

5 / 2010



Reha-Newsletter

**der Deutschen Gesellschaft für Prävention und
Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen
(DGPR)**

Herz-Kreislauferkrankungen

ISSN 1865-9241

Herausgeber:
Ausschuss Interdisziplinär der DGPR
Friedrich-Ebert-Ring 38
56068 Koblenz
Tel. 0261 309231

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Ausschuß Interdisziplinär hat sich in diesem Jahr neu formiert. Einige langjährige Mitglieder sind ausgeschieden und neue sind berufen worden. An dieser Stelle sei den ausgeschiedenen Mitgliedern noch einmal herzlich für Ihre wertvolle Arbeit gedankt. Die neu zusammengesetzte Gruppe wird sich mit gleichem Enthusiasmus und Eifer bemühen, die erfolgreiche Arbeit weiterzuführen. Auch wollen wir den mittlerweile schon traditionellen „Reha-Newsletter Herz-Kreislaufkrankungen“ in gewohnter Weise mit einer jährlichen Ausgabe fortsetzen.

Im Mittelpunkt der kurativen Behandlung steht die Diagnose mit dem Ziel der Heilung, der Remission und der Vermeidung von Verschlimmerung. Die Rehabilitation beschäftigt sich über die klinische Manifestation hinaus auch mit den bio-psycho-sozialen Aspekten, die mit den Begriffen der ICF beschrieben sind. Der Blickwinkel verschiebt sich von der Krankheit auf Aktivität und Teilhabe, das heißt auf die Auswirkungen der Krankheiten (= die resultierende Behinderung). Die "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Zwei sehr interessante Themenbeiträge informieren Sie über das vernetzte Modell der ICF und deren mögliche Anwendung in der kardiologischen Rehabilitation.

Der zweite Themenschwerpunkt unseres Newsletters kommt aus dem Fachgebiet der Psychologie. Schon seit Jahrzehnten beschäftigt sich die Wissenschaft damit, dass bestimmte Persönlichkeitstypen zu bestimmten Krankheiten neigen. Uns allen bekannt war die Typ A-Persönlichkeit. Was hat es nun aber auf sich mit der Typ D-Persönlichkeit? Ich freue mich, dass mit Prof. Gesine Grande eine ausgewiesene Expertin auf diesem Gebiet, Ihnen die neuesten Forschungsergebnisse anschaulich und interessant präsentiert.

Das vielleicht Besondere an diesem Newsletter ist auch, dass sämtliche Beiträge diesmal von nichtärztlichen Kolleginnen und Kollegen in der vor allem ärztlich geprägten Fachgesellschaft geschrieben wurden. Wir möchten damit einmal mehr die Wichtigkeit des interdisziplinären Rehateams mit der Vielfalt an Berufsgruppen, die in der kardiologischen Rehabilitation zusammenarbeiten unterstreichen und wünschen uns, vor allem in den nichtärztlichen Bereichen ein steigendes Interesse an der Mitarbeit in unserer Fachgesellschaft.

Ich wünsche Ihnen eine schöne Adventszeit und ein besinnliches Weihnachtsfest

Ihre

Dr. med. Christa Bongarth
Mitglied Ausschuss Interdisziplinär und Mitglied des Präsidiums der DGPR

Themenbeitrag

ICF in der kardiologischen Rehabilitation – Herausforderung und Chance für das interdisziplinäre Team

Thomas Scheld

Rehabilitationskliniken müssen sich zukünftig mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2005) auseinandersetzen, denn im Rahmen der gesetzlich geforderten Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements stellt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) an die Therapiekonzeption besondere Kriterien: Das Konzept muss u. a. interdisziplinär, auf der ICF basierend und teilhabeorientiert sein (BAR 2009).

Mehr noch als in anderen medizinischen Fachbereichen, z. B. der Orthopädie oder Neurologie, ist diese Auseinandersetzung mit der ICF in der kardiologischen Rehabilitation eine besondere Herausforderung. Denn oft liegt eine nicht sichtbare, aber dennoch starke Beeinträchtigung einer oder mehrerer Körperfunktionen, vor (z. B. Bluthochdruck, Insulinresistenz, geringe körperliche Leistungsfähigkeit). Diese bedrohen vielleicht noch nicht akut, aber mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft die Teilhabe der Patienten an ihrem privaten, gesellschaftlichen und beruflichen Leben. Aufgrund der zunächst fehlenden Einschränkung von Aktivitäten und Teilhabe bei zahlreichen Erkrankungen in der kardiologischen Rehabilitation, wird eine ausschließlich an der Teilhabe orientierte Rehabilitation zu Recht kritisch bewertet (Karoff et al 2007).

Dennoch bietet eine Beschäftigung mit der ICF dem interdisziplinären Team auch Chancen.

Exkurs ICF

Mit der Verabschiedung der ICF im Mai 2001 verfolgt die WHO einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen: Von einem rein biologisch-defizitorientierten, hin zu einem biopsychosozialen, ressourcenorientierten Verständnis von Krankheit mit dem zentralen Begriff der *Funktionalen Gesundheit*.

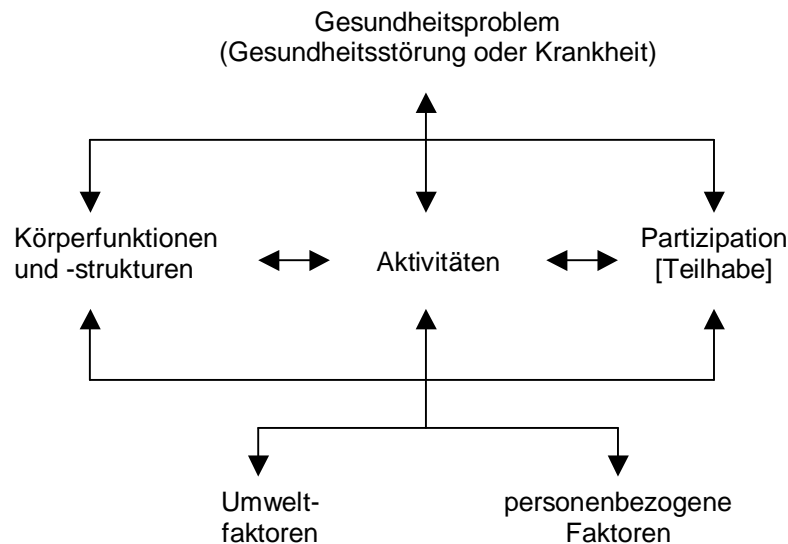


Abb. 1
Klassifikation
zwischen
Komponenten
2005, S.23)

Wechselwirkungen
den
der ICF (WHO

Die ICF versteht hierunter, unter Berücksichtigung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, die Wechselwirkung einzelner Komponenten von Gesundheit. Dazu zählen die Körperfunktionen und -strukturen sowie die Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] (s. Abb. 1). Anders als beim Vorläufer der ICF, der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH), die von einem Krankheitsfolgemodell mit den grundlegenden Aspekten Schädigung → Fähigkeitsstörung → (soziale) Beeinträchtigung ausging und Kontextfaktoren unberücksichtigt ließ, handelt es sich hierbei also um ein „vernetztes“ Modell, in dem sich die Komponenten von Gesundheit gegenseitig beeinflussen.

Eine Person ist *funktional* gesund, wenn unter Berücksichtigung des persönlichen Lebenshintergrunds (Konzept der Kontextfaktoren):

- ihre Körperfunktionen, einschließlich der mentalen Funktionen, und die Strukturen des Körpers denen eines Gesunden entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen),
- sie all das tun (Konzept der Aktivitäten) kann und
- sie ihr Dasein in allen wichtigen Lebensbereichen so entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe]) (WHO 2005).

Gestörte bzw. beeinträchtigte Körperfunktionen und -strukturen, beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe führen ggf. zu einem Gesundheitsproblem, das in der Regel ICD-10 codiert wird.

Aufgaben und Ziele der kardiologischen Rehabilitation

Grundsätzlich zielt eine ICF-basierte und teilhabeorientierte Therapieplanung darauf ab, reversible gestörte Körperfunktionen und -strukturen zu regenerieren bzw. wiederherzustellen, nicht reversible gestörte Funktionen und Strukturen zu kompensieren, beeinträchtigte Aktivitäten zu reduzieren sowie Förderfaktoren zu stärken und Barrieren abzubauen, um somit die Teilhabe des Patienten in seinen wichtigen Lebensbereichen mittel- und langfristig zu ermöglichen.

Aufgrund der Besonderheit vieler kardiologischer Erkrankungen muss die Verbesserung der beeinträchtigten körperlichen und mentalen (kognitiven, affektiven) Funktionsfähigkeit die erste zentrale Aufgabe der kardiologischen Rehabilitation sein – selbst wenn Aktivitäten und Teilhabe in wichtigen Lebensbereichen akut noch nicht beeinträchtigt erscheinen (vgl. Korsukéwitz et al. 2007).

Für die langfristige Aufrechterhaltung der *funktionalen* Gesundheit, und damit auch der Teilhabe der Patienten in den für ihn bedeutenden Lebensbereichen, ist und bleibt die Sekundär- bzw. Tertiärprävention von entscheidender Bedeutung (Karoff et al 2007). Die Vorbereitung und Einleitung eines präventiv wirksamen Lebensstils und die Reduktion des individuellen Risikoprofils des Patienten ist daher die zweite zentrale Aufgabe der kardiologischen Rehabilitation.

Vor diesem Hintergrund hatte sich in der kardiologischen Rehabilitation schon vor der Einführung der ICF ein bio-psycho-sozialer und ressourcenorientierter Ansatz mit folgenden Elementen bewährt (Karoff et al. 2007):

- Somatische Elemente (Training, medizinische Überwachung, medikamentöse Therapie),
- edukative Elemente (Handlungskompetenz, Wissen, Einstellung) und
- psycho - soziale Elemente (Krankheitsbewältigung, Stressmanagement, Motivation, berufliche und soziale Integration).

Im Rahmen einer solchen mehrdimensionalen Therapiekonzeption lassen sich ICF-basierte Teilziele ableiten, wobei mit der Auswahl und der Zuordnung der ICF-Kategorien zu den einzelnen Elementen der kardiologischen Rehabilitation durchaus einrichtungsspezifische Besonderheiten deutlich werden können.

ICF-basierte Ziele im somatischen Bereich

Körperliche Funktionen, die den Krankheitsverlauf bzw. das Gesundheitsproblem positiv beeinflussen, müssen verbessert werden. Hierzu zählen insbesondere die Funktionen des kardiovaskulären und des Atmungssystems, wie z. B. die Herzfunktionen (b410), die Atmungsfunktionen (b440), Funktionen des Blutdrucks (b420), der kardiorespiratorischen Belastbarkeit (b455) und die mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen / Angina Pectoris (b460). Die medikamentöse Optimierung der Gerinnungsfunktionen (b4303) gehört zu dieser Zielkategorie ebenso wie die Funktionen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems, z. B. der Kohlenhydrat- (b5401) und Fett-Stoffwechsel (b5402) bzw. die Funktionen, die der Aufrechterhaltung des Körpergewichtes bzw. eines angemessenen BMI dienen (b530). Nicht zuletzt müssen Funktionen des bewegungsbezogenen Systems, die Muskelkraft (b730) und Muskelausdauer (b740) und nach invasiven Eingriffen die Wundheilung (b820), Rücken- (b28013) und Brustschmerzen (b28011) berücksichtigt werden.

Bei schlecht belastbaren Patienten steht möglicherweise das Wiedererlangen körperlicher Aktivitäten, die grundsätzliche Voraussetzung für Mobilität und Selbstversorgung in häuslicher Umgebung sind, im Vordergrund. Geübt werden muss z. B.: Das Wechseln der Körperpositionen (d410), das Gehen kurzer Entfernungen (d4500) und im häuslichen Bereich (d4600) oder das Treppensteigen (d4551).

In Bezug auf Umweltfaktoren muss in diesem Zusammenhang ggf. der Bedarf an Hilfsprodukten und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport ermittelt werden, z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl (e1201).

Für besser belastbare Patienten ist die Steigerung der körperlichen Aktivität und ein aktiver Lebensstil mit Training und Bewegung ein bedeutendes Ziel. Bekannter Weise eignen sich hierfür besonders forsches Gehen langer Strecken (d4501), Laufen (d4552), Fahrradfahren (d4750), Schwimmen (d4554) und andere sportliche Betätigungen in der Freizeit (d9201).

ICF-basierte Ziele im edukativen Bereich

Dem Patienten müssen verhaltensbezogene Aktivitäten vermittelt werden, die nachweislich dazu beitragen den Krankheitsverlauf bzw. das Gesundheitsproblem langfristig günstig zu beeinflussen. Voraussetzung hierfür ist das Lernen und die Wissensanwendung bzgl. der Erkrankung und Möglichkeiten der Risikoreduktion (d198). Patienten müssen dazu befähigt werden, auf ihre Gesundheit achten zu können (d570), insbesondere, wie Ernährung und Fitness gehandhabt werden sollten (d5701).

Bei Bedarf müssen auch Schulungen von Aktivitäten stattfinden, die die gesunde Selbstversorgung im häuslichen Leben sicherstellen, wie z. B. Einkaufen (d620) und Mahlzeiten vorbereiten (d630).

Bei stark beeinträchtigten Patienten können auch die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens - sich waschen (d510), die Toilette benutzen (d530), sich kleiden (d540), eventuell auch essen (d550) und trinken (d560) - ein wichtiges Thema sein, dass ein spezielles Training und / oder Schulungen, ggf. unter Einbezug der Angehörigen, erfordert.

ICF-basierte Ziele im psycho-sozialen Bereich

Psychische Funktionen, die den Krankheitsverlauf bzw. das Gesundheitsproblem günstig beeinflussen, müssen reguliert werden, z. B.: Die Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes (b130). Bei Rauchern muss der Drang nach Nikotin reduziert werden (b1303).

Psycho-soziale Aktivitäten, die sich positiv auf den Krankheitsverlauf bzw. das Gesundheitsproblem auswirken, müssen dabei unterstützt werden, mit Stress (d240) und anderen psychischen Anforderungen um zugehen, z. B. bei der Krankheitsbewältigung (d2402). Interpersonellen Beziehungen, insbesondere Familienbeziehungen (d760) und Beziehungen des Gemeinschafts- und sozialen Lebens in der Freizeit und bei der Erholung (d750) müssen thematisiert. Bei Berufstätigen muss die Situation bzgl. Arbeit und Beschäftigung (d840, d845, d850) beleuchtet werden.

Zur Planung der Nachsorge gehören natürlich die Weiterbehandlung und weiterführende Therapien (e355) ebenso wie die Information und über Möglichkeiten der Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen in speziellen Programmen (z. B. IRENA) und Vermittlung von Herzsportgruppen (e580). Um einen aktiven Lebensstil auch dauerhaft aufrecht erhalten zu können, müssen mögliche Unterstützungen durch Familie (e310), Freunde (e320) und Gleichgesinnte (e325) thematisiert werden. Darüber hin-

aus sollen Patienten während der Rehabilitation wichtige Informationen über die Möglichkeiten sozialer Unterstützung (e575) und des Arbeits- und Beschäftigungswesens (e590) erhalten.

Erlaubt die körperliche und mentale Verfassung bei Entlassung, trotz Unterstützung durch Familienangehörige (e310), keine Selbständigkeit, sind Überlegungen zur Unterstützung durch Pflegedienste und / oder Haushaltshilfen (e340), eventuell auch durch Sozialberater und Sozialarbeiter (e360) anzustellen.

Personenbezogenen Kontextfaktoren, wie z. B. ethnische Zugehörigkeit, Gewohnheiten, sozialer Hintergrund, Bildung, Ausbildung und Beruf etc, die den speziellen Lebenshintergrund des Patienten beschreiben, werden nicht klassifiziert und codiert (WHO 2005, S. 22). Auch wenn sie nicht direkt ein Teil des Gesundheitsproblems darstellen, aber einen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis haben könnten, sollen diese in einer ICF-basierten und teilhabeorientierten Therapieplanung explizit berücksichtigt werden.

Fazit

Ein im oben beschriebenen Kontext entwickelter und mit Zielformulierungen verknüpfter, einrichtungsspezifischer Core-Set¹ bietet dem interdisziplinären Team eine Plattform mit einer gemeinsamen Sprache und Begrifflichkeit. Die einzelnen Berufsgruppen können auf dieser Grundlage und entsprechend ihrer Kernkompetenzen ihre Teilziele ableiten, Inhalte und Methoden ihrer verschiedenen therapeutischen Maßnahmen in einem gemeinsamen Kontext beschreiben. Eine solche Konzeption ermöglicht es, systematisch Schnittstellen zu erkennen und alle Maßnahmen, inklusive Test- und Assessmentinstrumente, Verlaufs- und Ergebnisevaluation und –dokumentation, aufeinander abzustimmen (s. auch Beitrag: „Arbeitshilfen zur praktischen Umsetzung der ICF“). Eine solche ICF-basierte Konzeption genügt nicht nur den Ansprüchen des Qualitätsmanagements, sie kann darüber hinaus dem interdisziplinären Team in der Kardiologischen Rehabilitation auch nützlich sein.

Literatur beim Verfasser

Dr. Sportwiss. Thomas Scheld ist Leiter der Therapieabteilung der Eifelhöhenkliniken in Nettersheim-Marmagen. Herr Dr. Scheld gehört dem Ausschuß Interdisziplinär der DGPR an.

¹ Core-Sets reduzieren indikationsspezifisch die über 1400 Items der ICF auf ein anwendbares Maß

Die praktische Umsetzung der ICF

Sabine George

Wie im Artikel „ICF in der kardiologischen Rehabilitation“ beschrieben, stehen Rehakliniken zunehmend vor der Herausforderung, die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) praktisch umzusetzen. In diesem Beitrag werden einige Gedanken zur konkreten Umsetzung und praktische Arbeitshilfen (Broschüren, Core Sets und Homepages/Kontaktmöglichkeiten) vorgestellt.

Die ICF praktisch anwenden – was heißt das konkret?

Erfahrungsberichte zur Einführung der ICF in die Kardiologische Rehabilitation liegen meines Wissens derzeit nicht vor, was jedoch nicht heißt, dass die ICF in diesem Fachgebiet nicht anwendbar wäre. Im Gegenteil: Sowohl für die Akutbehandlung als auch für die Rehabilitation von kardiopulmonalen und kardiovaskulären Erkrankungen und typischen Begleiterkrankungen wurden bisher beispielsweise bereits deutlich mehr ICF Core Sets (s. unten) entwickelt als etwa für die Psychiatrie/Psychosomatik oder Neurologie. Allerdings stammt die bisher ausführlichste Dokumentation zur praktischen Einführung der ICF im deutschsprachigen Raum aus der Neurorehabilitation im Kantonsspital Luzern (Rentsch & Bucher 2005), weshalb sie hier kurz beispielhaft vorgestellt werden soll. In Luzern erfolgte die Implementierung der ICF schrittweise im Rahmen mehrerer Projekte (s. Tab. 1):

Tab. 1: Übersicht der Projekte zur Einführung der ICF im Kantonsspital Luzern (nach Rentsch & Bucher 2005, S. 304)

1997-1998	Vorprojekte; Konstituierung einer ICF-Projektgruppe; Kaderschulung
1999-2002	Neugestaltung der Rehabilitationsbesprechungen nach ICF (Entwicklung von multidisziplinärem/übergreifendem „Grundraster“ und „Fachrastern“ für jede der beteiligten Berufsgruppen)
1999	Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Konzepts zur Domizilorientierten Rehabilitation (teilhabe-orientiert)
2003-2005	Gestaltung des ICF-Zielsetzungsprozesses (Entwicklung und Umsetzung von Zielkategorien auf Partizipationsebene und auf Fachbereichsebene)
2004	Entwicklung eines interdisziplinären Entlassungsberichts nach ICF

Diese Übersicht zeigt, dass die Einführung der ICF ins Rehabilitationsteam sicher einige Zeit in Anspruch nimmt – auch wenn sie heutzutage etwas rascher möglich sein dürfte, weil inzwischen Berichte wie der von Rentsch und Bucher (2005) und vielfältige weitere Arbeitshilfen (s. unten) vorliegen, die als Anhaltspunkte für eigene Ziele und Implementierungsprojekte genutzt werden können.

Grundsätzlich bedeutet die praktische Umsetzung der ICF in einer Rehabilitationsklinik, dass das Rehabilitationskonzept ggf. der ICF angepasst werden muss. Erfahrungsgemäß ist die Ernennung eines/einer ICF-Beauftragten und die Schulung mehrerer Teammitglieder und der Abteilungsleitungen vor Beginn der Implementie-

rungsmaßnahmen hilfreich. Denn es werden am besten von Anfang an alle Berufsgruppen des Reha-Teams einbezogen. Die Berücksichtigung von Grundsätzen des Change Management (CM) – insbesondere der sorgfältigen Vorbereitung und Planung von Veränderungen inkl. der Herstellung eines Veränderungsbedürfnisses bei allen Teammitgliedern – kann die Einführung der ICF wahrscheinlich ebenfalls unterstützen (vgl. Appleby & Tempest 2006; für nähere Informationen zum CM vgl. z.B. www.umsetzungsberatung.de).

Wie beginnen?

Um einen Einstieg in die Arbeit mit der ICF zu finden, kann man beispielsweise zunächst folgende Bereiche in Bezug auf ihre Kompatibilität mit dem biopsychosozialen Modell und den Domänen der ICF sowie dem Leitgedanken der Teilhabe-Orientierung anhand einiger Leitfragen überprüfen und bei Bedarf anpassen:

- **Assessment (Diagnostik und Befunderhebung).** Leitfragen: Sind alle Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und subjektiv wichtigen Lebensbereiche und alle personenbezogenen Kontextfaktoren und Umweltfaktoren durch das aktuelle multidisziplinäre Assessment abgedeckt? Welche Berufsgruppe führt welche Befunde durch, wo gibt es ggf. Schnittstellen und wie können die erhobenen Befunde nach der ICF strukturiert werden?
- **Zielsetzungen für die Rehabilitation und für die einzelnen Therapiebereiche; Rehabilitations- und Therapieplanung.** Leitfragen: Sind die Ziele in den Bereichen Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitäten sowie ggf. in Bezug auf die Kontextfaktoren so ausgerichtet, dass sie zur Erreichung von Partizipationszielen beitragen? Wird die Teilhabe (Partizipation) an für den einzelnen Rehabilitanden wichtigen Lebensbereichen bereits ausreichend berücksichtigt (**Individualität**)?
- **Verlaufs- und Ergebnisevaluation; Dokumentation.** Leitfragen: Werden bei der Verlaufsevaluation und -dokumentation – z.B. auch im Rahmen multidisziplinärer Besprechungen – die verschiedenen Komponenten der ICF und die Erreichung von Partizipationszielen ausreichend berücksichtigt? Ist die Dokumentation (Abschlussberichte, Arztbriefschreibung) den Komponenten der ICF (Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten/Teilhabe, Kontextfaktoren) bereits optimal angepasst?

Welche Umsetzungshilfen gibt es?

ICF, ICF-Checkliste und Schulungsunterlagen. Die deutsche Übersetzung der ICF kann unter www.dimdi.de → Klassifikationen → ICF kostenlos heruntergeladen werden; auf dieser Website finden sich auch wichtige Links, unter anderem zur ICF-Checkliste (Kurzform mit ausgewählten ICF-Komponenten) und zu den ICF-Schulungsunterlagen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eine umfassende Einführung bietet das Buch „Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen“ von Schuntermann (2009).

Arbeitshilfen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Die BAR hat inzwischen vielfältige Materialien entwickelt, die die praktische Anwendung der ICF erleichtern sollen. Für die kardiologische Rehabilitation sind besonders die in Tabelle 2 aufgeführten Materialien relevant.

Tab. 2: Umsetzungshilfen der BAR

Bezeichnung	Inhalt
ICF-Praxisleitfaden 2 (BAR 2008)	Enthält neben einer kurzen Einführung in Ziele und Konzept der ICF Hinweise auf konkrete Umsetzungshilfen
BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation (BAR 2005)	Hier werden unter anderem Beispiele für häufige Einschränkungen und Rehabilitationsziele in den Bereichen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren in der ambulanten kardiologischen Rehabilitation genannt (S. 37 ff.)
ICF-Praxisleitfaden 1 (BAR 2006)	Relevant für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (Informationen zum Zugang zur Rehabilitation anhand von ICF-Kriterien)
ICF-Praxisleitfaden 3 (BAR 2010)	Relevant für Akutkliniken (ICF-Informationen und – umsetzungshilfen für das Krankenhausteam)

ICF Core Sets. Da die ICF-Klassifikation sehr umfangreich ist, wurden von der WHO inzwischen außerdem für verschiedene Indikationen so genannte „Core Sets“ entwickelt. Dabei handelt es sich um überschaubare Auflistungen derjenigen ICF-Kategorien, die im Rahmen eines systematischen Auswahl- und Konsensprozesses als besonders relevant für die jeweiligen Indikationen identifiziert wurden.

Core Sets können die Auswahl der für die Rehabilitanden bzw. zur Berücksichtigung bei Assessment, Rehabilitationsplanung und Evaluation besonders wichtigen ICF-Kategorien vereinfachen, auch wenn davor gewarnt wird, sich in der Rehabilitation nur auf die dort enthaltenen Kategorien zu konzentrieren, da eine solche reduktionistische Sichtweise dem biopsychosozialen Modell der ICF nicht entspräche (vgl. McIntyre & Tempest 2007).

Für Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen wurden bisher folgende Core Sets veröffentlicht:

- ICF Core Set für Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen im Akutkrankenhaus (Boldt et al. 2005)
- ICF Core Set für Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen in frühen Phasen der Rehabilitation (Wildner et al. 2005; vgl. hierzu auch Grill et al. 2006)
- ICF Core Set für chronische Koronare Herzkrankheit (Cieza et al. 2004)
- ICF Core Set für Übergewicht/Adipositas (Stucki et al. 2004a)
- ICF Core Set für obstruktive Lungenerkrankungen (Stucki et al. 2004b)
- ICF Core Set für Diabetes mellitus (Ruof et al. 2004).

Kontakt- und Austauschmöglichkeiten

Aktuelle Projekte zur praktischen Umsetzung der ICF mit Kontaktadressen findet man über www.dimdi.de → Klassifikationen → ICF → Projekte zur praktischen Anwendung der ICF im deutschsprachigen Raum.

Erfahrene ICF-Anwender kann man beispielsweise auf der **ICF-Anwenderkonferenz** der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) treffen, die einmal jährlich im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums stattfindet. Die Protokolle der Anwenderkonferenzen ab 2006 erhält man über die Homepage der Deutschen Rentenversiche-

zung (www.deutsche-rentenversicherung.de → Angebote für spezielle Zielgruppen: Sozialmedizin und Forschung → Klassifikationen → ICF).

Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) eine **Arbeitsgruppe ICF**, die sich zunächst vor allem mit dem Schulungsbedarf befasst hat und nun ein umfassenderes Arbeitsprogramm in Angriff nehmen will (<http://www.uke.de/extern/dgrw/> → Kommission und Arbeitsgruppen → AG ICF).

Der MDK Niedersachsen schließlich bietet ein **Online-Diskussionsforum** zur ICF an (<http://www.mdk-niedersachsen.de/extranet.htm> → ICF-Forum).

Literatur bei der Verfasserin

Sabine George ist Ergotherapeutin und Vorstandsmitglied für Standards und Qualität im Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. s.george@dve.info

Aus der Forschung

Wer A sagt, kann auch D sagen? Über die Typ D Persönlichkeit und ihre Bedeutung für die kardiologische Rehabilitation

Gesine Grande

Persönlichkeitstypologien in der Kardiologie

Die Idee, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale könnten mit einer erhöhten Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen zusammenhängen, ist keinesfalls neu in der Psychosomatik. In ihrem Buch "Psychosomatic Diagnoses", unterschied schon Dunbar (1943) zwischen dem Koronartyp, dem Magentyp und der Unfallpersönlichkeit. Aufgrund empirischer Studien leitete sie das Persönlichkeitsprofil und die Verhaltensmerkmale von Koronarpatienten ab: ein großes Bedürfnis ständig aktiv zu sein, Arbeitswut, eine Tendenz, alle Aktivitäten an sich zu reißen und eine Neigung zur Depression, die aber verleugnet wird. Verschiedene psychodynamische Modelle wurden seitdem zur „Koronarpersönlichkeit“ entwickelt (Zusammenfassung in Bardé & Jordan, 2003). Dabei wird häufig eine schwere narzisstische Pathologie bei Herzinfarktpatienten vermutet.

Meyer Friedman und Ray. Rosenman beschrieben, angeblich veranlasst durch die Beobachtung der im Vergleich zur Praxis des urologischen Kollegen wesentlich abgewetzteren Stühle im Wartezimmer von Dr. Friedmans Praxis, ein Muster an psychologischen Besonderheiten ihrer Herzinfarktpatienten. Sie nannten dieses Muster „Typ A-Persönlichkeit“ (1959). Die Träger dieses Verhaltens- und Erlebensmusters waren typischer Weise männlich und sie wiesen Besonderheiten auf verschiedenen

Ebenen auf: im somatischen Bereich (hohe Anspannung, hohe psychomotorische Aktivität), im emotionalen Bereich (Feindseligkeit, Ungeduld, Ärger, Aggressivität), in einer hohen Leistungs- und Erfolgsmotivation und dem damit verbundenen Konkurrenzstreben, im kognitiven Bereich (hohes Kontrollbedürfnis) und im Verhalten (laute Sprache, Hyperaktivität, Schnelligkeit, hohes Arbeitsengagement). In zwei großen prospektiven Studien, der Western Collaborative Group Study und der Framingham-Studie, konnte gezeigt werden, dass Menschen mit einer Typ A Persönlichkeit ein erhöhtes Risiko hatten, einen Herzinfarkt zu erleiden. Später jedoch fanden sich immer häufiger widersprüchliche Befunde. Meta-Analysen zeigten später, dass nicht die Typ A-Persönlichkeit, sondern nur eine ihrer Komponenten, die Feindseligkeit, prognostisch relevant ist (Myrtek, 2001; Miller et al., 1996). Nichtsdestotrotz sind klinisch arbeitende Kardiologen, Psychologen und viele Mitglieder des Teams in kardiologischen Rehabilitationskliniken auch weiterhin davon überzeugt, dass ihre Patientinnen häufig Persönlichkeitsbesonderheiten aufweisen, die mit dem Typ A-Muster recht gut beschrieben werden.

Ungefähr 35 Jahre später wurde von Johan Denollet das Konzept der Typ D-Persönlichkeit als Risikofaktor für Herzpatienten eingeführt. Denollet verfolgte ursprünglich die Hypothese, dass ein repressiver Copingstil wegen der spezifischen Emotionsregulation, d.h. der unbewussten Abwehr negativer Gefühle und Empfindungen, einen Risikofaktor für die Prognose von Herzpatienten darstelle. Stattdessen zeigte sich jedoch in einer der ersten Studien, dass eine selbstberichtete hohe negative Affektivität – also das Gegenteil eines repressiven Copingstils – in Verbindung mit einer sozialen Gehemmtheit zu einer höheren Sterblichkeit führte (Denollet et al., 1995). Denollet bezeichnet dieses Cluster in seiner Vier-Felder-Taxonomie als „distressed“ und verwendete als Akronym den „Type D“ (siehe Abbildung 1). Schon in den folgenden Publikationen wird nicht mehr zwischen vier Clustern unterschieden, sondern die drei Cluster, die neben dem Typ D-Cluster bestehen, werden als "non-type D" zusammengefasst und in einer dichotomen Klassifikation dem Typ D gegenübergestellt.

Was ist die Typ D-Persönlichkeit?

Eine Typ D-Persönlichkeit liegt vor, wenn jemand gleichzeitig eine hohe negative Affektivität sowie ein hohes Maß an sozialer Gehemmtheit aufweist (Denollet et al., 1996; Denollet, 1998). Die Operationalisierung und Messung des Typ D-Musters wurde jedoch mehrfach modifiziert. Die Subkomponenten des Typ-D-Musters, Negative Affektivität und Soziale Inhibition, wurden ursprünglich mittels der Trait-Angstskala des STAI (Spielberger et al., 1970) und der Skala Soziale Inhibition des Heart Patient Psychological Questionnaire (HPPQ, Erdmann et al., 1986) erfasst. Danach entwickelte Denollet mehrere Versionen eines spezifischen Fragebogens (DS16, DS22, DS14; Pedersen & Denollet, 2004; Denollet, 2000; Denollet, 2005). Seit Anfang 2000 wird die sogenannte DS14 eingesetzt (Denollet, 2005, deutsche Version Grande et al., 2004). Die Skala besteht aus zwei Dimensionen, die mit jeweils 7 Items negative Affektivität und soziale Inhibition messen sollen.

Negative Affektivität wird von Denollet (Denollet, 2005) als dispositionelles Merkmal definiert und kennzeichnet Personen mit hoher emotionaler Labilität, die häufiger negative Gefühlszustände erleben, gereizt oder missmutig sind (Itembeispiele der DS14: „Ich bin oft gereizt“, „Ich bin oft schlecht drauf“). Entsprechend korreliert die Subskala hoch mit anderen state- und trait-Maßen negativer Affektivität.

Soziale Inhibition bezeichnet nach Denollet (2005) auf der Verhaltensebene die Unterdrückung des Gefühlsausdrucks in sozialen Situationen, auf der intrapsychischen Ebene wird als zugrundeliegendes Motiv die Vermeidung von Zurückweisung und negativer Bewertung durch andere vermutet (Itembeispiele sind „Es fällt mir schwer, mit anderen ein Gespräch zu beginnen“, „Es fällt mir leicht, Kontakt mit anderen Menschen zu knüpfen“ (invers gepolt). Von sozial gehemmten Personen wird angenommen, dass sie sich unsicher unter anderen Menschen fühlen, nicht gern reden, wenig durchsetzungsfähig sind und sich in sozialen Situationen zurückziehen, um sich wohler zu fühlen (Denollet 2005). Soziale Inhibition erwies sich als eng verknüpft mit Schüchternheit (Buss, 1986; Grande et al., 2004). Die geringen sozialen Kontakte schüchterer Menschen werden nicht auf soziales Desinteresse, sondern auf einen Annäherungs-Vermeidungskonflikt zurückgeführt, d.h. sie wünschen sich soziale Kontakte, aber fürchten sie auch (Asendorpf, 1989). So erscheinen Menschen mit hoher sozialer Inhibition vor allem als Personen mit einer hohen sozialen Ängstlichkeit. Allerdings fanden mehrere Studien auch eine relativ hohe Ausprägung von Introversion bei Personen mit sozialer Inhibition (z.B. Denollet, 1998, 2005; Grande et al., 2004, 2010; Pedersen et al., 2004; Perbandt et al., 2006). Introvertierte Menschen zeigen jedoch gerade keine soziale Ängstlichkeit oder Unsicherheit, sondern haben ein geringeres Bedürfnis und Interesse an sozialen Kontakten und fühlen sich allein am wohlsten. Da die Items der DS14-Subskala Soziale Inhibition eher auf der Verhaltensebene erfassen und nicht auf der intrapsychischen, gestattet das Instrument hier keine Differenzierung von möglicherweise doch sehr unterschiedlichen Patientengruppen (Grande et al., 2010).

Vielfach belegt ist inzwischen der Zusammenhang zwischen Depression und einer schlechteren Prognose bei KHK-Patienten (z.B. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H., 2006; Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C., 2004). Einige Studien konnten zeigen, dass nur die Koinzidenz hoher negativer Affektivität und sozialer Inhibition zu einer Erhöhung des kardialen Risikos führte (Denollet et al., 2006a; Denollet et al., 2006b). In anderen Studien zeigte die Arbeitsgruppe um Denollet, dass die Type-D Persönlichkeit ein stärkerer Prädiktor kardialer Ereignisse ist als Depression oder andere Messungen negativer Affektivität (Denollet & Brutsaert, 1998; Denollet et al., 2000; Denollet & Pedersen, 2006; Denollet, Conraads, Martens, Nyklicek, & de Gelder, 2008). Der Sozialen Inhibition sollte also eine entscheidende Rolle in der Erklärung der pathogenen Mechanismen des Typ D zukommen, da Personen mit hoher negativer Affektivität einer zusätzlichen Gefährdung ausgesetzt scheinen, wenn sie zugleich sozial gehemmt sind. So scheint es eine der bisher ungeklärten theoretischen Kernfragen zu sein, welche spezifische Emotions- und Verhaltensregulation Menschen mit hoher sozialer Inhibition aufweisen, die sie immer dann (und vor allem dann) gefährdet, wenn sie ein hohes Maß an negativen Stimmungen und Gefühlen erleiden.

Typ D als Risikofaktor für die kardiale Prognose?

In der Psychokardiologie hat sich die Typ D-Persönlichkeit als Risikofaktor für die Prognose von Patienten mit unterschiedlichen Herzerkrankungen, KHK, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen (mit implantiertem Herzschrittmacher) etabliert. Immer häufiger wird inzwischen die Prävalenz und prognostische Validität des Typ D-Musters auch für andere Krankheitsgruppen oder bei Gesunden untersucht. Bis heute wurden international mehr als 140 Arbeiten zum Typ D publiziert, in denen Zusammenhänge mit der Lebensqualität, der funktionalen Gesundheit, dem Ausmaß

psychologischer Symptome und dem Auftreten kardialer Ereignisse bzw. der vorzeitigen Sterblichkeit im Verlauf berichtet werden. Die allermeisten Arbeiten stammen bisher aus den Arbeitsgruppen von Johan Denollet und beziehen sich auf die Niederlande und Belgien. Die Befunde scheinen konsistent zu belegen, dass eine Typ D Persönlichkeit ein Risikofaktor für eine geringe Lebensqualität und kardiale Ereignisse ist. In jüngster Zeit wurden allerdings Ergebnisse aus drei Studien publiziert, die keine Zusammenhänge zwischen der Typ D-Persönlichkeit und der Mortalität bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder COPD finden konnten (Pelle AJ, Pedersen SS, Schiffer AA, Szabó B, Widdershoven JW, Denollet J., 2010; Volz A, Schmid JP, Zwahlen M, Kohls S, Saner H, Barth J., 2010; Voogd, Wempe, Postema et al., 2009).

Anders als die Typ A-Persönlichkeit scheint die Typ D-Persönlichkeit kein Merkmal zu sein, das insbesondere Herzpatienten auszeichnet. Die höchsten Prävalenzraten finden sich in Stichproben psychosomatischer Patienten (62%, Grande et al., 2004), bei Patienten mit Bluthochdruck (53%, Denollet, 2005), Parkinson (52%, Dubayova et al., 2009) oder chronischen Schmerzen (42%, Barnett et al., 2009). Im Unterschied dazu liegen die Prävalenzraten bei verschiedenen Gruppen von Herzpatienten zwischen 15 und 33% (Grande et al., 2010b). In einer für Deutschland repräsentativen Bevölkerungsstichprobe hatten 31.6% der Frauen und 30.6% der Männer eine Typ D-Persönlichkeit (Grande et al., 2010b). Es ist deshalb unwahrscheinlich, dass es sich bei der Typ D-Persönlichkeit um einen primären Risikofaktor handelt, ätiologische Studien an herzgesunden Personen liegen aber bisher nicht vor. Möglich wäre, dass die Typ D Persönlichkeit ihr pathogenes Potential erst entfaltet, nachdem die Herzkrankheit sich manifestiert hat. Aber hier fehlen bisher theoretisch Modelle und empirische Daten.

Fazit für die kardiologische Rehabilitation?

Empfehlungen für die kardiologische Rehabilitation sind bisher aus meiner Sicht nur mit Vorsicht abzuleiten. Solange Befunde aus anderen Ländern und Gesundheitssystemen, auch aus Deutschland fehlen, sind gesicherte Schlussfolgerung über die Rolle des Typ D-Musters jenseits der bekannten Effekte von Depressivität nicht möglich. Das bisher unzureichende Verständnis für die pathogenen Mechanismen, die für die prognostischen Effekte der Typ D-Persönlichkeit verantwortlich sind, verhindert die Entwicklung spezifischer Interventionen.

Für Depression und Angst (als Aspekte der negativen Affektivität) gibt es evaluierte Interventionsformen mit gesicherter Wirksamkeit auch bei KHK-Patienten (bezüglich einer Senkung der Depressivität, nicht der Rate kardialer Ereignisse bzw. Mortalität) (Schneidermann et al., 2004). Völlig unklar ist jedoch bisher, welche Ziele bei der Modifikation von sozialer Inhibition verfolgt werden sollen und ethisch vertretbar wären und welche psychosozialen Methoden sich hier als hilfreich erweisen könnten. Offen bleibt auch, wie es im Rahmen einer dreiwöchigen Rehabilitation grundsätzlich möglich sein könnte, dispositionelle Merkmale einer Person zu verändern.

Tabelle 1: Originale und aktuelle Klassifikation der Typ D-Persönlichkeit

		Repressives Coping		Negative Affektivität	
		Niedrig	Hoch	Niedrig	Hoch
Soziale Inhibition	Niedrig	<i>excitable</i>	<i>restrained</i>	Non type D	Non type D
	Hoch	--	--	<i>introverted</i> Non type D	<i>Type D</i> Type D

Kursiv: Originale Taxonomie nach Denollet (Denollet et al., 1995)

Literatur bei der Verfasserin

Frau Prof. Dr. phil. Dipl.-Psychologin Gesine Grande arbeitet in der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften an der HTWK Leipzig, sie ist seit diesem Jahr stellvertretende Sprecherin der Ausschusses Interdisziplinär der DGPR und wird im Jahre 2011 Tagungspräsidentin der Jahrestagung der DGPR sein.

Mitteilungen aus den Sektionen

Kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR®

Die Übergangsregelung zum vereinfachten Antragsverfahren für den Erwerb der Bezeichnung „Kardiovaskulärer Präventivmediziner“ ist am 30.12.2009 ausgelaufen. Sämtliche Anträge sind mittlerweile bearbeitet und die Antragsteller, deren Antrag zugestimmt werden konnte, haben Ihre Urkunden erhalten.

Vom 25.-30. März 2011 wird nun das erste Seminar zur Erlangung der verbandsspezifischen Fortbildung im Schloß Höhenried am Starnberger See stattfinden. Für alle interessierten Kolleginnen und Kollegen ist diesem Newsletter der Ankündigungsflyer beigelegt mit der Möglichkeit der verbindlichen Anmeldung.

Termine – News – Informationen

24. Jahrestagung der Arbeitsgruppe Spiroergometrie in München

11.02.-12.02.2011

20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bochum

14.03.-16.03.2011 „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Essen

23.03.-26.03.2011; Tagungspräsidenten Prof. Dr. Wolfgang Senf, Essen und Prof. Dr. Hans Georg Nehen, Essen

77. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim

27.04.-30.04.2011 „Herzinsuffizienz und Regeneration“; Tagungspräsident Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß, Göttingen
<http://www.dgk.org>

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit im ICC Berlin

11.05.-13.05.2011

<http://www.hauptstadtkongress.de>

38. Jahrestagung der DGPR in Berlin

03.06.-04.06.2011 „Prävention vor Rehabilitation – Konkurrenz oder Kontinuität in Hinblick auf Lebensstil und Pharmakotherapie“; Tagungspräsidenten Prof. Dr. med. Gerd Bönner, Bad Krotzingen und Prof. Dr. PH Gesine Grande, Leipzig
<http://www.dgpr.de>

42. Deutscher Sportärztekongress in Frankfurt am Main

05.10.-08.10.2011; Tagungspräsident Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer
<http://www.dgsp.de>

35. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Düsseldorf

06.10.-08.10.2011 Tagungspräsident Prof. Dr. med. Meinrad Gawaz, Tübingen
<http://www.dgk.org>

30. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Reha

14.10. – 16.10.2011 in Berlin / Erkner
<http://www.reha-psychologie.net>

Aufnahmeantrag
(für natürliche Personen / Einzelmitgliedschaft)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme gemäß §§ 4 und 5 der z.Z. gültigen Satzung in die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.“

.....
Titel, Name Vorname Geburtsdatum

.....
Privatanschrift Telefon

.....
Dienstanschrift - ggf. Name der Klinik

.....
Straße Plz, Ort der Klinik Telefon dienstl.

.....
Art d. Tätigkeit (z.B. Ärztl. Dir., Oberarzt, Ass.-Arzt, Psychologe, Sportl., Sozialarb. usw.)

.....
Ausbildung, genaue Bez., (z.B. Arzt f. ..., Zusatzbez. Internist – Kardiologe – Sportmed. usw)

Ich möchte zusätzlich zur Mitgliedschaft die Zeitschrift
„Clinical Research in Cardiology“ beziehen Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein zusätzliches Bezugsgeld von 62,50 €
per Einzugsermächtigung eingezogen wird Ja Nein

Ihre Lieferadresse: dienstliche Adresse
private Adresse

(Jahresmitgliedsbeitrag z.Z.: 100,00 € für Ärzte und Psychologen; 75,00 € für alle anderen Berufsgruppen
Bei schriftlichem Nachweis der Mitgliedschaft in einer DGPR-Landesorganisation jeweils die Hälfte [Kopie bitte unbedingt beifügen!])

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.“ (nach Aufnahme) widerruflich, den Jahresmitgliedsbeitrag sowie bei Bestellung der Zeitschrift „Clinical Research in Cardiology“ das zusätzliche Bezugsgeld von 62,50 € bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Bankinstitut:

Bankleitzahl: Kto.-Nr.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Kursgebühr & Anmeldung

Frühbucher (bis 31.01.2011): € 890,00
Ab dem 31.01.2011: € 990,00

- Ich melde mich verbindlich an
- Schicken Sie mir bitte weitere Informationen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Praxis / Klinik

Titel

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Email

Datum

Unterschrift

Fax +49.(0)89.289.24450

Organisatoren

Dr. med. Christa Bongarth
 Medical Park Bad Wiessee St. Hubertus
 Sonnenfeldweg 29, 83707 Bad Wiessee

PD Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf
 Deutsche Sporthochschule Köln
 Carl-Diem-Weg 6, 50933 Köln

Prof. Dr. med. Stephan Jacob
 Praxis für Prävention und Therapie
 Brombeerweg 6, 78048 Villingen-Schwenningen

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Halle
 Präventive und Rehabilitative Sportmedizin
 Klinikum rechts der Isar der TU München
 Connollystr. 32, 80809 München

Prof. Dr. phil. Karl-Heinz Ladwig
 Helmholtz-Zentrum München
 Ingolstädter Landstr. 1, 85764 Neuherberg

Dr. phil. Eike Quilling
 Lernende Region - Netzwerk Köln e.V.
 Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten
 Wiener Platz 2a, 51065 Köln

Seminar

Kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR®

25.-30. März 2011

Schloss der Klinik Höhenried
82347 Bernried • Oberbayern



Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.

Friedrich-Ebert-Ring 38
 56068 Koblenz
 Fon 0261.309231 Fax 0261.309232
 Email info@dgpr.de Web www.dgpr.de

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. • DGPR

Liebe Ärztinnen und Ärzte,

die Prävention von kardiovaskulären und stoffwechselfördernden Volkskrankungen ist in Deutschland insbesondere im Bereich der Primärprävention eher stiefmütterlich entwickelt. Dies liegt zum einen in der mangelnden Aufmerksamkeit begründet, die von Seiten der Politik und der Kostenträger diesen wichtigen Bereich zuteil wird, zum anderen im Fehlen einer klaren gesellschaftlichen Verantwortlichkeit.

Dabei haben sowohl die Kostenträger als auch die Politik erkannt, dass das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland mittelfristig nur dann überlebensfähig ist, wenn es gelingt, die metabolischen und kardiovaskulären Risikofaktoren frühzeitig und energisch bevölkerungsweltweit zu bekämpfen. Bereits jetzt ist absehbar, dass Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen als Folge von mangelndem Bewusstsein für die Notwendigkeit von Bewegung und adäquater Ernährung in Deutschland zu einer Pandemie von entsprechenden Folgeerkrankungen führen werden.

Es ist das Ziel der DGPR, die Verantwortlichkeit für den Bereich der Prävention in die Hände von Ärzten zu legen und in den kommenden Jahren Strukturen aufzubauen, in denen unter der fachlichen Führung der Ärzteschaft bevölkerungsweltweit Vorsorge, Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahmen durchgeführt werden können, die dazu beitragen, die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Dies geschieht in dem Bewusstsein, dass für diese Herausforderungen auch ökonomische Anreize für die Ärzteschaft geschaffen werden.

Kern der DGPR-Initiative ist der Aufbau eines bundesweiten Netzes von Ärzten, die über die Qualifizierungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Zusatzbezeichnung »Kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR®« das erforderliche Rüstzeug vermittelt bekommen, um in der Region Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen zielgerichtet umsetzen zu können.

Parallel zum Aufbau des Kernnetzes in der Ärzteschaft kümmert sich die DGPR aktiv um den Aufbau von Versorgungsstrukturen, die die notwendigen Maßnahmen zu Lebensstil-Veränderungen der Bevölkerung umsetzen. Im ersten Schritt erwerben Mediziner die Zusatzbezeichnung **Kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR®**. Der 60 Stunden Lehrgang vermittelt die hierzu notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse. Wir freuen uns auf Ihr Interesse an der aktiven Teilnahme an diesem Projekt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Harry W. Hahnmann

Präsident der DGPR



Prof. Dr. Martin Halle,

Ehem. Präsident der DGPR



Dr. Christa Bongarth

Sprecherin AG Prävention der DGPR

In dem Wochenkurs zum »Kardiovaskulären Präventivmediziner DGPR®« werden Sie mit namhaften Referenten alle Aspekte der Prävention, Ätiologie, Pathogenese, Diagnose, Behandlung und Begutachtung der Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen erarbeiten. Dabei stehen Interaktionen und Praxisübungen im Vordergrund.

Die Fortbildung umfasst u.a. folgende Punkte:

- Finanzielle und gesundheitspolitische Aspekte im Bereich der Prävention
- Möglichkeiten der konkreten Finanzierung
- Bildung von Netzwerken für alle Beteiligten
- Atherosklerose (Pathophysiologie, Risikostratifizierung, medikamentöse Intervention)
- Volkskrankheiten wie Dyslipoproteinämie, Hypertonie, Diabetes Typ 2, Metabolisches Syndrom
- Ernährungsmedizinische und sportmedizinische Aspekte der Prävention
- Praxisübungen:
 - » Diagnostik in der Prävention
 - » Körperliche Aktivitäten in der Prävention
 - » Leistungstests
 - » Trainingsempfehlungen und Trainingssteuerung
 - » Praktische Ernährungsberatung
 - » Entspannungsverfahren
- Bedeutung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren, Stress, Depressionen und Screeningverfahren für Depressionen und Angststörungen, Psychologie des selbstschädigenden Verhaltens
- Motivation, Compliance und Schulung als Grundlage einer erfolgreichen Therapie z.B. motivierendes Interview
- Praktische Umsetzung von Präventionsstrategien