

MBOR in der Kardiologie

Dr. med. Franz van Erckelens
REHA-Zentrum Gernsbach



MEDICLIN 
POST-COVID-REHA

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

- Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung
- Stand: 30. Oktober 2019

Bisherige Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden BBPL aufweisen und damit für die MBOR-Stufe B in Frage kommen. Dieser Anteil variiert je nach Indikationsbereich. In der Neurologie und der Psychosomatik weist fast jede(r) Zweite BBPL auf. Geringer fällt die Quote in der Orthopädie mit ca. 30 % aus.² Noch etwas geringer wird der Bedarf bei internistischen Erkrankungen vermutet. Weitere Unterschiede existieren hinsichtlich der regionalen Arbeitsmarktlage und des Berufsbildes. Besonders hoch ist der Anteil an BBPL in Regionen mit schlechtem Arbeitsmarkt sowie in Berufen mit hoher körperlicher Beanspruchung. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit einer BBPL mit sinkendem Bildungsniveau zunimmt.

BBPL

- Problematische sozialmedizinische Verläufe
- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Arbeitslosigkeit
- Negative berufliche Prognose
- Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können
- Aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderungen

- Problematische sozialmedizinische Verläufe
- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Arbeitslosigkeit
- Negative berufliche Prognose
- Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können
- Aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderungen

- Die MBOR ist nur dann effektiv, wenn die richtige Zielgruppe erreicht wird, wenn die MBOR ausreichend intensiv ist und seitens der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als „roter Faden“ in der Durchführung wahrgenommen wird.
- Bisherige Studien konnten die Effektivität der MBOR in der orthopädischen, mit Einschränkungen auch in der psychosomatischen und kardiologischen Rehabilitation belegen.

**S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation
(LL-KardReha)
im deutschsprachigen Raum Europas
Deutschland, Österreich, Schweiz
(D-A-CH)**

Langversion – Teil 1

Version 1.0 (07.01.2020)

AWMF-Registernummer: 133-001

publiziert bei:

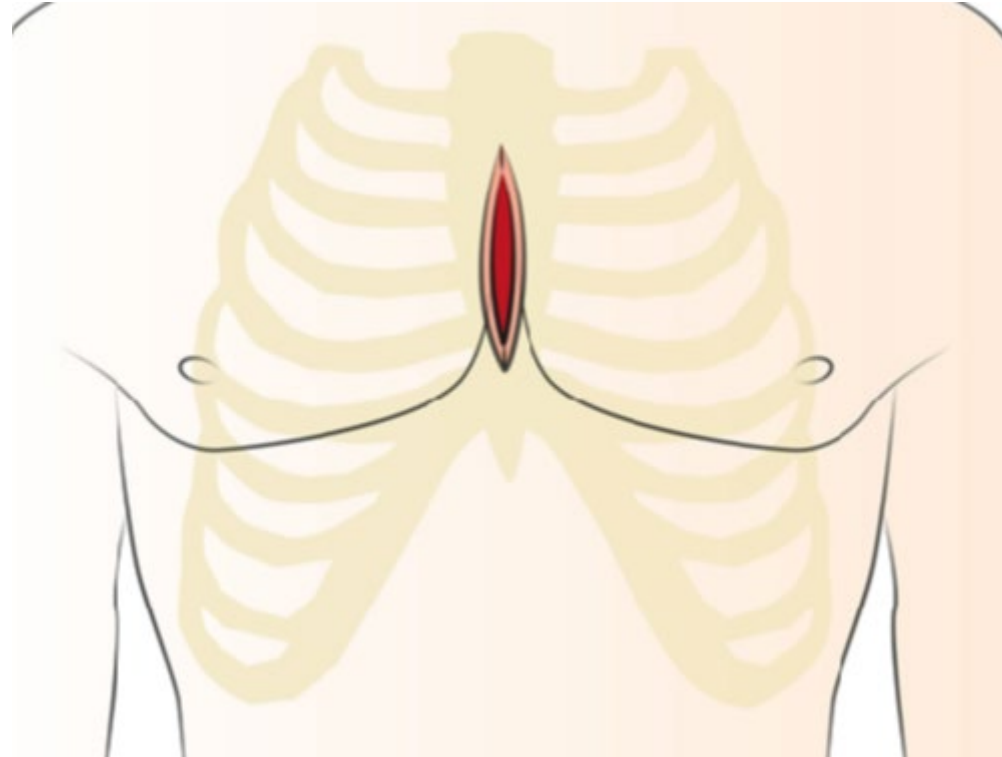


9.2 Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Empfehlungen zur Durchführung einer MBOR	Empfehlungsstärke Konsens
<p>Die Durchführung einer MBOR sollte bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen geprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none">- Arbeitsunfähigkeit bei Reha-Beginn und- absehbare oder manifeste Probleme bei der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Entlassung aus der kardiologischen Rehabilitation	<p style="text-align: center;">↑ 100 %</p>
<p>Unter folgenden Bedingungen soll eine MBOR nicht durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none">- nach kürzlicher Bypass- bzw. Herzklappenoperation,- bei schwerer limitierender Begleiterkrankung (z. B. bei Paresen oder bei periph. arterieller Verschlusskrankheit Stadium III, IV)- bei einer ergometrischen Belastbarkeit < 75 Watt (138).	<p style="text-align: center;">↓↓ 100 %</p>
Empfehlungsstärke nach AWMF; Konsens (%) der beteiligten Fachgesellschaften; (Kap. 1.11.6 u. 1.11.10, LL-KardReha Langfassung)	

Warum fallen Patienten in der Kardiologie manchmal nicht unter die MBOR-Kriterien?

- Nach aortokoronarer Bypass-Operation
- Nach Herzklappenersatz mit Thorakotomie
- Nach interventioneller Revaskularisation mit inkompletter Versorgung
- Bei entzündlichen Herzerkrankungen
- Bei dekompensierter Herzinsuffizienz
- Versorgung mit Life-Vest im Intervall vor Entscheidung über definitive ICD-Versorgung



Warum fallen Patienten in der Kardiologie manchmal nicht unter die MBOR-Kriterien?

- Nach aortokoronarer Bypass-Operation
- Nach Herzklappenersatz mit Thorakotomie
- Nach interventioneller Revaskularisation mit inkompletter Versorgung
- Bei entzündlichen Herzerkrankungen
- Bei dekompensierter Herzinsuffizienz
- Versorgung mit Life-Vest im Intervall vor Entscheidung über definitive ICD-Versorgung



Warum fallen Patienten in der Kardiologie manchmal nicht unter die MBOR-Kriterien?

- Wundheilungsstörungen
- Ausgeprägte Anämie
- Relevanter Perikarderguss
- Begleiterkrankungen, die exazerbieren
- Relevanter Pleuraerguss
- COVID – Folgeerkrankungen
- Schwierige Gerinnungseinstellung
- ?

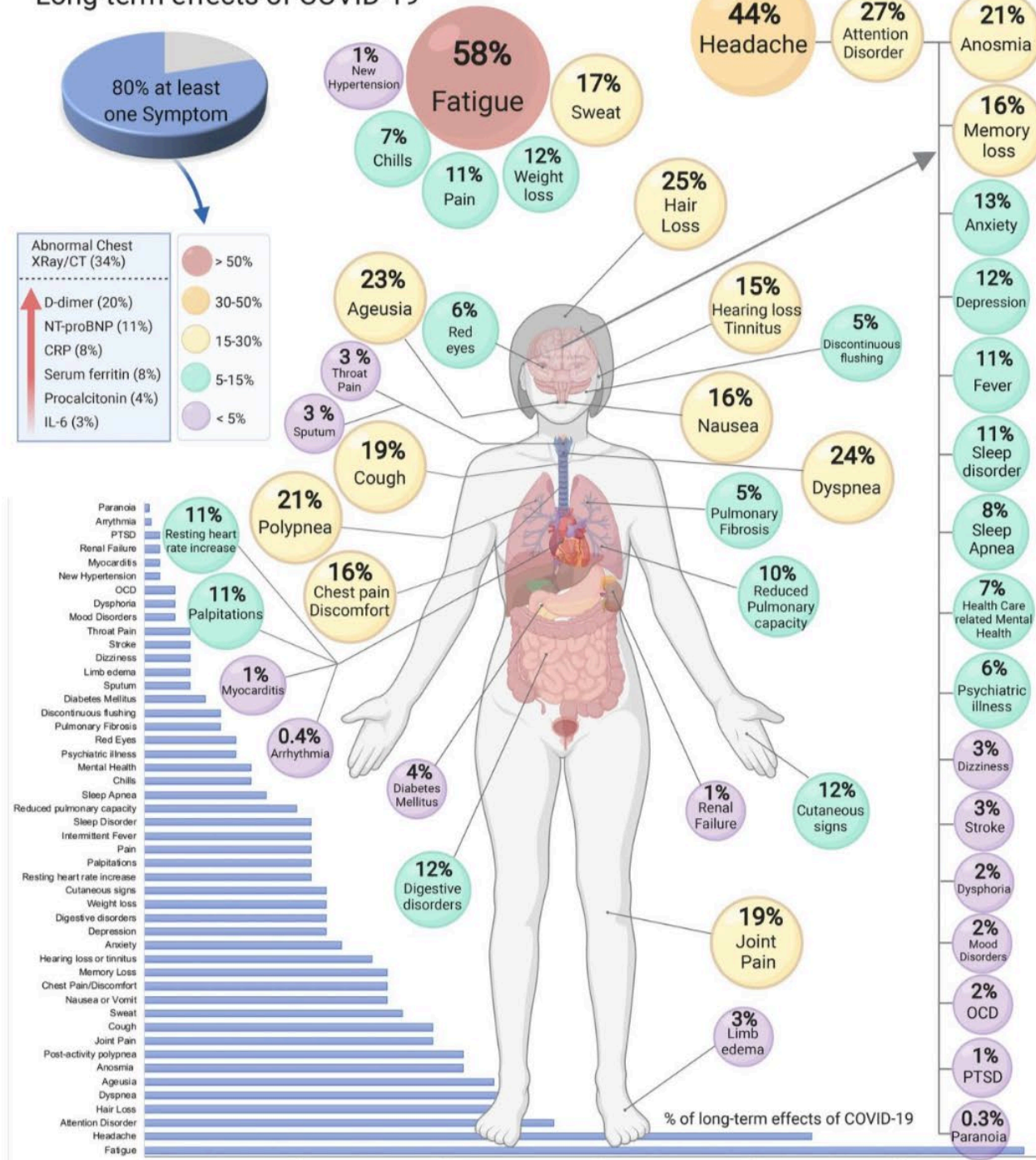
„Riesenproblem“ Long Covid? So schätzen Wirtschaft und Krankenhäuser die Lage ein

- Versicherungen melden Zehntausende Fälle von Long-Covid-Patienten.
- Der Gesundheitsminister schlägt Alarm – er fürchtet eine Überlastung der Krankenhäuser und viele fehlende Arbeitskräfte.
- Impfung schützt in gewissem Grade vor Long Covid, aber
- nach Reinfektion kann auch bei Geimpften ein Long Covid Syndrom auftreten

Long/Post-Covid

- Körperliche Leistungsminderung
- Konzentrationsstörungen ("brain fog")
- Kopfschmerzen
- Störungen des Geruchssinns
- Schwindel
- Herzstolpern/-klopfen
- Brust- oder Magenschmerzen
- Kurzatmigkeit
- Husten
- Gelenks- oder Muskelschmerzen
- Kribbeln/Parästhesien
- Depression oder Angst
- Verschlechterung der Symptome nach Anstrengung
- Hautausschläge

Long-term effects of COVID-19



Long COVID and post-infective fatigue syndrome – a review

Article in *Open Forum Infectious Diseases* - September 2021

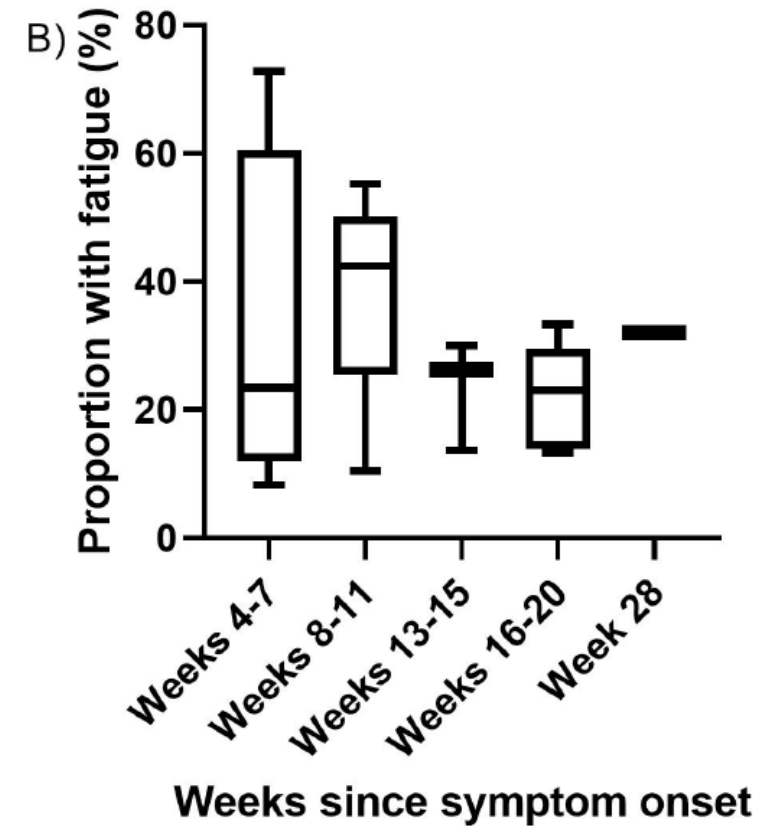
DOI: [10.1093/ofid/ofab440](https://doi.org/10.1093/ofid/ofab440)

Carolina X. Sandler PhD¹, Vegard B.B. Wyller PhD², Rona Moss-Morris PhD³, Dedra Buchwald PhD⁴,

Esther Crawley PhD⁵, Jeannine Hautvast PhD⁶, Ben Z Katz⁷, Hans Knoop⁸ PhD, Paul Little⁹, Renee

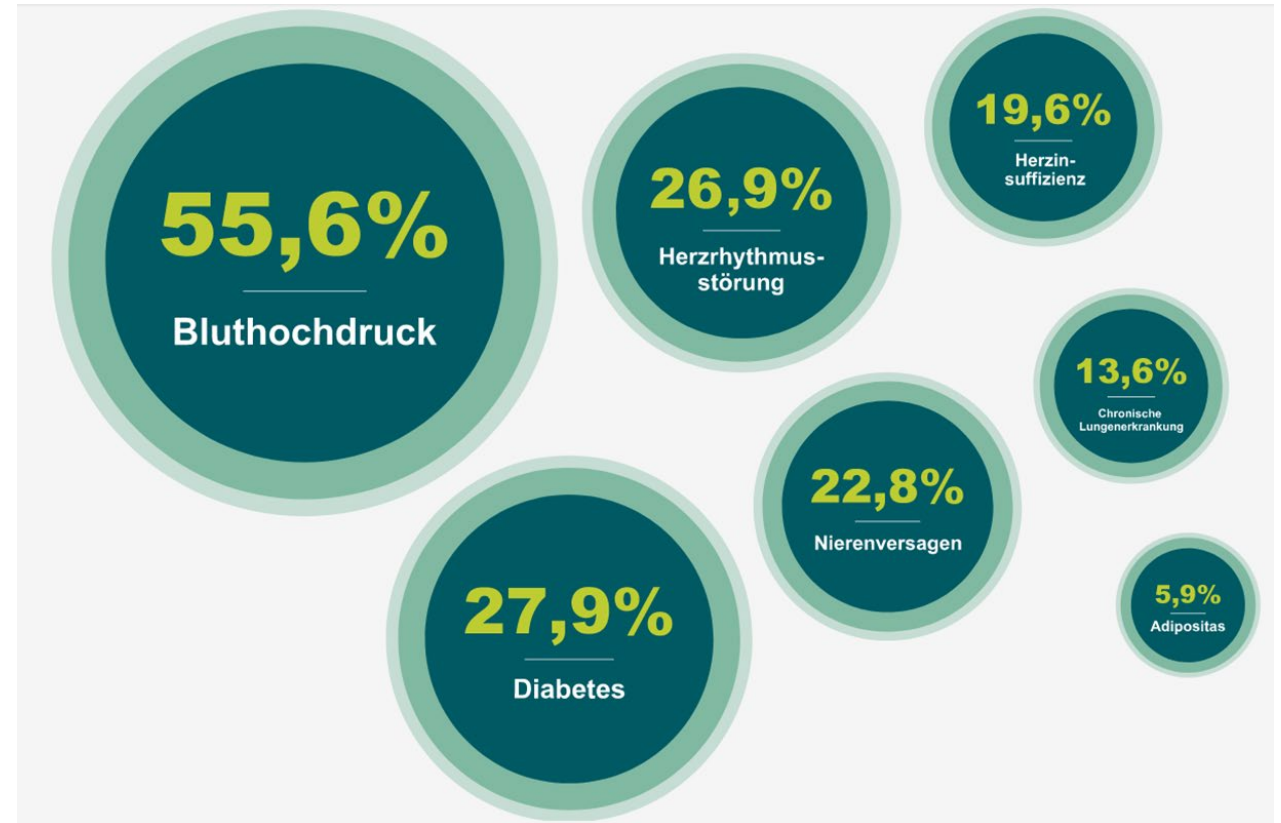
Taylor PhD¹⁰, Knut-Arne Wensaas PhD¹¹, and Andrew R. Lloyd PhD¹.

When the rates of fatigue were recalculated using the more inclusive denominator, the median rates were:
23% at 4-7, 42% at 8-11 weeks,
26% at 12-15 weeks,
23% between weeks 16–20 weeks, and
32% at 28-weeks from symptom onset .



Anteil der Patienten mit Begleiterkrankungen, die in Deutschland aufgrund von Covid-19 ins Krankenhaus eingeliefert wurden

- Schwerere Verläufe
- Verlängerte Hospitation
- Verschlimmerung der Grunderkrankung
- Residualschäden
- Verzögerte Rekonvaleszenz
- Verspäteter Wiedereintritt ins Berufsleben



Karagiannidis C et al., Lancet Respir Med 2020; 8: 853-862

Fallbeispiel

Krankenschwester der Intensivstation einer Klinik der Maximalversorgung, 41 Jahre, 2 Kinder (alleinerziehend), Covid-19 Infektion mit positivem PCR Test (1/21). Zunächst milder Verlauf, keine stationäre Behandlung. Wiederaufnahme der Berufstätigkeit mit starker Ermüdung, Erschöpfung (3/21), Dekompensation mit AU Meldung, nochmaliger Arbeitsversuch (7/21) nach 4 Monaten abgebrochen.

Vorerkrankung: Adipositas, Bandscheibenvorfall L5/S1, keine Medikamente

Befund: BMI=37; EKG und RR: o.B., Labor: o.B., Sauerstoffsättigung 94% in Ruhe und nach 6 min Gehstest, neurologisch: fehlender ASR rechts sonst opB, Motivation: leistungsorientiert

Zusatzbefunde: pathologische Werte bei Daueraufmerksamkeit und geteilter Aufmerksamkeit, keine „Demenz“
LuFu: opB, Abbruch bei 75 Watt Belastung

Frage: Wiedereingliederung in den Beruf

MediClin Leitfaden für die Mindestanforderungen für die sozialmedizinische Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit aufgrund eines Post Covid Syndroms

1. Die Covid-Diagnose muss labortechnisch eindeutig gesichert sein.
2. Somatische und psychosomatische Komorbiditäten sollen differentialdiagnostisch ausführlich bedacht und soweit wie möglich ausgeschlossen werden.
3. Zwischen dem Auftreten der PC Symptome und der Feststellung einer EM muss ein ausreichend langer Zeitraum vergangen sein (in der Regel mindestens 1 Jahr, ggf. §51)
4. In diesem Zeitraum darf keine signifikante Tendenz der Besserung der Kernsymptome (z.B. Fatigue) erkennbar sein.
5. In der stationären Rehabilitation zeigt sich ebenfalls keine signifikante Tendenz der Besserung zwischen Aufnahme und Entlassung.
6. Diese muss durch geeignete Assessmentsysteme dokumentiert werden, z.B. bei CFS Erfüllung der Kanadischen-Kriterien zu Beginn und Ende der Rehabilitation, bei anderen Post-Covid- Symptomen sollen andere symptomfokussierte Tests angewendet werden.
7. Zusätzlich sollte zum Ende der Reha der ICF Status erfasst werden als Datengrundlage der sozialmedizinischen Begutachtung, z.B. durch den Mini-ICF.
8. Patienten, die aufgrund eines PC-Syndroms als erwerbsunfähig eingestuft werden sollen, sollen dem Covid-Expertenbord vorgestellt werden.
9. Die Entscheidung fußt letztlich auf der ärztlichen Expertise und bezieht immer die beruflichen und ggf. sozialen Kontextfaktoren der betroffenen Patienten ein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

MEDICLIN 