wesentliche Unterschiede in Qualität und Quantität der Funktionsstörungen begründet. Solche Funktionsstörungen können z. B. sein: Motilitätsstörungen, Diarrhoe, Inkontinenz und Malassimilationssyndrome.

Eine vordringliche Aufgabe ist die soziale Reintegration und Unterstützung des Patienten bei der Krankheitsverarbeitung im Verlauf der Rehabilitation: Die veränderte körperliche Situation und die Beeinträchtigungen können mit einer erheblichen Verunsicherung des Vertrauens in die körperliche Funktionsfähigkeit (z. B. Verdauung, Ernährung) verbunden sein. Zusätzlich ergibt sich für den Patienten die psychische Problematik, an Krebs erkrankt zu sein. Nach dem anfänglichen Diagnoseschock beginnt der Patient sich mit der Erkrankung und ihren biologischen, psychischen und sozialen (privat und beruflich) Auswirkungen auf sein Leben auseinanderzusetzen. Die Krankheitsverarbeitung stellt erhebliche Anforderungen an den Tumorpatienten, der daher oft individueller Unterstützung durch Information, Anleitung und Austausch bedarf. Diese Möglichkeit besteht einerseits im Kontakt mit den Mitpatienten und den verschiedenen Therapeuten. Andererseits wird die individuelle Krankheitsverarbeitung durch das

Angebot an Gesprächsgruppen für Tumorpatienten sowie psychologische Beratung und Therapie gezielt gefördert.

4.5.2 Therapieziele

Übergreifendes Rehabilitationsziel ist oft der Erhalt oder die Wiedererlangung der sozialen und letztlich auch der beruflichen Eingliederung. Im einzelnen sind häufige medizinische Therapieziele:

- ⇒ Besserung postinterventioneller Funktionsstörungen (Störungen der Nahrungsaufnahme, Postgastrektomie-Syndrom, Malassimilation, Diarrhoe, Inkontinenz)
- ⇒ Abschluss der Wundheilung
- ⇒ Verbesserung des Ernährungszustandes
- ⇒ Substitution von Defiziten (Kalorien, Vitamine, Mineralien und Spurenelemente)
- ⇒ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Mobilisierung
- ⇒ Schmerzreduktion
- ⇒ Stomaversorgung und -akzeptanz
- ⇒ Rezidivprophylaxe (adjuvante Chemotherapie)
- ⇒ best supportive care (palliative Chemotherapie)
- ⇒ Reduzierung von Therapie Nebenwirkungen.

Psychische und soziale Therapieziele:

- ⇒ Verarbeitung negativer Affekte (Angst, Wut, Schuld, Depression, Resignation)
- ⇒ Förderung der Krankheitsbewältigung
- ⇒ Förderung der sozialen und beruflichen Integration
- ⇒ Aufbau von Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers
- ⇒ Behandlung seelischer Störungen, die die Krankheitsverarbeitung beeinträchtigen
- ⇒ Förderung des Gesundheitsverhaltens, der Entspannungsfähigkeit und der Selbstheilungskräfte
- ⇒ Stressbewältigung bei beruflichen und familiären Belastungen
- ⇒ Förderung von sozialen Kompetenzen
- ⇒ Schmerzbewältigung.

4.5.3 Diagnostik der Erkrankung und ihrer Folgeerscheinungen

Intensität und Intervalle einer Nachsorgediagnostik werden derzeit wissenschaftlich diskutiert. Diesbezüglich wird auf die Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten verwiesen.

A) Anamnese und klinische Untersuchung

Ausführliche Anamnese, spezifische Ernährungsanamnese, klinisch-körperliche Befunde, z. B. Ausmaß der Wundheilungsstörung, ggf. auch Status der Stomaanlage

B) Labor

zur Klärung von Defiziten, postoperativen restentzündlichen sowie metabolischen Folgeerscheinungen, Tumormarker als Rezidivfrüherkennung

C) Bildgebende Verfahren

- Abdominelle Sonographie (z. B. Abklärung bei Rezidiv-Verdacht oder bei Verdacht postoperativer Komplikationen wie Abszedierungen o.ä.)
- Kontrastmitteldarstellung des oberen Intestinaltraktes (z. B. zur Abklärung von Motilitätsstörungen oder Stenosen)
- Fisteldarstellung
- Endo-Sonographie (z. B. bei tiefen rektalen Anastomosen mit Stenosebildung und ggf. Rezidiv-Verdacht)

D) Endoskopie

Diagnostische Endoskopie des oberen und unteren Intestinaltraktes in Abhängigkeit von Beschwerden und Voruntersuchungen

E) Funktionsteste

- H₂-Exhalationsteste (z. B. bei Verdacht auf bakterielle Fehlbesiedelung, bei Passagestörung Bestimmung der orocecalen Transitzeit, bei Verdacht auf Lactoseintoleranz)
- Stuhlanalyse (z. B. bei Verdacht auf Steatorrhoe oder chologene Diarrhoe)
- Dumping-Profil (nach Gastrektomie mit spezifischer Symptomatik)
- Manometrische Untersuchung von Oesophagus und analem Sphinkter, dabei auch Bestimmung der rektalen Kapazität mittels Ballondilatation

F) Psychodiagnostik

- Biographische Anamnese
- Exploration hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung und der sozialen Unterstützung, zum Teil unter Einsatz objektiverer Verfahren: standardisierte bzw. halbstandardisierte Interviews, Fragebögen zum Beschwerdebild sowie zum Umgang mit Krankheit und Gesundheit, Depressions-Skalen, Tests zur Persönlichkeitsstruktur und zur Krankheitsverarbeitung. Evtl. Miteinbeziehen von Beobachtungen aus begleitenden therapeutischen Gruppen (z. B. geschlossene Tumorgesprächsgruppe, Musik- oder Kunsttherapie usw.).

G) Konsiliarische Untersuchungen

- Chirurg (bei postoperativen abdominalen Komplikationen wie Stenose, Abszeß, Ileus)
- Urologe (bei Harnblasenentleerungsstörungen, Harnstauungsniere, erektiler Dysfunktion)
- Gynäkologe (intestinovaginale Fistelbildung)
- Radiologe (CT, Kernspintomographie, PET bei Rezidiv-Verdacht)
- Nuklearmediziner (Knochenszintigraphie)
- Neurologe (postoperative Nervenschädigungen)

4.5.4 Therapeutische Elemente

A) Medizinische Behandlung

Einleitung und Fortsetzung von Chemotherapien in adjuvanter oder palliativer Intention. Darüber hinaus medikamentöse Behandlung von spezifischen therapiebedingten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe und Infekt. Weiterhin suffiziente analgetische

Medikation bei persistierenden Schmerzzuständen gemäß WHO-Stufenschema. Substitutionstherapie bei postoperativen Defiziten, z. B. Pankreasenzyme, mittelkettige Triglyceride, fettlösliche Vitamine, Vitamin B₁₂, Insulin bei endokriner Pankreasinsuffizienz.

Therapeutische Endoskopie: Bougierung von Stenosen im Anastomosenbereich, Stent-einlagen, Entfernung von präkanzerösen Läsionen.

Ggf. Fortsetzung bereits eingeleiteter alternativer Therapieformen, falls vom Patienten erwünscht, sofern mögliche Risiken es vertretbar erscheinen lassen. Dabei gilt für die medizinische Rehabilitation der Grundsatz „der Wissenschaft verpflichtet“ (Köbberling 1997).

B) Rehabilitationspflege

Onkologische Patienten weisen einen vermehrten Bedarf an Grundpflege auf. An spezifischen Pflegemaßnahmen fallen Versorgung von Wundheilungsstörungen wie auch die Stomapflege an.

C) Patientenberatung, -schulung, Coping

Strukturierte, auf die speziellen Erfordernisse abgestimmte Schulungsprogramme haben das Ziel, den Betroffenen an der Bewältigung seiner Krankheitsfolgen zu beteiligen, seine eigene Verantwortung zu stärken und eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit (Coping) zu ermöglichen. Die Arbeit in kleinen Gruppen ist häufig notwendig, um gezielt Inhalte zu erarbeiten und die erworbenen Kenntnisse zu vertiefen:

- Hilfsmittelgebrauch bei Ileo-Kolostoma
- Prophylaxe von Stomakomplikationen
- Darmreinigung mittels Irrigation
- Kostanpassung nach Operationen im Bereich des oberen Intestinaltraktes
- Verhaltensanpassung bei Inkontinenz, Biofeedback-Training, ggfs. Hilfsmiteleinsetz
- Sexualberatung
- Grundlagen, Diagnostik und Behandlungsmethoden bei malignen Tumoren
- Aspekte der medizinischen Nachsorge

D) Klinische Psychologie/Psychotherapie

Sie haben bei onkologischen Patienten die besondere Aufgabe, den Patienten in der Bewältigung der Lebenskrise zu stützen und ihm seine eigenen Ressourcen wieder zugänglich zu machen.

In einer „Tumorguppe“ wird die allgemeine Problematik zusammen mit einem Arzt und Psychologen aufgearbeitet, u.a. die Themen Angst, sinnvolle Nachsorge, das Rezidiv, alternative Behandlungsmethoden, Bewältigungsstrategien. Zusätzlich ergibt sich häufig die Notwendigkeit von Einzel-Gesprächstherapie. Soweit von den Betroffenen gewünscht, erfolgt eine Partnerberatung.

E) Physiotherapie/physikalische Therapie

Abbau körperlicher Schonhaltung, Muskelaufbautraining, postoperative Mobilisation, Bauchdecken-, Beckenbodengymnastik, aktive Sport- und Bewegungstherapie sowie Verfahren zur positiven Körperwahrnehmung, Verbesserung von Leistungsvermögen und Muskelkraft.

Anwendung von balneophysikalischen Verfahren zur Schmerzlinderung und Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit.

F) Ergotherapie

Als Kreativtherapie dient sie der Stützung von Coping-Strategien.

G) Ernährungsberatung/Diätetik

In der gastroenterologischen Onkologie mit großen Funktionsdefiziten nach operativen Eingriffen an den Verdauungsorganen (vgl. Armbrecht et al. 1996) ergeben sich bei einer Vielzahl von Patienten Probleme bei Nahrungsaufnahme und Verwertung. Die gastroenterologische Rehabilitation hat die Aufgabe, mit den Patienten individuelle qualitative sowie auch quantitative Ernährungspläne zu erstellen und für die Praxis zu erproben. Dabei sind insbesondere auch individuelle Unverträglichkeiten, Mangelzustände zu berücksichtigen. Bei dennoch

mangelhafter Nahrungsaufnahme und klinisch relevantem Untergewicht ergibt sich die Indikation für eine passagere oder auch permanente Zusatzernährung in Form von pumpenassistierter Sondenernährung oder parenteralen Ernährungsstrategien (z. B. bei Kurzdarm-Syndrom). Die eigenständige Handhabung dieser enteralen wie auch parenteralen Ernährungsstrategien wird geschult und vom Patienten erlernt.

H) Soziale und berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit

Vor allem bei jüngeren Patienten Reintegration in das Erwerbsleben so früh wie möglich nicht nur aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten, sondern gerade auch im Rahmen der sozialen Reintegration. Beratung nach dem Schwerbehindertengesetz. Ggf. stufenweise Wiedereingliederung, ggf. innerbetriebliche Umsetzung bei Problemen wie Diarrhoe oder Stomahandhabung.

Unterstützung durch Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, z. B. die ILCO. Beratung von Angehörigen.

4.6 Chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen

Fallgruppe	ICD 9	ICD 10	Rehabilitationsindikationen
<ul style="list-style-type: none"> • Chron. Pankreatitis ohne Diabetes • Chron. Pankreatitis mit Diabetes 	5771, 5794	K86.0, K86.1 K90.3, E12	<ul style="list-style-type: none"> – Mangelnde Krankheitskenntnisse (natürlicher Verlauf, krankheitsgerechte Ernährung, Selbstmanagement (Diabetes)).
<ul style="list-style-type: none"> • Chron. Pankreatitis postoperativ (auch AHB/AR - Anschlußheilbehandlung/Anschlußrehabilitation) 			<ul style="list-style-type: none"> – Mangelnde Krankheitsverarbeitung (Coping) – Anhaltende Symptome (wie z. B. Schmerzen, Gewichtsverlust, Durchfall) – Quantitative/qualitative Ernährungs-mängel – Drohende diabetologische Komplikationen (Augen, Niere, Fuß) – Eingeschränkte körperliche und/oder psychische Leistungsfähigkeit – V. a. Suchtproblematik (Inadäquanz von Befund und Befinden) – Ungeklärte/gefährdete berufliche Verwendungsfähigkeit (häufige AU-Zeiten, häufige Berufswechsel)

4.6.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

Chronische Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse rekrutieren sich in wesentlichem Maße durch die chronische Pankreatitis. Diese befällt weit überwiegend männliche Patienten und beginnt meist vor dem 40. Lebensjahr (Ammann et al. 1996, Forsmark et al. 1995, Lankisch 1991, Lowenfels et al. 1994).

Die Inzidenz steigt in den westlichen Ländern in den letzten 30-40 Jahren deutlich an auf etwa 0,5 % aller Patienten bzw. 0,4 - 0,07 ‰ der Bevölkerung (Di Mango et al. 1993). In einem hohen Prozentsatz (ca. 75 bis 80 %) spielt vermehrter Alkoholgenuss die wesentliche kausale Rolle. Risikofaktoren sind zudem ein niedriger Sozialstatus (Pedersen et al. 1982; Lankisch et al. 1995), zumeist korrelierend mit einer hohen körperlichen Arbeitsbelastung (Breuer-Katschinski et al. 1996). Die Patienten - insbesondere mit Komplikationen - weisen hohe Arbeitslosigkeitsquoten und Arbeitsunfähigkeitszeiten auf, weshalb eine sozialmedizinische Betreuung von besonderer Wichtigkeit ist. Patienten mit chronischer Pankreatitis haben einen häufigen

Schmerzmittelgebrauch und einen überdurchschnittlichen Nikotinkonsum. Die Lebensqualität von Patienten mit chronischer Pankreatitis erscheint allgemein stärker beeinträchtigt als die anderer Reha-Patienten im gastroenterologischen/Stoffwechsel-Bereich (Onkologie, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes). Besonders beeinträchtigt sind Patienten mit pankreoprivem Diabetes.

Die gesetzliche Rentenversicherung führt konstant seit vielen Jahren jährlich etwa 1800 Rehabilitationsmaßnahmen wegen chronischer Pankreaserkrankungen nicht onkologischer Art durch. Diese relativ kleine Zahl gewinnt dadurch verstärkt an Gewicht, dass es sich zumeist um jüngere Männer in der Mitte ihres Arbeitslebens handelt. Patienten mit chronischer Pankreatitis zeichnen sich durch eine häufige Multimorbidität (Magenoperationen, peptische Erkrankungen, Lebererkrankungen, posttraumatische Folgen) aus, die während des Reha-Aufenthaltes gezielt mitbehandelt wird.

Besondere Probleme können sich ergeben bei Vorliegen eines Diabetes, bei dem eine Einstellung und Schulung erst sinnvoll ist nach Beseitigung vorrangiger Störungen wie Alkoholproblematik oder kalorischer Defizite. Die Einteilung in pankreoprive/Typ 1- bzw. Typ 2-Diabetiker ist nicht immer einfach.

Postoperativ ergeben sich ggf. zusätzliche besondere diätetische Probleme nach Magenresektion. Dies bedeutet oft auch Unsicherheit in der sozialmedizinischen Beurteilung (abdominelle Narbe und Arbeitsbelastung). Diese Patienten fühlen sich auch in ihren Alltagsaktivitäten besonders beeinträchtigt und können vermehrt auch von der Physiotherapie während eines Reha-Verfahrens profitieren. Neben Rauchen und Alkohol als allgemeine Risikofaktoren ergeben sich die Magenresektion und die chronische Pankreatitis als spezielle Risikofaktoren für metabolische Osteopathien.

4.6.2 Therapieziele/Rehaziele

Ein wesentliches Problem bei chronischen Pankreaserkrankungen ist die Aufdeckung und Behandlung bzw. der Ausschluß einer Alkoholproblematik. Diese bestimmt in hohem Maße das weitere soziale Schicksal des Patienten (Lankisch et al. 1995; Di Mango et al. 1993). Ohne vorausgehende Alkoholtherapie bleiben die organbezogenen Behandlungen fruchtlos. Dies bezieht sich einmal auf die allgemeine Compliance der Patienten als auch auf die quantitativ und qualitativ ausreichende kalorische Stabilisierung und Bilanzierung. Erst im zweiten Schritt sind weitergehende Maßnahmen (z. B. Diabetes-Schulung etc.) angezeigt.

Aus Sicht der Rentenversicherungsträger sind deswegen die Verminderung der Abhängigkeitsproblematik sowie bei hohem Arbeitsunfähigkeitsanteil die Erhaltung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit das vorrangige Ziel.

Daneben finden sich aus Patientensicht häufig weitere Therapieziele aufgeführt:

- ⇒ Verbesserung von Beschwerden
- ⇒ Gewichtsnormalisierung
- ⇒ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- ⇒ Verbesserung der Krankheitsinformation
- ⇒ Krankheitsangemessenes Verhalten
- ⇒ Verbesserung der Stoffwechseleinstellung bei Diabetes.

Psychische und soziale Therapieziele sind:

- ⇒ Verbesserung vitaler Erschöpfung/Stressbewältigung
- ⇒ Verbesserung der Krankheitsbewältigung
- ⇒ Sozialmedizinische Begutachtung

Die Reha-Ziele fokussieren auf bestimmte Problemfelder, nach denen auch die später folgende Diagnostik und Therapie ausgerichtet werden. Darunter fallen

1. organmedizinische Aspekte wie Beurteilung und Behandlung von Krankheitsaktivität, erhaltener Organfunktion sowie Ursache vorhandener Schmerzen und Diarrhoen,
2. diätetische Aspekte zur Behebung von Gewichtsverlust, Malassimilation, Malnutrition sowie alkoholbedingter Fehlernährung,
3. sozialmedizinische Aspekte wie Beurteilung und Verbesserung der sozialen Integration bzw. der körperlichen und psychomentalen Leistungsfähigkeit,
4. im psychosozialen Bereich eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung und des Krankheitsumgangs sowie Verbesserung der Lebensqualität,
5. in physiotherapeutischer Sicht Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

4.6.3 Diagnostik der Erkrankung und der gesundheitlichen Schädigung

(Löser et al. 1995; Niederau et al. 1985)

Auf die obigen Reha-Ziele bzw. Problemfelder ist die Diagnostik abgestimmt und ausgerichtet.

A) Anamnese :

Sie beginnt mit einer gezielten Erhebung und Schilderung des Krankheitsverlaufs sowohl organbezogen mit Anzahl und Schwere bisheriger Schübe (Veränderungen des Stuhlgewichts, Veränderung des Körpergewichts, zu- oder abnehmende Schmerzproblematik) als auch Verlaufsaussagen zu Komplikationen der Entzündung und insbesondere über einen evt. postoperativen Situs.

Zusätzlich gehören dazu auch Angaben zur psychosozialen Situation, zur Suchtproblematik (Alkohol und/oder Medikamente) sowie zu Störungen der Krankheitsverarbeitung (Ängstlichkeit, Depression) und beruflichen Problemen.

B) Funktionstests / Labor / Endoskopie :

Laboruntersuchungen, bildgebenden Verfahren wie Endoskopie oder auch organbezogene Funktionstests werden benutzt, um ein verlässliches Bild der aktuellen Morphologie und Funktion des Pankreas zu ergeben. Ggf. - insbesondere wenn ausreichend zeitnahe Ergebnisse nicht zur Verfügung stehen - sind differenzierte Erhebungen (Stuhlfettbestimmung, Pankreasfunktionstests wie zumindest Elastase oder PLT, ggf. Sekretin-Takus-Test oder auch morphologische Verfahren wie Sonographie, ERCP oder CT) notwendig. Eine differenzierte Diagnostik vorhandener Schmerzen ist notwendig, um pankreatogene Ursachen von anderen Schmerzursachen (Ulkus, Gallenstein, funktionelle Beschwerden, etc.) abzutrennen. Häufig ist nicht die Abklärung des erkrankten Pankreas selbst, sondern die Auswirkung von bestimmten Komplikationen sowohl am Pankreas (Zyste, Abszess, Stenose) als auch um das Pankreas (Aszites, Pfortaderthrombose, Fisteln) wie auch allgemeine Probleme allfälliger Osteopathien oder postoperativer Störungen (Dumping zuführende Schlinge, Cholangitis, Ulcus pepticum jejunum) notwendig.

C) Diabetes :

Untersucht werden nicht nur mit Blutzuckerbilanzstörungen (HbA_{1c}) etc., sondern auch körperliche Folgeerscheinungen wie Polyneuropathien, Fußprobleme oder Impotenzproble-

me, die gezielt aufgedeckt werden müssen. Auch autonome Neuropathien (Herz, Magen, Blase) bedürfen spezieller diagnostischer Verfahren.

D) Diätetik :

Ein Ernährungsstatus wird differenziert erhoben durch Betrachtung anthropometrischer Maße (BMI, Hautfaltendicke) und des bisherigen Gewichtsverlaufes sowie insbesondere eine Erhebung einer Kalorienbilanz mit Messung von Einfuhr (Protokoll) und Ausfuhr (Stuhlfett). Dies erlaubt eine erste Unterscheidung zwischen Malnutrition und Malassimilation. Durch Labor Diagnostik und Funktionsteste ist eine pankreatogene Malassimilation von anderen z. B. postoperativen Störungen (sekundäre Lactoseintoleranz, pankreozibale Asynchronie, bakterielle Überwucherung) zu trennen. Diätetische Mangelsituationen (Vitamin D, Vitamin B₁₂, Ferritin, Calcium) werden gezielt untersucht bzw. ausgeschlossen. Ernährungsmedizinisch erfahrene/qualifizierte Ärzte geben die medizinischen Vorgaben für die Tätigkeit der Diätassistentinnen und arbeiten mit ihnen in einem patientenorientierten Ernährungsteam.

E) Sucht :

Eine Suchtproblematik muss gezielt aufgesucht und erfragt werden sowohl bezüglich primärer Alkoholsucht als auch evt. sekundärer Schmerzmittelsucht. Hierzu kann ein Sozialarbeiter wertvolle Hilfe geben. Ggf. ist durch eine biographische Anamnese z. B. durch einen klinischen Psychologen oder auch durch psychometrische Verfahren (Depression, Befindlichkeit, etc.) eine vertiefende Psychodiagnostik notwendig.

F) Leistungsfähigkeit :

Eine oft ungeklärte cardiopulmonale Belastbarkeit kann in ihrer Beurteilung und Quantifizierung durch standardisierte EKG-Verfahren (pWC, gemessen in Watt pro Kilogramm) (Hettinger et al. 1982) erleichtert werden.

4.6.4 Therapeutische Elemente

Je nach vorliegender primärer Störung liegen auch die Schwergewichte der Therapie in verschiedenen Problemfeldern. Verwiesen wird auf ein Konsensuspapier der DGVS (Mössner et al 1998).

A) Medizinische Behandlung

Für den Patienten führend ist eine adäquate Schmerzbehandlung nach entsprechender Ursachenanalyse. Behandelt wird entsprechend einem Konsensusstufenplan (Mössner et al) zur Behandlung von Schmerzen bei chronischer Pankreatitis (peripher; plus Kodein; schwachzentral; Opioide) um die Uhr und nicht bei Bedarf. Ggf. erfolgt eine Erörterung oder Planung chirurgischer Maßnahmen. Die Notwendigkeit der Gabe von Enzymen (Löser et al. 1995) wird durch Stuhlfettbestimmung überprüft und geschieht in einer der anatomischen und funktionellen Magensituation angepaßten Weise (Mikropellets, Salzsäurestabilität). Es erfolgt eine adäquate Dosierung und möglichst Therapiekontrolle (Stuhlfettreduktion).

Patienten mit pankreoprivem Diabetes bedürfen - bei insgesamt eher niederem Insulinbedarf und reduzierten Gegenregulationsmöglichkeiten - einer sorgfältigen und qualifizierten Diabetikerschulung und Therapie entsprechend den Leitlinien der DDG. Therapeutische Hilfen für Folgeprobleme (Impotenz, orthopädische Schuhtechnik) sind oft notwendig.

B) Rehabilitationspflege

Häufige postoperative AHB-Verfahren weisen einen vermehrten Bedarf an Pflegemöglichkeiten auf.

- C) Patientenberatung, -schulung, Coping
Krankheitsspezifische Gruppen (zwischen 4-12 Patienten) sind eine rehaspezifische Einrichtung zur Information, Copingverbesserung, Verminderung berufsbezogener Ängste sowie zur Verbesserung der Lebensqualität. Sie werden von qualifiziertem Personal in einem strukturierten Curriculum zeitlich ausreichend (mindestens 2 Wochenstunden) angeboten. Die Überleitung in Selbsthilfegruppen (Arbeitskreis der Pankreatektomierten, Deutscher Diabetikerbund, Anonyme Alkoholiker etc.) wird gefördert und entsprechende Adressen werden mitgegeben. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sind gerade bei den besonders häufig rauchenden Patienten mit chronischer Pankreatitis sinnvoll und werden in einem zeitlich ausreichenden Rahmen durchgeführt.
- D) Klinische Psychologie/Psychotherapie
Einzelgespräche zur psychischen Entlastung und zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung sowie zur Verminderung evtl. psychischer Störungen (Ängste, Depressionen), Entspannungstraining sowie ggf. Unterstützung zur Schmerzverarbeitung. Sie sollen die Patienten mit chronischer Pankreatitis und/oder Diabetes, die oft in ihrer sozialen Integration geschwächt sind, in ihrem Lebenskreis stützen und die eigenen Ressourcen wieder zugänglich machen.
- E) Physiotherapie/Physikalische Therapie
Neben gezielten muskulo-skelettalen beschwerdelindernden Therapieverfahren (Verminderung von Schmerzen und Verbesserung von Beweglichkeit) kommen aktive Physiotherapiemaßnahmen (Krankengymnastik, Sport und Bewegungstherapie) zur allgemeinen Roborierung zum Einsatz. Psychosomatische Aspekte bieten sich hierbei durch Möglichkeit zur positiven Körperwahrnehmung und zum Einüben einer sozialen Integration in Form von Gruppentherapien.
- F) Ergotherapie
- G) Ernährungsberatung/Diätetik
Eine diätetische Beratung mit Einzelberatung, täglichen Übungen am Buffet und praktischer Schulung z. B. anhand von Kochkursen ist ein wesentlicher Aspekt bei häufig qualitativ und quantitativ fehlernährten Patienten. Gelegentlich ist eine ausreichende Schmerztherapie Vorbedingung für eine ausreichende Kalorienzufuhr (siehe oben). Oft ergeben sich spezielle Ernährungsprobleme, zumal häufig zusätzliche postoperative Störungen nach Magen- oder Pankreas-Operationen vorliegen können. Es erfolgt die Erprobung eines individuell erstellten Ernährungsplanes mit dem Ziel des Erreichens einer anabolen Stoffwechselsituation.
- H) Soziale und berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit
Sozialmedizinische Informationen sowie Einleitung medizinischer und beruflicher Hilfen zur Wiedereingliederung in den Beruf sind bei dieser Indikation häufig erforderlich (siehe Abschnitt 3.9 Soziale Unterstützung). Die Einbeziehung von Angehörigen ist wünschenswert.

4.7 Adipositas

Fallgruppe	ICD-9	ICD-10	Rehabilitationsindikationen
1. mit BMI ≥ 35	278	E66.x	Wenn ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind und der Patient zur Gewichtsabnahme motiviert ist, insbes. bei einem Taillen-Hüft-Quotienten $>1,0$ bei Männern oder $>0,8$ bei Frauen bzw. einfacher einem Bauchumfang >105 cm bei Männern und >88 cm bei Frauen
2. mit BMI 30 bis < 35 und/oder cardiovasculäre Komorbidität und/oder orthopädische Komorbidität und/oder psychosoziale Komorbidität			<ul style="list-style-type: none"> - cardiovasculäre Komorbidität Hypertonus, coronare Herzerkrankung, arterielle Verschlusskrankheit, Schlafapnoe, Pickwicksyndrom - metabolische Komorbidität Hyperlipidämie, Diabetes, Hyperurikämie - orthopädische Komorbidität Cox-/Gonarthrose, vertebrale Störungen - psychosoziale Komorbidität mit schwerwiegendem Leidensdruck wie z. B. Selbstwertgefühlsminderung, Eßstörungen, soziale Diskriminierung

Einleitend sei vermerkt, dass die folgende Abhandlung mit den "Richtlinien zur Adipositas-therapie in Reha-Kliniken" der Deutschen Adipositas Gesellschaft abgestimmt wurde.

4.7.1 Kurzdarstellung der Indikation und Epidemiologie

Übergewicht bzw. Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Die Gewichtsklassifikation wird mit Hilfe des Körpermassenindex (Body Mass Index BMI) vorgenommen. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht (in kg) und Körpergröße (in m) zum Quadrat.

Gewichtsklassifikation	BMI (kg/m ²)
Normalgewicht	18,5 - 24,9
Adipositas Grad I	25,0 - 29,9
Adipositas Grad II	30,0 - 39,9
Adipositas Grad III	≥ 40

(nach Wechsler 1998; Wirth 1997)

Neben dem gemessenen Gewicht ist die Fettverteilung zu beachten. Eine Ansammlung in der Bauchregion ist mit einem besonderen cardiovasculären Risiko verbunden (feststellbar durch Bestimmung des Taille-Hüft-Quotienten; pathologisch bei Männern > 1 bzw. bei Frauen $> 0,8$. Einfacher durch Messen des Bauchumfanges: Deutlich erhöhtes Risiko bei Männern > 105 cm

und bei Frauen > 88 cm). Etwa 30 % der Bevölkerung leiden an einer genetisch fixierten Veranlagung zum Übergewicht. Letzteres wird gewöhnlich erst bei Nachlassen der Bewegungsaktivität bzw. bei überkalorischer Ernährung manifest. Derzeit weisen knapp 20 % der erwachsenen Bundesbürger einen BMI ≥ 30 kg/m² und etwa 40 % einen BMI zwischen 25,0 und 29,9 kg/m² auf. Schon ein geringes Übergewicht kann die Morbidität und Mortalität erhöhen. Die Anzahl Übergewichtiger hat in den letzten Jahren zugenommen. Das Übergewicht ist eine der häufigsten Mitursachen bei frühzeitiger Berentung (ca. 30 %) und zählt zu den bekannten Risiken einer Manifestation von Hypertonie, Diabetes, Koronarer Herzkrankheit, Schlaganfällen und/oder verschiedener Malignome (Prostata, Colon, Uterus). Übergewicht ist häufig die erste Störung des sogenannten metabolischen Syndroms (Kombination von Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, Typ 2-Diabetes) und somit eine Risikokonstellation für Herz/Kreislaufkrankungen. Zu dessen Behandlung sind Rehamaßnahmen gerade bei jüngeren Patienten (< 40 J.) besonders sinnvoll.

Eine Gewichtskorrektur ist am ehesten durch kontrolliertes Eßverhalten und regelmäßig praktizierte Ausdauerbelastung zu erzielen. Drastische Gewichtsreduzierungen sind aber zu vermeiden, weil sie unerwünschte Gegenregulationen auslösen und eine anhaltende Gewichtsabnahme sehr erschweren (Hauer 1997).

Übergewichtige Patienten sollten nicht dadurch diskriminiert werden, dass vor stationärer Reha Vorleistungen von ihnen erwartet werden (Gewichtsreduktion vor Aufnahme), die von Patienten mit anderen Erkrankungen nicht erbracht werden müssen.

Die Adipositastherapie in einer Rehabilitationsklinik erfolgt nach einem interdisziplinären Behandlungskonzept: In einem Team zur Behandlung der Adipositas wirken Ärzte, Diätassistenten/Oecotrophologen, Dipl.-Psychologen/Psychotherapeuten sowie Sportlehrer und Physiotherapeuten zusammen. Pflegekräften sowie diätetisch geschulte Köche können das Team erweitern.

Das Behandlungsprogramm besteht aus:

- ärztlicher Untersuchung (Aufdeckung/Beurteilung von Risikofaktoren/Komorbidity)
- Vermittlung von Ernährungswissen in Vorträgen oder Gruppengesprächen
- Einübung des Ernährungswissens (Bufettauswahl, Kochkurse)
- verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie
- angepasstem Bewegungstraining

4.7.2 Therapieziele

Primäres Therapieziel ist eine dauerhafte Gewichtsreduzierung um mindestens 5 % bei einem BMI ≥ 30 kg/m², und um mindestens 10 % oder mehr bei einem BMI von ≥ 35 kg/m². Zusätzlich ergeben sich Therapieziele wie Verminderung der Risikofaktoren, Verbesserung der Lebensqualität oder Verhaltensänderung. Diese Therapieziele dienen insgesamt der Erhaltung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Verminderung von Pflegebedürftigkeit, wofür die Adipositastherapie daher Voraussetzung ist. Evtl. ist eine begleitende Therapie mit Medikamenten, Physiotherapie, Psychotherapie oder Hilfsmitteln (z. B. cPAP) erforderlich. Das primäre Therapieziel wird zweckmäßigerweise über Etappenziele (=Feinziele) mit dem Patienten vereinbart und zu realisieren versucht.

Solche Feinziele können sein:

- ⇒ Verbesserung des Wissens über die Zusammensetzung der Ernährung
- ⇒ Einüben eines gesunden Eßverhaltens zur Stabilisierung des Körpergewichts auf niedrigerem Niveau
- ⇒ Einübung einer individuell angepaßten regelmäßig praktizierten Ausdauerbelastung
- ⇒ Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit
- ⇒ Verbesserung metabolischer Störungen
- ⇒ Erlernen der Selbstkontrolle
- ⇒ Erlernen von Strategien und Techniken zur Krankheitsbewältigung
- ⇒ Verminderung von Depressivität und/oder Ängstlichkeit
- ⇒ Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration/Kompetenz

4.7.3 Diagnostik der Adipositas und ihrer Begleitprobleme

A) Klinik

ärztliche somatische Anamnese unter besonderer Beachtung des bisherigen Gewichtsverlaufs, bisheriger Gewichtsreduktionsmaßnahmen („Diäten“) und ihrem Erfolg, Angaben zum Eßverhalten und zur körperlichen Aktivität mit dem Ziel, Fehlverhalten zu erkennen. Bereits vorhandene Voruntersuchungsbefunde werden geprüft und berücksichtigt. Körperliche Untersuchung mit speziellem Augenmerk auf eventuell vorliegende Folgekrankheiten: Gewicht, Körpergröße, Bauchumfang in cm, Gefäßstatus und Gelenkstatus der unteren Extremität, Blutdruck (Messung mit ausreichend breiter Manschette).

	Parameter	Folge/Begleitkrankheit
obligat	Blutdruck Blutzucker nüchtern/postprandial HbA _{1c} Cholesterin/HDL/LDL/Triglyzeride Harnsäure Basales TSH EKG-Ruhe/Belastung	Hypertonie Diabetes mellitus Diabetes mellitus Hyperlipidämie Hyperurikämie Hypothyreose Herzinsuffizienz
fakultativ	Glucosebelastung Oberbauchsonografie Echocardiografie Doppler-/Duplexsonografie Spirometrie Basales TSH und andere endokrinologische Parameter Röntgen Bioimpedanzmessung Fibrinogen Schlafapnoe-Screening	Glucoseintoleranz Fettleber, Gallenstein Linksventriculäre Hypertrophie Veneninsuffizienz Ventilationsstörung Hypothyreose, z. B. Morbus Cushing Arthrosen Fettanteil Thromboseneigung Schlafapnoe

B) Konsiliarische Untersuchungen:

Solche werden veranlaßt, um Folgeerkrankungen der Adipositas im nicht-internistischen

Bereich zu erfassen. Deshalb muss eine Zusammenarbeit mit Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen, Augenarzt, Kardiologen oder Urologen gewährleistet sein.

C) Psychodiagnostik

Analyse der Motivation zur Verhaltensänderung des Patienten, Abklärung seiner Ziele. Individuelle Verhaltensanalyse des Eßverhaltens und Aufstellung eines Bedingungsmodells. Erkennung von Wissensdefiziten, Körperschemastörungen, Angst, Selbstwertstörungen, Depression, Suchtverhalten etc. (Differentialdiagnostik: Binge-eating-syndrome, Alkoholabhängigkeit, Borderline-Persönlichkeitsstörung), evtl. mit standardisierten Fragebögen (Diehl, Staufienbiel 1994; Pudiel, Westenhöfer 1989).

4.7.4 Therapie der Adipositas und deren Folgeerkrankungen

Stationäre rehabilitative Therapie bei Adipositas ist Teil einer Langzeittherapie, die auch nach Ende des stationären Aufenthaltes fortgesetzt werden muß. Nach Möglichkeit werden Partner und Angehörige in das Behandlungsprogramm integriert, z. B. durch Wochenendseminare oder durch Teilnahme von Angehörigen an ausgewählten Therapiemodulen für Patienten. Ein Behandlungsprogramm ist stets multidimensional, interdisziplinär und beruht auf den drei Säulen Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation.

A) Medizinische Behandlung

Sie bezieht sich meistens auf vorliegende Folgeerkrankungen mit evtl. notwendiger Pharmakotherapie (Blutdrucksenkung, Blutzuckeroptimierung, Behebung von Fettstoffwechselstörungen, Behandlung einer Herzinsuffizienz, Behandlung von arthrotischen Beschwerden). Eine direkte medikamentöse Adipositasbehandlung ist seit kurzem möglich (Lipasehemmer Orlistat, Serotoninaufnahmehemmer Sibutramin). Ihr Stellenwert ist noch ungesichert. Deren Einsatz kommt bei erheblicher Bedrohung durch Komorbidität in Frage, wenn trotz diätetischer Bemühungen und angemessener körperlicher Aktivität innerhalb von 3 Monaten eine ausreichende Gewichtsreduktion nicht zu erzielen ist. Nach Scheitern konservativer Therapieversuche und einem BMI $>40 \text{ kg/m}^2$ können chirurgische Maßnahmen (Magenverkleinerungstechniken z. B. Gastroplastik nach Ehout, Kuzmak) erwogen werden.

B) Rehabilitationspflege

Besondere Hilfe zur Hautpflege bei chronifizierten Ekzemen der Hautfalten und pflegerische Behandlung der chronisch-venösen Insuffizienz.

Gewichtskontrolle entsprechend dem therapeutischen Konzept. Anleitung zur angemessenen Blutdruckselbstmessung.

C) Patientenberatung, -schulung, Coping siehe Abschnitte D und G

D) Klinische Psychologie/Psychotherapie

a) Einzelgespräch

Im Bedarfsfall ist die Bearbeitung psychischer Traumata (z. B. sexueller Mißbrauch) in Einzelgesprächen erforderlich. Dies erfolgt in der Regel im Anschluß an eine sorgfältige Problemanalyse.

b) Gruppentherapie

Die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, die in geschlossenen Gruppen über mehrere Sitzungen durchgeführt wird, hat das Ziel, das Selbstwertgefühl und das Vertrauen der Gruppenteilnehmer in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Mit Hilfe erlebnisaktivierender Übungen sollen mögliche Ursachen für ungünstiges Eßverhalten gefunden und Wege zur Veränderung

gesucht werden. Vorbeugung und Verarbeitung von Rückfällen und die Übertragung des Gelernten in die Alltagsumgebung der Patienten stehen gegen Ende der Behandlung im Mittelpunkt. Ein wichtiges Prinzip dabei ist, die Patienten diese Zusammenhänge selbst erarbeiten zu lassen. Die Lernfortschritte in der Gruppe werden somit von den Teilnehmern selbst gesteuert. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Stärkung bereits erfolgreicher Selbsthilfemühnungen der Patienten gelegt, auf die Verbesserung des Selbstwerterlebens (Tuschhoff 1996)

Entspannende Verfahren haben Angstabbau und Stressbewältigung zum Ziel. Daher ist die Teilnahme am Entspannungstraining nach Jacobson oder am Autogenen Training wichtiger Bestandteil des Behandlungsprogramms.

E) Physiotherapie/Physikalische Therapie

Durch regelmäßige körperliche Aktivität wird der Energieverbrauch erhöht und eine Gewichtsabnahme erleichtert. Mit einem vorsichtig dosierten ausdauernden Bewegungstraining, das den Leistungsmöglichkeiten der häufig multimorbiden Patienten angepasst ist, sollen nicht nur der Energieumsatz erhöht und Fettdepots mobilisiert, sondern auch das Selbstwertgefühl gesteigert und der Kontakt zwischen den Patientinnen und Patienten gefördert werden. Die angestrebte Ausdauerbelastung sollte dabei einem Energieverbrauch von 300 bis 400 Kilokalorien entsprechen und zwei- bis dreimal wöchentlich erfolgen. Eine Überwachung erfolgt durch den Physiotherapeuten.

F) Ergotherapie

G) Ernährungsberatung/Diätetik

Basistherapie des Übergewichtes ist die Herbeiführung und Aufrechterhaltung einer negativen Energiebilanz durch hypokalorische Ernährung bis zur Gewichtskorrektur. Das tägliche Energiedefizit sollte zwischen 500 und 800 kcal liegen und vor allem durch Reduktion der Nahrungsfette erreicht werden. Geeignet ist eine ausgewogene Mischkost mit einer Gesamtenergiemenge von 1.000 bis 1.500 kcal/d. Reduktionsdiäten mit sehr niedriger Kalorienzufuhr (Gesamtenergiemenge <1.000 kcal/d) ermöglichen zwar einen starken Gewichtsverlust über einen kurzen Zeitraum, scheinen aber für eine langfristige Gewichtskontrolle wenig geeignet zu sein (Frost et al. 1991).

Kostformen mit extremer Energierestriktion und einseitiger Nährstoffrelation (Außenseiter-, Crash- und Blitzdiäten) sowie Null-Diät oder totales Fasten sind im allgemeinen nicht geeignet. Auf eine ausreichend kalorienfreie Trinkmenge ist zu achten.

Ernährungsberatung findet in Einzelgesprächen und ernährungstherapeutischen Gruppengesprächen statt. Das angestrebte Ernährungsverhalten wird bei der Auswahl der Speisen am Bufett und beim Lehreinkauf eingeübt.

Eine besondere Problemgruppe sind Patienten, bei denen Übergewicht und Typ 2-Diabetes mellitus kombiniert vorliegen und keine Blutzuckernormalisierung durch Gewichtsreduktion allein eintritt. In diesen Fällen kann eine adjuvante Medikation mit Metformin zusätzlich erwogen werden. Eine intensivierete Insulintherapie ist bei sekundärer Insulinbedürftigkeit und entsprechenden persönlichen Voraussetzungen angezeigt. In Ausnahmefällen kommt eine hochdosierte Insulingabe mit dem Ziel der Insulinresistenzdurchbrechung in Betracht (siehe auch unter Leitlinien Typ 2-Diabetes mellitus, ADDK). Eine ausschließliche Behandlung des Übergewichtes ist dann zu vertreten, wenn das individuelle Therapieziel hiermit erreicht werden kann.

H) Nachsorge, soziale und berufsbezogene Beratung, Angehörigenarbeit

Da Adipositas eine chronische Krankheit ist, die einer langfristigen Betreuung bedarf, empfehlen wir im Anschluß an die stationäre Behandlung den Besuch einer lokalen Selbsthilfegruppe oder anderer ambulanter Behandlungsangebote (z. B. von Krankenkassen

oder Volkshochschulen). Wenn möglich, werden bereits während der stationären Behandlung entsprechende Angebote vermittelt.

Bei einem Nachsorge-Treffen oder im Rahmen einer Etappen-Heilbehandlung besteht die Möglichkeit, im Alltag aufgetretene Schwierigkeiten nochmals mit den Therapeuten des Hauses zu bearbeiten.

4.8 Zustand nach sonstigen Bauchoperationen

Die diagnosespezifischen Kapitel erfassen ca. 85% der im Indikationsgebiet behandelten Patienten. Quantitativ folgt eine heterogene Gruppe, der gemeinsam ist, dass eine vorangegangene Operation an den Bauchorganen zur Medizinischen Rehabilitation führt, meist als Anschlussrehabilitation. Die Zieldefinition und Therapie gleicht vielem, was bereits unter anderen Rehabilitationsindikationen beschrieben wurde, so dass auf eine gesonderte Beschreibung verzichtet wird.

4.9 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist nach denen mit Tumorerkrankungen die zweithäufigste Indikation zur Medizinischen Rehabilitation im Indikationsgebiet Gastroenterologie/Stoffwechsel. Unter Mitarbeit von Mitgliedern der GRVS wurden kürzlich *PROZESSSTANDARDS DER ARBEITSGEMEINSCHAFT DEUTSCHER DIABETES-KLINIKEN (ADDK)* (Willms et al. 1998) publiziert. Da hierin auch rehabilitative Gesichtspunkte berücksichtigt sind, wird auf diese Leitlinien verwiesen.

4.10 Malassimilation/Untergewicht

Spezieller Rehabilitationsbedarf besteht oft bei Patienten mit Malabsorptions- und Maldigestions-Syndromen sowie mit krankhaftem Untergewicht. Diese Gruppe ist zahlenmäßig klein, bedarf aber spezieller Diagnostik und oft eines besonderen Therapietrainings. Sie soll in der ersten revidierten Fassung Berücksichtigung finden.

5 Strukturqualität

Die folgenden Personalschlüssel für die unterschiedlichen, in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen sowie die räumlich-technischen Voraussetzungen sind als Orientierungshilfen zu sehen. Von ihnen kann - mit entsprechender Begründung - nach oben und nach unten abgewichen werden.

5.1 Personal (Qualifikation und Anzahl pro 100 Betten)

Ärztliches Personal ¹	Chefarzt	Oberarzt	Assistenzarzt
<input type="checkbox"/> Internist, Teilgebiet „Gastroenterologie“, Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“	1		
<input type="checkbox"/> Internist - möglichst mit Kenntnissen in der psychosomatischen Grundversorgung		1,25	5
<input type="checkbox"/> - mindestens 1 Arzt mit Fachkunde internistisches Röntgen Fachkunde Koloskopie			
<input type="checkbox"/> - bei Schwerpunkt Diabetologie mindestens 1 Endokrinologe/ Diabetologe DDG			
<input type="checkbox"/> Konsiliarärzte ²			
Psychologisches Personal ^{1, 3}			2
<input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe möglichst mit Weiterbildung in Psychotherapie			
Pflegedienst			
<input type="checkbox"/> Leitende Kraft			1
<input type="checkbox"/> Examinierte Kräfte			10
Diätetischer Dienst ^{1, 4} Ernährungsberatung			
<input type="checkbox"/> Diabetesberater DDG ³			0-2
<input type="checkbox"/> Diätassistent/Dipl. Oecotrophologe ⁵			2

Medizinische Funktionsdienste

siehe spezielle Ausstattung im diagnosenspezifischen Teil 4

Physiotherapie/Bewegungstherapie ¹

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitung (staatl. geprüfter Physiotherapeut oder Dipl.-Sportlehrer) | 1 |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnast (staatl. geprüfter Physiotherapeut) | 2-2,5 |
| <input type="checkbox"/> Medizinischer Bademeister, Masseur | 1,5 (-3) ⁵ |

Ergotherapie ¹

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | 1 |
|--|---|

Dokumentation, Termindisposition, Qual.-Beauftragter 1

Sekretariat, Ärztlicher Schreibdienst 3

Sozialer und pädagogischer Dienst ¹

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diplom-Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge, Gewährleistung einer Reha-Fachberatung | 1 |
|--|---|

¹ Fortbildung in Gesprächsführung, Kompetenz zur Führung von Gruppen

² siehe krankheitsspezifische Teile

³ In Abhängigkeit von einem diabetologischem oder psychotherapeutischen Schwerpunkt ergeben sich hier unterschiedliche Anforderungen.

⁴ Die Mitarbeiter der Ernährungsberatung unterstehen dem Chefarzt. Das wesentliche Aufgabengebiet ist die Schulung und Beratung von Patienten. Sie werden deshalb nicht für Regeldienste in der Küche eingesetzt. Ihre Aufgabe bzgl. der Klinikverpflegung liegt in der Anweisung des Küchenpersonals bezüglich der Zubereitung der Diätformen, Überprüfung der DGE-Richtlinien und Kontrolle der Speisenverteilung.

⁵ Folgende Qualifikation sollte ein Mitarbeiter aufweisen:

- staatl. geprüfter Diätassistent, ggf. mit Fortbildung Diätküchenleitung
- Ernährungsberater DGE
- Diplom-Ökotrophologe mit Studienschwerpunkt Ernährungslehre und Diätetik, Didaktik und Methodik

⁶ Werden Masseur und medizinische Bademeister, Badehelfer und weitere Hilfspersonen in diesem Therapiebereich berücksichtigt, weist der Ist-Zustand zum Teil Personalschlüssel über 3 Stellen aus. Hierin spiegelt sich die Tradition der Rehabilitation („Kur“) mit einer Überbetonung passiver physikalischer Maßnahmen

5.2 Räumlich-technische Voraussetzungen

- Eigenes klin.-chem. (internistisches) Labor oder kurzfristiger Zugang zu Fremdlabor
- Endoskopieabteilung mit der Möglichkeit interventioneller Therapie
 - ÖGD
 - Ileocoloskopie
 - Laparoskopie
- ERCP (bzw. kurzfristiger Zugang zur ERCP)
- Röntgen mit kombiniertem Aufnahme- und Durchleuchtungsgerät
- Sonographie, evtl. mit Farbdoppler
- Krankenpflegemöglichkeit für Wundbehandlung etc.
- Intensivüberwachungseinheit (Raum mit Geräten zu Reanimation und Überwachung)
- Gruppenschulungsräume, Räume für Einzel- und Gruppentherapie
- Krankengymnastische Abteilung mit angemessener Raum- und Geräteausstattung
- Sporthalle, -freigelände, Bewegungsbad
- Ernährungs- (Diät)Abteilung mit Lehrküche
- Funktionslabor mit H₂-Atem-Test, Stuhlanalyse-Möglichkeit, Zugang zu Manometriemeßplatz, CT, Endosonographie

6 Literatur

- Amman RW, Heitz PU, Klöppel G: Course of Alcoholic Chronic Pancreatitis: A Prospective Clinicomorphological Long-term Study. *Gastroenterology* 1996; 111, 224 - 231
- Armbrecht U., Brägelmann R., Rosemeyer D., Stockbrügger RW, Zilly W.: Der Patient nach totaler Gastrektomie. *Z. Gastroenterol.* (1996) (Suppl. 2) 24-25
- Baar, H.A.: Schmerzbehandlung in Praxis und Klinik. Berlin: Springer 1987
- Basler, H.D., Franz, C. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer 1998
- Breuer-Katschinski BD, Bracht J., Tietjen-Harms SA, Goebell H. Physical activity at work and the risk of chronic pancreatitis, *europ. J. Gastroenterol. & Hepatol.* 1996, 8. 399-402
- Buchenau D., Zilly, W (o.J.) Diagnostik in der Rehabilitation. Eine prospektive Erhebung (Hartwaldklinik der BfA). Unveröffentlichte Erhebung
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. Der SF-36 Fragebogen.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). (1997a). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: BfA
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (1997b). Klassifikation therapeutischer Leistungen. 3. Aufl. Berlin: BfA
- Caspary, W.F. et al., Diagnostik und Therapie der HP-Infektion. *Z. Gastroenterol.* 1996, 6, 392-401
- Collis I., Burroughs A., Relles K., Lloyd G. (1995) Psychiatric and Social outcome of Liver Transplantation. *J. Psychiatry* 166, 521-524
- DeMester TR, O'Sullivan GC, Bermudez, G et al. (1982). Esophageal function in patients with angina-type chest pain and normal coronary angiogram. *Ann Surg* 196:488-495
- Dent J (1998). Gastro-esophageal reflux disease. *Digestion* 59:433-445
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Beratungsstandards, Im Vogelsong 40, 60488 Frankfurt am Main
- Di Mango EP, Layer, P., Clain JE: Chronic Pancreatitis in Hrsg. Go, VLW, Di Magno, EP et.al. *The Pancreas* Raven Press, New York 1993
- Diehl J. & Staufienbiel T. (1994). Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen: IEG. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz
- Diener, H.-C. & MAIER, C. (Hrsg.): Das Schmerztherapiebuch. München: Urban & Schwarzenberg 1997
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber
- Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Enke-Verlag, Stuttgart 1984
- DIMDI (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision ICD-10. Bern: Huber 1994.
- Dinger-Broda, A. (1994). Psychotherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In: M. Zielke & J. Sturm: Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Dossmann, R., Kachel, F. Krebs, H.: Psychosoziale Faktoren bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen - Erste Ergebnisse einer Interventionsstudie - *Z. Gastroenterol.* 35 (1997) (Suppl. 3), 47-49
- Eckardt, V.F., Lesshaft, C., Kanzler, G., Berhard, G.: Disability and health care use in Patients with Crohn's disease: A spouse control study. *Am. J. Gastroenterol.* 89 (1994), 2157-2162
- Ellrott, T. & Pudiel, V. (1997). Adipositas therapie. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart: Thieme
- Feuerlein, W. Kufner, H., Ringer, Ch., Antons, K.: Münchener Alkoholismustest. (MALT). Weinheim: Beltz 1979

- Feuerlein, W., Kufner, H., Haf, C. M., Ringer, Ch., Antons, K.: Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Weinheim: Beltz 1989
- Fichter, M.: Möglichkeiten und Entwicklungen der psychosomatischen Rehabilitation. Praxis Klin. Verh. Rehabilitation (1996), 9: 236-237
- Forsmark CE, Toskes PP: Chronic pancreatitis. Current Opinion in Gastroenterology 1995, 11, 407 - 413
- Frost, G., Masters, K., King, C., Kelly, M., Hasan, U. & Heavens, P.: A new method of energy prescription to improve weight loss. J Hum Nutr Diet 1991; 4:367-373
- Funke, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R.: Trierer Alkoholumsinventar (TAI). Göttingen: Hogrefe 1987
- Gerdes, N. & Jäckel, W.: "Indikatoren des Reha-Status (IRES)" - Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. Die Rehabilitation 1992, 31, 73-79.
- Glier, B., Emde, H., Wittmann, H. B. & Spörkel, H.: Psychologisches Trainingsprogramm zur Bewältigung von Schmerzverhalten. in: Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.): Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz - Psychologie Verlags Union 1994, S. 717-725
- Glier, B., Kröner-Herwig, B., Denecke, H. et al.: Qualitätssicherung in der psychologischen Schmerzdiagnostik. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1996, 9, Heft 35, S 166-170
- Hank, G., Hahlweg, K., Klann, N. (1990). Diagnostische Verfahren für Berater. Weinheim: Beltz Test GmbH
- Hauner, H.: Strategie der Adipositas therapie, Internist 1997; 38: 244-250
- Heim, E. (1998). Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48, 321-337
- Hettinger, Spitzer, Kaminski: Tafel für den Energieumsatz bei körperl. Arbeit, 6. A. 1982, Boyd-Verlag Berlin-Köln
- Isenberg JI, McQuaid KR, Lain L, Walsh JH (1995). Acid-peptic disorders. In: Yamada T. (ed.): Textbook of Gastroenterology. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1347-1430
- Jaspersen D, Rösch W. (1998). Konservative Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit. Dt Arztebl 95:A-2468-2472
- John, U., Veltrup, C., Schnofl, A.: Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Ausprägungen der Alkoholabhängigkeit aufgrund von Selbstaussagen: die Lübecker Alkoholabhängigkeitsskala (LAS). Sucht 1992, 38, 291-303.
- John, U.; Hapke, U.; Rumpf, H.-J. et al.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 71. Baden-Baden: Nomos 1996
- Johnson R, Straume B, Forde OH et al. (1992). Changing incidence of peptic ulcer – facts or artefacts? A cohort study from Tromso. J Epidemiol Community Health 46:433-447
- Jungnitsch, G.: Psychologische Interventionen bei chronischen Schmerzen. In: Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation. Stuttgart: Gustav Fischer 1992, S 178-200.
- Kirchner R.: Folgezustände nach Magenresektion und Gastrektomie und ihre Konsequenzen. Z. Gastroenterol. (1996) (Suppl. 2) 20-23
- Klar E, Herfarth Ch (1998). Postoperative Syndrome am oberen GI-Trakt. Z Gastroenterol 36, Suppl2:4-10
- Klauer, T & Filipp, S.-H. (1993). Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK). Göttingen: Hogrefe
- Köbberling, J.: Der Wissenschaft verpflichtet. Med. Klin.92 (1997), 181-189
- Koop, H. Refluxkrankheit. In: G. Hahn & J.F. Riemann: Klinische Gastroenterologie Bd. 1 3. Auflage 557-567
- Kühn, A., H.Wernze: Leber- und Gallenwegserkrankungen, pp 192, 1. Aufl.. Thieme, Stuttgart - New York 1988

- Kurata JH, Nogawa AN, Abbey DE et al. (1992). A prospective study of risk for peptic ulcer disease in Seventh-Day Adventists. *Gastroenterology* 102:902-914
- Lam SK, Tally NJ (1996). *Helicobacter pylori* consensus report of the 1997 Asia Pacific Consensus Conference on the management of H. pylori infection. *J Gastroenterol Hepatol* 13:1-12
- Lanas AL, Remacha B, Esteva F et al. (1995). Risk factors associated with refractory peptic ulcers. *Gastroenterology* 109:1779-1781
- Lankisch P.G., Löhr-Happe A., Otto J., Creutzfeld W.: Natürlicher Verlauf der chronischen Pankreatitis-Schmerz, exokrine und endokrine Pankreasinsuffizienz und Prognose der Erkrankung. *Zentralbl. Chir.* 120 (1995), 278-288
- Lankisch PG: Chronische Pankreatitis: Organfunktion und Krankheitsverlauf. *Chir. Gastroenterologie* 1996, 12, 188 - 1991
- Lin Hc, Hasler WL (1995). Disorders of gastric emptying. In: Yamada T. (ed.) *Textbook of Gastroenterology*, Philadelphia, JB Lippincott Company: 1347-1430
- Loenning-Baucke: Efficacy of biofeedback training in improving faecal incontinence and anorectal physiologic function. *Gut* (1990) 31, 1395-1402
- Löser C, Fölsch UR: Differentialtherapie der exokrinen Pankreasinsuffizienz - Substitution mit Pankreasenzymen. *Z. Gastroenterol.* 1995, 33, 715
- Loughlin CJ, Koufman JA (1996). Paroxysmal laryngospasm secondary to gastroesophageal reflux. *Laryngoscope* 106:1502-1505
- Lowenfels AB, Maisonneuve P, Cavallini G, Ammann RW, Lankisch PG, et al.: Prognosis of Chronic Pancreatitis: An International Multicenter Study. *AJG* 1994, 89, 1467 - 1471
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). DIPS - Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.
- Martin et al. 1990 zit. bei M. Fichter s.u.
- Mayberry, M.K., Probert, C.; Srivastava, E., Rhodes, J., Mayberry, J.F.: Perceived discrimination in education and employment by people with Crohn's disease: a case control study of educational achievement and employment. *Gut* 33 (1992), 312-314
- Mendenhall, C.L. et al.: Antibodies to hepatitis B virus and hepatitis C virus in alcoholic hepatitis and cirrhosis. Their prevalence and clinical relevance. *Hepatology* 14 (1991), 581- 589
- Mössner J, Keim V, Niederau C, Büchler M, Singer MV, Lankisch PG, Göke B: Leitlinien zur Therapie der chronischen Pankreatitis. Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten, Halle 1996, *Z. Gastroenterol.* (1998), 36, 359-367
- Muthny, F.A. (1989) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV).
- Nebel OT, Fornes MF, Castell DO (1976). Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Am J Dig Dis* 21:953-959
- Niederau C, Grendell JH: Diagnosis of chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1985, 88 1973
- Orlando, RC (1995). Reflux Esophagitis. In: Yamada, T. (ed.) *Textbook of Gastroenterology*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1214-1242
- Pedersen NT, Andersen BN, Pedersen G, Worning H: Chronic Pancreatitis in Copenhagen. *Scand. J. Gastroenterol.* 1982, 17, 925 - 931
- Pudel V. & Westenhöfer J. (1989). Fragebogen zum Essverhalten (FEV). Göttingen: Hogrefe
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe
- Pudel, V. (1993). *Praxis der Ernährungsberatung*. Berlin: Springer
- Rösch W, Armstrong D, Blum AL (1993). Volkskrankheit Sodbrennen. *Dt. Ärzteblatt* 90:A-189-196
- Rosemeyer D.: Anschlußheilbehandlung nach Pankreas-Operationen
Z. Gastroenterol. (1996) (Suppl. 2) 37-40
- Rosenbaum, M., R.L.Leibel and J. Hirsch: Obesity, *NEJMAG* 1997; 337: 396-407
- Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; John, U.: Lübecker Alkoholismus Screening-Test (LAST). *Das Gesundheitswesen* 1995, 57, 544.

- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe 1996.
- Schepank, H: Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Springer-Verlag, Berlin 1987
- Schirren, C. A.: Alkoholbedingte Lebererkrankungen. Münchener Medizinische Wochenschrift 1996, 138 (10), 172-176.
- Schön D, Bertz J, Hoffmeister H. (Hrsg.) (1995). Bevölkerungsbezogene Krebsregister in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Robert-Koch-Instituts. München: MMV 2/1995
- Schröter H.: Rehabilitationsbedürftigkeit aus der Sicht der Stomaträger. Erfahrungen der Deutschen ILCO. Z. Gastroenterol. (1996) (Suppl. 2) 62-63
- Schuhmacher, H.-L.: Psychologische Schmerzbewältigung in der stationären Rehabilitation. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1996, 9, Heft 36, S. 285-299.
- Schulte, R.-M. (1995): Umgang mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in allgemeinen Rehabilitationskliniken. Mitteilungen der LVA Württemberg 87 (7-8), 308-312.
- Sommer, H, Koenen, H: Verlauf und soziale Auswirkungen von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Med. Klin. 89 (1994), 14-17
- Sonnenberg A. (1981). Epidemiologie und Spontanverlauf der Refluxkrankheit. In: Blum AL, Siewert JR (eds.): Refluxtherapie, Gastroösophageale Refluxkrankheit: Konservative und operative Therapie. Berlin: Springer S. 85 – 103
- Sonntag SJ, O'Connell S, Khandelwal S et al. (1990). Most asthmatics have gastroesophageal reflux with or without bronchodilator therapy. Gastroenterology 99:613-620
- Stange, E. F. et al.: Therapie des Morbus Crohn - Ergebnisse einer Konsensuskonferenz. Zeitschrift für Gastroenterologie 1997, 34: 541 - 554.
- Starzl, T.E., A.J. Demetris, D. van Thiel (1998) Liver Transplantation. New Engl. J. Med. 321; 1092-1097
- The European Helicobacter pylori Study Group (1997). Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht consensus report. Gut 41:8-13
- Theißen H.H.: Krankheitsverarbeitung in der postoperativen Phase bei Gastrektomie. Z. Gastroenterol. (1996) (Suppl. 2) 29-31
- Tuschhoff, T. (1996). Mit Bauch und Kopf. Therapiemanual zur gruppentherapeutischen Behandlung der Adipositas in der stationären Rehabilitation. Tübingen: DGVT-Verlag
- Tytgat, GNJ (1998). Treatment of peptic ulcer. Digestion 59:446-452
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 1994, VDR, Frankfurt 1995a
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung, 5. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York 1995b
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1994, VDR, Frankfurt 1996a
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 1995, VDR, Frankfurt 1996b
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1997, VDR, Frankfurt 1998
- Vierneusel, J. (1997) Was erwartet der Lebertransplantierte von der Rehabilitation? Z Gastroenterol (Suppl. 3) 158-159
- Vogel, H., Tuschhoff, T. & Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung 11/94 S. 751-764
- Volz, M., Rist, F., Alm, B.: Screening auf Alkoholprobleme in einer chirurgischen Abteilung mit Hilfe des Kurzfragebogens LAST. Sucht 1998, 44(5), 310-321.
- von Stetten, D. et al.: Abschlußbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Arbeitsbereich 3, Projekt unter Gruppe 3 „Krankheiten der Verdauungsorgane/Stoffwechsel“, Band III, Teilband 2, VDR, Frankfurt, September 1991, S. 349-474 (Autoren und Mitglieder: D. von Stetten, R. Doßmann, N.

- Gerdes, S. Gutschmidt, E. Haupt, R. Herz, B. Kulzer, D. Rosemeyer, R. Stockbrügger, W. Tittor, E. Zillessen, W. Zilly, R. Buschmann-Steinhage, H. Vogel)
- Wechsler JG, Wenzel, Splitt S., Swobodnik W, Ditschuneit H.: Diätetische Grundsätze nach Gastrektomie. Dtsch. Med. Wochenschr. (1989) 114, 142-144
- Wechsler, J.G. (Hrsg.). (1998). Adipositas. Ursachen und Therapie. Berlin: Blackwell Wissenschafts Verlag
- Westhoff, G. (1993). Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit. Göttingen: Hogrefe
- Wilhelmsen I (1996). Quality of life and Helicobacter pylori eradication. Scan J Gastroenterol 31Suppl221:18-20
- Willms, B., Schmeisl, GW, Hillenbrand, H. (1998) Prozeßstandards der diabetologischen Behandlung in Kliniken der ADDK. Diabetes und Stoffwechsel 7, Suppl. 2
- Wirth, A. (1997). Adipositas. Berlin: Springer
- Yalom, I.D. (1974). Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. München: Kindler
- Zielke, M.: Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1993.
- Zillessen, E.: Begutachtung gastroenterologischer und hepatologischer Krankheiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1997
- Zillessen, E.: Einjahres-Katamnese nach der Rehabilitation von Patienten mit CEDE. Z. Gastroenterol. 35 (1997) (Suppl.3), 42-48
- Zillessen, E: Rehabilitation von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmkrankheiten. Med. Welt 43 (1992), 916-922
- Zillessen, E: Was leistet die Anschlußheilbehandlung bei chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen? Z. Gastroenterol. 34 (1996) (Suppl. 2), 47-50
- Zilly, W.: Was ist neu, was überholt in der Behandlung chronischer Lebererkrankungen? Z. Gastroenterol. (Suppl.3) (1997), 10-17
- Zilly, W. (1998). Rehabilitation bei gastroenterologischen Erkrankungen. In: Delbrück, H. & Haupt, E. Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten. 2. Aufl., S. 441-466. München: Urban & Schwarzenberg
- Zoccolillo, Kloninger 1986 zit. bei M. Fichter s.u.