

Reha-Kommission

Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Abschlußberichte – Band III

Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“

Teilband 1

„Krankheiten des Kreislaufsystems“

Teil IV - Seite 241-348

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

VDR 

Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

Folgende Abschlußberichte liegen vor:

- Band I Recht und Struktur
- Band II Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III Rehabilitationskonzepte**
 - Teilband 1 Rahmenkonzept
 und krankheitsspezifische Konzepte**
 - Teilband 2 Krankheitsspezifische Konzepte
 - Teilband 3 Krankheitsspezifische Konzepte und
 Schwerpunkte der Weiterentwicklung
- Band IV Epidemiologie/EDV-Verfahren
 - Teilband 1 Epidemiologie
 - Teilband 2 EDV-und Dokumentationsverfahren
 - Teilband 3 Qualitätssicherung
- Band V Verwaltung
- Band VI Forschung und Lehre
- Band VII Gutachten und Tagungsergebnisse
 - Teilband 1 Gesundheitsökonomie/Europäischer
 Vergleich
 - Teilband 2 Ambulante Rehabilitation in der ehemali-
 gen DDR
 - Teilband 3 Balneologie in der medizinischen Reha-
 bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

REHA-KOMMISSION
Abschlußbericht

Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“

Projektuntergruppe 2 „Krankheiten des Kreislaufsystems“

Rehabilitation bei Krankheiten des Kreislaufsystems

*** Allgemeines Rehabilitationskonzept**

*** Problemfelder der Rehabilitation und Lösungsansätze**

Gliederung

Mitgliederliste	247
Teil I: Kardiologisches Rehabilitationskonzept	249
1. Diagnostik	249
1.1 Anforderungen an die Diagnostik vor Aufnahme in die Rehabilitationsklinik	249
1.2 Diagnostik in der Rehabilitationsein- richtung	252
1.2.1 Funktionsdiagnostik bei Herz- und Kreis- laufkrankheiten	252
1.2.2 Psychologische Diagnostik des psychischen und psychosozialen Rehabilitationspotentials	256
1.2.3 Integration diagnostischer Informationen	258
1.2.4 Besondere Anforderungen an die Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung	259
2. Therapieplanung und -maßnahmen	259
2.1 Therapieziele und Therapieplan	260
2.2 Therapiemaßnahmen	261
2.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen	261
2.2.2 Medikamentöse Therapie	261
2.2.3 Physikalische Therapie	261
2.2.4 Gesundheitsbildung	266
2.2.5 Psychologische Betreuung	271
2.2.6 Psychotherapeutische Verfahren je nach Indikation	272
2.2.7 Diätetische Therapie	275
2.2.8 Beschäftigungstherapie	277
2.2.9 Beruflicher Rehabilitationsfachberater	278
2.2.10 Sozialarbeiter	278
2.3 Allgemeine Fragen zur Therapie	278

3.	Therapiekontrolle und Dokumentation	283
3.1	Wie wird die Durchführung der Behandlung überwacht?	283
3.2	Dokumentation	283
3.3	Richtlinien für die Abfassung von Entlassungsberichten bei herzkranken Patienten	284
4.	Behandlungsdauer	288
4.1	Anschlußheilbehandlungen	288
4.2.	Allgemeine Heilbehandlung	289
5.	Multimorbidität	290
6.	Schnittstellen	291
6.1	Einweisung	291
6.1.1	Kenntnisse über Art und Schwere der Erkrankung	291
6.1.2	Kenntnisse über Möglichkeiten, Schwerpunkte und Konzepte der Rehabilitationseinrichtungen	292
6.1.3	Fachliche Kompetenz der zuweisenden Institution	293
6.1.4	Sachgerechtes administratives Verfahren	293
6.1.5	Vorbereitung des Patienten	294
6.1.6	Wahl des günstigsten Zeitpunktes	295
6.2	Zusammenarbeit mit Akutkliniken und Gutachtern	296
6.3	Nachsorge	297
7.	Ausstattung	299
7.1	Personal	299
7.2	Räumlich-technische Ausstattung	301
7.2.1	Klinische Physiologie	301
7.2.2	Klinische Chemie	302
7.2.3	Röntgenologie	302
7.2.4	Psychologische Diagnostik und Therapie	302
7.2.5	Physikalische Therapie	303
7.2.6	Diätetik/Ernährungstherapie	304
7.2.7	Beschäftigungstherapie/Freizeittherapie	304

7.2.8	Gesundheitsbildung	305
7.2.9	Notfallversorgung	305

Teil II: Problemfelder der Rehabilitation bei Krankheiten des Kreislaufsystems:		
Schwerpunkte der Weiterentwicklung		307
1.	Einleitung	307
2.	Gestuftes System der Rehabilitation	307
2.1	Ambulante und teilstationäre Rehabilitation	307
2.2	Nachsorge	312
3.	Einleitung und Vorbereitung der medizinischen Rehabilitation	315
3.1	Patientenzuweisung in der allgemeinen Heilbehandlung	316
3.2	Anschlußheilbehandlung	317
3.3	Therapiemotivation - Therapievorbereitung	319
4.	Konzepte stationärer Rehabilitation	321
4.1	Diagnostik	321
4.1.1	Vordiagnostik	321
4.1.2	Psychophysiologische Funktionsdiagnostik	322
4.2	Bedeutung aktivierender Therapiemaßnahmen	323
4.3	Integration der Psychologie	324
5.	Durchführung der Rehabilitation	326
5.1	Dauer der Rehabilitationsmaßnahme	326
5.2	Berufliche Wiedereingliederung	326
5.3	Rehabilitation bei besonderen Gruppen	332
5.3.1	Ausländische Arbeitnehmer	332
5.3.2	Frauen	334
5.4	Kooperation mit Akutkliniken und Gutachtern	336

6.	Personal und rehabilitationsspezifische Qualifikation	336
7.	Rehabilitationsforschung	
	338	
7.1	Allgemeine Aspekte der Rehabilitationsforschung	338
7.2	Spezielle Aspekte psychologischer Rehabilitationsforschung	339
	<u>Anhang:</u>	341
Abb. 1	Schematische Darstellung zum Therapieplan in der Rehabilitation von Herz-Kreislauf erkrankungen	343
Abb. 2+3	Graphische Darstellung zu den Wochen-Therapie-Plänen kardiologischer Rehabilitation	344
4.	vorgeschlagene Neufassung des AHB-Katalogs für Krankheiten des Kreislaufsystems	346

Projektuntergruppe 2 im Arbeitsbereich 3:

"Krankheiten des Kreislaufsystems"

Mitgliederliste

Dr. Rainer Buchwalsky	Projektuntergruppenleiter, Schüchtermann-Klinik, Bad Rothenfelde (seit 1.7.1990 vertreten durch Dr. Koenig)
Dr. Wolfgang Koenig	Rehabilitationsklinik Wetterau der BfA, Bad Nauheim
Dr. Alfred Berghoff	Rehabilitationsklinik Hochstaufen der BfA, Bayerisch Gmain
Dr. Otto-Anton Brusis	Albert Schweitzer-Klinik, Königsfeld (Schwarzwald)
Dr. Dipl.-Psych. Hans-Günther Budde	Fachklinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Rheinland-Pfalz Bad Münster am Stein-Ebernburg
Prof. Dr. Ingomar-Werner Franz	Rehabilitationsklinik Wehrawald der BfA, Todtmoos
Dr. Jürgen Gehring	Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried
Dr. Marthin Karoff	Klinik Königsfeld der LVA Westfalen, Ennepetal
Dr. Ulrich Klinsing	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Prof. Dr. Kurt König	Herz-Kreislauf-Klinik Waldkirch
PD Dr. Dipl.-Psych. Wolfgang Langosch	Benedikt-Kreutz- Rehabilitationszentrum, Bad Krozingen
Prof. Dr. Eberhard Volger	Herz-Kreislaufklinik Bad Wörishofen der LVA Schwaben

Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dr. Dipl.-Psych.
Rolf Buschmann-Steinhage

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

Teil I: Kardiologisches Rehabilitationskonzept

1. Diagnostik

Vorbemerkungen zur Diagnostik vor der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik, zur Steuerung der Zuweisung und zur Zusammenarbeit mit Akutkliniken und Gutachtern:

Für die Rehabilitationskliniker ist eine direkte Einflußmöglichkeit auf Entscheidungen zur "Zuweisung" und "Diagnostik vor Aufnahme in die Rehabilitationsklinik" nur in beschränktem Maße möglich. Es können lediglich Vorstellungen aus der Sicht der Rehabilitationskliniker artikuliert, Schwachstellen an der gegenwärtigen Praxis aufgezeigt und Optimierungsvorschläge unterbreitet werden. Dieser Aufgabe kommt besondere Bedeutung zu, da die Schwächen vorausgegangener Entscheidungen häufig erst in der Rehabilitationsklinik sichtbar werden.

Besonders schwierig verhält es sich bei der Schnittstelle zu den Akutkliniken, da hier in verstärktem Maße Interessenkonflikte und Kompetenzprobleme auf medizinischer, wirtschaftlicher und Trägerebene auftreten. Forderungen und Vorschläge seitens der Rehabilitationskliniker erfordern daher in besonderem Maße Konsensfähigkeit und Abstimmung aller Beteiligten, um die Durchsetzbarkeit in der Praxis zu gewährleisten.

Die Anschlußheilbehandlung ist zwar den gleichen sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen unterworfen wie die übrigen Heilbehandlungen, stellt aber u. a. hinsichtlich der Zuweisungssteuerung, der Schnittstellenproblematik sowie der Diagnostik und Therapie vor der Aufnahme des Patienten in die Rehabilitationsklinik besondere Anforderungen.

Unterschiedliche Voraussetzungen ergeben sich auch für Wiederholungsheilbehandlungen, da hier bereits diagnostische Grundlagen und Anregungen zur weiterführenden Diagnostik sowie individuelle Rehabilitationskonzepte vorliegen.

1.1 Anforderungen an die Diagnostik vor Aufnahme in die Rehabilitationsklinik

Ausmaß und Schweregrad des gesundheitlichen Schadens, funktionelle Einschränkung sowie soziale Beeinträchtigung sollen im Vorfeld der stationären Rehabilitation bereits soweit abgeklärt sein, wie es zur

Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit und Zuweisung in eine geeignete Rehabilitationsklinik notwendig ist.

Daher sind als Basis (Minimal-)diagnostik zur Einleitung einer allgemeinen Heilbehandlung ausführliche Anamnese einschließlich Sozial- und Berufsanamnese, körperliche und klinisch-chemische Untersuchung, bei der besonderes Gewicht auf die Feststellung von Risikofaktoren und -indikatoren gelegt werden muß, sowie ein Ruhe- und, wenn indiziert, ein Belastungs-EKG erforderlich. Bei Myokarditis und Kardiomyopathie ist eine besondere Vordiagnostik, z. B. Entzündungsparameter, Antikörper-/Antigenbestimmung, Erregerdiagnostik, invasive Herzkatheterdiagnostik (evtl. einschließlich Myokardbiopsie), Echo- und Doppler-Echokardiographie erforderlich. Bei peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten ist eine periphere Dopplermessung des systolischen Blutdrucks notwendig.

Neben den o. g. medizinischen Befunden ist aufgrund der besonderen diesbezüglichen Kompetenz und der Relevanz für die Heilbehandlung eine Darstellung der psychosozialen Situation des Patienten vor Aufnahme in die Rehabilitationsklinik durch den Hausarzt wünschenswert.

Anforderungen an die Diagnostik vor Beginn einer Anschlußheilbehandlung ergeben sich aus den im AHB-Katalog (siehe Tz. 6.2.1) beschriebenen Voraussetzungen, Indikationen und Kontraindikationen. Die Vordiagnostik ist u. a. abhängig von den diagnostischen Möglichkeiten der verlegenden Akutklinik, dem günstigsten Zeitpunkt für die Durchführung der diagnostischen Maßnahmen und in diesem Zusammenhang mit der Verweildauer in der Akutklinik. Defizite in der Diagnostik im Akutkrankenhaus (einschließlich invasiver Untersuchungen) müssen durch die Rehabilitationsklinik ausgeglichen werden können.

Insbesondere funktionsdiagnostische Untersuchungen werden, auch dann, wenn sie bereits vor der Aufnahme in die Reha-Klinik durchgeführt worden sind, während der stationären Heilbehandlung nochmals durchzuführen sein. Hier können vorbefundlich erhobene Daten schon allein aus forensischen oder Aktualitätsgründen, teilweise auch aus qualitativen Gründen, nicht ohne Überprüfung übernommen werden. Ausgenommen hiervon sind invasive Verfahren, die aufgrund der Patientenbelastung nur bei zwingender Indikation wiederholt werden dürfen.

Neben dem sozialmedizinischen Gutachten (falls vorhanden) sollen zur Aufnahme in die Rehabilitationsklinik frühere Arztberichte sowie ggf. ein kompletter Entlassungsbericht des Akutkrankenhauses vorliegen, aus denen die Ergebnisse bisher durchgeführter Untersuchungen sowie der bisherige Verlauf der Erkrankung einschließlich prognoserelevanter Komplikationen, Risikoprofil des Patienten und zuletzt eingenommener Medikamente zu ersehen sind. Auch Vorschläge zum weiteren Vorgehen, die möglicherweise bereits mit dem Patienten besprochen oder terminiert worden sind, müssen zu Beginn der Reha-Behandlung bekannt sein.

Darüberhinaus sind zur Verlaufsbeurteilung Elektrokardiogramme, Röntgenbilder und die Dokumentationen anderer bildgebender Verfahren als Original oder Ablichtung - nicht lediglich als Befundbeschreibungen - notwendig. Auch sollte ein ausführlicher Bericht insbesondere über evtl. bereits durchgeführte invasive Verfahren oder Operationen (über den Entlassungsbericht hinaus!) vorliegen.

Aus rehabilitativen Gesichtspunkten ist eine möglichst frühzeitige Verlegung des Patienten in die Rehabilitationsklinik anzustreben. Als Kriterium für den richtigen Zeitpunkt gilt, daß der Patient, ohne sich zu gefährden, in seinem Zimmer gehfähig sein und sich selbst versorgen können muß. Das setzt eine kardiale Kompensation und Stabilisation voraus.

Da hinsichtlich der diagnostischen Möglichkeiten der einzelnen Akutkliniken beträchtliche Unterschiede bestehen, kann sinnvollerweise lediglich ein diagnostisches Minimalprogramm gefordert werden. Dessen Ergebnisse entscheiden über die Indikation zusätzlicher, insbesondere invasiver Untersuchungsverfahren. Die Rehabilitationskliniken müssen in der Lage sein, die notwendigen Untersuchungen selbst oder in Kooperation durchzuführen. Eine Verzögerung der Verlegung von der Akut- in die Rehabilitationsklinik darf sich aufgrund noch durchzuführender Diagnostik nicht ergeben.

1.2 Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung

1.2.1 Funktionsdiagnostik bei Herz- und Kreislaufkrankheiten

1.2.1.1 Kardiologische Funktionsdiagnostik

Zu fordern ist ein individuell abgestuftes Programm zur Erfassung der Leistungs- und Funktionsreserven des Herz-Kreislauf-Systems. Die Ziele dieser diagnostischen Erhebungen sind im Hinblick auf die speziellen Aufgaben der Rehabilitation folgende:

1. Objektive Definition der körperlichen Leistungsfähigkeit bzw. der koronaren und myokardialen Reserven sowie der peripheren Durchblutung.
2. Definition der Belastungsintensität im Hinblick auf eine individuell dosierte Bewegungstherapie.
3. Beurteilung der Funktionsverbesserung bzw. Erfassung einer evtl. Verschlechterung der Myokard-, Klappen- und Koronarfunktion oder der peripheren Durchblutungsverhältnisse.
4. Definition der künftigen Belastbarkeit im täglichen Leben, im Beruf und in der Freizeit.
5. Entscheidung über spezielle Langzeitmedikation.

6. Entscheidung über die Indikation zur ggf. erforderlichen weiteren Diagnostik (Gefäß- bzw. Koronarangiographie, Myokardszintigraphie) im Hinblick auf ein evtl. notwendiges interventionelles Vorgehen (z. B. Dilatation, Bypass-Operation, Herzklappenersatz, Herztransplantation).

Die Stufendiagnostik beginnt mit Erhebung der Anamnese, klinischer Untersuchung, Ruhe-Elektrokardiogramm, Ergometrie, röntgenologischer Thoraxaufnahme und Echokardiographie. Weitere Untersuchungen wie Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Einschwemmkatheteruntersuchung und/oder Farbdoppler-Echokardiographie kommen bei Bedarf hinzu. Andere Untersuchungsmethoden wie Koronarangiographie, Myokardszintigraphie und Nuklidventrikulographie ergänzen die Herzfunktionsdiagnostik. Diese Befunde erlauben Aussagen zur körperlichen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit in Beruf und Freizeit und zur Prognose. Dabei können erhebliche Unterschiede bestehen zwischen der subjektiven Leistungsfähigkeit des Patienten und der noch erhaltenen objektiv feststellbaren körperlichen Belastbarkeit.

Die Belastbarkeit und damit auch die Leistungsfähigkeit bei Herzkrankheiten hängen von folgenden spezifischen Faktoren ab:

1. vom Ausmaß der myokardialen Schädigung, die aufgrund des Elektrokardiogramms (z. B. Herzinfarktnarbe, Kardiomyopathie) vermutet, mittels Echokardiographie aber erst richtig beurteilt werden kann, und wo bei Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden, z. B. Dyspnoe trotz normaler Herzgröße oder umgekehrt, eine Einschwemmkatheteruntersuchung in Ruhe und Belastung weiterhelfen kann,
2. vom Grad der Myokardischämie, der durch eine ergometrische Belastung quantifiziert werden kann. Auch hier kann bei Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden im Belastungs-EKG, z. B. Herzschmerzen bei normalem ST-Streckenverlauf unter Belastung oder umgekehrt, die

- Einschwemmkatheteruntersuchung und Myokardszintigraphie aufschlußreich sein. Zur Feststellung von Myokardischämien unter psychischen Belastungen sind spezielle Untersuchungen (siehe 1.2.1.3) erforderlich.
3. von der Klappenfunktion, die wesentlich die Förderleistung des Herzens mitbestimmt. Zur Einschätzung der Klappenfunktion unter Ruhebedingung kommt der Doppler-Echokardiographie, unter Belastung der Einschwemmkatheteruntersuchung eine besondere Bedeutung zu. Dies gilt besonders für Patienten mit Zustand nach Klappenersatz.
 4. von Herzrhythmusstörungen, bradykard oder tachykard, die durch Langzeit-EKG, Telemetrie und Ergometrie erfaßt werden können. Besteht eine Beziehung zu bestimmten körperlichen oder psychischen Belastungen, die in Freizeit und Beruf zu erwarten sind, dann kann die Belastbarkeit des Patienten für diese Aktivitäten eingeschränkt bzw. aufgehoben sein.

Auch psychische Faktoren, insbesondere Herzangst und Furcht vor körperlicher oder psychischer Überforderung, sowohl in der Freizeit als insbesondere auch im Berufsleben, beeinflussen die Belastbarkeit, ebenso wie nicht-kardiale Faktoren wie der Funktionszustand der Skelettmuskulatur und der Lunge sowie Störungen des Stoffwechsels.

1.2.1.2 Angiologische Funktionsdiagnostik

Neben den Möglichkeiten der direkten körperlichen Untersuchungen sind funktionsdiagnostische apparative Methoden, je nachdem ob Gefäßkrankheiten ein wesentliches Indikationsgebiet einer Rehabilitationsklinik darstellen oder ob sie als nachrangige Mitbehandlungsleiden zur Aufnahme kommen, erforderlich.

Zur Basisdiagnostik dienen Ultraschall-Dopplergeräte. Für periphere arterielle Verschußkrankheiten reichen einfache Geräte aus, um

systolische Blutdruckwerte in der Peripherie zu erfassen. Die nächste Stufe stellt ein direktionales Ultraschall-Dopplergesät dar, das sowohl zuvorgenannte Messungen ermöglicht als auch vor allem Strömungsrichtungen in Venen erfassen kann. Als weitere Ausbaustufe auch zur morphologischen Gefäßbeurteilung ist ein Ultraschall-Duplex (mit Farbdoppler bzw. DSA) vorzusehen.

Als ergänzende Diagnostik von Verschlußkrankheiten und zur Aufdeckung von arteriell-spastischen Krankheiten ist die Rheographie erforderlich; bei der Diagnostik spastischer Gefäßprozesse muß zusätzlich noch eine Einrichtung zur Kälteprovokation vorhanden sein. Eine weitere Ergänzung für dieses Gebiet ist die Venenverschlußplethysmographie. Eine einfache ergänzende Methode bei der Diagnostik variköser oder thrombotischer Gefäßveränderungen stellt die Lichtreflexionsrheographie dar. Die Funktion des venösen Rückstroms in den Beinen und die Wirksamkeit der sog. Muskelpumpe wird mit Hilfe der Phlebodynamometrie ermittelt.

1.2.1.3 Psychophysiologische Funktionsdiagnostik

Die Abklärung der psychophysiologischen Belastbarkeit in Ergänzung zur kardialen Funktionsdiagnostik ist vorrangig erforderlich bei Patienten mit deutlich eingeschränkter kardialer Leistungsfähigkeit, die im Alltag intensiven konzentrativen und/oder emotionalen Belastungen ausgesetzt sein werden.

Dies erfordert

1. Herausarbeitung der am bisherigen Arbeitsplatz vorhandenen psychischen Belastungen,
2. Simulation ausgewählter Belastungen unter standardisierten Bedingungen,
3. Registrierung von physiologischen, subjektiven, Verhaltens- und Leistungsparametern.

Hierzu stehen u. a. folgende Methoden zur Verfügung:

1. Arbeitsanalytisches Interview, erweitert um Belastungsanalyse (Fragebögen sind nur mit Vorbehalt verwendbar),
2. Belastungssimulationen zur Induktion von Zeit- und/oder Leistungsdruck, emotionaler Belastung,
3. Skalierung von Befinden, Beschwerden und Verhalten.

1.2.2 Psychologische Diagnostik des psychischen und psychosozialen Rehabilitationspotentials

1.2.2.1 Intellektuelle Kapazitäten und Potentiale

Die umfassende eignungsdiagnostische Beurteilung ist auf die Patienten begrenzt, bei denen aus kardiologischer Sicht entweder eine qualifizierte berufliche Um- oder sogar Neuorientierung geboten ist.

Das erfordert die Verwendung von

1. sprachgebundenen und sprachfreien Intelligenztests, die eine Profildarstellung erlauben,
2. Tests zur Erfassung spezieller Fertigkeiten und Fähigkeiten,
3. Tests zur Erfassung kognitiver Funktionen und erworbener hirnorganischer Beeinträchtigungen,

1.2.2.2 Status der Krankheitsverarbeitung

Die Psychodiagnostik ist als Status- und Verlaufsdiagnostik zu konzipieren. Erforderlich sind Basisdaten über die Krankheitsverarbeitung jedes Patienten. Im Bedarfsfall sind diese in kognitiver, verhaltens- und gefühlsmäßiger Hinsicht auszudifferenzieren. Eine wesentliche Grundlage hierfür können (auch fremdanamnestisch gewonnene) Informationen über den früheren Umgang des Patienten mit Belastungssituationen sein.

Dazu gehören

1. Angaben des Patienten hinsichtlich Entstehen und Therapie der Erkrankung sowie eigener Möglichkeiten zur Förderung der Genesung. Diese Daten lassen sich bevorzugt exploratorisch oder fremdanamnestic gewinnen.
2. Abschätzung des krankheitsadäquaten Verhaltens u. a. aufgrund von Verhaltensbeobachtungen durch das therapeutische Team.
3. Erfassen von "Verleugnung" ("Denial"), Aggressivität, Angst, Depressivität bzw. Akzeptanz der Erkrankung; neben Verhaltensexploration ist auch ein Rückgriff auf entsprechende standardisierte Testverfahren möglich.

1.2.2.3 Soziale Ressourcen und Belastungen

Hier sollten die Schwerpunkte insbesondere auf die Bereiche Familie, Beruf sowie übrige Sozialfelder gelegt werden. Die üblichen Daten über Familienstand und Kinderzahl sollten ergänzt werden durch Angaben über familiäre Interaktionen und Probleme. Soweit Bewertungen vorgenommen werden, z. B. indem eine partnerschaftliche Beziehung als sehr protektiv bezeichnet wird, sollen die bewertende Instanz und die Bewertungskriterien angeführt werden.

Eine Analyse der beruflichen Anforderungen und Belastungen hat auch dann zu erfolgen, wenn keine Probleme hinsichtlich der Wiederaufnahme der alten Berufstätigkeit zu bestehen erscheinen, um mögliche Überbelastungen rechtzeitig identifizieren zu können. Auch interpersonell bedingte Belastungen, etwa Probleme mit Mitarbeitern oder Vorgesetzten, müssen bei der Erhebung der sozialen Belastung berücksichtigt werden. Zusätzlich ist die zeitliche und persönliche Belastung durch Freizeitaktivitäten (incl. Ehrenämter) zu erfassen.

1.2.2.4 Weitere Psychodiagnostik

Weiterhin sind im Sinne einer zweistufigen Strategie nach den oben beschriebenen Basisinformationen (siehe Abschnitt 1.2.2.3) im Bedarfsfall weiterführende Verfahren einzusetzen. Hierbei handelt es sich um

1. allgemeine Beschreibung rehabilitationsrelevanter Persönlichkeitsdimensionen,
2. Abschätzung von Typ-A-Verhalten und Leistungsorientierung,
3. Angst, Stimmung und Befinden,
4. Kausalattribution und Krankheitsverarbeitung.

1.2.2.5 Psychiatrisches/neurologisches Konsil

Es sollte stets die Möglichkeit dazu bestehen, wobei der Psychologe im Benehmen mit dem betreuenden Arzt das Konsil anfordern, unbedingt aber über dessen Resultat informiert sein sollte. Es ist unerlässlich zur Abschätzung suizidaler Tendenzen und bei Vorliegen einer psychopathologischen Symptomatik, die psychiatrische Kenntnisse zur differentiellen Diagnostik und Behandlung erfordert (schizophrene, paranoide Störungen, affektive Psychosen, hirnorganisches Psychosyndrom etc.).

1.2.3 Integration diagnostischer Informationen

Als adäquate Formen für die Integration der gesammelten diagnostischen Informationen bieten sich Teambesprechungen über Patienten zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme an.

1.2.4 Besondere Anforderungen an die Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung

Die sozialmedizinische Beurteilung (positives und negatives Leistungsbild) am Ende des stationären Aufenthalts stellt eine der zentralen Aufgaben der kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme dar; sie ist auch die Voraussetzung für die vorrangig berufliche und damit soziale Integration. Infolgedessen wird sie zur entscheidenden Grundlage für die künftige wirtschaftliche Existenz des Patienten, damit aber auch für sein Persönlichkeitsbild und sein Selbstvertrauen.

Die Erfüllung dieser Aufgaben ist nur möglich durch den individuell abgestuften Einsatz der unter 7.2 angeführten diagnostischen Verfahren sowie der sich hieraus ergebenden Aussagen (vgl. auch 1.2.1.1); die zukunftsbestimmenden Empfehlungen sind das Ergebnis interdisziplinärer Teambesprechungen am Ende des Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung.

Die Gesamtheit der medizinischen Befunde wie auch der psychologischen und sozialen Erhebungen bilden die Basis für die sozialmedizinische Beurteilung und damit für die Wiedereingliederung in das Berufs- bzw. Erwerbsleben. Aussagen sind u. a. zu treffen zu: positives und negatives Leistungsbild, Empfehlung berufsfördernder Leistungen zur Rehabilitation einschl. der stufenweisen Wiedereingliederung sowie Arbeitsunfähigkeit.

2. Therapieplanung und -maßnahmen

Einen schematischen Überblick über den Therapieplan in der Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankheiten bietet Abbildung 1 im Anhang.

2.1 Therapieziele und Therapieplan

Dazu muß ein detaillierter und an den Problemen des Patienten orientierter individueller, zwischen Arzt, weiteren Therapeuten und Patient abgestimmter Therapieplan erstellt werden. Dieser Plan kann im Hinblick auf das erklärte Therapieziel nur über eine adäquate und im Ablauf zeitgerechte Diagnostik sowie über das Vorhandensein der personellen, apparativen und räumlichen Voraussetzungen erreicht werden, um die im Gesamtkonzept zusammenwirkenden einzelnen Therapiemaßnahmen umfassend und sachgerecht einzusetzen.

Dabei orientieren sich die Therapieziele und -maßnahmen einer Rehabilitationsklinik an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung, wogegen in einer Akutklinik die schnelle Behebung eines kurzfristig und vital bedrohlichen eingetretenen Schadens (medizinisches Krisenmanagement) im Vordergrund steht.

In einer Rehabilitationsklinik ist die Einleitung und Anpassung einer Langzeittherapie unter Beachtung von Alltagsbelastungen besonders gut möglich. Darüberhinaus ist die Erfassung des individuellen Gesamtrisikoprofils von grundlegender Bedeutung sowie die Vermittlung von praxisorientierten Strategien zur Bewältigung. Dazu muß ein dem Patienten verständlicher und an seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten orientierter Therapieplan unter Mitwirkung speziell geschulter Ärzte, Psychologen, Krankenpflegern/-schwestern, Bewegungstherapeuten und Diätassistenten erstellt werden, die im Verlaufe dieser Behandlung der aktuellen Situation jeweils angepaßt werden muß. Hiermit sind auch die Voraussetzungen für eine langfristige Weiterbetreuung am Wohnort geschaffen.

2.2 Therapiemaßnahmen

2.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen

Wesentliche Unterschiede zwischen einer Rehabilitationsklinik und Akutkrankenhäusern ergeben sich somit bezüglich der Therapiemaßnahmen. Dabei bilden die physikalische Therapie einschließlich Bewegungstherapie und die Gesundheitsbildung sowie die psychosoziale Betreuung des Patienten die wesentlichen Bestandteile der therapeutischen Maßnahmen einer Rehabilitationsklinik. Deren therapeutischer Erfolg ist nur durch die komplexe Anwendung gewährleistet. Dieses setzt adäquate personelle, apparative und räumliche Bedingungen für die Durchführung der Therapie und für die notwendigen Ruhe- und Erholungsphasen zwischen den über den Tag verteilten Anwendungen voraus, was unter ambulanten Bedingungen schwer realisierbar sein dürfte.

2.2.2 Medikamentöse Therapie

Diese umfaßt die medikamentöse Einstellung und die Planung des medikamentösen Langzeitbehandlungskonzepts. Hinzu kommt die Notfallintervention und Notfalltherapie bis zur Stabilisierung von Herz und Kreislauf, so daß - falls dann noch notwendig - eine Verlegung in ein adäquates Akutkrankenhaus verantwortet werden kann.

2.2.3 Physikalische Therapie

Unter physikalischer Therapie sind

1. die Bewegungstherapie,
2. die Krankengymnastik,
3. die balneo-physikalische und Elektrotherapie zu verstehen.

Die Bewegungstherapie hat sich in der Prävention und Rehabilitation weltweit durchgesetzt und gilt heute als ein unverzichtbarer Bestandteil der kardiovaskulären Therapie. Sie wird unterstützt durch die balneo-physikalische und Elektrotherapie sowie die Krankengymnastik. Je nach Indikationsgruppe ergeben sich unterschiedliche Teilziele, die nur durch ein differenziertes Angebot einer Therapie erreicht werden können.

2.2.3.1 Bewegungstherapie

So zielt die Bewegungstherapie im AHB-Verfahren, z. B. nach akutem Herzinfarkt und koronarchirurgischen Eingriffen, zunächst daraufhin, den durch die vorherige Immobilisierung entstandenen kardiovaskulären muskulärskelettalen Funktionsverlust zu überwinden, die Belastbarkeit anzuheben (Übungsbehandlung im Sinne funktioneller Anpassung) und zur psychosozialen Stabilisierung beizutragen.

Sie gilt als kontinuierliche Fortsetzung der bereits in der Akutklinik eingeleiteten Frühmobilisierung und soll Elemente des Ausdauertrainings (Ergometertherapie im niedrigen Intensitätsbereich), des Flexibilitäts- und des Koordinationstrainings beinhalten. Die Ergometertherapie bietet durch eine exakte Vorgabe der Intensität die größtmögliche Sicherheit und den höchsten zu erwartenden Therapieerfolg. Die vom Arzt zuvor festgelegte Belastungsintensität muß dabei durch ein kontinuierliches Monitoring der Herzfrequenz (ST-Strecken- und Rhythmusanalyse) überwacht werden. Die Gesamtdauer der Ergometertherapie sollte 15 bis 20 Minuten betragen, mit einer vorausgehenden Aufwärmphase. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß auch für die Ergometertherapie Kontraindikationen bestehen.

Im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung kann, im Gegensatz zur AHB, in der Regel davon ausgegangen werden, daß die Ziele der

Bewegungstherapie im Sinne einer trainingswirksamen Ausdauerbelastung (morphologisch nachweisbare Anpassung) wesentlich weiter gesteckt sind.

Neben der Verbesserung der peripheren und kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit soll eine günstige Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Anstoß zu einer vernünftigen Lebensführung (Vehikelfunktion des Sports) erreicht werden. Als Basis für die Indikationen, Kontraindikationen und die Durchführung dieser Form der Bewegungstherapie dienen die von Experten vorgelegten Richtlinien. Dabei empfiehlt sich auch die Übernahme der in der ambulanten Rehabilitationsphase III gebräuchlichen Konzepte in sog. Übungs- bzw. Trainingsgruppen, da einerseits einige Patienten bereits am Heimatort an ambulanten Herzgruppen teilnehmen, andererseits geeignete Patienten in diese Gruppen nach Entlassung zu integrieren sind. Patienten, die bereits auf einer Leistungsstufe von weniger als bis zu 75 Watt bzw. 1 Watt/kg Körpergewicht subjektive und objektive Zeichen einer Koronar- bzw. Myokardinsuffizienz, bzw. höhergradige Rhythmusstörungen oder überschießende Belastungsblutdrücke aufweisen, sollten in Übungsgruppen mit niedriger Belastungsintensität behandelt werden. Alle anderen Patienten können Trainingsgruppen unterschiedlicher Belastungsintensität zugeordnet werden. In diesen Gruppen kann das Ausdauertraining in verschiedener Form, wie Ergometertraining, Lauftraining, geführte Wanderungen, "entschärfte Spiele" (ohne Wettkampfcharakter), Schwimmen und je nach örtlichen Gegebenheiten auch Radfahren oder Ski-Langlauf durchgeführt werden. In den Trainingsgruppen steht eine 15- bis 20minütige Ausdauerbelastung im Mittelpunkt, mit einer individuell festgelegten Trainingsherzfrequenz. Allerdings müssen auch hier wieder das individuelle Herzfrequenzverhalten, die Schwere der Erkrankung und vor allen Dingen auch die medikamentösen Einflüsse (z. B. Betablocker) berücksichtigt werden. Die Teilnehmerzahl einer solchen Trainingsgruppe sollte, wenn möglich, nicht 10, auf keinen Fall 15 Personen überschreiten. Zur Vermeidung von Unter- oder besonders auch

Überbelastungen sollten leistungsdifferenzierte Gruppen angeboten werden. Hierzu ist neben einer großzügigen Sporthalle vor allen Dingen auch ein geeignetes und ansprechendes Terrain im Freien erforderlich.

Das Lauftraining kann ergänzt werden durch geführte Wanderungen mit leichten Steigungen, die bei der üblicherweise eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit der Patienten ebenfalls trainingswirksam sind. Bei Patienten mit niedrigem Risiko (gute linksventrikuläre Funktion, keine Rhythmusstörung, keine Restischämie) können auch "entschärfte Spiele" angeboten werden. Das Schwimmen ist im Prinzip eine günstige Belastungsform, die jedoch bei Herzpatienten einer besonderen Vorsicht wegen der Möglichkeit der Auslösung von Herzrhythmusstörungen sowie eines Herzversagens bedarf. Im Einzelfall muß schwimmtelemetrisch entschieden werden, welchem Patienten das Schwimmen erlaubt werden kann, da die plötzliche Vorlastanhebung durch hydrostatischen Druck individuell schwankt.

Für Patienten in den Übungsgruppen kommen nur Aktivitäten in Frage, die nicht herz- und kreislaufbelastend sind, wie z. B. gymnastische Übungen, und auch "entschärfte Spiele" sowie geführte Wanderungen. Nicht empfohlen werden kann Ausdauertraining im eigentlichen Sinne wie Ergometertraining, Laufen bzw. Schwimmen.

In der postoperativen Phase nach Klappenersatz sollte je nach Rhythmus (Sinusrhythmus, Vorhofflimmern), Ventrikelfunktion und Art des Vitiums bzw. der ersetzten Herzklappe eine dosierte und individuell angepaßte Bewegungstherapie durchgeführt werden, wobei in der Regel höchstens die Belastung in der Übungsgruppe in Frage kommt.

Bei florider Myokarditis und Herzinsuffizienz (entsprechend NYHA-Stadium IV) sind Patienten nicht rehabilitationsfähig. Bei Zustand kurz nach Myokarditis und NYHA-Stadium III sowie bei hypertropher,

obstruktiver Kardiomyopathie mit hohem Gradienten darf keine herz-kreislaufbelastende Bewegungstherapie durchgeführt werden.

2.2.3.2 Krankengymnastik

Spezielle krankengymnastische Aufgaben stellen sich vorrangig bei Patienten nach kardiochirurgischen Eingriffen und bei Patienten mit hocheingeschränkter Belastbarkeit. Weitere Indikationen sind periphere arterielle und venöse Erkrankungen sowie - bei vielen Patienten - Nebenerkrankungen wie Störungen der Atmungsorgane, des muskulären Halteapparates bzw. degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. Hierbei ist auf die Vermeidung von Muskelkontraktionen mit hohem Krafteinsatz und längerer zeitlicher Dauer sowie einer Preßatmung zu achten.

In der Rehabilitation angiologischer Erkrankungen werden Gruppen zu bilden sein, in denen Patienten mit arteriellen Verschlusskrankheiten eine krankengymnastische Übungsbehandlung erhalten, die auf das Training spezieller Muskelgruppen zielt. Ferner sind besondere krankengymnastische Übungen bei Patienten mit phlebo- oder lymphologischen Problemen vorzusehen ebenso wie manuelle und apparative Lymphdrainage bei peripheren Stauungszuständen.

2.2.3.3 Balneophysikalische und Elektrotherapie

Grundsätzlich sollten die Patienten zur aktiven Muskeltätigkeit (Bewegungstherapie, Krankengymnastik) angeregt werden, wobei Massagen, Packungen, Bäder, Kneipp'sche Hydrotherapie, Inhalationen usw. unterstützend eingesetzt werden. Allerdings sind nach kardiochirurgischen Eingriffen die Massage sowie die Wärmeanwendung zur Schmerzlinderung und Lockerung sowie Kräftigung der Thoraxmuskulatur wesentliche Bestandteile der Therapie. Die balneophysikalische

Therapie kommt darüberhinaus vor allen Dingen auch bei multimorbiden Patienten schwerpunktmäßig zum Einsatz.

Im Rahmen der kardiologischen Rehabilitationsbehandlung kommt den ortsgebundenen Heilmitteln keine wesentliche Rolle zu. Allerdings können die örtlichen Gegebenheiten (z. B. landschaftlich schöne Waldregionen mit Möglichkeiten zum Wandern) die Motivation der Patienten zur eigenen Realisierung von Ausdauertraining verstärken und zur Entspannung beitragen.

2.2.4 Gesundheitsbildung

Das Risiko für die koronare Herzkrankheit und andere arteriosklerotische Gefäßerkrankungen wird durch eine Reihe von somatischen und psychosozialen Faktoren signifikant beeinflusst. Einer umfassenden Verhaltensänderung kommt daher sowohl in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Rückfallverhütung) eine herausragende Bedeutung zu.

Ziel ist es, eine befriedigende Gesamtstrategie zur somatischen und psychosozialen Beeinflussung der Risikofaktoren zu etablieren. Hierzu dient die Gesundheitsbildung, die am weitesten in den Rehabilitationskliniken und in einigen ambulanten Bereichen etabliert ist. Die Akutkliniken verfügen dagegen nicht über die erforderlichen konzeptionellen, strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen.

Durch die gezielten pädagogischen Maßnahmen in den Rehabilitationskliniken soll der Herz-Kreislaufpatient

1. die wesentlichen Zusammenhänge seiner Krankheit erkennen,
2. Einsicht in sein Risikoverhalten gewinnen,
3. dauerhaft an seiner individuellen Gesundheitsplanung mitarbeiten,

4. kooperativ auf ärztliche Empfehlungen reagieren, um so motiviert als "Spezialist in eigener Krankheit" mündiger Partner seiner weiterbehandelnden Ärzte zu sein.

Organisatorischer Ablauf:

1. Bei der ärztlichen Anamnese im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung sind unter Einbeziehung der vorliegenden Befunde das somatische und psychosoziale Risikofaktorenprofil zu erheben und relevante psychische Störungen zu erfassen.
2. Aus den Daten des körperlichen Untersuchungsbefundes und den ersten medizintechnischen und laborchemischen Untersuchungsergebnissen ist eine aktuelle Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Risiken zu erstellen, über die der Patient informiert wird und die als Grundlage einer individuellen Planung für die Gesundheitsbildung dient. Mit dem Patienten sollen die Diagnosen, das Aufnahmegewicht, die Risikofaktoren und andere relevante Daten in ein eigenes Verordnungsbuch eingetragen werden, das der Patient zu jeder Veranstaltung mitzubringen hat. Auf diese Weise sind die Therapeuten informiert, und durch die regelmäßigen Kontrollen im Verlauf und die Rückkoppelung zum Stationsarzt ergibt sich die notwendige Motivation zur Mitarbeit. Das Verordnungsbuch soll so gestaltet sein, daß es dem Patienten eine einfache zeitliche Orientierung während seines Klinikaufenthaltes erlaubt.
3. Die Gesundheitsbildung sollte in ein Basisprogramm zur allgemeinen Gesundheitsinformation und in spezielle Kurse gegliedert sein; sie ist über einen Zeitraum von vier Wochen vorzustrukturieren. Sie wird in Form von Vorträgen, Filmen, Gruppengesprächen, Schulungen, Trainingskursen und Einzelberatungen angeboten, wobei immer ausreichend Zeit für eine anschließende Diskussion eingeplant werden sollte. Zur

Vertiefung der behandelten Themen ist es wünschenswert, wenn entsprechendes Lehrmaterial hierzu angeboten werden kann.

Inhalt und Methoden:

1. Als Basisinformation für alle Patienten der Indikationsgruppe Herz-Kreislauf sollen folgende Themen behandelt werden:

1. Zivilisationskrankheiten und Risikofaktoren
2. Aufbau und Funktion von Herz und Kreislauf
3. Was ist Arteriosklerose?
4. Streß und Bewegungsmangel
5. Was ist eine gesunde Ernährung?
6. Alltagsdrogen
7. Zusammenhänge zwischen Leib und Seele
8. Mein persönliches Risikoprofil und was ist zu tun?
9. Verändert die Krankheit mein Leben?
10. Sport und Gesundheit
11. Medikamente - Wirkungen und Nebenwirkungen.

Dieser Themenkatalog sollte im Rahmen des stationären Aufenthaltes abgehandelt werden.

2. Die speziellen Trainingskurse bzw. Schulungsprogramme sollten in Form von therapeutischen Gruppen gestaltet sein. Hierfür sind auch geeignete Anschauungsmaterialien und die apparativen Voraussetzungen zum Erlernen von Selbstmessungen bereit zu stellen. In besonderen Fällen sollten auch Einzeltherapie und -beratung möglich sein.

Folgende Gesprächsgruppen und Trainingskurse sollten angeboten werden:

1. Raucherentwöhnung (mindestens sechs Sitzungen)
2. Dauerhafte Gewichtsreduktion (mindestens vier Sitzungen)
3. Praktische Ernährungsberatung, ggf. mit Lehrküche (mindestens zwei Sitzungen)
4. Diabetikerschulung einschließlich Urin- und Blutzuckerselbstbestimmung und spezielle Diätberatung (mindestens fünf Sitzungen)
5. Schulung für Bluthochdruckpatienten, incl. Blutdruckselbstmessung (mindestens vier Sitzungen)
6. Spezielle Information zur Vor- und Nachsorge von bypass- und klappenoperierten Patienten (mindestens zwei Sitzungen)
7. Entspannungstraining (siehe auch 2.2.6)
8. Streßbewältigungstraining (siehe auch 2.2.6)
9. Anregung zur Freizeitgestaltung.

Wünschenswert wären ferner Gesprächsrunden mit Angehörigen.

Es versteht sich von selbst, daß ein derart intensives Gesundheitsbildungsprogramm nur bei einer stationären Verweildauer von vier Wochen zu absolvieren ist. Eine Teilnahmeverpflichtung ist notwendig.

Gruppengrößen:

Vorträge und Filme zur allgemeinen Gesundheitsinformation mit anschließender Diskussion können 100 und mehr Teilnehmer haben. Spezielle Trainings- und Schulungsprogramme sollten auf max. 15 - 20 Teilnehmer begrenzt werden.

Personal:

Für die Gesundheitsbildung ist ein interdisziplinäres Team von

Therapeuten erforderlich. Es sollte sich zusammensetzen aus:

1. allen Ärzten der Klinik,
2. Psychologen,
3. einzelnen Mitarbeitern des Pflegedienstes,
4. Ernährungsberatern und/oder Diätassistenten,
5. Bewegungs- bzw. Sporttherapeuten, Krankengymnasten, Gymnastiklehrern,
6. Medizin-Soziologen, Sozialarbeitern,
7. Beschäftigungstherapeuten.

Die Unterrichtsinhalte sollten in einer Art Lehrplan mit den entsprechenden Lehrmitteln (Dias, Transparentfolie, Filme, Videos, Broschüren) angeboten werden. Dies ist nicht nur eine Hilfe für die pädagogisch meist nicht vorgebildeten Therapeuten, sondern gewährleistet auch einen gewissen Standard und eine Kontinuität bei Mitarbeiterwechsel. Das Team sollte in speziellen interdisziplinären Seminaren regelmäßig fortgebildet und weitergebildet werden. Bei der Einstellung der Mitarbeiter ist auf ihre Teamfähigkeit, pädagogische Befähigung und Interesse an Gesundheitsbildung zu achten.

Aus Gründen der Glaubwürdigkeit sollten alle Mitarbeiter an der Klinik auf das Rauchen verzichten. Die Küche sollte auch für das Personal eine Kost anbieten, die den vermittelten ernährungsphysiologischen Grundsätzen entspricht.

Schnittstellen:

Die Rehabilitationskliniken könnten sich zu regionalen Zentren der Gesundheitsbildung mit folgenden Aufgaben entwickeln:

1. Weiterbildung niedergelassener Ärzte in Präventivmedizin, Diätetik, Psychotherapie und Sportmedizin

2. Förderung des Aufbaus von ambulanten Gruppen (Herzgruppen, AVK-Trainingsgruppen, Adipositas-Gruppen, Diabetiker-Gruppen usw.)
3. Evaluation und wissenschaftliche Auswertung von Konzepten der Gesundheitsbildung.

2.2.5 Psychologische Betreuung

Die psychologische Betreuung sollte möglichst in Anlehnung an das "Liaison-Modell" erfolgen, bei dem Arzt, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Psychologe in enger Abstimmung zusammenarbeiten und je nach Einzelfall gemeinsam entscheiden, wer welche Maßnahmen durchführt. Regelmäßige Fallbesprechungen im therapeutischen Team machen die unterschiedlichen Sicht- und Annäherungsweisen an ein psychisches Problem deutlich und tragen dazu bei, die Grenzen und Möglichkeiten psychologischer Betreuung realistisch einzuschätzen. Den Psychologen ist darüberhinaus die Möglichkeit zur externen Supervision zu geben, damit sie sich kontinuierlich psychotherapeutisch fortbilden können.

Inhalte der psychologischen Betreuung sind vor allem:

emotionale Entlastung bei akuter psychischer Dekompensation, Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, bei der Suche nach einer neuen Zukunftsperspektive, bei den zur Realisierung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen, bei der Neubewertung von Konflikten in der Partnerschaft, der Familie oder am Arbeitsplatz sowie Analyse und Aufarbeitung laienhafter Vorstellungen über die Krankheitsursachen, soweit sie Resignation und Hoffnungslosigkeit bedingen.

Bei aktuellen Problemen im Verlauf der Heilbehandlung soll dem Patienten zu einer umfassenden Sicht der jeweiligen Anlässe verholfen werden, um ihm so ein situationsorientiertes Handeln zu ermöglichen.

Bei Ängsten vor kardiologischer Diagnostik und Therapie (insbesondere invasiven Eingriffen) ist u. a. der Informationszustand des Patienten abzuklären, um sicherzustellen, daß seine Nervosität und Unruhe nicht auf falscher, unzulänglicher oder verzerrter Information beruht; sollte dies der Fall sein, so ist über die unmittelbare Informationskorrektur hinaus die Vermittlung eines Gespräches mit dem jeweils zuständigen Arzt geboten.

Je nach Problemstellung ist auch ein Gespräch mit den Angehörigen angezeigt, zum einen bei Partnerkonflikten, stark gestörter Krankheitsverarbeitung und fehlender Zukunftsperspektive des Patienten, zum anderen bei intensiver Verunsicherung und Hilflosigkeit des Partners selbst.

2.2.6 Psychotherapeutische Verfahren je nach Indikation

Einzelbehandlung:

Inhalte der qualifizierten psychologischen Einzelbehandlung des Patienten - die bei bestehender Indikation auch die Angehörigen mit einbezieht - sind:

1. Gesprächspsychotherapie,
2. Erstellung von Verhaltensanalysen,
3. kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken,
4. Entspannungstechniken (Progressive Muskelrelaxation oder Autogenes Training).

Die psychologische Einzelbehandlung vollzieht sich entsprechend der jeweiligen Symptomatik - auf der Grundlage eines anerkannten psychotherapeutischen Verfahrens und angemessener klinischer Erfahrung - als

1. Krisenintervention,

2. supportive Psychotherapie,
3. psychologische Beratung und Entscheidungshilfe,
4. Kurztherapie zur umschriebenen Einstellungs- und Verhaltensänderung.

Biofeedback:

Biofeedback-Verfahren können sowohl ergänzend, aber auch unabhängig von einer sonstigen psychologischen Einzel- oder Gruppenbehandlung eingesetzt werden, um ausgewählte physiologische Funktionssysteme gezielt zu beeinflussen. Eine weitere Indikation ist die Verbesserung der Entspannungsfertigkeit entweder innerhalb einer sehr engen zeitlichen Begrenzung oder bei Patienten, für die sich sowohl die progressive Muskelrelaxation als auch das Autogene Training als nicht erfolgreiche Verfahren erwiesen haben. Folgende Biofeedback-Verfahren können von besonderer Bedeutung sein:

1. Respiratorisches Feedback für Patienten, die zur Hyperventilation tendieren und über allgemeine Nervosität und innere Unruhe berichten,
2. Hautwiderstands-Feedback bei Patienten, die generell nervös, unruhig sind,
3. Blutdruck-Feedback bei essentiellen Hypertonikern und/oder Patienten mit situativer Hypertonie,
4. Frontalis EMG-Feedback bei Patienten mit Spannungskopfschmerzen.

Psychotherapeutische Gruppen:

Die hier angesprochenen Gruppenprogramme zur Veränderung von Risikoverhalten sowie Induktion und Stabilisierung von gesundheitsbezogenem Verhalten stellen eine Kombination aus kognitiven und

übenden Verfahren dar. Aus diesem Grund sollten sie in geschlossenen Gruppen durchgeführt werden und jeweils wöchentlich beginnen.

1. Entspannungstraining

Die Vermittlung von Entspannungstechniken sollte verbunden sein mit einem Training zur Übertragung der Entspannungstechniken in den Alltag. Bevorzugt sollten Tiefenmuskelentspannung oder Autogenes Training zur Anwendung kommen; angepaßt an eine Heilbehandlungsdauer von vier Wochen sind 9 Sitzungen von jeweils 45 bis 60 Minuten, verteilt auf drei Wochen, mit jeweils mindestens einem Tag Pause zwischen den Sitzungen empfehlenswert. Die Teilnehmerzahl sollte auf max. 15 Patienten begrenzt sein; die Kontinuität der Teilnahme sollte weitestgehend auch durch die Durchführung der Gruppen in der Kernzeit des Klinikprogramms gesichert sein. Es sollte möglichst bereits in der Anreiseweche des Patienten mit dem Training begonnen werden.

2. Stressbewältigungstraining

Das Stressbewältigungstraining hat zum Ziel, für alltägliche Belastungen alternative Formen des Umgangs zu erlernen, für belastungsabhängige Befindensänderungen aufmerksamer zu werden und um die Bedeutsamkeit eines angemessenen Verhältnisses von An- und Entspannungsphasen im Alltag zu verstehen. Hinsichtlich Gruppengröße und Anzahl bzw. Verteilung der Sitzungen gelten die gleichen Empfehlungen wie für das Entspannungstraining,

3. Lebensstiländerungen nach Myokardinfarkt

Hier geht es um Verhaltensmodifikation bei Bestehen von Risikofaktoren unter Berücksichtigung gesundheitsbezogener Einstellungs- und Verhaltensbereiche.

3.1 Nichtrauchertraining

Durchführung als halbstandardisiertes Kleingruppenprogramm zur Nikotinabstinenz. Bei der Gestaltung in geschlossenen Gruppen sollten

möglichst 2 - 3 je 30minütige Treffen pro Woche, verteilt über vier Wochen, beginnend in der Anreiseweche, angestrebt werden.

3.2 Gewichtsreduktionsgruppe

Durchführung als halbstandardisiertes Kleingruppenprogramm mit geschlossenen Gruppen von max. 15 Teilnehmern; routinemäßige Zuweisung ab 20 % Broca; Ziele: Vermittlung von Fertigkeiten zur Sicherung der Gewichtsabnahme bzw. zur Prophylaxe einer erneuten übermäßigen Gewichtszunahme sowie zum konstruktiven Umgang mit Situationen, die vormals übermäßiges Eßverhalten ausgelöst haben; dabei ist die Zusammenarbeit mit der Ernährungsberaterin der Klinik unerlässlich.

4. Themenzentrierte Gruppengespräche

Mögliche Themen für solche halb offenen, interdisziplinären Gruppengespräche sind:

1. Das Leben mit koronarer Herzerkrankung, Herzklappe,
2. Herzerkrankung und Partnerschaft,
3. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.

Die themenzentrierten Gruppengespräche sind über 2-3, wünschenswerterweise auch 4 Wochen zu verteilen. Die genaue Anzahl der Sitzungen ist von der jeweiligen Thematik abhängig.

2.2.7 Diätetische Therapie

Der Zusammenhang zwischen falscher Ernährung, kardiovaskulären Risikofaktoren und Herz-Kreislaufferkrankungen ist erwiesen. Ernährungsberatung und Diätetik sind somit wesentliche Bestandteile der Rehabilitation von Patienten dieses Indikationsgebietes.

Ernährungsberatung:

Einer Umstellung des Ernährungsverhaltens dient allein schon die positive Erfahrung, daß die in der Klinik angebotene Kost nicht nur dem Behandlungsziel dient, sondern auch schmackhaft zubereitet

werden kann. Außerdem werden im Rahmen der Basisinformation die theoretischen Kenntnisse für eine gesunde Ernährung vermittelt (siehe 2.2.4).

Für Diäten erfolgt durch den Arzt und die Diätassistentin eine gezielte Ernährungsberatung, sowohl in Gruppen wie in Einzelgesprächen. Hierbei ist besonders auf die Anschaulichkeit und Praktikabilität zu achten. So kann z. B. durch Gegenüberstellung von Gerichten der unterschiedliche Gehalt von Nahrungstoffen und Salz demonstriert und durch Austausch einzelner Nahrungsmittel veranschaulicht werden, wie eine richtige Kost auf der Basis der individuellen Gewohnheiten zusammengestellt werden kann. In diesem Zusammenhang kommt der Lehrküche besondere Bedeutung zu, da hier die Erfahrungen und Erkenntnisse am ehesten praktisch umzusetzen sind.

Weil das Ernährungsverhalten nicht nur kognitiv zu beeinflussen ist, sondern zahlreichen sozialen Einflüssen unterliegt, soll die Beratung auch psychosoziale Gesichtspunkte berücksichtigen und ggf. den Partner mit einbeziehen. Auch sollte der Situation am Arbeitsplatz Rechnung getragen werden.

Diät :

Die Küchen müssen in der Lage sein, eine vollwertige Kost und verschiedene Diäten entsprechend ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen zuzubereiten. Vom Arzt wird, nachdem die aktuellen gesundheitlichen Risiken des Patienten festgestellt sind, die Notwendigkeit einer Kostumstellung mit dem Patienten besprochen und eine Verordnung über die geeignete Diät abgegeben. Im Laufe der stationären Rehabilitation sollte jedoch die Möglichkeit zur Modifikation der Kost auf Wunsch des Patienten oder der Diätassistentin möglich sein.

Als Basiskost ist eine fett-, cholesterin- und salzreduzierte Kostform vorzusehen. Darüberhinaus sollten als Spezialdiäten eine Diabetesdiät, Reduktionskost und eine purinarme Kost angeboten werden.

Hinzukommen als Angebot sollten eine fleischfreie (lactovegetabile) Kost und, bei Bedarf, schweinefleischfreie Speisezubereitungen.

2.2.8 Beschäftigungstherapie

Im beschäftigungstherapeutischen Bereich sind zwei Rehabilitationsziele anzusprechen:

1. Heranführen an neue Freizeitgestaltung, Vermittlung von Erfolgserlebnissen. Psychische Durchgangssyndrome bei Postinfarktpatienten oder Herzoperierten können versuchsweise eingebunden werden, jedoch muß erkannt und vermieden werden, daß hierbei eine Versagensverstärkung in diesem psychischen Zustand eintritt.
2. Ergotherapie ist im engeren Sinne erforderlich, wenn in Kliniken des Herz-Kreislauf-Indikationsbereiches auch zerebrovaskulär Erkrankte mit Paresen aufgenommen werden, die feinmotorischer Behandlung bedürfen.

Beschäftigungstherapeutische Formen sind: Flechten, Knüpfen, Weben, Holzarbeiten, Keramik, Malen, Zeichnen, Drucken u. a. Gestaltungstherapie ist mehr im Bereich der Psychotherapie angesiedelt und kann als unspezifische Mitbehandlungsmöglichkeit in der Beschäftigungstherapie enthalten sein.

Die Räume dieser Therapieabteilung bedürfen guter Tageslichtverhältnisse. Es sind mindestens zwei Räume in der Größe 5 x 7 m erforderlich, von denen in einem feuchte, staubige, farbige oder schmutzende Arbeiten ausgeführt werden. Ein weiterer Raum in der Größe 5 x 5 m ist als Büro- und Materialraum nötig.

2.2.9 Beruflicher Rehabilitationsfachberater

Für berufliche Probleme in der Rehabilitation werden dem Rehabilitationsfachberater alle physischen und psychischen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben übermittelt. Er stellt Kontakte zum Arbeitgeber, zur Arbeitsverwaltung und zu Berufsförderungseinrichtungen her. Er leitet einen Arbeitsversuch oder eine stufenweise Wiedereingliederung ein, kümmert sich um Belastungserprobung und technische Hilfen.

2.2.10 Sozialarbeiter

Die wirtschaftliche Sicherstellung des Rehabilitanden mit Hilfe von Krankengeld, Übergangsgeld, Sozialhilfe oder Rente fällt in den Aufgabenbereich des Sozialarbeiters, wie die Beratung über erforderliche Vergünstigungen aus dem Schwerbehindertengesetz oder dem sozialen Entschädigungsrecht. Auch nimmt er sich der Probleme in häuslichen Verhältnissen an und kümmert sich um evtl. erforderliche Hilfen am Heimatort durch Kontaktaufnahme mit dortigen Sozialeinrichtungen und Selbsthilfegruppen. Diese Probleme treten besonders häufig auf bei Patienten der Arbeiterrentenversicherung und bei älteren Patienten.

2.3 Allgemeine Fragen zur Therapie

Wochen-Therapie-Pläne kardiologischer Rehabilitation:

Die graphischen Darstellungen A und B (Abbildungen 2 und 3 im Anhang) dokumentieren schematisch zwei typische Wochen-Therapie-Pläne am Beispiel zweier Gruppen mit unterschiedlicher Belastbarkeit:

Gruppe A = Schwache Gruppe (körperlich gering belastbar);

Gruppe B = Starke Gruppe (körperlich stark belastbar).

Die Graphik zeigt das Konzept der über den ganzen Tag verteilten therapeutischen Maßnahmen unter Beachtung ausreichend dimensionierter Pausen. Der Vergleich der Stundenpläne beider Gruppen verdeutlicht die wesentlich höheren Intensitätsgrade körperlicher Aktivitäten bei der starken Gruppe B gegenüber der nur schwachen Gruppe A. Die Gesamtheit aller angebotenen Maßnahmen wurde in acht Untergruppen zusammengefaßt und durch Schraffur- und Buchstabensymbole gekennzeichnet. In der nur gering belastbaren Gruppe A kann Ergometertherapie und Schwimmtherapie noch nicht angeboten werden; auch die Terraintherapie ist noch relativ gering dimensioniert. Demgegenüber nehmen leichte gymnastische Übungen, wie vielfältige, wenig belastende physikalische Therapieformen, eine breiten Raum innerhalb des Gesamtplanes ein. Dem bei stark geschädigten Patienten besonders hohen Informationsbedarf wird durch vielseitige Vorträge im Rahmen der Gesundheitsbildung entsprochen.

In der stark belastbaren Gruppe B überwiegen leistungsfördernde Maßnahmen wie Ergometer- und Terraintherapie, sowie Schwimmen. Gymnastik und physikalische Therapie werden auf ein notwendiges Minimum zurückgenommen.

Die Wochenstundenpläne sind als schematisierte Standardmodelle zu verstehen; sie entstammen der Analyse aus mehreren kardiologischen Rehabilitationskliniken, wobei gewisse konzeptionelle, ortsgebundene Varianten im Interesse der Vereinfachung unberücksichtigt bleiben mußten. Die Anwendungen verteilen sich auf die Zeiten zwischen 7.30 Uhr und 12.00 Uhr sowie zwischen 14.00 Uhr und 17.30 Uhr. Neben der Frühstückspause gegen 8.00 Uhr und einer ausgedehnten Mittagsruhe werden zwischen den einzelnen therapeutischen Anwendungen bzw. den Angeboten zur Gesundheitsbildung ausreichende Zwischenpausen eingelegt. Die hier wiedergegebene zeitliche Abfolge der einzelnen

Maßnahmen ist variabel zu verstehen; die einzelnen Positionen sind somit je nach den lokal gegebenen Bedürfnissen und Erfordernissen zeitlich austauschbar. In diesem Modell mußten verständlicherweise reine Individualangebote wie vor allem psychologische Einzelgespräche unberücksichtigt bleiben. Zusätzlich finden auf freiwilliger Basis auch nach dem Abendessen verschiedene gesundheitsbildende Veranstaltungen statt.

Die als repräsentativ herausgegriffenen beiden Gruppen A und B mit unterschiedlicher Belastbarkeit werden in der Praxis durch mindestens zwei weitere Leistungsstufen ergänzt, so daß in kardiologischen Rehabilitationskliniken pro Woche mindestens vier unterschiedliche Therapiestundenpläne zum Einsatz kommen:

4 Leistungsgruppen in Abhängigkeit von der Belastbarkeit:

- | | | |
|----|---------|-------------------------|
| 1) | minimal | < 25 Watt Belastbarkeit |
| 2) | schwach | 25-50 Watt |
| 3) | mittel | 50-100 Watt |
| 4) | stark | > 100 Watt |

Zusätzlich werden innerhalb der vier Leistungsgruppen weitere diagnosespezifische Untergruppen erforderlich. So werden innerhalb der vier Leistungsgruppen partiell unterschiedliche Maßnahmen angeboten, je nachdem, ob es sich um Patienten beispielsweise mit

- Herzinfarkt,
- Bypass-Operation,
- Herzfehler-Operation,
- peripheren Durchblutungsstörungen oder
- allgemeinen Herz-Kreislaufstörungen wie Hypertonie oder psychovegetative Fehlsteuerungen

handelt.

Die kurze schematische Darstellung vermittelt einen Einblick in die außerordentlich differenzierten Wochenprogramme eines kardiologischen Rehabilitationszentrums; die Programme werden in kontinuierlicher Folge leistungsabgestuft über den ganzen Tag hinweg, unter Beachtung adäquater Pausen, angeboten und erfordern ein qualifiziertes Team von Ärzten, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern und Diätassistenten.

Integration der Therapiemaßnahmen:

Sie umfaßt das Arztgespräch bei der Visite bis hin zu wöchentlichen Gruppentreffen, bei denen Patienten mit verschiedenen Krankheiten zusammengeführt werden. Themen bei letztgenannten Treffen sind spezielle Fragen über verschiedene Einzelmaßnahmen, beispielsweise nichtinvasive oder invasive Diagnostik, koronare Herzkrankheit, Bypassoperation, Angioplastie, ambulante Herzgruppen unter Beteiligung von Stationsarzt, Psychologe, Pflegepersonal, Krankengymnast, Diätassistentin u. a. Hierbei wird auch die "Philosophie des Hauses" vermittelt. Seminarartig soll das VDR-Programm "Gesundheit selber machen" vermittelt werden.

Koordinationsprobleme ergeben sich bei der zunehmenden Dichte von diagnostischen, therapeutischen und informativ medizinischen Maßnahmen, die vom Pflegepersonal bewältigt werden müssen; eine EDV-Steuerung ist jedoch denkbar.

Kontakt zwischen Patienten und Therapeuten:

Die Patienten haben die Möglichkeit, während Sprechstunden und außerregelmäßigen Terminen den für sie zuständigen Therapeuten zu sprechen. "Bezugstherapeut" ist der Stationsarzt, "Bezugsinformant" als erste Anlaufstelle für jedwede Frage ist eine Person des Stationspflegedienstes.

Motivation:

Die Motivation des Patienten, aktiv an seinem Gesundungsprozeß (bzw.

Krankheitsbewältigung) mitzuarbeiten, wird durch Sprechstunden, Visiten, Information, Gruppentreffen, Vortrags- und Seminarangebote gefördert. Letztere werden durch Testierung der Anwesenheit besonders bedeutsam gemacht.

Rauchen ist im Sinne der Prävention durch entsprechende Rauchverbote im Klinikgelände mitzubehandeln. Im Rehabilitationsbereich ist alles zu verhindern, was es erleichtert, der Sucht nachzugeben. Bei groben Verstößen kommt disziplinarische Entlassung in Frage; Suchterkrankungen im engeren Sinne bedürfen der Behandlung in Spezialeinrichtungen.

Neben der Diagnostik erfolgen in der Regel vier bis fünf medizinisch-therapeutische Maßnahmen an Werktagen, mindestens zwei wöchentliche Termine dienen dem Gesundheitstraining und der Gruppenarbeit. Durch entsprechende Dienstplangestaltung im therapeutischen Bereich kann die Wochenendproblematik entschärft werden mit Therapiemöglichkeiten an Samstagen, z. B. in Krankengymnastik, beim verordneten Schwimmen und in der Ergotherapie.

Freizeitangebot im Hause:

Nicht fachlich beaufsichtigte Sportmöglichkeiten können wegen vitaler Komplikationen im Rahmen der Herz-Kreislauf-Rehabilitation nicht grundsätzlich propagiert werden. Zum Beispiel gehören Tischtennis, Billard, Kegelbahn usw. in das Freizeitangebot, wobei im Einzelfall medizinisches "Für" und "Wider" ggf. nach Testung mit Langzeit-EKG ärztlich entschieden werden muß. Angebote auf dem musisch-künstlerischen und Unterhaltungssektor (z. B. Patientenbibliothek und Musizieren) sind zu berücksichtigen. Auch ist an seelsorgerische Betreuungsmöglichkeit der Kirchen zu denken.

3. Therapiekontrolle und Dokumentation

3.1 Wie wird die Durchführung der Behandlung überwacht?

Am ersten Tag der Heilbehandlung findet eine Eingangsuntersuchung durch den Stationsarzt bzw. durch den diensthabenden Arzt statt.

Während des stationären Aufenthaltes erfolgt eine wöchentliche Visite durch den Stationsarzt, im Regelfall begleitet durch den Oberarzt. Mindestens einmal während der Heilbehandlung erfolgt die Visite durch den Chefarzt bzw. Leitenden Abteilungsarzt. Mindestens einmal wöchentlich findet durch den Stationsarzt ein Arzt-Patienten-Gespräch statt.

Visiten und Arzt-Patienten-Gespräche sind mit ihren wesentlichen Ergebnissen in der Krankenakte zu dokumentieren.

Am letzten oder vorletzten Tag der Heilbehandlung wird durch den Stationsarzt ein Abschlußgespräch mit dem Patienten durchgeführt, wobei die erhobenen Befunde und deren Konsequenz sowie die sozialmedizinische Beurteilung dem Patienten erläutert werden.

Hinzukommen regelmäßige Teambesprechungen der Ärzte, Therapeuten und des Pflegedienstes sowie Besprechungen zur Eingruppierung und zur Festlegung des Therapieplanes für die Patienten mit den Therapeuten und Ärzten in der ersten Woche der Heilbehandlung.

3.2 Dokumentation

Ein geeignetes Dokumentationssystem muß diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfassen, sowie Verlaufsbeobachtungen durch ärztliche und nichtärztliche Therapeuten registrieren.

Visiten und Arzt-Patienten-Gespräche sind in ihren wesentlichen Inhalten schriftlich festzuhalten, ebenso wie Übergabeprotokolle bei Schichtwechsel, Stationsübergaben sowie wesentliche Vorkommnisse im Bereitschaftsdienst.

3.3 Richtlinien für die Abfassung von Entlassungsberichten bei herzkranken Patienten

Während ein Arztbrief aus einem Akutkrankenhaus über Eintritt und Ablauf einer akuten Erkrankung, deren Diagnose und Therapie berichtet und in der Regel überwiegend in eine medikamentöse oder chirurgische Therapieempfehlung mündet, sollte der ärztliche Bericht aus einer Rehabilitationsklinik für Herzkranken eine umfassende Bestandsaufnahme mit therapeutischen Ansätzen zur Verbesserung der verbliebenen Leistungsfähigkeit, zur beruflichen Wiedereingliederung und zur Verbesserung der Lebensqualität darstellen. Jeder derartige epikritische Bericht stellt eine gutachterliche Äußerung dar, die allerdings nur hilfreich und wirksam sein kann, wenn sie spätestens 14 Tage nach Entlassung des Patienten an den Kostenträger abgesandt wird.

Die nachrichtliche Versendung sollte je nach schriftlichem Einverständnis des Patienten erfolgen an

- den Hausarzt,
- den Betriebsarzt,
- das zuweisende (oder nachbehandelnde) Krankenhaus,
- eventuell an die Krankenversicherung (MDK).

Diagnosen:

Diese sollten in Kurzform das Ergebnis der internistisch-kardiologischen Bestandsaufnahme wiedergeben, unter Berücksichtigung der wichtigsten, vor oder während des stationären Aufenthaltes erhobenen Befunde. Die Klassifizierung von Herzinsuffizienz und/oder Angina

pectoris sollte nach NYHA bzw. CCS, die der ventrikulären Herzrhythmusstörungen nach Lown, die der arteriellen Hypertonie nach der WHO-Klassifikation und die der arteriellen Verschlusskrankheiten nach Fontaine-Stadien erfolgen. Ferner sollten Zweit- und Dritterkrankungen mit Einschätzung der Restfunktion beschrieben werden.

Anamnese:

1. Familienanamnese (kardiovaskuläre Erkrankung, Risikofaktoren)
2. Internistisch-kardiologische Anamnese
3. Sozialanamnese:
Erlerner Beruf, ausgeübter Beruf, genaue Beschreibung des Arbeitsplatzes und Arbeitsablaufs, Schichtarbeit, wird bereits Rente gewährt und seit wann, Zeitrente von/bis, seit wann besteht Arbeitsunfähigkeit, läuft ein Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahren?
4. Bisherige medikamentöse Therapie

Ergebnisse der körperlichen Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der Hauptdiagnosen:

Ergebnisse der medizin-technischen Untersuchungen:

Diese sollten vor allem das Ausmaß der Myokardschädigung ("Myokardfaktor"), und der Ischämie ("Ischämiefaktor") sowie der Herzrhythmusstörungen beschreiben.

1. Nichtinvasive Diagnostik:
Bildgebende Verfahren (z. B. Echokardiographie, Nuklearmedizin, Röntgen), Belastungsuntersuchungen (z. B. Ergometrie, Nuklearmedizin),
2. Invasive Diagnostik:
Einschwemmkatheter, Linksherzkatheter und Koronarangiographie,
3. Patienten-Monitoring ("rehabilitationsspezifische Diagnostik"):
Schwimuntelemetrie, Telemetrie während der Bewegungstherapie,

Holter-Monitoring, RR-Monitoring.

Therapie und Verlauf:

1. Zur Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit sollten folgende Fragen beantwortet werden:
Können die angegebenen Beschwerden des Patienten durch objektive Befunde erklärt werden?
Korreliert das Ergebnis der Fahrrad-Ergometrie mit der Belastbarkeit im Rahmen der Bewegungstherapie?
Wie verhält sich die körperliche Leistungsfähigkeit zur kardialen Belastbarkeit?
Wie wird die psychische Belastbarkeit eingeschätzt?

2. Dargestellt werden sollten die Ergebnisse der therapeutischen Ansätze:
 - medikamentös (Neueinstellung, Umstellung mit Begründung - pathophysiologisch oder klinisch-pharmakologisch, Hinweise auf Patientencompliance),
 - physikalisch-balneologisch,
 - der Bewegungstherapie,
 - psychologisch/psychotherapeutisch,
 - der Gruppentherapie (z. B. Infarktgruppen, Raucherentwöhnung, Adipösengruppe) und der Patientenschulung,
 - der diätetischen Maßnahmen (Inhalte der Diätberatung und diätetische Problematik),incl. Stellungnahme zur Motivation des Patienten zu gesundheitsbewußterem Verhalten.

Beurteilung und weitere Empfehlungen:

Therapeutische Empfehlungen:

1. Medikamentöse Empfehlungen (Langzeittherapie)
2. Sind operative Maßnahmen erforderlich?
3. Empfehlung einer fortführenden Psychotherapie

Diätetische Maßnahmen:

anknüpfend an bisher erreichtes (Verweis auf Ernährungsplan, Zielvorgaben, Hinweis auf wohnortnahe Betreuung, Selbsthilfegruppen)

Freizeitverhalten:

Hier sind sinnvolle Hinweise und Empfehlungen zu geben.

Nachsorge:

Ist eine Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe sinnvoll? Wurde die Teilnahme verordnet? Angabe des Trainingspulses (THF). Hinweise auf wohnortnahe Herzgruppen

Sozialmedizinische Beurteilung:

Erforderlich sind:

1. Möglichst klare Vorgaben bezüglich weiterer Arbeitsunfähigkeit (voraussichtlich bis wann, eventuelle konkrete Einschränkung),
2. Differenzierte Aussagen zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben mit positivem und negativem Leistungsbild,
3. Aussichten eines gegebenenfalls stufenweisen Wiedereingliederungsversuchs,
4. Anregung von berufsfördernden Maßnahmen,
5. Bei allen als arbeitsunfähig entlassenen Patienten (insbesondere bei Kandidaten für einen kardiochirurgischen Eingriff oder Z. n. Myokardinfarkt) sollte ein klar formulierter Gesamtplan für die weiteren Rehabilitationsmaßnahmen erstellt werden:

Ist die medizinische Rehabilitation noch nicht abgeschlossen: Welche Schritte und wann sind noch erforderlich? (z. B. PTCA, Bypass-Operation, Kontrolluntersuchungen)

Ist die medizinische Rehabilitation abgeschlossen und die berufliche Wiedereingliederung wird geplant (z. B. bei AHB nach Herzinfarkt):

Stellungnahme zur Notwendigkeit einer Eingliederungshilfe,

Berufsförderungsmaßnahme oder innerbetrieblicher Umsetzung bzw. einer vorgezogenen, eventuell abgekürzten Wiederholungsheilbehandlung.

Wiederholungsheilbehandlung:

wann, warum und wie lange?

4. Behandlungsdauer

Im folgenden finden sich Empfehlungen für die Behandlungsdauer der stationären Rehabilitation (Phase II) für AHB-Patienten und andere unter den gleichen Bedingungen aus dem Akutkrankenhaus übernommene Patienten einerseits und Heilbehandlungspatienten andererseits.

4.1 Anschlußheilbehandlungen (AHB)

Die AHB findet als stationäre Heilbehandlungen im Anschluß an eine Behandlung im Akutkrankenhaus statt.

Behandlungsdauer 28 Tage:

1. Zur Rekonditionierung und Wiedererlangung der vollen Mobilität nach länger dauernder Bettruhe im Akutkrankenhaus.
2. Intensive Verhaltensänderung mit Modifikation verhaltensabhängiger Risikofaktoren, Motivation, Einübung und Festigung der neuen Verhaltensweisen.
3. Förderung der Akzeptanz der Erkrankung und der Adaptation an die Erkrankung.

Behandlungsdauer über 28 Tage:

1. Frühübernahme aus dem Akutkrankenhaus innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem Akutereignis.

2. Bei Übernahme nach zwei Wochen nach dem Akutereignis bei peri- und postoperativen Komplikationen.
3. Bei entsprechend schwerem Krankheitsbild wie z. B. dekompensierter Herzinsuffizienz, deutlich eingeschränkter Ejektionsfraktion, kardiogenem Schock, Durchgangssyndrom, Apoplex.
4. Zur Austitrierung der geeigneten Medikation bei behandlungsbedürftigen Herzrhythmusstörungen.
5. Komplizierter Verlauf (Dressler-Syndrom), psychosomatische Problematik incl. Depression.
6. In höherem Lebensalter und der damit verbundenen Multimorbidität.
7. Bei interkurrent auftretenden Erkrankungen, die die Kontinuität der Rehabilitation schwerwiegend beeinträchtigen.

Verweildauer weniger als 28 Tage:

1. Postoperativ bei Patienten, deren Vorbereitung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme bereits in zeitlich kurzem Abstände vor der Operation stattgefunden hat.
2. Bei fehlender Rehabilitationsfähigkeit (Abbruch).
3. Bei günstigem komplikationslosen Heilungsverlauf bei non-Q-wave-Infarkt mit guter linksventrikulärer Funktion und ohne Hinweis auf infarktspezifische Risikofaktoren.

kurzfristige Beendigung:

Wenn aus rehabilitationsmedizinischer Sicht eine Fortsetzung der stationären Heilbehandlung nach sorgfältiger Prüfung nicht sinnvoll oder nicht möglich ist, sollte diese kurzfristig beendet werden.

4.2. Allgemeine Heilbehandlung

28 Tage:

Die überwiegende Mehrheit der normalen Heilbehandlungen kann in 28 Tagen abgeschlossen werden. Dabei gehört es mit zu den Hauptaufgaben

der Rehabilitationsklinik, dafür zu sorgen, daß die intensive Betreuung während der stationären Rehabilitation auch am Wohnort in kontinuierlicher, wenn auch reduzierter Form fortgeführt wird.

Über 28 Tage:

1. Bei interkurrent auftretenden Erkrankungen, die den ordnungsgemäßen Heilverlauf schwerwiegend beeinträchtigen.
2. Bei während der Heilbehandlung sich ergebender Notwendigkeit zu weiteren therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen (verzögerte Rekonvaleszenz, Therapieresistenz, weiterer Abklärungsbedarf).

Unter 28 Tagen:

1. Aufgrund medizinischer Erfahrungen in der Regel nicht sinnvoll.
2. Bei Wiederholungsheilbehandlungen nach Anschlußheilbehandlungen und anderen allgemeinen Heilbehandlungen:
 - zur Therapieoptimierung und/oder Korrektur,
 - Patientenschulung z. B. Asthma, Streßbewältigung,
 - Kurzheilbehandlung, z.B. Diätschulung, Blutdruckeinstellung, Streßbewältigung,
 - zur sozialmedizinischen Begutachtung.

5. Multimorbidität

Eine besondere gutachterliche Bewertung ist für die Einweisung bei Multimorbidität notwendig. Herz-Kreislaufkrankheiten werden häufig begleitet von solchen Erkrankungen, die einen Bezug zum Hauptleiden haben oder nicht. Ohne solchen Bezug, aber häufig sind chronisch-degenerative Veränderungen des Skelettsystems, während Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen direkte Risikofaktoren sind, während beispielsweise eine respiratorische Insuffizienz als Nebenleiden eine Herzkrankheit beeinflusst. Das

vitale Hauptleiden kann den Therapiealltag so in Anspruch nehmen, daß für ein Nebenleiden nur ein therapeutisches Basisprogramm übrig bleibt.

Ferner kommen mehrere Hauptleiden vor, wie Herzkrankheit und bronchopulmonale Erkrankungen oder rheumatoide Arthritis und Herzkrankheit. In dieser Hinsicht wären räumlich verbundene Kliniken wertvoll mit verschiedenen Fachabteilungen, Einrichtungen, die bisher zu wenig vorhanden sind. Im Einzelfall wird bei Multimorbidität ein nahtloses Verlegen ohne Zeitverlust von einer Rehabilitationseinrichtung in eine solche mit anderem Schwerpunkt und besseren Therapiechancen durchzuführen sein.

6. Schnittstellen

6.1 Einweisung

Die folgenden Ausführungen gelten für allgemeine Heilbehandlungen und im wesentlichen auch für Anschlußheilbehandlungen, wobei allerdings die besonderen Verfahrensregelungen der Anschlußheilbehandlung berücksichtigt werden müssen.

Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation ist eine patienten- und problemorientierte Zuweisung in eine Rehabilitationseinrichtung unter der Zielvorstellung: "Der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort."

Voraussetzungen hierfür sind:

6.1.1 Kenntnisse über Art und Schwere der Erkrankung

Ein wesentliches Ziel der sozialmedizinischen Begutachtung im Reha-Antragsverfahren ist die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftig

keit, die diagnose- und schweregradbezogen festgestellt werden muß. Hierzu sind Kenntnisse über Art und Ausprägung der Erkrankung notwendig (siehe Tz. 1). Dabei ergeben sich enge Beziehungen zur Definition von Rehabilitationszielen und -konzepten sowie zu einem abgestuften Rehabilitationsangebot. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit kann beispielsweise bereits bei erheblichem Risikopotential auch ohne das Vorliegen eines organpathologischen Befundes vorliegen.

Im AHB-Verfahren der Rentenversicherung ergibt sich die Reha-Bedürftigkeit aus den im AHB-Katalog beschriebenen Indikationen, Voraussetzungen und Kontraindikationen (siehe Anhang).

6.1.2 Kenntnisse über Möglichkeiten, Schwerpunkte und Konzepte der Rehabilitationseinrichtungen

Hierdurch kann insbesondere bei allgemeinen Heilbehandlungen eine Zuweisung in die Rehabilitationseinrichtung erfolgen, die den individuellen Erfordernissen optimal entgegenkommt.

Eine Verbesserung der adäquaten Zuweisung läßt sich durch die Zusammenfassung mehrerer Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher therapeutischer und diagnostischer Schwerpunkte eines oder verschiedener Indikationsbereiche zu einem therapeutischen Verbund erreichen. Korrekturen der Einweisung lassen sich durch Verlegung innerhalb des Verbundes auch nach Beginn der Heilbehandlung vornehmen.

In der Anschlußheilbehandlung wird aufgrund der auf allgemeinen Qualitätsstandards beruhenden Angebote der kardiologischen Reha-Kliniken in der Regel die Einweisung in die nächstgelegene AHB-Klinik (Schwerpunktklinik; vgl. Abschnitt 7) der entsprechenden Indikationsgruppe erfolgen. In besonders gelagerten Fällen wie be

stimmten Diagnosekombinationen oder besonders gelagerten individuellen Krankheitsverläufen wird jedoch auch in eine entferntere, in diesen Fällen geeignetere Reha-Klinik eingewiesen werden müssen. Kenntnisse über die Reha-Kliniken sind für individuelle Regelungen Voraussetzung.

Für Patienten nach einer Herztransplantation richtet sich die Einweisung in eine Rehabilitationsklinik nach den Kooperationsbeziehungen des Transplantationszentrums mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Zur Frage einer kardiologischen Rehabilitation (Phase II) in der Akutklinik oder im ambulanten bzw. teilstationären Bereich siehe die Stellungnahme der Projektuntergruppe im Teil II, Abschnitt 2.1.

6.1.3 Fachliche Kompetenz der zuweisenden Institution

Um die o.a. Kenntnisse in eine sachgerechte Entscheidung umzusetzen, bedarf es besonderer Fachkompetenz. Es darf sich insbesondere im Rahmen der Zuweisung bei allgemeinen Heilbehandlungen keinesfalls um einen reinen Verwaltungsakt handeln. Kompetenter ärztlicher Sachverstand muß maßgeblich in die Entscheidung der Zuweisung einbezogen werden.

6.1.4 Sachgerechtes administratives Verfahren

Eine Bewertung der z. Zt. von den Trägern angewendeten Begutachtungs- und Zuweisungsverfahren (z. B. Hausarztverfahren, Fremdgutachten, Begutachtung durch eigene Gutachter, Entscheidung nach Aktenlage) aus der Sicht der Rehabilitationspraxis kann erst nach der Analyse der empirischen Bestandsaufnahme erfolgen.

Dies trifft insbesondere für die im Detail sehr unterschiedlichen Verfahrensregelungen der Anschlußheilbehandlung zu. Zur Verringerung des Verwaltungsaufwandes in der Akutklinik und damit zur Verbesserung der Akzeptanz des Verfahrens ist aus medizinischer Sicht eine bundesweite Vereinheitlichung erforderlich. Das Verfahren darf zu keiner Verzögerung der Verlegung führen und sollte den direkten Kontakt zwischen Akut- und Reha-Klinik in der Verlegungsfrage ermöglichen.

6.1.5 Vorbereitung des Patienten

Falsche Erwartungen hinsichtlich der Rehabilitationsmaßnahme führen zur Enttäuschung und Demotivierung und damit zu nicht optimalem Rehabilitationserfolg. Insbesondere bei Erkrankungen, deren Entstehen durch Fehlverhalten mitbedingt und deren weitere Prognose durch Verhaltensänderung und krankheitsadäquaten Umgang wesentlich zu beeinflussen sind, ist die Motivation der Patienten von ausschlaggebender Bedeutung und die Basis für eine aktive Mitarbeit.

Motivationsarbeit und Vorbereitung auf die "aktive" Rehabilitation sollte soweit wie möglich vor der allgemeinen Heilbehandlung durch die Übersendung von schriftlichem Material, Aufklärung im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung und durch vorbereitende Informationsveranstaltungen erfolgen.

In diesem Zusammenhang ist die wichtige Bedeutung des Hausarztes für die Motivation des Patienten zur Rehabilitation zu betonen.

Motivation zu gesundheitsgerechtem bzw. krankheitsadäquatem Verhalten stellt unabhängig davon eine wichtige Aufgabe der Rehabilitationsklinik (auch bei zunächst schlecht motiviert erscheinenden Patienten) dar.

Eine spezielle Vorbereitung auf die Rehabilitationsklinik im AHB-Verfahren ist notwendig hinsichtlich Diagnostik (siehe Tz. 1.1), Frühmobilisation (siehe Tz. 6.1.6), psychosozialer Unterstützung, Information und Beratung. Dies erfordert ein weitreichendes Rehabilitationsverständnis der Akutklinik.

6.1.6 Wahl des günstigsten Zeitpunktes

In der Regel sollte die Einweisung zur allgemeinen Heilbehandlung sobald wie möglich nach Antragsstellung erfolgen, zumal die günstige Motivationslage (häufig erfolgt der Antrag aus akutem Anlaß) insbesondere für Anstöße zur Verhaltensänderung therapeutisch genutzt werden kann.

Der Erfolg der in drei Phasen gegliederten Rehabilitation bei Herz-Kreislaufferkrankungen ist nur dann gewährleistet, wenn die einzelnen Behandlungsschritte (insbesondere die Anschlußheilbehandlung) zum richtigen Zeitpunkt eingeleitet werden.

Die Verlegung vom Akutkrankenhaus zur Rehabilitationsklinik sollte so früh wie möglich und nahtlos erfolgen, die Frühmobilisation im Akutkrankenhaus so zügig wie möglich durchgeführt werden. Die Rehabilitationschancen lassen sich hierdurch entscheidend verbessern. Die Verlegung sollte nach Abschluß der Frühmobilisation in dem Sinne erfolgen, daß der Patient ohne sich zu gefährden im Zimmer gehfähig sein und sich selbständig versorgen können muß (siehe Tz. 1.1).

Für Patienten nach akutem Myokardinfarkt mit unkompliziertem Verlauf sollte demnach eine Verlegung von der Akut- in die Rehabilitationsklinik in der Regel nach ca. 14 Tagen erfolgen. Ähnliches gilt für herzoperierte Patienten, wobei eine direkte Verlegung anzustreben ist.

6.2 Zusammenarbeit mit Akutkliniken und Gutachtern

Die Schnittstellen im Rehabilitationsablauf stellen hohe Anforderungen an die Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten. Der nahtlose Übergang und die Kontinuität innerhalb der Rehabilitationskette kann nur gewährleistet werden, wenn die einzelnen Rehabilitationsphasen koordiniert ineinandergreifen bzw. eine Abstimmung in der Einleitung einer Heilbehandlung erfolgt. Dies erfordert eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere von Akut- und Rehabilitationsklinik, aber auch von Rehabilitationsklinik und begutachtendem Arzt.

Von Bedeutung hierfür sind

1. Verständnis für Rehabilitation in der Akutklinik und beim Gutachter, Verständnis für Akutmedizin und Sozialmedizin in der Rehabilitationsklinik,
2. Konsens über die Arbeitsteilung des Prozesses und die spezifischen Aufgaben in der Rehabilitationskette,
3. Transparenz des Leistungsspektrums der jeweiligen Einrichtungen (siehe Tz. 6.1.2),
4. gemeinsame Standards hinsichtlich Diagnostik (siehe Tz. 1) und Therapie,
5. Kommunikation durch ein festgelegtes Informationssystem,
6. Kontaktaufnahme in Problemfällen,
7. kontinuierlicher Austausch der Beteiligten.

Hinsichtlich eines kontinuierlichen Austausches der Beteiligten sind eine Fülle von Ausgestaltungsmöglichkeiten vorstellbar (beispielsweise regelmäßig Konsultationen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Weiterbildung der Assistenten im Rotationsverfahren, gemeinsame Befunddiskussionen usw.).

6.3 Nachsorge

Die Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation schließt sowohl die Phase III, die Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation (Phase II), wie auch die Weiterbehandlung nach allgemeinen Heilbehandlungen ein.

Stellenwert und Konzept:

Die Nachsorge chronischer Erkrankungen erfordert im Sinne eines Rehabilitationsgesamtkonzeptes eine lebenslange Rehabilitation. Dabei werden die entscheidenden verhaltensmedizinischen Impulse in der stationären Rehabilitation (Bei Herzinfarkt: Phase II) gesetzt und müssen im ambulanten Bereich, Phase III, stabilisiert werden.

Gerade unter verhaltensmedizinischen Aspekten ist die vorausgegangene, intensive stationäre Behandlung für die weitere Nachsorge in Form der lebenslangen Rehabilitation von ausschlaggebender Bedeutung. Sie ist nicht von der ambulanten Nachsorge/Rehabilitation (Phase III) am Wohnort zu trennen, die ohne sie unvollkommen ist; andererseits ist die stationäre Heilbehandlung ohne nachfolgende lebenslange Rehabilitation unzureichend und unvollständig.

Wesentliche Gesichtspunkte dieser intensiven Behandlung sind

1. die umfassende Information über die Krankheit und ihre individuelle prognostische Bedeutung,
2. die Akzeptanz der Krankheit,
3. die Motivation zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Life-Style-Changes).

Planung:

Die Planung für diese Teilnahme beginnt in der Rehabilitationsklinik und sollte initial von dort ausgehen. Eine weitere Schlüsselrolle kommt den Hausärzten zu, die in Planung und organisatorische Durchführung solcher Gruppen mit einbezogen werden müssen. Ihnen obliegt die Steuerung der Teilnahme des Patienten an den einzelnen Gruppen und in der Regel die Leitung dieser Gruppe.

Motivation der Rehabilitanden:

Die durch den Leidensdruck bedingte Bereitschaft, etwas gegen die Krankheit zu tun, ist sicherlich in der Akutphase und in der Rehabilitationsklinik der stärkste Faktor zur Motivation des Herzpatienten.

Ein weiterer Faktor ist das zunehmende Wohlbefinden des Patienten, resultierend aus der zunehmend physischen Belastbarkeit, der emotionalen und psychischen Stabilität und der meßbaren Reduktion seiner Risikofaktoren.

Zur zukünftigen Gestaltung der Nachsorge bei Erkrankungen des Kreislaufsystems nimmt ausführlich Abschnitt 2.2 im Teil II Stellung.

7. Ausstattung

7.1 Personal

Medizinischer Personalbedarf in kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen, gegliedert nach Versorgungsstufen und bezogen auf 200 Betten:

Funktionsbezeichnung	Schwerpunktklinik	Rehabilitationsklinik
Leitender Arzt/Chef- arzt/Ärztl. Direktor	1 mit Teilgebiet	1 mit Teilgebiet
Oberarzt, klinisch	1 mit Teilgebiet	-
Oberarzt, klinisch	2	2
Funktionsoberarzt	1	1
Assistenzarzt	10	8
Leitender Psychologe	1 klin. Psychologe	1 klin. Psycho- loge
Psychologe	1 klin. Psychologe	2 klin. Psycho- logen
Psychologe	1 in Weiterbildung	1 in Weiterbil- dung
Psycholog.-techn. Angestellte	1	1
Physiotherapeuten	13	13

Beschäftigungstherapeut/ Freizeitpädagoge	2	2
Diätassistentin/ Ökotrophologin	3	3
Pflegedienstleiter	1	1
Krankenschwester/ -pfleger	22	17
Nachtkrankenschwester/ -pfleger	3	2 Vertretung aus Tagdienst
Sozialarbeiter (ArV)	2	-
MTA klin. Physiologie	3	2
MTLA	3	2
MTRA	2	1

Leitende Ärzte sind Gebietsärzte (Innere Medizin) mit Teilgebiet; in einer Schwerpunktklinik soll ein klinischer Oberarzt ebenfalls Gebietsarzt mit Teilgebietsanerkennung sein.

Leitender Arzt und alle Oberärzte sollen verpflichtet werden, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ zu erwerben, da diese in der Regel nicht bei sonst qualifizierten Bewerbern erwartet werden kann.

Im übrigen muß Wert darauf gelegt werden, dass ein Teil der Assistenzärzte sich in zeitlich befristeter Weiterbildung befindet, um möglichst vielen Ärzten die Weiterbildung auf dem Gebiet der Rehabilitation und Sozialmedizin zu ermöglichen.

Im Stellenplan für den Pflegedienst ist berücksichtigt, daß auf die Krankenschwestern und -pfleger durch ihre Integration in das Reha-Team weitere, über die üblichen Pfllegetätigkeiten hinausgehende, Aufgaben zukommen.

Unter dem Begriff Physiotherapeut wurden Krankengymnasten, Sportlehrer, Masseur und medizinische Bademeister zusammengefaßt, um innerbetriebliche Flexibilität zu gewährleisten und auch dem Gesichtspunkt Rechnung zu tragen, daß Krankengymnasten und Masseur in Europa voraussichtlich bald eine Berufsgruppe bilden werden. Im Bereich der Ernährung sollten neben Diätassistentinnen auch für die Beratungs- und Schulungstätigkeit besonders qualifizierte Ökotrophologen personell eingebaut werden. Die Notwendigkeit für die Beschäftigung von Sozialarbeitern ist vorwiegend im Bereich der Arbeiterrentenversicherung und bei älteren Patienten gegeben, während der berufskundliche Rehabilitationsfachberater in der Regel konsiliarisch im Hause tätig ist. Die Stellen des medizinisch-technischen Personals können zum Teil auch mit Personen anderer Qualifikation (Funktionskrankenschwestern/-pfleger, Laborant(inn)en, Arzthelfer(innen)) besetzt werden.

7.2 Räumlich-technische Ausstattung

Räumliche-technische Ausstattung kardiologischer Rehabilitationseinrichtungen, gegliedert nach Versorgungsstufen und bezogen auf 200 Betten:

7.2.1 Klinische Physiologie

1 Raum für 6fach-Schreiber (EKG, Phono-Mechano-Kardiographie)

1 Raum für Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung

- 2 Räume für Ergometrie, Telemetrie
- 1 Raum für Doppler-Echokardiographie/Duplex-Sonographie
- 1 Raum für Sonographie/Doppler (abdominal, peripher, zentral)
- 1 Raum für Einschwemmkatheter (Blutgase), Lungenfunktion

7.2.2 Klinische Chemie

- 2 Räume für Analysegeräte (Enzyme, Substrate, Elektrophorese, Hämatologie, Hämostaseologie, Urin- und Stuhlanalyse)

7.2.3 Röntgenologie

- 1 Raum für Durchleuchtungsarbeitsplatz
- 1 Raum für Buckytisch und Rasterwandstativ

außerdem fakultativ:

Linksherzkathetermeßplatz, nuklearmedizinisches Labor, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und (bei angiologischem Schwerpunkt) Digitale Subtraktions-Angiographie (DSA)

7.2.4 Psychologische Diagnostik und Therapie

- 1 Raum für Psychophysiologische Belastbarkeitsdiagnostik: Polygraph mit Mehrkanal-EKG, RR-Registrierung, EDA, Respiration, EMG und Hauttemperatur, Determinationsgerät, PC-Steuerung

(Der Raum muß schall- und helligkeitskontrolliert sein.)

1 Raum für Biofeedback

3 Gruppenräume: 1 Gruppenraum für Entspannungstraining usw.
(20-30 Personen)

2 Gruppenräume für Gruppentherapien (15-20
Personen)

außerdem:

Handbücher und Testformulare für die psychologischen Tests

fakultativ:

1 Raum für Eignungsdiagnostik und neuropsychologisches
Training

tragbare physiologische Meßsysteme (z. B. Bioport).

7.2.5 Physikalische Therapie

aktive Bewegungstherapie:

1 Sporthalle

2 Gymnastikräume (davon mindestens einer mit Schwingboden),
ggf. durch Teilung einer Gymnastikhalle

1 Bewegungsbad (ca. 10 x 15 m; nicht tiefer als 1,35 m)

1 Raum für Ergometertherapie mit mindestens 12 monitor-
überwachten (EKG, RR) Plätzen

2 Räume für Einzelkrankengymnastik

- für Reha-Klinik nur 1 Raum -

Außengelände für Bewegungstherapie (Gymnastikplatz, Terrainwege)

passive therapeutische Maßnahmen:

Badeabteilung:

Hauffesche Teilbäder (mindestens acht Plätze)

Wechselanwendungen (mindestens vier Plätze)

Fangoküche

4 Massageplätze/Lymphdrainage

4 Einzelinhalationsgeräte

fakultativ:

Elektrotherapie, apparative Druckmassage, Sauna

7.2.6 Diätetik/Ernährungstherapie

1 Seminarraum (15-20 Personen)

1 Einzelberatungsraum

1 Lehrküche (mindestens sechs Kochstellen)

7.2.7 Beschäftigungstherapie/Freizeittherapie

1 Tageslichtraum für Trockenarbeiten mit 8-12 Plätzen

- 1 Raum für feuchte und schmutzende Arbeiten mit 8-12 Plätzen
- 1 Materialraum

7.2.8 Gesundheitsbildung

- 1 großer Vortragssaal mit den technischen Einrichtungen zur Dia-, Film-, Video-Vorführung sowie Overhead-Projektion (Bühne fakultativ).
- 2-3 kleine Seminarräume mit den technischen Einrichtungen für Dia-, Video- und Overhead-Projektion sowie eine Tafel und Flip-Chart.

7.2.9 Notfallversorgung

- 1 Intensiveinheit mit mindestens zwei Betten
- 1 Überwachungsraum mit zwei Betten

Hinweis:

Für viele Räume ist eine Mehrfachnutzung denkbar, ohne daß es zu einer Beeinträchtigung der verschiedenen Funktionen kommt.

Außerdem ist den Kliniken eine computergestützte Basisdokumentation in den einzelnen Arbeitsbereichen möglich zu machen.

Teil II: **Problemfelder der Rehabilitation bei Krankheiten des Kreislaufsystems:**
Schwerpunkte der Weiterentwicklung

1. Einleitung

Die Projektuntergruppe hat nach annähernd zwei Jahren intensiver Zusammenarbeit eine ausführliche Darstellung eines zukunftsweisenden Rehabilitationskonzeptes für Krankheiten des Kreislaufsystems erarbeitet. In den Beratungen wurde zunehmend deutlicher, daß eine Reihe von Problemfeldern im Vordergrund der Bemühungen um die Weiterentwicklung der kardiologischen Rehabilitation stehen müssen. Diese werden im folgenden erläutert.

2. Gestuftes System der Rehabilitation

2.1 Ambulante und teilstationäre Rehabilitation

Während die Notwendigkeit zum Ausbau ambulanter Reha-Angebote mit dem Ziel der Ergänzung stationärer Rehabilitation (im Sinne einer Phase III-Rehabilitation, vgl. Abschnitt 2.2) außer Frage steht, werden die Möglichkeiten ambulanter oder teilstationärer Rehabilitation als Alternative zur stationären Rehabilitation eher zurückhaltend beurteilt.

Vorteile können darin bestehen, daß durch diese Rehabilitationsform, bei welcher der Rehabilitand weiterhin zu Hause wohnt, die Trennung von Familie und sozialem Umfeld vermieden und die berufliche Reintegration erleichtert wird. Ferner gibt es Patienten, die aus individuellen oder beruflichen Gründen eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können. Besonders zu erwähnen sind Hausfrauen und berufstätige Mütter, jüngere Selbständige, stark

familienorientierte Personen und Ausländer. Für diese Gruppe besteht ein Versorgungsdefizit, welches durch ein ambulantes oder teilstationäres Angebot abgedeckt werden könnte. Schließlich könnten solche Rehabilitationsformen, bei denen die Unterbringungskosten entfallen, auch unter Kostengesichtspunkten Vorteile bringen.

Andererseits ist festzustellen, daß sich die stationäre Rehabilitation in der Phase II, wie sie in den alten Bundesländern durchgeführt wurde, bewährt hat. Die überregionalen kardiologischen Rehabilitationskliniken und das Konzept der Anschlußheilbehandlung haben sich als effektiv erwiesen. Ferner gibt es auch Argumente für wohnortferne Rehabilitation. So kann ein Herausgelöstsein aus dem sozialen Umfeld es erleichtern, gesündere Lebens- und Ernährungsgewohnheiten zu erlernen und diese lebenslang weiterzuführen.

Schließlich zeigt sich, daß die ambulante bzw. teilstationäre Rehabilitation, die in der früheren DDR zwar flächendeckend bestand, aber in qualitativer Hinsicht, abgesehen von einigen wenigen Einrichtungen in Polikliniken innerhalb großer Bezirkskrankenhäuser oder Hochschulkliniken, kaum die erforderlichen Standards erfüllen konnte.

Eine qualifizierte kardiologische Rehabilitation verlangt umfangreiche Voraussetzungen in räumlicher und personeller Hinsicht (Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Diätassistentinnen und Sozialarbeiter, ferner Sporthallen, Räume für Gymnastik und Ergometertherapie, Beschäftigungstherapie und Bewegungsbad sowie Vortrags-, Seminar- und Einzelberatungsräume). Die Therapeuten und Ärzte müssen über hinreichende Erfahrungen und Kompetenzen verfügen. Diese Bedingungen, die im stationären Reha-Bereich über weite Strecken gesichert scheinen, müßten auch im ambulanten bzw. teilstationären Bereich gegeben sein.

Wenn die teilstationäre Rehabilitation in Verbindung mit einem Akutkrankenhaus durchgeführt werden soll, so dürften die für eine wirtschaftlich vertretbare Rehabilitation notwendigen Patientenzahlen vermutlich nur in großen Krankenhäusern erreicht werden können. Denn ein Akutkrankenhaus mit etwa 800 bis 1000 Betten nimmt wöchentlich maximal 6 bis 8 Herzinfarktpatienten auf. Für diese Patienten allein ein vergleichbar differenziertes Angebot von Reha-Maßnahmen für unterschiedliche Leistungs- und Erkrankungsgruppen zu schaffen wie in einer überregionalen Rehabilitationsklinik, dürfte schwerlich möglich sein. Teilstationäre Rehabilitation in Verbindung mit einem Akutkrankenhaus wird dementsprechend nur in Ballungsgebieten oder größeren Städten möglich sein, jedoch keinesfalls flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik. Außerdem stellt sich hier generell die Frage nach der Wirtschaftlichkeit, weil die beschriebenen hohen personellen und weiteren Anforderungen für eine relativ kleine Patientengruppe vorgehalten werden müssen.

Eine Alternative zur wirtschaftlicheren Ausnutzung von teilstationären Reha-Abteilungen an Akutkrankenhäusern könnte sich dadurch ergeben, daß andere Patienten, z. B. aus den Indikationsgebieten Orthopädie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Neurologie und Onkologie hier ebenfalls rehabilitiert werden. Dies dürfte aber die Möglichkeiten einer gezielten und qualifizierten kardiologischen Rehabilitation beträchtlich einschränken.

Was das Niveau ambulanter kardiologischer Nachsorge angeht, so kann grundsätzlich gesagt werden, daß die kardiologische Nachsorge sich bereits durch niedergelassene Kardiologen verbessert hat. Wenn diese in Rehabilitationskliniken ausgebildet wurden, bringen sie auch wertvolle Erfahrungen für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen mit.

Die ambulante Durchführung der Phase II-Rehabilitation nach Herzinfarkt, sollte jedoch kritisch beurteilt werden, auch wenn dazu

bereits in einer Westberliner Praxis Erfahrungen über 10 Jahre gesammelt werden konnten. Denn die Erfahrungen in einer Großstadt können u. a. wegen der kürzeren Anfahrtswege nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Wenn, wie oben betont, ein erheblicher personeller und materieller Aufwand in gesonderten Abteilungen eines Akutkrankenhauses schwerlich und kaum kostengünstig zu realisieren ist, so wird es ambulant noch schwieriger sein, ein differenziertes und über den ganzen Tag verteiltes Programm aus Bewegungstherapie, Gesundheitstraining, ärztlicher und psychologischer Beratung unter Einhaltung von Ruhe und Erholungsphasen durchzuführen.

Wenn unter besonders günstig gelagerten örtlichen Verhältnissen wie in Köln ein Modellversuch teilstationärer kardiologischer Rehabilitation unternommen wird, so kommt hierfür nur ein Teil kardiologisch zu rehabilitierender Patienten in Frage, die nach komplikationsfreiem Verlauf mit einer Mindestergometerleistung von 75 Watt, ohne Angina pectoris und ohne Kurzatmigkeit, ohne Herzvergrößerung und ohne bedrohliche Herzrhythmusstörungen ausgewählt werden müssen.

Aus verhaltensmedizinischer Sicht kann man davon ausgehen, daß auch Patienten mit besonders ausgeprägtem Risikoprofil, extrem betontem Typ-A-Verhalten, negativen beruflichen Perspektiven, gestörten häuslich-familiären Verhältnissen, emotionaler Instabilität (was oft verbunden ist mit Krankheitsverleugnung und Fehlvorstellungen über Krankheitsursachen) besser in einer stationären Einrichtung rehabilitiert werden.

Schwierig dürfte - nach bisherigen Erfahrungen - auch die notwendige Vordiagnostik in den Krankenhäusern der Erstversorgung zu erreichen sein, die eine Selektion für eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation erlaubt. Denn das erforderliche diagnostisch-technische Repertoire mit Ergometrie, Echokardiographie und 24-Stunden-Speicher-EKG wird in der Mehrzahl der Fälle nicht zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt, ganz zu schweigen von der Möglichkeit einer

kompetenten psychologischen Diagnostik, die sich auf die oben skizzierten Aspekte richtet.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die bisherigen guten Erfahrungen mit dem System stationärer kardiologischer Rehabilitation rechtfertigen es nicht, im Grundsatz ambulante oder teilstationäre Rehabilitation zu empfehlen.
- (2) Gleichwohl kann man davon ausgehen, daß die ambulante oder teilstationäre Phase II-Rehabilitation im Einzelfall (etwa bei einer wie o. a. definierbaren Gruppe von Patienten) eine Alternative zur stationären Rehabilitation sein kann.
- (3) Es muß hierzu ein Indikationskatalog erstellt werden, in dem die Voraussetzungen für Patienten definiert sind, bei denen ambulante oder teilstationäre Rehabilitationsformen ausreichen. Dazu dürften nicht nur kardiale Faktoren und Leistungszustand gehören, sondern auch psychische, soziale und berufliche Faktoren.
- (4) Eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation ist dann gerechtfertigt, wenn die Qualität der Durchführung gesichert ist und wenn die Ergebnisse mit stationärer Rehabilitation vergleichbar sind. Deshalb müssen Standards hinsichtlich optimaler Durchführung erarbeitet werden. Zu diesem Zweck sollte ein Fachgremium aus Reha-Experten gegründet werden, zu denen auch niedergelassene Kardiologen gehören sollten, die an der ambulanten oder teilstationären Phase II-Rehabilitation interessiert sind oder sie bereits in dieser Form, z. B. in den neuen Bundesländern, praktiziert haben.

- (5) Projekte im ambulanten oder teilstationären Reha-Bereich müssen außerdem wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Hierzu ist eine Trägerschaft erforderlich, welche die Ergebnisse in medizinischer, psychosozialer und ökonomischer Hinsicht bearbeiten läßt. Erst solche Ergebnisse werden Entscheidungen über das umstrittene Thema "ambulante/teilstationäre Phase II-Rehabilitation" möglich machen. Für die Durchführung dieser Aufgabe ist die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen geeignet.

2.2 Nachsorge

Die Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation ist von hoher Bedeutung, sowohl bei AHB-Patienten als auch nach allgemeinen Heilbehandlungen (vgl. Kap. 6.3 im kardiologischen Reha-Konzept).

Diese ambulante Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen wird in organisierter Form in nahezu 3.000 ambulanten Herzgruppen durchgeführt; ein Angebot, das quantitativ bei weitem noch nicht ausreicht und qualitativ verbessert werden muß.

Die Inanspruchnahme der Nachsorge in ambulanten Herzgruppen ist nach Einschätzung aller Experten zu gering (ca. 20-40 % der geeigneten Patienten). Dies kann an Motivationsproblemen liegen oder daran, daß die bestehenden ambulanten Herzgruppen für viele Patienten nicht die geeigneten Angebote vorhalten.

Die Inhalte der ambulanten Herzgruppen sind heute noch überwiegend auf bewegungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit ausgerichtet. Die Ausweitung der Inhalte hin zu einer ganzheitlich orientierten Gruppe mit patienten- und themenbezogenen Gesprächen, Durchführung von Entspannungstechniken

und anderen Streßbewältigungsverfahren sowie intensive verhaltensmedizinische Bemühungen zur Veränderung des Lebensstils wird nur in wenigen Gruppen praktiziert.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die Planung der Nachsorge beginnt in der Rehabilitationsklinik und sollte initial von dort ausgehen. Eine weitere Schlüsselrolle kommt den Hausärzten zu, die in Planung und organisatorische Durchführung solcher Gruppen miteinbezogen werden müssen. Ihnen obliegt die Steuerung der Teilnahme des Patienten an den einzelnen Gruppen. Niedergelassene Ärzte leiten in der Regel diese Gruppe.
- (2) Es muß betont werden, daß auch Patienten nach allgemeinen Heilbehandlungen bei entsprechender Indikation in die ambulanten Herzgruppen eingewiesen werden sollen.
- (3) Um die derzeit bestehenden Schwierigkeiten für ein anzustrebendes Gesamtkonzept der kardiologischen Reha-Nachsorge zu überwinden, müssen zunächst Einzelkonzepte mit neuen Inhalten entwickelt und finanzielle Ressourcen dafür erschlossen werden. Zur Koordination dieser Arbeit müssen die jeweiligen Fachgesellschaften interessiert und gewonnen werden.
- (4) Die Schaffung umfassender, nicht nur bewegungstherapeutisch und sporttherapeutisch ausgerichteter Gruppen ist zu fordern. Entsprechend der Schwere der Krankheit, der Funktionseinschränkung und der auf die jeweiligen Risikofaktoren bezogenen Interventionsschwerpunkte ließen sich Programme entwickeln, die gleichermaßen bewegungstherapeutische und themenbezogene Bausteine enthalten. Zur Verwirklichung dieser Programme ist vermehrt eine themenbezogene Mitarbeit von z. B. Ökotrophologen, Diätassistentinnen oder

verhaltensorientierten Psychologen im Sinne eines interdisziplinären Teams erforderlich.

Herzpatienten mit normaler linksventrikulärer Funktion ohne Ischämiezeichen und/oder nach erfolgreicher PTCA, bei 1-Gefäß-Erkrankung brauchen sicherlich in einer bewegungstherapeutisch orientierten Herzgruppe nur vorübergehend unter ständiger Supervision eines Arztes zu stehen. Für diese Patienten ist das Drei-Phasenkonzept der Rehabilitation auszuweiten. Die Definition dieser Ausweitung sollte von den entsprechenden Fachgesellschaften formuliert werden. Im Gesamtkonzept der Rehabilitation sind spezielle themenbezogene Gruppen zur Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung, Streßbewältigung und Gruppen für Patienten mit peripherer arterieller Verschußkrankheit notwendig.

- (5) Verbesserung der Motivation: Als weitere Anreize zur Teilnahme an den ambulanten Herzgruppen und den indikations- und risikofaktorenbezogenen Interventionsgruppen wären denkbar: Kurzaufenthalte in Rehabilitationskliniken zur Stabilisierung der Verhaltensänderungen, Reduktion von Krankenversicherungsbeiträgen und/ oder Verleihung von symbolischen Anerkennungen (wie z. B. Diplomen, Erfolgsplaketten etc.).

Da nach der initialen Motivation durch die Rehabilitationsklinik die Hauptarbeit bei den niedergelassenen Ärzten liegt, müssen auch hier Anreize für die Ärzte geschaffen werden, ihre Patienten für diese Art der lebenslangen Rehabilitation zu motivieren, was langfristig sicher eine leistungsgerechte Honorierung voraussetzt.

- (6) Eine Koordination der Nachsorgeangebote muß über sämtliche Kostenträger unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen möglich sein.

- (7) Die Trägerschaft der ambulanten kardiologischen Rehabilitation ist bisher durch die Gesamtvereinbarung von 1981 geregelt. Neuere Konzepte auf dem sozialmedizinischen und verhaltensmedizinischen Sektor zwingen zu einem Überdenken der bisherigen Vereinbarung. Eine kooperative Trägerschaft zwischen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen, dem Deutschen Sportärztebund - Sektion Rehabilitation, dem Deutschen Sportbund und dem Deutschen Behindertensportbund ist sinnvoll und anzustreben. Kooperation zwischen den Rentenversicherungsträgern und den gesetzlichen Krankenversicherungen müßte zu einem Modell führen, das bei einer einheitlichen Kostenübernahme durch beide Trägergruppen auch die wirtschaftliche Basis garantiert.

Neben der Entwicklung von Inhalten für die aufgeführten Konzepte sind Ausbildungs- und Fortbildungscurricula für die beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln.

Die bisherige Forderung der Ehrenamtlichkeit war für die Gründerjahre der ambulanten Rehabilitation, insbesondere den Herzgruppen verständlich, muß aber durch ein realistisches, wirtschaftlich tragbares Konzept ersetzt werden.

3. Einleitung und Vorbereitung der medizinischen Rehabilitation

Der Erfolg der in drei Phasen gegliederten Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen ist nur dann gewährleistet, wenn die einzelnen Behandlungsschritte (insbesondere die Anschlußheilbehandlung) zum richtigen Zeitpunkt eingeleitet werden.

3.1 Patientenzuweisung in der allgemeinen Heilbehandlung

Von den Reha-Klinikern wird häufig kritisiert (vgl. Teilerhebung 2), daß rehabilitationsbedürftige Patienten zu spät in die Reha-Kliniken kommen bzw. daß sie gelegentlich in die "falschen" Reha-Kliniken eingewiesen werden.

Um eine fachlich angemessene Patientenzuweisung zur Reha-Klinik zu gewährleisten, bedarf es besonderer fachbezogener Kenntnisse und Erfahrungen. Kompetenter ärztlicher Sachverstand muß maßgeblich in die Entscheidung der Zuweisung einbezogen werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Zur Lösung des Problems, möglichst alle rehabilitationsbedürftigen Versicherten rechtzeitig durch Reha-Angebote zu erreichen, können die Reha-Kliniker u. a. durch gezielte Information über Inhalte und Möglichkeiten der Rehabilitation beitragen. Zielgruppe sind hierfür insbesondere niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte sowie Betriebs- und Werksärzte. Auf diese Weise sollte die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation als wichtige eigenständige, in die medizinische Gesamtversorgung zu integrierende Komponente des Gesundheitswesens verdeutlicht werden.
- (2) Grundsätzlich ist eine weitreichende Beteiligung des Hausarztes am Zuweisungsverfahren bei allgemeinen Heilbehandlungen zu begrüßen.
- (3) Zum Problem der Fehleinweisung ist zu sagen, daß in den Reha-Kliniken verstärkt von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden muß, Patienten in geeignetere Einrichtungen -beispielsweise in eine Einrichtung einer anderen Leistungsstufe - zu

verlegen bzw. zu entlassen, wenn keine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt.

Von den einweisenden Institutionen sind die in Kapitel 6.1 des Reha-Konzeptes dargestellten "Voraussetzungen" zu erfüllen. Dies gilt insbesondere für die Ausführungen zur Vorbereitung des Patienten auf die Rehabilitation.

- (4) In der Regel sollte die Einweisung zur allgemeinen Heilbehandlung sobald wie möglich nach Antragstellung erfolgen, zumal die günstige Motivationslage (häufig erfolgt der Antrag aus akutem Anlaß) insbesondere für Anstöße zur Verhaltensänderung therapeutisch genutzt werden kann.
- (5) Zum Abschluß der stationären Rehabilitation sollte verstärkt geprüft werden, ob sich die Notwendigkeit einer erneuten, evtl. auch vorzeitigen Rehabilitationsmaßnahme bereits zu diesem Zeitpunkt abzeichnet. Entsprechende administrative Schritte sind dann vorzubereiten.
- (6) Im Hinblick auf die Bewilligung von Wiederholungsheilbehandlungen ist zwar von besonderer Bedeutung, ob der Patient Anregungen zur Veränderungen seines Risikoprofiles verwirklichen konnte. Generelle Ausschlußkriterien sollten jedoch hieraus nicht abgeleitet werden.

3.2 Anschlußheilbehandlung

Häufig verbleiben die Patienten zu lange im Akutkrankenhaus. Die Rehabilitation der Phase II beginnt zu spät. Die Patienten werden häufig nicht direkt von der operierenden Klinik in die stationäre Rehabilitation verlegt, sondern es erfolgt zunächst eine Rückverlegung in eine internistische Akutklinik.

Die Patienten sind häufig nicht ausreichend vordiagnostiziert, eine Diagnostik der Funktionsstörungen findet in der Akutklinik oft nicht statt, die Verlegung verzögert sich aufgrund noch durchzuführender diagnostischer Maßnahmen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Zur Problematik einer direkten Einflußmöglichkeit auf Entscheidungen zur Zuweisung und Diagnostik vor Aufnahme in die Rehabilitationsklinik siehe Kapitel 1 des Rehabilitationskonzeptes. Forderungen und Vorschläge seitens der Reha-Kliniker erfordern in besonderem Maße Konsensfähigkeit und Abstimmung, um die Durchsetzbarkeit in der Praxis zu gewährleisten. Unter Kapitel 6.1 und 6.2 des Reha-Konzeptes sind Faktoren aufgezeigt, die für einen nahtlosen Übergang und für die Kontinuität innerhalb der Rehabilitationskette erforderlich sind. Insbesondere ist ein Konsens darüber notwendig, daß ein Patient mit einer kardiologischen Erkrankung dann in die Anschlußheilbehandlung verlegt wird, wenn der Patient, ohne sich zu gefährden, in seinem Zimmer gehfähig ist und sich selbst versorgen kann. Das setzt eine kardiale Kompensation und Stabilisation voraus (Kapitel 1.1 des Konzeptes).
- (2) Die Verlegung vom Akutkrankenhaus zur Rehabilitationsklinik sollte so früh wie möglich und nahtlos erfolgen, die Frühmobilisation im Akutkrankenhaus so zügig wie möglich durchgeführt werden. Hierdurch lassen sich die Rehabilitationschancen entscheidend verbessern.

Beispielsweise sollte für Patienten nach akutem Myokardinfarkt mit unkompliziertem Verlauf demnach eine Verlegung von der Akut- in die Rehabilitationsklinik in der Regel nach ca. 14 Tagen erfolgen. Ähnliches gilt für herzoperierte Patienten, wobei eine direkte Verlegung anzustreben ist.

Der Zeitpunkt der Verlegung darf nicht durch in der Akutklinik vorgesehene Diagnostik verzögert werden. Die Rehabilitationskliniken müssen daher die Voraussetzungen bieten, im Zeitraum der Rehabilitation notwendige Diagnostik selbst bzw. in Kooperation mit anderen Kliniken durchzuführen.

- (3) Der Umfang der Vordiagnostik wird nicht nur von medizinischen Notwendigkeiten, sondern auch von apparativen und personellen Möglichkeiten der verlegenden Akutklinik bestimmt. Hier bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Akutkliniken, so daß seitens der Rehabilitationsklinik lediglich ein diagnostisches Minimal-Programm gefordert werden kann (Kapitel 1.1), das als Voraussetzung für eine medizinisch sachgerechte Verlegung anzusehen ist.
- (4) Grundlage für eine für den Patienten optimale Verlegungspraxis ist die Bereitschaft zur Kooperation. Voraussetzungen hierfür sind in Kapitel 6.2 des Reha-Konzeptes dargelegt.
- (5) Die sehr unterschiedlichen Verfahrensregelungen der Anschlußheilbehandlung sollten zur Verringerung des Verwaltungsaufwandes in der Akutklinik und damit zur Verbesserung der Akzeptanz des Verfahrens aus medizinischer Sicht bundesweit vereinheitlicht werden. Das Verfahren darf zu keiner Verzögerung der Verlegung führen und sollte den direkten Kontakt zwischen Akut- und Reha-Klinik in der Verlegungsfrage ermöglichen.

3.3 Therapiemotivation - Therapievorbereitung

Das Erreichen der Therapieziele und die Erstellung eines adäquaten Therapieplans sowie die Durchführung der Therapiemaßnahmen setzen kooperationsfähige und vor allen Dingen motivierbare Patienten

voraus. Dies kann allerdings nicht grundsätzlich vorausgesetzt werden, so daß die gesteckten Therapieziele nicht bei allen Patienten erreicht werden.

Weiterentwicklungsvorschläge (siehe auch Kap. 6.1.5 des Reha-Konzepts):

- (1) Motivationsarbeit und Vorbereitung auf die "aktive" Rehabilitation sollte soweit wie möglich vor der Rehabilitation durch die Übersendung von schriftlichem Material, Aufklärung im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung und durch vorbereitende Informationsveranstaltungen erfolgen.
- (2) Die Rehabilitationskliniken sollten die Möglichkeit haben, bei nicht mitarbeitenden und nicht motivierbaren Patienten die stationäre Rehabilitation vorzeitig zu beenden.
- (3) Eine spezielle Vorbereitung auf die Rehabilitationsklinik im AHB-Verfahren ist zur Diagnostik (siehe Abschnitt 1.1 des Reha-Konzeptes), Frühmobilisation (siehe Abschnitt 6.1.6 des Reha-Konzeptes), psychosozialen Unterstützung, Information und Beratung notwendig.
- (4) Die Anforderungen bezüglich der Rehabilitationsfähigkeit von Patienten, die bereits einen BU-/EU-Rentenantrag gestellt haben, sind besonderes streng zu stellen. Aufgrund der Umstände, die in diesen Fällen zur Rehabilitationsbehandlung führen und der zum Abschluß der Reha-Behandlung zu treffenden sozialmedizinischen Begutachtung, sind diese Patienten häufig wegen fehlender Motivation nicht zu rehabilitieren.

4. Konzepte stationärer kardiologischer Rehabilitation

4.1 Diagnostik

4.1.1 Vordiagnostik

Seitens der Reha-Kliniker wird bemängelt, daß Vorbefunde nicht in ausreichender Qualität erhoben bzw. Befundberichte oder Originalunterlagen den Reha-Kliniken nicht oder zu spät zur Verfügung gestellt werden. Gleiches gilt für Informationen über den bisherigen Krankheitsverlauf, insbesondere die Übermittlung von Entlassungsberichten und weiteren Dokumenten aus den Akutkliniken im AHB-Verfahren.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Auch hier ist wiederum Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten gefragt (siehe Kap. 6.1 und 6.2 des kardiologischen Reha-Konzeptes). Qualitätsanforderungen an die Vorbefunde sind in Kap. 1.1 des Reha-Konzeptes formuliert. Darüberhinaus wird ein administratives Verfahren vorgeschlagen, das die Zusammenstellung relevanter Vorbefunde bereits vor Aufnahme des Patienten in die Reha-Klinik vorsieht. Die relevanten Patientenunterlagen sollten der Reha-Klinik zu Beginn der Heilbehandlung vorliegen, so daß nur in Ausnahmefällen zusätzliche Befunde angefordert werden müssen. In diesen Fällen sollten bei der Übermittlung der Befunde verstärkt moderne Kommunikationssysteme (z. B. Telefax) eingesetzt werden.
- (2) Zum Umfang der zu erwartenden Vordiagnostik vergleiche Abschnitt 3.2, Punkt (3).

4.1.2 Psychophysiologische Funktionsdiagnostik

Die Möglichkeit zu einer psychophysiologischen Funktionsdiagnostik gibt es bisher nur an sehr wenigen Schwerpunktkliniken. Gerade bei Patienten, die nach ihrer Rückkehr in das Arbeitsleben vorrangig psychischen Belastungen ausgesetzt sind, ist jedoch eine Beurteilung der psychophysiologischen Belastbarkeit in Ergänzung zur kardiologischen Belastbarkeit erforderlich. Da in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte, daß eine Übertragung der unter physischer Belastung gemachten diagnostischen Beurteilung auf psychische Belastungen im Einzelfall beträchtliche Probleme bereitet, bietet die psychophysiologische Untersuchung die Möglichkeit, weitere problemrelevante Informationen zu erheben.

Hierfür muß der Patient nicht unbedingt mit den psychischen Belastungen konfrontiert werden, denen er auch an seinem Arbeitsplatz ausgesetzt ist. Sichergestellt muß allerdings erstens sein, daß es sich bei den eingesetzten psychischen Induktionsverfahren um Belastungsformen handelt, denen der Patient in seinem beruflichen Alltag gehäuft begegnen wird, und zweitens, daß er bei der Konfrontation mit diesen Belastungen hinreichend motiviert ist, diesen Anforderungen gerecht zu werden.

Demgemäß umfaßt die psychophysiologische Funktionsdiagnostik auch nicht nur die Registrierung von EKG, Blutdruck und Atemfrequenz, sondern auch die Erfassung von Leistungskennwerten, Befindensänderungen und Verhaltensbeurteilungen.

Die abschließende Beurteilung, ob bzw. inwieweit der Patient zukünftig beruflichen Anforderungen ausgesetzt werden kann, ergibt sich aus der Bewertung von Befunden der kardiologischen und der psychophysiologischen Funktionsdiagnostik.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Zunächst muß verstärkt darauf aufmerksam gemacht werden, daß es nur mit großer Unsicherheit möglich ist, im Einzelfall aus den Ergebnissen einer physischen Belastungsuntersuchung auf entsprechende Befunde unter psychischer Belastung zu schließen. Weiterhin muß darauf hingewirkt werden, daß der Arzt bei der Erhebung der Berufsanamnese auch konkret nach psychischen Belastungen fragt und diese - bei Vorliegen grenzwertiger kardiologischer Befunde - zum Anlaß nimmt, eine psychophysiologische Untersuchung anzufordern. Da nicht davon ausgegangen werden kann, daß jeder klinische Psychologe auch über Erfahrungen bzw. Kenntnisse in der psychophysiologischen Diagnostik verfügt, müssen entsprechende Fortbildungen angeboten werden.

- (2) Daneben sei angemerkt, daß es gerade bei jüngeren Patienten auch sinnvoll ist, eine psychologische Eignungsuntersuchung bereits unter stationären Bedingungen durchzuführen, denn auf diese Weise kann die Einleitung der aufgrund der kardiologischen und psychophysiologischen Funktionsdiagnostik erforderlichen beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen beschleunigt werden.

4.2 Bedeutung aktivierender Therapiemaßnahmen

Bei der Umsetzung der physikalischen Therapie ergeben sich nicht selten Akzeptanz-Probleme. Dies ergibt sich zum einen aus einer falschen Erwartung der Patienten ("Kurerwartung"), nicht selten aber auch, weil die entsprechenden Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik zu wenig Gewicht auf Motivationsarbeit legen und häufig auch nicht dazu ausgebildet sind.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Zum einen muß den Patienten schon im Vorfeld vermittelt werden, daß im Bereich der physikalischen Therapie vornehmlich die aktive Mitarbeit entscheidend ist und daß die Behandlungsmethoden der alten "Kurmedizin" mit meist passiven Maßnahmen wie Bädern, Güssen und Massagen lediglich als unterstützende Maßnahmen angewendet werden. Hier muß in der Zukunft im Rahmen der stationären Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen konstruktive Aufklärung erfolgen.
- (2) Zum anderen sollte in Zukunft der Bewegungstherapeut (im übrigen aber auch alle anderen Berufsgruppen) als "Gesundheitsbildner" wirksam werden. Dies erfordert entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote und ggf. auch Änderungen der Ausbildungspläne. Daneben kann es auch sinnvoll sein, daß andere Berufsgruppen, wie z. B. speziell ausgebildete Sportlehrer, verstärkt in den Reha-Kliniken eingesetzt werden.

4.3 Integration der Psychologie

Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung, der Erarbeitung einer neuen Zukunftsperspektive und bei der Einleitung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils sind weithin akzeptierte Ziele in der stationären Rehabilitation von Herz- und Kreislaufkranken. Mit Halhuber (1985) ist davon auszugehen, daß das Ausmaß, in dem diese Ziele realisiert werden können, wesentlich von der "Gesamtpsychologisierung" der Rehabilitationseinrichtung abhängig ist. Der Psychologe kann und muß zwar einen wesentlichen Beitrag hierzu leisten, der Erfolg seiner Bemühungen ist jedoch weitgehend abhängig von dem Stellenwert, den die psychosozialen Aspekte im Gesamtbehandlungsplan einnehmen.

Erforderlich ist eine eindeutige befürwortende Einstellung der Ärzte, des Pflegepersonals, der Bewegungstherapeuten und der weiteren, direkt am Patient tätigen Mitarbeiter für eine verhaltensmedizinische Sicht und Behandlung der Herzerkrankung. Innerhalb eines verhaltensmedizinischen Behandlungskonzeptes sollte die psychologische Versorgung gemäß dem Liaisonmodell organisiert werden, denn nur dies gewährleistet eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen, Bewegungstherapeuten etc. Nur so läßt sich auch sicherstellen, daß kardiologische Rehabilitation aus Sicht des Patienten nicht gleichbedeutend ist mit Veränderungen in einigen isolierten Verhaltensbereichen.

Konkret umfaßt die Liaisonarbeit regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen, auf denen nach einer gemeinsamen Problemanalyse entschieden wird, wer welche Maßnahmen durchführt, zudem sollten regelmäßige Supervisionssitzungen erfolgen.

Der primäre Einwand gegen eine Realisierung des Liaisonkonzeptes ist der erhöhte Zeitaufwand, der sich aus den erforderlichen gemeinsamen Besprechungen ergibt. Dem steht allerdings gegenüber, daß durch das Liaisonkonzept nahezu alle Patienten erreicht werden, während durch einen Konsultationsdienst lediglich Patienten mit schweren psychischen Störungen und Verhaltensproblemen aufgefangen werden. Darüberhinaus ist zu bedenken, daß bei den Patienten innerhalb der derzeit zur Verfügung stehenden vier Wochen die erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen nur durch ein konsistentes Verhalten aller Therapeuten in Gang gesetzt werden können.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Da das Liaisonkonzept die Integration des Psychologen in das Stationsteam bedeutet, ist zum einen eine möglichst stationsnahe räumliche Anbindung des Psychologen erforderlich. Darüberhinaus sollte der Psychologe mindestens einmal pro Woche

an einer Visite der Stationsärzte teilnehmen, mit denen er unmittelbar zusammenarbeitet. Weiterhin sollte er einen möglichst engen Kontakt zum Pflegepersonal aufbauen. Von seiten des Chefarztes und der Oberärzte ist eine eindeutig positive Stellungnahme für ein verhaltensmedizinisches Behandlungsmodell erforderlich, denn nur in diesem Fall werden auch die Stationsärzte entsprechend orientiert und interessiert werden können.

- (2) Generell ist darauf zu achten, daß bei der Aufstellung des Behandlungsplanes psychologische Maßnahmen nicht auf Randzeiten verwiesen werden der Stationsarzt bzw. Ober- und Chefarzt bei ihrer Visite sich auch über die Teilnahme des Patienten an psychotherapeutischen Maßnahmen informieren, ggf. den Patienten auch entsprechend motivieren.
- (3) Die Realisierung des Liaisonkonzeptes ist schließlich auch von einer entsprechenden personellen Ausstattung abhängig (siehe Abschnitt 7.1 im Rehabilitationskonzept).

5. Durchführung der Rehabilitation

5.1 Dauer der Rehabilitationsmaßnahme

Sowohl im AHB-Bereich als auch bei allgemeinen Rehabilitationsmaßnahmen empfiehlt sich eine stärkere Flexibilisierung der Behandlungszeit.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Die Rehabilitationsklinik sollte mehr Möglichkeiten zur Veränderung der Rehabilitationsdauer erhalten (Flexibilisierung). Hier sind unterschiedliche Verfahrensregelungen denkbar. Als Anhaltspunkte für

die von medizinischer Seite sinnvollen Rehabilitationszeiten könnten folgende Empfehlungen gelten (vgl. kardiologisches Rehabilitationskonzept, Kap. 4):

- (1) Bei Anschlußheilbehandlungen erscheint eine längere Behandlungszeit als 28 Tage zweckmäßig, wenn die Patienten besonders früh (eher als 14 Tage nach dem Erstereignis) aus dem Akutkrankenhaus übernommen wurden, bei peri- oder postoperativen Komplikationen, bei insgesamt eher schwerem Krankheitsbild, einem komplizierten Rehabilitationsverlauf, interkurrenten Erkrankungen oder Patienten in höherem Alter oder mit Multimorbidität.
- (2) Eine kürzere Rehabilitationszeit im AHB-Verfahren ist möglich und oft auch sinnvoll bei günstigem komplikationslosen Heilungsverlauf (bei non-Q-wave-Infarkt mit guter linksventrikulärer Funktion und ohne Hinweis auf infarktspezifische Risikofaktoren) oder auch bei fehlender Rehabilitationsfähigkeit (Abbruch). Die Möglichkeit einer kurzfristigen Verlegung zur PTCA mit anschließender (Wieder-)Übernahme zur AHB sollte geschaffen werden, ebenso bei Patienten, deren Vorbereitung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme bereits in zeitlich kurzem Abstand vor der Operation stattgefunden hat.
- (3) In der allgemeinen Rehabilitation sollten 28 Tage die Regelbehandlungszeit darstellen. Kürzere Behandlungszeiten erscheinen dagegen häufig sinnvoll bei Wiederholungsheilbehandlungen mit den Zielen Therapieoptimierung, Patientenschulung oder stationäre sozialmedizinische Begutachtung; während längere Behandlungszeiten bei interkurrenten Erkrankungen erforderlich sein könnten oder wenn sich die Notwendigkeit ergibt, weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durchzuführen (verzögerte Rekonvaleszenz, Therapieresistenz, weiterer Abklärungsbedarf).

5.2 Berufliche Wiedereingliederung

Die berufliche Wiedereingliederung herzkranker Patienten stellt ein bedeutsames gesundheitspolitisches und volkswirtschaftliches Problem dar und ist neben der Verbesserung der Lebensqualität ein Hauptziel der Rehabilitation durch die Rentenversicherung. Während sich zahlreiche Untersuchungen mit der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten nach Myokardinfarkt oder Bypassoperation beschäftigt haben, ist über das soziale Schicksal von Patienten nach Ballondilatation der Koronargefäße (PTCA), Herzklappenerkrankung und/oder -operation weniger bekannt.

Arbeitswiederaufnahme nach Myokardinfarkt:

Die Arbeitswiederaufnahme von Patienten nach Myokardinfarkt lag in den 60er bis Mitte der 70er Jahre zwischen 52 und 84 %. Die Patientengruppen der betreffenden Studien sind jedoch nur unter Vorbehalt vergleichbar, da unterschiedliche Altersverteilungen vorlagen und z. T. nur männliche Patienten einbezogen wurden. Aus Untersuchungen von Weidemann ist aber bekannt, daß die Arbeitswiederaufnahme von Frauen deutlich unter derjenigen der Männer liegt. Mit dem Anstieg der Arbeitslosenzahlen gestaltete sich die berufliche Reintegration zunehmend schwieriger. Die Hamburger Infarkt-Nachsorge-Studie (INS), durchgeführt von Juli 1979 bis Dezember 1980, zeigte, daß Alter und soziale Schicht eine bedeutsame Rolle bei der beruflichen Wiedereingliederung spielen. Bei den bis zu 50jährigen betrug sie 67 %, bei den 51 - 55jährigen 58 % und bei den 56 - 60jährigen 42 %. Besonders niedrig war die Arbeitswiederaufnahme von Arbeitern mit 38 % bei den bis zu 55jährigen und lediglich 7 % bei den über 55jährigen. Badura berichtet aus seiner 8jährigen sozialepidemiologischen Studie über eine 57%ige berufliche Wiedereingliederung nach Myokardinfarkt.

Arbeitswiederaufnahme nach Bypassoperation:

Studien aus der Bundesrepublik Deutschland aus den Jahren 1974 bis 1983 berichteten über eine Arbeitswiederaufnahme von 20 - 57 %, im

Gegensatz zu den mit 60 - 90 % günstigeren Ergebnissen aus den USA und Kanada. Übereinstimmend wird auf die Bedeutung nicht-medizinischer Faktoren, wie Alter und Beruf bzw. soziale Schicht hingewiesen. Ferner ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der Operation von Bedeutung. Aber auch medizinische Faktoren spielen eine Rolle, wie z. B. Ausmaß der Revaskularisation, das Ergebnis der frühen postoperativen Ergometrie und die postoperative Symptomatik.

Arbeitswiederaufnahme nach PTCA:

Nach erfolgreicher PTCA kann die Berufstätigkeit in der Regel wieder aufgenommen werden. Eine stationäre Heilbehandlung ist primär unter verhaltensmedizinischen Aspekten notwendig und sollte auch als Anschlußheilbehandlung durchgeführt werden können.

Arbeitswiederaufnahme nach Herzklappenoperation:

Hierzu gibt es aus dem deutschen Sprachraum keine repräsentativen Zahlen. Es ist jedoch zu vermuten, daß in Anbetracht der häufig langen präoperativen Krankheitszeiten und der erheblichen, z. T. nicht reversiblen Myokardveränderungen die berufliche Wiedereingliederung dieser Patienten deutlich unter derjenigen der bypassoperierten liegt, wobei sicherlich zu differenzieren ist, welche Klappe(n) im speziellen Fall operiert wurde(n). Weitere Untersuchungen sind erforderlich.

Gründe für die unbefriedigende berufliche Wiedereingliederung von Herzpatienten in Deutschland:

- 1) Der starke Einfluß der Situation am Arbeitsmarkt, der bei Leistungseinschränkung keine angemessene Wiedereingliederung ermöglicht, insbesondere in ländlichen Regionen und bei älteren, ungelernten Erwerbstätigen.
- 2) Der Teilzeitarbeitsmarkt ist weitgehend verschlossen.

- 3) Bei körperlich schwer arbeitenden Patienten ist wegen häufiger Multimorbidität eine Wiedereingliederung erheblich erschwert.
- 4) Die ärztliche Beurteilung der psychischen und physischen Anforderungen am Arbeitsplatz ist schwierig und überwiegend auf die Arbeitsplatzbeschreibung aus der Sicht des Patienten angewiesen, was einerseits - im Falle eines Rentenbegehrens - zu Aggravierungen - andererseits zu Dissimulation führen kann. Die medizinischen Methoden zur Leistungsbeurteilung stehen nur in lockerer Beziehung zu den realen Anforderungen am Arbeitsplatz.
- 5) Einige Patienten führen ihre Erkrankung ausschließlich auf beruflichen Stress zurück, stehen rehabilitativen Maßnahmen ablehnend gegenüber und/oder sind von ihrem Rentenwunsch auch bei noch guter körperlicher Belastbarkeit nicht abzubringen.
- 6) Bei den bypassoperierten Patienten spielen zusätzlich die langen Wartezeiten auf die Operation sowie die z. T. nicht optimal koordinierte, z. T. verspätet einsetzende, postoperative Nachbehandlung eine Rolle.

Einfluß psychischer Faktoren auf die Arbeitswiederaufnahme:

Mit dieser Fragestellung haben sich bisher wenige Studien befaßt, insbesondere fehlt es an prospektiven Untersuchungen. Langosch vermutet, daß vor allem dann die berufliche Wiedereingliederung scheitert, wenn dem Patienten die Bewältigung des chronischen Krankseins nicht gelungen ist. Diese Annahme wird dadurch gestützt, daß sich bei Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen berentet werden mußten, diese Problematik nicht veränderte oder sogar verstärkte. Nach Angster und Glonner spielt auch die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz eine Rolle. Nach Badura wirkt sich der späte Beginn der Frühmobilisation und die unnötige Passivierung des Patienten negativ

aus. Soziale und psychische Faktoren sind somit von wesentlicher Bedeutung.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Aus den o. g. Gründen (Passivierung der Patienten) muß die Liegedauer in den Akutkrankenhäusern bei Patienten mit Myokardinfarkt auf im Mittel 14 Tage verkürzt und eine wirklich nahtlose Rehabilitation angeschlossen werden.
- (2) Die Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten muß verbessert werden.
- (3) Arbeitsplatzbeschreibungen (z. B. durch den betriebsärztlichen Dienst) sollten bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden, um eine realistische sozialmedizinische Beurteilung erstellen zu können.
- (4) In den Reha-Kliniken sollten mehr Ärzte mit sozialmedizinischer Kompetenz arbeiten.
- (5) Bei Bypass- bzw. Herzoperierten sollte unter Vermeidung einer Rückverlegung in die Akutklinik generell eine Direktverlegung in eine entsprechend ausgestattete Reha-Klinik angestrebt werden. Nach 4 - 6 Monaten empfiehlt sich eine vorgezogene, evtl. verkürzte Wiederholungsheilbehandlung zur endgültigen sozialmedizinischen Beurteilung.
- (6) Die Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung müssen ausgeschöpft werden (Patient, Arbeitgeber, Krankenversicherung, Hausarzt). Hierzu muß die Reha-Klinik im jeweiligen Fall gezielt eine Anregung geben.

- (7) Die Nachsorge und insbesondere die Weiterbetreuung in ambulanten Herzgruppen, insbesondere bei Bypass- und Herzklappenoperierten muß intensiviert werden, ebenso die Zusammenarbeit mit den Hausärzten.

5.3 Rehabilitation bei besonderen Gruppen

5.3.1 Ausländische Arbeitnehmer

Rehabilitationsmaßnahmen werden heute von ausländischen Arbeitnehmern seltener in Anspruch genommen als von deutschen. Wenn dies überhaupt geschieht, dann im wesentlichen nur als Anschlußheilbehandlungen, normale Heilbehandlungen werden offenbar kaum beantragt.

Ein Unterschied besteht wahrscheinlich auch noch zwischen Ausländern, die aus dem EG-Raum stammen und solchen von außerhalb der Europäischen Gemeinschaft.

Wahrscheinlich sind Risikoverhalten und Infarkthäufigkeit bei ausländischen Arbeitnehmern nicht unbedingt seltener als bei deutschen Patienten vorzufinden, so daß eine spezifische Unterinanspruchnahme rehabilitativer Angebote durch diese Patientengruppe anzunehmen ist.

Teilweise liegt diese Unterinanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch Ausländer sicher an Befürchtungen um wirtschaftliche Nachteile, da sie bei Inanspruchnahme von Leistungen der Rentenversicherung ihre Rentenansprüche nicht mehr (nach einer Rückkehr) ins Heimatland transferieren oder sich auszahlen lassen können.

Die Probleme der Ausländer in Deutschland, die sich aus ihrem fremden Kulturkreis und oft auch aus wirtschaftlichen Problemen ergeben, kann man sicher unter dem Schlagwort psychosozialer Streß einordnen,

wobei allgemein akzeptiert wird, daß psychosozialer Streß letztendlich mit zur Genese einer koronaren Herzkrankheit beitragen kann.

Die derzeit durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen scheinen für Ausländer nicht immer geeignet zu sein. Dies bezieht sich vor allen Dingen auf Gesundheitstraining, Gesundheitsbildung, Seminare z. B. zur Gewichtsreduktion oder auf eine Diabetikerschulung.

Die Motivation zur aktiven Teilnahme an der Rehabilitation und insbesondere an der Gesundheitsbildung ist häufig schwer zu erreichen. Dies könnte u. a. daran liegen, daß aufgrund der Mentalität und der Vorbildung das Verständnis für die Bedeutung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen sowie für die Notwendigkeit zum Abbau von Risikofaktoren fehlt.

Die Probleme in der Rehabilitation bei Ausländern lassen sich für die Reha-Kliniken wie folgt unterscheiden:

1) Sprache: Dies scheint das größte Problem zu sein, da Verständigungsprobleme insbesondere die Durchführung von Schulungsmaßnahmen und Motivationsarbeit - einer der Hauptaufgaben der Rehabilitation - erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen. Oft haben die Rehabilitanden trotz jahrelangen Aufenthaltes in Deutschland immer noch erhebliche Sprachschwierigkeiten. Dies trifft vor allen Dingen für die nicht berufstätigen Ehefrauen zu.

2) Kulturelle Besonderheiten: Kleidung z. B. Verschleiern der Frauen. Es ist bekannt, daß z. B. von Angehörigen des Islam Wert darauf gelegt wird, daß die Ehefrauen möglichst wenig Kontakt zum hiesigen Kulturkreis finden.

3) Ernährungsgewohnheiten: Das Eingehen auf fremde Ernährungsgewohnheiten dürfte allerdings in den qualifizierten Rehabilitationskliniken kein wesentliches Problem darstellen.

4) Religiosität: Probleme in diesem Zusammenhang ergeben sich häufig bei Gläubigen des Islam.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Das Problem der Unterinanspruchnahme läßt sich möglicherweise durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit angehen: Aufklärung und Information über Sinn und Inhalt einer Rehabilitationsmaßnahme könnte dazu führen, daß mehr Ausländer medizinische Rehabilitationsleistungen akzeptieren.
- (2) Im Rahmen des Antrags- und Reha-Einleitungsverfahrens sollten gezielt Dolmetscher einbezogen werden, um die Verständigungsprobleme zu überbrücken.
- (3) Was die Lösung der Probleme durch kulturelle, sprachliche und bildungsmäßige Unterschiede im der Reha-Einrichtung anbelangt, so ist es vermutlich nur in beschränktem Umfang sinnvoll, daß zentral bestimmte Kliniken Patienten jeweils einer Nationalität gezielt aufnehmen. Bei Anschlußheilbehandlungen und bei sehr schlechten Sprachkenntnissen wäre es denkbar, daß über eine EDV-gesteuerte Zuweisung die Patienten in Häuser aufgenommen werden können, in denen ein Arzt tätig ist, der die entsprechende Sprache beherrscht.
- (4) Wichtig dürfte es daneben sein, daß entsprechend dem Anteil der ausländischen Bevölkerung bei uns ausländische Kollegen oder ausländisches Personal eingestellt werden, wengleich dies auch keine generelle Lösungsmöglichkeit für eine Rehabilitation mit Ausländern darstellt.

5.3.2 Frauen

Frauen nehmen sehr viel seltener Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch als Männer. Im Bereich der kardiologischen Rehabilitation ist das zum Teil damit erklärbar, daß bei Frauen im niedrigeren

Lebensalter die Infarkthäufigkeit geringer ist. Aber auch infarktbetreffene Frauen nehmen verhältnismäßig seltener als Männer stationäre Rehabilitation in Anspruch (Weidemann 1987).

Ein wichtiger Grund für diese bekannte Unterinanspruchnahme dürfte darin liegen, daß die Frauen oft keine Möglichkeit sehen, daß ihre Familie weiterbetreut wird. Dies gilt vor allem dann, wenn die Kinder noch relativ jung sind.

Ein weiterer Grund könnte in der Art der Zuweisung durch das Krankenhaus durch den dort tätigen Reha-Berater oder die betreuenden Ärzte liegen. Bei berufstätigen Männern wird zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit offenbar eher eine Indikation für z. B. eine Anschlußheilbehandlung gesehen als bei "Hausfrauen" zur Beseitigung der (drohenden) Behinderung.

Einen besonderen Problembereich stellen hier noch ausländische Frauen dar, insbesondere Gläubige des Islam (vgl. hierzu Abschnitt 5.3.1).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die wesentlichen Möglichkeiten zur Lösung dieser Probleme liegen zunächst in einer breitgefächerten Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit. Dies muß über die entsprechenden Medien erfolgen.
- (2) Daneben ist es dringend erforderlich, daß die zuweisenden Hausärzte und die Ärzte in Krankenhäusern sowie Reha-Berater darüber informiert sind, daß z. B. eine Anschlußheilbehandlung nicht nur für Berufstätige möglich ist, sondern auch für nicht (mehr) rentenversicherte Patienten (z. B. Hausfrauen, Rentner).

5.4 Kooperation mit Akutkliniken und Gutachtern

Die Schnittstellen im Rehabilitationsablauf stellen hohe Anforderungen an die Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten. Der nahtlose Übergang und die Kontinuität innerhalb der Rehabilitationskette kann nur gewährleistet werden, wenn die einzelnen Rehabilitationsphasen koordiniert ineinandergreifen bzw. eine Abstimmung in der Einleitung einer Heilbehandlung erfolgt. Dies erfordert eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere von Akut- und Rehabilitationsklinik, aber auch von Rehabilitationsklinik und dem vor Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme begutachtendem Arzt. Wesentliche Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit sind u. a. gegenseitiges Verständnis für die unterschiedlichen Aufgaben in der Rehabilitationskette, gemeinsame Diagnostik- und Therapiestandards sowie regelmäßiger Kontakt und Austausch in Einzelfällen (vgl. Kap. 6.2 des kardiologischen Rehabilitationskonzeptes).

Weiterentwicklungsvorschlag:

Hinsichtlich eines kontinuierlichen Austausches der Beteiligten sind eine Fülle von Ausgestaltungsmöglichkeiten vorstellbar (beispielsweise regelmäßige Konsultationen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Weiterbildung der Assistenten im Rotationsverfahren, gemeinsame Befunddiskussionen usw.). Sie sollten erprobt und weiterentwickelt werden.

6. Personal und rehabilitationsspezifische Qualifikation

Um den rehabilitationsspezifischen Aufgaben gerecht zu werden ist eine entsprechende berufliche Weiterqualifikation insbesondere in folgenden Arbeitsbereichen erforderlich:

Ärzte:

Erwerb der Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin", wenn möglich Kardiologie und/oder Sportmedizin für Chef- und Oberärzte

Psychologen:

Eingangsvoraussetzung ist die Qualifikation in Klinischer Psychologie. Zu fordern ist zusätzlich die abgeschlossene Weiterbildung in einer anerkannten Therapierichtung. Um den rehabilitationsspezifischen Anforderungen gerecht werden zu können, muß eine Fortbildung in Rehabilitationspsychologie erfolgen.

Krankenschwestern/-pfleger:

Das bisherige Berufsbild einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers wird den Anforderungen der umfassenden Rehabilitation, insbesondere der Gesprächsführung und Gesundheitsbildung, nicht gerecht. In Anlehnung an andere Weiterqualifikationen, z. B. Fachschwester für Anästhesie, wird eine Zusatzausbildung mit Abschluß als Rehabilitationsschwester vorgeschlagen.

Physiotherapeuten:

Die bisher in der Physiotherapie tätigen Krankengymnast(inn)en bzw. medizinischen Bademeister können in ihrer bisherigen Ausbildung nur Teilaspekte ihrer späteren Arbeit erlernen. Defizite bestehen besonders in der Durchführung von aktiven Maßnahmen, Gruppenarbeit und Gesundheitsbildung. Diese Defizite müssen durch eine spezielle Weiterqualifikation behoben werden, wobei die Integration rehabilitationsspezifisch ausgebildeter Sportlehrer zu fordern ist.

7. Rehabilitationsforschung

7.1 Allgemeine Aspekte der Rehabilitationsforschung:

Für die Entwicklung der Medizin ist es künftig bedeutsam, daß über die Konzepte der Akutversorgung hinausgehend, die Betreuung chronisch Kranker, die Wiedereingliederung in den Alltag (im Berufs- und Privatbereich) sowie die Prävention von Krankheiten systematischer Forschung unterzogen werden. Für die Reha-Kliniken bieten sich gute Ansatzmöglichkeiten, bei diesen Forschungsaufgaben eine zentrale Stellung einzunehmen.

Es gilt dabei, den Prozeß der Rehabilitation in seinen vielfältigen Dimensionen auszuloten (die Erkrankung selbst, die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit und Behinderung, incl. Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen). Die Rehabilitationsträger und alle an der Rehabilitation Beteiligten (Klinikärzte, Hausärzte, interdisziplinäres Reha-Team, Patienten) sind zu motivieren, ihr Wirken einer kritischen, wissenschaftlichen Analyse zu unterziehen. Diese Evaluation und das Bemühen um den Nachweis der Effektivität der Rehabilitationsmaßnahmen ist ein Erfordernis, dem sich die an der Ausübung von Rehabilitation Beteiligten verpflichtet fühlen müssen.

Aus den Detaildarstellungen des vorgelegten Rehabilitationskonzeptes (siehe Teil I) ergeben sich vielfältige Themenstellungen für Forschungsaufgaben in der klinischen Rehabilitationskardiologie.

Der Realisierung von Forschungsarbeit in den Reha-Kliniken müssen die Klinik- und Leistungsträger durch Verbesserung der Organisations- und Stellenpläne Rechnung tragen. Dies gilt sowohl für die Zahl der ärztlichen Mitarbeiter wie auch die Zahl derjenigen, die in den anderen Berufsgruppen tätig sind. Die Verbesserung der Motivation zur Forschungstätigkeit könnte auch durch Verankerung der

Rehabilitation im studentischen Unterricht durch Lehraufträge an Reha-Kliniker gefördert werden. Zur Optimierung der Reha-forschung erscheint in Zukunft außerdem eine überzeugendere, übergeordnete Aufgabenverteilung wichtig, etwa durch Bildung trägerübergreifender Forschungsgemeinschaften oder -institute, z. B. beim VDR.

7.2 Spezielle Aspekte psychologischer Rehabilitationsforschung:

Es besteht ein großer Bedarf an psychologischer Rehabilitationsforschung. Diese Aussage bezieht sich sowohl auf die Erforschung verschiedener Formen des Umgangs mit der Erkrankung während des Rehabilitationsverfahrens als auch der situativen und personellen Bedingungen, die bestimmte Formen der Krankheitsbewältigung begünstigen bzw. behindern. Darüberhinaus ist ungeklärt, welche Form der Krankheitsbewältigung langfristig als positiv bzw. ungünstig bezüglich welchen Kriteriums (Progression der Koronarsklerose, berufliche Re-Integration, Wiederaufnahme gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen, subjektives Befinden) zu beurteilen sind. Es fehlt weiterhin eine systematische Untersuchung der Randbedingungen, welche die psychologische Versorgung unter stationären Bedingungen erschweren bzw. erleichtern; weiterhin fehlen aussagekräftige Evaluationsuntersuchungen psychologischer Maßnahmen.

Außerdem sind Untersuchungen erforderlich, um reliable und valide Maßnahmen zur psychischen Auffälligkeitsdiagnostik bei Herzkranken zu entwickeln, um die für einzelne Patientengruppen, z. B. bypassoperierte vs. klappenoperierte Patienten, spezifische Probleme detailliert zu beschreiben und darauf aufbauend, spezifische therapeutische Interventionsmaßnahmen zu entwickeln.

Schließlich ist es erforderlich, die psychischen Auswirkungen der geplanten Projekte zur ambulanten oder teilstationären Rehabilitation zu untersuchen, zum einen mit dem Ziel, die Patienten zu

identifizieren, die von einer ambulanten oder teilstationären Rehabilitation in psychischer Hinsicht stärker profitieren als von einer stationären Rehabilitation und zum anderen, um diejenigen Patienten zu kennzeichnen, bei denen ambulant oder teilstationär durchgeführte rehabilitative Maßnahmen die erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen sowie Prozesse der Krankheitsverarbeitung ungünstig beeinflussen.

Psychologische Forschung in der kardiologischen Rehabilitation muß kardiologische und soziale Daten miteinbeziehen, d. h. sie erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Planung und Umsetzung.

Anhang:

- Abb. 1 Schematische Darstellung zum Therapieplan in der Rehabilitation von Herz-Kreislaufferkrankungen
- Abb. 2+3 Graphische Darstellung zu den Wochen-Therapie-Plänen kardiologischer Rehabilitation
4. vorgeschlagene Neufassung des AHB-Katalogs für Krankheiten des Kreislaufsystems

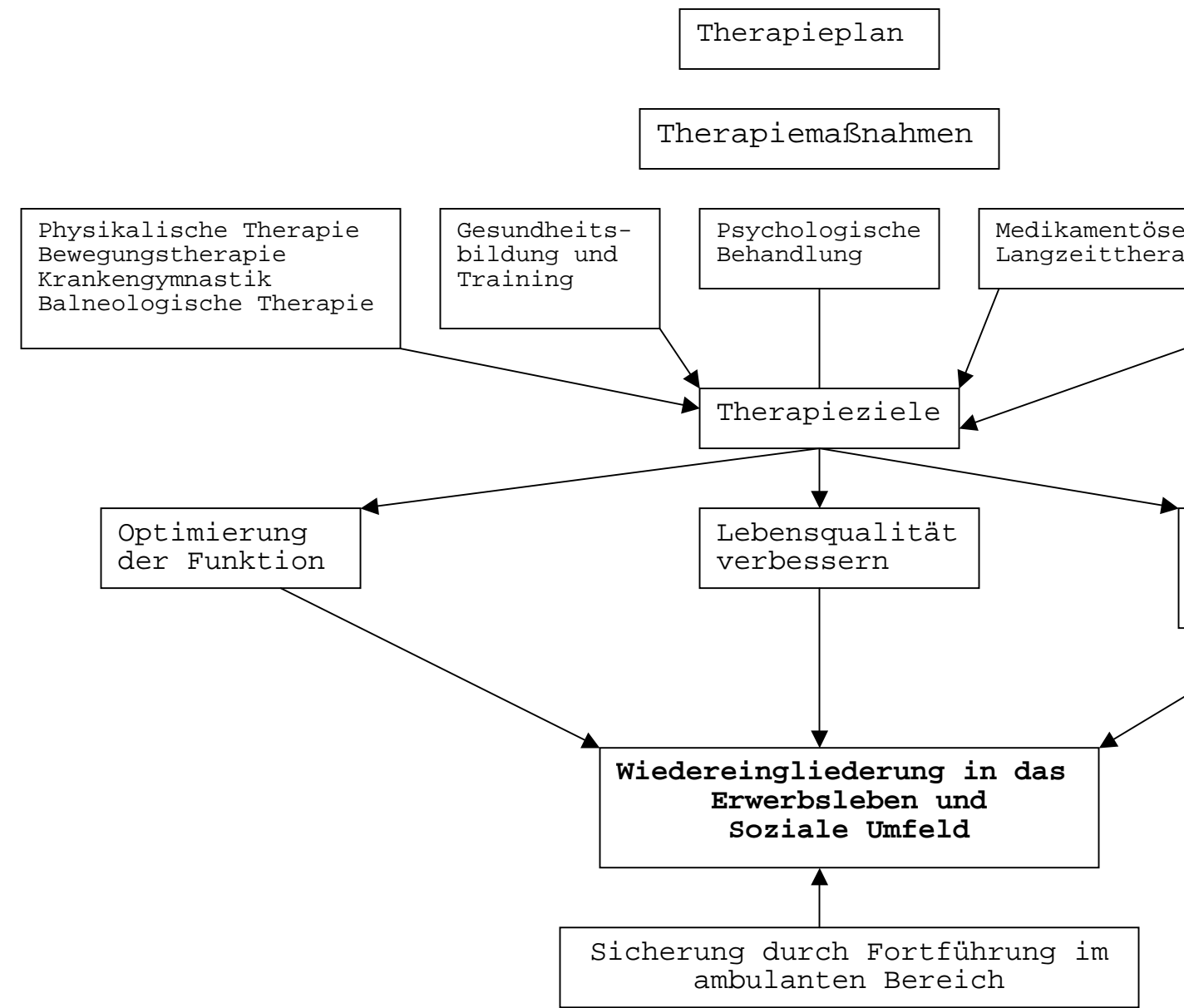


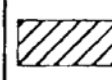


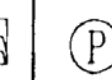
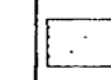


ABBILDUNG 2

							V
Ergometer- Therapie	Terrain- Therapie	Gym- nastik	Gesundh- Bildung	Schwimm- Therapie	psycholog Behandlung	physikal Therapie	Visite

Ergometertherapie:

Stand-Fahrrad, Laufband (periphere Durchblutungsstörungen) - beides monitorüberwacht

Terraintherapie:

ansteigende Intensität über 3-4 Wochen, 10 min bis 2 Stunden, von Therapeuten begleitet

Gymnastik:

bettseitige Gymnastik, Morgenübung, Gruppengymnastik (in der Halle oder im Freien)

Physikalische Therapie:

Massagen, Kneipp, Sauna, Inhalationen, Elektrotherapie, Bestrahlung, medizinische Bäder, Stangerbad

Schwimmtherapie:

nach initialer Schwimmtelemetrie (Funk-EKG-Übertragung)

Gesundheitsbildung:

Gesundheitsinformation, Gesundheitstraining, Sozialberatung











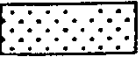
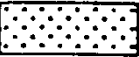

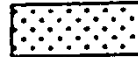
















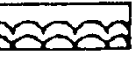

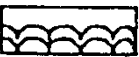












Psychologische Behandlung:

Stressbewältigungstraining, Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Visite:

ein Mal Visite (Chef- oder Oberarzt) und mindestens ein Mal Arztgespräch (Stationsarzt) pro Woche

ABBILDUNG 3

A		Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
		Vor-	 G				
mittag		 V		 V			
M i t t a g s p a u s e							
schwache Gruppe K 50 Watt	Nach-						
	mittag	 G				 G	
B		Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
		Vor-	 	 	 	 	 
starke Gruppe	mittag	 G	 V	 G	 V		
M i t t a g s p a u s e							
100 Watt	Nach-						
	mittag	 G			 G		

Anhang 4:

AHB-Indikationsliste

Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (neue Fassung)

Indikation	Voraussetzung	Kontraindikation
Zustand nach akutem Herzinfarkt u. Re-Infarkt		Schwere kardiale Dekompensation
Zustand nach Herz-Operation	Nach Abschluß der postoperativen Behandlungsphase	
Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris		Begleiterkrankungen, die progredient sind oder keine körperliche Belastung erlauben
Zustand nach PTCA und anderen rekanalisierenden Maßnahmen		
Herzrhythmusstörungen	Therapiebedürftige Herzrhythmusstörungen, deren optimale medikamentöse Beeinflussung im Krankenhaus noch nicht erreicht wurde und/oder wenn eine Langzeitüberwachung unter Alltagsbedingungen erforderlich ist.	
Kardiomyopathie (primäre und sekundäre)		Schwere kardiale Dekompensation. Steht bei einer alkoholtoxischen Kardiomyopathie die Alkoholkrankheit im Vordergrund, kann ein Eilantrag auf Entwöhnungsbehandlung gestellt werden.
Myokarditis, Endokarditis, Perikarditis	Nach dem Akutstadium und bei protrahiertem Verlauf	
Zustand nach Lungenembolie		Schwere respiratorische Insuffizienz
Hypertonie	Organkomplikationen. Besondere Schwierigkeiten bei der medikamentösen Einstellung	Schwere kardiale Dekompensation

Krankheiten der Gefäße

arteriell

Indikation	Voraussetzung	Kontraindikation
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten.	Stadium II und III nach Fontaine	Stadium IV nach Fontaine
Zustand nach Gefäßoperationen (Hirngefäßoperationen s. Indikation 9)	Nach Abschluß der postoperativen Behandlungsphase	

venös

Indikation	Voraussetzung	Kontraindikation
Zustand nach akutem thrombotischen Syndrom im Becken- und Beinvenenbereich mit ausgeprägten peripheren Ödemen		Unteres Cavasyndrom; rezidivierende oberflächliche Thrombophlebitiden. Bei bösartigen Geschwulstkrankheiten und malignen Systemerkrankungen als Grundkrankheit s. Indikationsgruppe 10
Zustand nach Operationen am venösen System	Nur bei kompliziertem Verlauf	

