

# **Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil I – IV)**

## Vorbemerkungen

Mit den folgenden Empfehlungen zur Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation leistet die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) einen Beitrag zum Qualitätsmanagement in ihrem Indikationsbereich und schließt damit die Lücke, die nach Empfehlungen zur Strukturqualität kardiologischer Rehabilitationskliniken und nach den großen multizentrischen Studien zur Ergebnisqualität noch verblieben war. Aufgabe einer vom Vorstand der DGPR eingesetzten interdisziplinären Kommission war es, Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der interdisziplinär angelegten, individuell ausgerichteten ziel- und ergebnisorientierten kardiologischen Rehabilitation, insbesondere in der Anschlussrehabilitation (AR) zu entwickeln. Dabei wurden Vorarbeiten der DGPR und zahlreicher anderer Institutionen sowie nationale und internationale Fachliteratur berücksichtigt und in dem Bestreben integriert, die Empfehlungen auf den gegenwärtigen Stand der Erkenntnis (evidence) und des Konsens zu stützen. Auf dieser Grundlage sind in Zukunft ständige Aktualisierungen erforderlich. Die Empfehlungen orientieren sich an dem bio-psycho-sozialen Modell. Nur aus pragmatischen Gründen wird der ganzheitliche Rehabilitationsprozess auf drei Handlungsebenen betrachtet, die aufgrund ihrer wesentlichen wechselseitigen Beziehungen als Einheit zu betrachten sind. In den Teilen I-III werden jeweils die somatische, psychische und soziale Ebene dargestellt, in Teil IV verdeutlicht das Thema „Eduktion“ die Einheit des Rehabilitationsprozesses. Die vorliegenden Empfehlungen fassen die Ergebnisse zahlreicher Sitzungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe zusammen, der angehörten: die Herren *Brusis, Budde, Dorenburg, Gehring, Gödecker-Geenen, Held* (Vorsitzender), *Karoff, Langosch, Maetzel, Mittag, Müller-Fahnow, Theisen* und *Wiegert*. Beratend beteiligt waren Herr *Buschmann*, Frau *Korsukéwitz* und Frau *Wille*, sowie die Herren *Duske, Jäckel* und *Protz*.

Die DGPR ist diesen Damen und Herren für ihre sehr engagierte Mitarbeit und ihren wertvollen Rat zu großem Dank verpflichtet.

Koblenz, März 2002

*K. Held*

## Literaturhinweise

- 1 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. *Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – Abschlussberichte, Band III-1 „Rehabilitationskonzepte“ – Krankheiten des Kreislaufsystems. Frankfurt am Main: Eigenverlag 1991.*
- 2 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger DRV 1996; 10-11: 633-65.*
- 3 Weiterentwicklung der Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen. *Bericht über die 20. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR). DRV 1995; 7-8: 468-90.*
- 4 DGPR-Kompodium (*Ringbuch der DGPR*). *Eigenverlag.*
- 5 REHADAT. *Info-System am Institut der deutschen Wirtschaft Köln*

- 6 CARO – die DGPR-Studie. *Präv-Rehab 1999; 11: 218-26: Müller-Fahmow W. et al. Als Instrument eines multizentrischen Qualitätsmanagements (MCQM). 218-21; Karoff M, et al.. Klinische Aspekte. 221-3; Held K, et al.. Ergebnisse der Sekundärprävention. 223-6.*
- 7 PIN-Studie. *Völler H. et al. Auswirkungen stationärer Rehabilitation auf kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung. Dtsch med Wschr 1999; 124: 817-23.*
- 8 Current Guidelines and Practices in Cardiac Rehabilitation within Europe. *The Carinex Survey (Vanhees L. et al). Acco Leuven/Amersfoort 1999.*
- 9 Guidelines der European Society of Cardiology 2000 ([www.escardio.org](http://www.escardio.org)).
- 10 Cardiac Rehabilitation. *Clinical practice guideline No 17. Rockville. MD. US Dept. of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and The National Health, Lung and Blood Institute. AHCPR Publication No 96-0672, October 1995.*

## Allgemeines

Die von der WHO in erster Linie für andere Erkrankungen vorgeschlagenen Kategorien Impairment (Schädigung), Disability (Fähigkeitsstörung) und Handicap (Beeinträchtigung) weisen keinen zwingenden kausalen Zusammenhang auf. Für ihre Anwendung auf die chronischen Herzkrankheiten, insbesondere die koronare Herzkrankheit, ist die kontroverse Diskussion noch nicht abgeschlossen. Für das kardiologische Indikationsgebiet werden beispielhaft genannt:

IMPAIRMENT SCHÄDIGUNG	DISABILITY FÄHIGKEITSSTÖRUNG	HANDICAP BEEINTRÄCHTIGUNG
Eingeschränkte LV-Funktion	Treppensteigen, schnelles Gehen	Eingeschränkte Mobilität Beeinträchtigung der beruflichen/sozialen Eingliederung

Diesen drei Kategorien lassen sich in der umfassenden (interdisziplinären) kardiologischen Rehabilitation somatische, psychische und soziale Therapieziele und Handlungsebenen zuordnen Die Verbesserung der Funktionsfähigkeit ergibt sich aus den Ergebnissen der drei Handlungsebenen. Die edukativen Aufgaben und Maßnahmen sind integraler Bestandteil der drei Handlungsebenen des Rehabilitationsprozesses. Die Aufteilung der sonst oft gemeinsam behandelten psycho-sozialen Ebene stellt den Versuch dar, die Gruppe der Sozialarbeiter, die z. T. auch die Aufgaben des „Reha-Beraters“ mit übernehmen, stärker zu integrieren. Die schwierige Abgrenzung der beiden Aufgabenbereiche und Kompetenzen verpflichtet in besonderem Maße zur Kooperationsbereitschaft im interdisziplinären Team. Dem interdisziplinären Team, das den individuellen Rehabilitationsplan aufstellt und seine Durchführung kontrolliert, kommt im gesamten Reha-Prozess eine zentrale Bedeutung zu. Die Verantwortung für eine effektive Teamarbeit trägt der leitende Arzt. Im zeitlichen Verlauf gliedert sich der Prozess der kardiologischen Reha-Behandlung (AR) in folgende Abschnitte:

- Aufnahme des Patienten
- Eingangsdiagnostik
  - allgemeine Diagnostik
  - individuelle therapierrelevante weitere Diagnostik
- Definition des individuellen Therapieziels
  - aufgrund des allgemeinen Therapiezielkatalogs der Rentenversicherung
  - der Befunde der Eingangsdiagnostik auf den vier Ebenen
- Individuelle Therapieplanung
- Verlaufskontrolle
  - Therapieüberwachung, -anpassung und -änderung
  - ggf. Modifikation der individuellen Therapieziele
- Abschluss der Behandlung
  - Evaluation der individuellen Therapieergebnisse in Bezug auf die Therapieziele
  - Beurteilung des Reha-Prozesses
  - Empfehlungen und Einleitung der Nachsorge
  - Sozialmedizinische Beurteilung

# (Teil 1)

## I. Somatische Ebene

Da dem Arzt in der Eingangsdiagnostik eine wichtige steuernde Funktion für den gesamten Reha-Prozess zukommt, sind über die ärztliche Kompetenz hinaus weitergehende Kenntnisse auf allen Handlungsebenen vorzusetzen. Für die Sicherstellung ist der leitende Arzt verantwortlich.

### **Tab. I Allgemeine Diagnostik (Aufnahmeuntersuchung) für alle Patienten**

- Anamnese und klinische Befunderhebung
- Ruhe-EKG
- Echokardiographie und ggf. Pleurasonographie bei klinischem Verdacht auf Erguss
- Laboruntersuchungen:
  - Kleines Blutbild inkl. HK und Thrombozyten
  - BSG
  - Urinstatus/Sediment
  - Harnsäure
  - Gesamtcholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin
  - Triglyzeride
  - Natrium
  - Kalium
  - Kreatinin
  - SGPT
  - Alkal. Phosphatase
  - yGT
  - pp. Blutzucker

Aufgrund dieser Befunde erfolgt die Zuordnung zu den Patientenkategorien A-D (bzw. -F).

### **Aufnahme**

Nach der Ankunft des Patienten sollte der erste Arztkontakt frühzeitig innerhalb von 2 Stunden erfolgen. Bei der Aufnahme des Patienten soll der bevorstehende Reha-Prozess erläutert werden. Dabei muss die Patientenerwartung besprochen, strukturiert, erfasst und dokumentiert werden, um den Patienten zur aktiven Mitarbeit zu motivieren.

# Eingangsdagnostik

## Allgemeine Diagnostik

Anamnese und klinische Befunderhebung

Ruhe – EKG

Echokardiographie (Sonographie bei Verdacht auf Pleura-Erguss)

Laboruntersuchungen

Einordnung in die Patientenkategorien A-D (bzw. -F); s. Tabelle I und II

Anmerkung zu Tab II: Die Zahlen der letzten Spalte beziehen sich auf die Belastungsstufen entsprechend den „Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation“ (nach Karoff \*2).

## Weiterführende Diagnostik

Nach Zuordnung der Patienten zu den Kategorien A-D durch die Befunde der „Allgemeinen Diagnostik“ erfolgt die weitere individuelle und therapierelevante Diagnostik (Tab. I), die bei Patienten mit zusätzlichen kardiovaskulären Erkrankungen (Kategorie E) und/oder Begleiterkrankungen (Kategorie F) der individuellen Modifikation bedarf (s. Tab. II und III).

Fakultative weitere Diagnostik und indikationsbezogene zusätzliche Labordiagnostik siehe Tabelle III.

Beachte: Bei der gesamten weiteren individuellen Diagnostik und der indikationsbezogenen Zusatzdiagnostik sind aktuelle und relevante Vorbefunde einzubeziehen!

## Literaturhinweise

- 1 Einteilung der Schweregrade kardiovaskulärer Funktionseinschränkung (NYHA, *Canad. Cardiovasc. Soc.*). Goldman L, et al. *Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class. Circulation 1981; 64: 1227.*
- \*2 Karoff M, Hrsg. *Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation. Deutsche Hochschulschriften 1158. Egelsbach – Frankfurt a.M. – München – New York: Hänsel-Hohenhausen 1999.*
- 3 Belastungsuntersuchungen. *Guidelines for cardiac exercise testing. Eur Heart J 1993; 14: 969 - 88.*
- 4 Belastung und Belastungsuntersuchung. *Exercise Standards. A Statement for Health Professionals from the American Heart Association. Circulation 1990; 82: 2286-322.*
- 5 Fardy PS, et al.. *Cardiac Rehabilitation, Adult Fitness and Exercise Testing. 3rded. Baltimore – Philadelphia – Hong Kong – London – Munich – Sydney – Tokyo: Williams & Wilkins 1995.*
- 6 Erdmann E., Hrsg. *Ergometrie. Belastungsuntersuchungen in Klinik und Praxis. Berlin – Heidelberg: Springer 1995.*

**Tab. II Patientenkategorien, weiterführende Diagnostik und Belastungsstufen in der Bewegungstherapie**

PATIENTENKATEGORIEN	BEL-EKG	LZ-EKG	SPIROMETRIE	RONTGEN-THORAX	BELASTUNGSSTUFE
<b>A. KHK (mit und ohne MI) konservativ</b>					
NYHA 1	X				V
NYHA 2	X				IVa, V
NYHA 3	X	X	X	X	III
NYHA 4		X		X	I, VI
<b>B. KHK (mit und ohne MI) Bypass-OP</b>					
1. < 14 Tage postop.	(X)	(X)	X	X	I, II
2. bedeut. Pleura/Perikarderguss			X	X	I, II
NYHA 1	X				II, III, IVb
NYHA 2	X				II, III, IVb
NYHA 3	X	X	X	X	II, III
NYHA 4		X		X	I, II
<b>C. Klappenersatz</b>					
1. < 14 Tage postop.	(X)	(X)	X	X	I, II
2. bedeut. Pleura/Perikarderguss			X	X	I, II
NYHA 1	X				II, III, IVb
NYHA 2	X				II, III, IVb
NYHA 3	X	X	X	X	II, III
NYHA 4		X	X	X	I, II
<b>D. Kardiomyopathien</b>					
NYHA 1	X	X			V
NYHA 2	X	X			IVa
NYHA 3	X	X	X	X	III
NYHA 4		X		X	I, II

Die Klammern beziehen sich nur auf noch bettlägerige/zimmergebundene Patienten. Alle anderen müssen, unabhängig wie lange das Ereignis zurück liegt, eingangs belastet werden.

**Patientenkategorie E: Zusätzliche Herz- Kreislaufkrankungen:**

- angiologische Erkrankungen
- relevante Herzrhythmusstörungen
- schwer einstellbarer Bluthochdruck

**Patientenkategorie F: Begleiterkrankungen:**

Zum Beispiel:

- orthopädische Begleiterkrankungen
- neurologische Begleiterkrankungen
- pulmonologische Begleiterkrankungen
- endokrinologische Begleiterkrankungen

**Belastungsstufen in der Bewegungs- und Physiotherapie (nach Karoff <sup>23</sup>):**

- I Frühmobilisation
- II Herz-Op.-Gruppe (Einstiegsgruppe)
- III Hockergruppe
- IV Übungsgruppe
  - a. für nicht-Operierte Patienten
  - b. für Operierte Patienten
- V Trainingsgruppe
- VI besondere Therapien bei Begleiterkrankungen und zusätzlichen Herz-Kreislaufkrankungen

**Tab. III**

## Fakultative weitere Diagnostik

- Transoesophageale Echokardiographie
- Stressechokardiographie –
- Rechtsherzkatheter
- Linksherzkatheter
- Spiroergometrie
- Langzeitblutdruckmessung
- Angiologische Ultraschalldiagnostik

## Indikationsbezogene zusätzliche Labordiagnostik

- bei Z. n. Klappenersatz: LDH, INR
- bei Z. n. Bypass-Operation: ggf. INR
- bei Vorhofflimmern: TSH basal, ggf. INR
- bei Diabetes mellitus: HBA<sub>1c</sub>, Mikroalbumin
- bei post-OP Anämie < 10g/dl: Fe, Ferritin
- bei Digitalistherapie: ggf. Digoxin-/ Digitoxinspiegel
- bei Z. n. Kontrastmittelgabe: TSH basal

**Definition des Therapieziels**

Auf der Grundlage der allgemeinen Therapieziele Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Einleitung/Fortsetzung der umfassenden Sekundärprävention ergeben sich aus der Eingangsdagnostik die individuellen Therapieziele (Tabelle IV) mit ihren Parametern (Tabelle V – Operationalisierungsvorschläge).

Für häufige Erkrankungen wie

- koronare Herzkrankheit, Z. n. kürzlich (< 6 Wochen) zurückliegendem Myokardinfarkt oder Bypass-Operation,
- Z. n. Herzklappen-Operation, insbesondere wenn kürzlich (< 6 Wochen) erfolgt,
- Herzinsuffizienz,
- ggf. periphere arterielle Verschlusskrankheit und Risikofaktoren, wie
- Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörungen
- Bluthochdruck

sollen klinikinterne, leitliniengerechte Therapiekonzepte vorliegen, die regelmäßig aktualisiert werden.

**Erläuterung**

Die in Tabelle IV aufgeführten Therapieziele sind als die (kurzfristigen) Therapieziele während der Reha-Maßnahme (AR) zu verstehen. Bei Abschluss der Reha-Maßnahme sind die mittel- und langfristigen Therapieziele z. B. in der Nachsorge erneut zu definieren. Unter der Therapieziel-Kategorie Stabilisierung (Tab. IV) ist die Erhaltung einer erfolgreichen therapeutischen Intervention zu verstehen, z. B. nach erfolgreicher Normalisierung initial pathologischer Werte des Blutdrucks, Gewichtes, Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsels.



**Tab. IV Individuelle Therapieziele**

	Bereich		Therapieziel	
		Stabilisierung	Verbesserung	Normalisierung
1.	Angina pectoris			
2.	Angina pectoris-/Ischämie-Schwelle			
3.	Kardiopulm. Leistungsfähigkeit (max. Leistungsfähigkeit)			
4.	Belastungsdyspnoe			
5.	Belastbarkeit (kardio-pulmonale Ausdauerleistung)			
6.	Ödeme			
7.	Pumpfunktion des Herzens			
8.	Herzinsuffizienz			
9.	Herzrhythmusstörungen			
10.	Lungenfunktion			
11.	Beingeschwüre/Decubitus			
12.	Wundheilungsstörungen			
13.	Perikard-/Pleuraergüsse			
14.	Schmerzen			
15.	Gewicht			
16.	Lipidstoffwechsel			
17.	Blutdruck			

**Tab. V Operationalisierungsvorschläge**

	Zielbereich	Methoden/Parameter
1.	Angina pectoris	NYHA oder CCS-Klassifikation
2.	Angina pectoris-/Ischämie-Schwelle	Belastungs-EKG: Watt, Blutdruck, HF
3.	Kardiopulmonale Leistungsfähigkeit	Belastungs-EKG: max. symptomlimitierte Leistung (Watt)
4.	Belastungsdyspnoe	NYHA-Klassifikation
5.	Belastbarkeit (kardio-pulmonal)	Ergometer: Ausdauerleistung (Watt/Zeit)
6.	Ödeme	klinischer Befund, Gewicht
7.	Pumpfunktion des Herzens	Echo, Auswurf-Fraktion (%)
8.	Herzinsuffizienz	NYHA-Klassifikation
9.	Herzrhythmusstörungen	Langzeit-/Belastungs-EKG
10.	Lungenfunktion	FEV1, IVC (Vitalkapazität)
11.	Beingeschwüre/Decubitus	Fläche, Durchmesser, Tiefe (mm)
12.	Wundheilungsstörungen	NRS (1)
13.	Perikard-/Pleuraergüsse	tiefster Durchmesser (mm) im Röntgenbild/Sonographie/Echokardiographie
14.	Schmerzen	Schmerzskala 1-10
15.	Gewicht	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
16.	Lipidstoffwechsel	LDL, HDL, Triglyceride
17.	Diabetische Stoffwechsellage	HB-A1c, BZ nüchtern
18.	Blutdruck	24 h-RR (Mittelwertvergleich)

# Individuelle Therapieplanung

## Medikamentöse Behandlung

Diese erfolgt nach dem jeweiligen „State of the Art, wie er, immer aktualisiert, von Fachgesellschaften, Leitlinien, Konsensuskonferenzen etc. festgelegt wird.

## Bewegungstherapie

Entsprechend den „Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation“ (nach Karoff <sup>\*2</sup>).

## Balneo – physikalische Maßnahmen

Entsprechend den „Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation“ (nach Karoff <sup>\*2</sup>).

**Beachte:** Für die individuelle Therapieplanung und -steuerung sind EDV-gestützte Programme dringend zu empfehlen.

## Literaturhinweise

- 1 Exercise Standards. *A Statement for Health Professionals from the American Heart Association. Circulation* 1990; 82: 2286-322.
- \*2 Karoff M, Hrsg. *Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation. Deutsche Hochschulschriften 1158. Egelsbach – Frankfurt a. M. – München – New York: Hänsel-Hohenhausen 1999.*
- 3 The Exercise Prescription. In: *Fardy PS, Yanovitz FG. Cardiac Rehabilitation, Adult Fitness and Exercise. 3rd ed. Baltimore – Philadelphia – Hong Kong – London – Munich – Sydney – Tokyo: Williams and Wilkins 1995*
- 4 Kelemen MH. *Resistive training safety and assessment guidelines for cardiac and coronary prone patients. Med Sci Sports Exerc* 1989; 2: 675-7.
- 5 Verrill De, Ribisl PM. *Resistive exercise training in cardiac rehabilitation. An update. Sports Med* 1996; 21: 347-83.
- 6 Prevention of Coronary Heart Disease in Clinical Practice. *Eur Heart J* 1994; 15: 1300-31.
- 7 Weidemann H, Mayer K. *Bewegungstherapie mit Herzkranken. Klinik Pathophysiologie, Praxis. 2. Aufl. Darmstadt: Steinkopff 1998.*
- 8 Unverdorben M, Brusis OA, Bost R, Hrsg. *Kardiologische Prävention und Rehabilitation. Lehrbuch für Ärzte in Herzgruppen. Köln: Dtsch. Ärzte-Verlag 1995.*
- 9 Schmidt KL, Drexel H, Joachim KA, Hrsg. *Lehrbuch der Physikalischen und Rehabilitation. Stuttgart – Jena – New York: G. Fischer 1995.*
- 10 Therapiezielkatalog für die somatischen Indikationsbereiche. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung in der medizinischen Rehabilitation – Instrumente und Verfahren. DRV-Schriften Band 18, Januar 2000, 331-73.*

## **Verlaufskontrolle**

Therapieüberwachung, -anpassung und -änderung, ggf. Modifikation des individuellen Therapieziels.

## **Klinische Kontrollen**

Grundsätzlich sollen während des AR-Verlaufs mindestens zweimal/Woche Arztkontakte, davon einmal mit Chef-/Oberarzt erfolgen:

- einmal/Woche: Visite
- einmal/Woche: Sprechstunde

Dabei ist vom Arzt, seiner Steuerungsfunktion entsprechend, die gesamte interdisziplinär bestimmte Therapie zu berücksichtigen!

Mindestens einmal/Woche Sitzung des gesamten therapeutischen Teams, bei der alle Patienten gemeinsam besprochen werden.

## **Medikamentöse Behandlung**

Bedarfsgerecht, unter besonderer Berücksichtigung des Reha-Verlaufs.

## **Bewegungstherapie**

Als standardisierte Basistherapie gilt das individuell dosierte, Monitor-überwachte Ergometertraining.

Bestimmung der Dauer, Häufigkeit und Dosierung des Ergometertrainings entsprechend den „Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation“ (nach Karoff \*<sup>2</sup>).

Ständige Überwachung des Ergometertrainings durch Bewegungstherapeuten und EKG, zusätzlich Blutdruckkontrolle bei Patienten mit Belastungshypertonus.

Regelmäßige Dokumentation durch Bewegungstherapeuten.

Anzustreben ist z. B. eine quantitative und qualitative Steigerung der Belastbarkeit eines Patienten auf 1 Watt/kg/Kg, damit er an einer Trainingsgruppe bzw. entspr. körperlichen Aktivitäten mit sekundärpräventiver Ausrichtung teilnehmen kann.

Belastungsanpassung: Arzt gemeinsam mit Sporttherapeuten;

Bestimmung des Trainingspulses nach Karvonen \*<sup>1</sup>:  $(HF \text{ max.} - HF \text{ Ruhe}) \times 0,7 + HF \text{ Ruhe}$

## **Diagnostische bzw. Kontroll-Ergometrie**

- bei der Aufnahme
- als Kontrolle bei Bedarf (s. u.)
- bei AHB-Ende

Indikationen für Kontroll-Ergometrien sind:

- klinischer Verlauf („klinisches Bild“)
- Änderung der Medikation
- limitierte Eingangsbelastbarkeit (z. B. früh postoperativ)

Diese diagnostischen und Kontroll-Ergometrien erfolgen nach identischem Protokoll, sie dienen der Bestimmung der individuellen Belastbarkeit unter Medikation. Bei entsprechender Indikation:

## **Hypertonie**

- Kontrolle der Blutdruckeinstellung: Blutdruckmessung durch Pflegepersonal, Selbstmessung des Patienten, 24h-Messung, Belastungsblutdruckmessung

## **Rhythmusstörungen**

- bei Änderung der Medikation Kontrolle des Ruhe- und des 24h-EKG.

## **Laborkontrollen**

- bei pathologischen Ausgangswerten
- Lipidwerte: immer bei Reha-Ende, bei Bedarf im Verlauf.

## **Literaturhinweise**

- \*1 Karvonen MJ, et al. *The Effects of Training on Heart Rate. Ann Med Exp Biol Fennica 1957; 35: 307-11.*
- \*2 Karoff M, Hrsg. *Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation. Deutsche Hochschulschriften 1158. Egelsbach – Frankfurt a. M. – München – New York: Hänsel-Hohenhausen 1999.*

## **Abschluss der Behandlung**

### **Abschlussuntersuchung**

#### **Obligatorisch**

Klinische Untersuchung

Ruhe- und Belastungs-EKG

Labor: Lipidstatus, pathologische Ausgangswerte (nach klinischer Relevanz)

#### **Fakultativ**

Echo, Röntgen (bei pathologischen Ausgangsbefunden)

Labor: Hgb., Transaminasen (bei Herzklappen-operierten Patienten)

TSH basal (nach Kontrastmittelgabe in den letzten 6 Wochen)

### **Abschlussgespräch**

durch betreuenden Arzt, dabei ist das interdisziplinäre Team zu berücksichtigen.

Anhand des vorläufigen Entlassungsberichtes sollen dabei besprochen werden:

- das Reha-Ergebnis entsprechend den individuellen Reha-Zielen,
- Nachsorge-Konzepte mit ihren mittel- und langfristige Therapiezielen,
- medikamentöse Behandlung,
- sozialmedizinische Perspektiven.

### **Abschlussbericht**

entsprechend den Vorgaben der Kostenträger.

## **Literaturhinweise**

- 1 Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Hrsg. *Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Berlin: Eigenverlag 1997.*
- 2 Jäckel WH, Protz W, Maier-Riehle B. *Qualitätsscreening im Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Dtsch. Rentenvers. 1997; 9-10: 575-91.*

## **■ Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. K. Held

c/o DGPR

Friedrich-Ebert-Ring 38

D-56068 Koblenz

# **(Teil 2)**

## **II. Psychische Ebene**

Wegen der Bedeutung psychologischer bzw. psychosozialer Faktoren für den Rehabilitationsprozess sowie wegen der Notwendigkeit, verhaltensbezogene Maßnahmen möglichst frühzeitig einzuleiten, sollten entsprechende Probleme möglichst zu Beginn der Rehabilitation erfasst werden. Aufgrund der derzeit im Regelfall begrenzten personellen Ressourcen im Psychologischen Dienst kann lediglich das folgende Grobscreening durchgeführt werden:

- Aufnahmeuntersuchung durch den Stationsarzt / die Stationsärztin (siehe Leitfa-den im Anhang); die aufnehmenden Ärzt/innen sollten vertraut sein mit der Dia-gnostik von bei Herzpatienten auftretenden psychischen Störungen, Psychopa-thologie, Persönlichkeitstheorien, Krankheitsverarbeitungsprozessen und Emo-tionstheorien.
- Screening mittels der Hospital Anxiety and Depression Skala – deutsche Version (HADS-D; 14 Items) zur Identifizierung von Patienten mit Angststörungen oder Depressivität; Patienten füllen diesen Fragebogen zum Aufnahmezeitpunkt aus. Ein eigener Screeningbogen zur Erfassung von negativem Affekt, sozialer Isolati-on, Stresserleben sowie Sozialstatus wird derzeit von der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie im Bundesausschuss stationär der DGPR erarbeitet.
- Informationen liefert darüber hinaus die Verhaltensbeobachtungen durch das ge-samte Reha-Team.
- Außerdem besteht die Möglichkeit der Selbstzuweisung für Patienten mit Wunsch nach klinisch-psychologischer Intervention.

Anhand dieser ersten Informationen erfolgt die Entscheidung hinsichtlich des Bedarfs an psychologischen Interventionen bzw. ggf. an weiterführender psychologischer Diagnostik im interdisziplinären Team. Die Indikation zur Psychotherapie bzw. zu weite-ren psychologischen Interventionen ergibt sich daraus, dass die günstige Beeinflus-sung der koronaren Morbidität und Mortalität insbesondere durch verbessertes Stressmanagement sowie antidepressive Behandlung heute als gesichert gelten darf.

Weiterführende Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation erfolgen nach dem fol-genden Schema. Sofern dabei spezielle Therapieverfahren als Beispiele benannt werden, entspricht dies dem gegenwärtigen Forschungsstand bzw. der gegenwärtigen Praxis; die Offenheit der Diskussion hinsichtlich anderer therapeutischer Richtun-gen soll dadurch nicht beeinträchtigt werden. Um der Komplexität des Gegenstandes besser gerecht zu werden, wurde die Darstellung in einer einzigen Tabelle gewählt. (siehe Tab. I)

Glossar der in der Tabelle genannten Testverfahren (bei Verfahren, die über die Testzentrale Göttingen bezogen werden können, werden lediglich die vollständigen Testnamen genannt, ansonsten eine entsprechende Quelle):

- BDI Beck-Depressions-Inventar
- Benton-Test
- c. I.-Test Kurztest für cerebrale Insuffizienz
- d2 Aufmerksamkeits-Belastungstest
- Fagerström, K.O. 1978. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualizing of treatment Addictive Behaviors, 3, 235-241.
- F-SOZU: Sommer, G. & Fydrich, T. 1989. Soziale Unterstützung – Konzepte, Diagnostik, F-SOZU. Tübingen: DGVT.
- HADS Hospital Anxiety and Depression Scale
- IRES: Gerdes, N. & Jäckel, W.W. 1992. „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“ – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. Die Rehabilitation, 31, 73-79.
- KKG Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
- Ho-Skala: Mittag, O., Peschel, U., Chrosziewski, W. & Maurischat, C. 1997. Zur Reliabilität und Validität einer deutschsprachigen Version der „Cook-Medley Hostility Scale“. Diagnostica, 43, 255-262.
- MWT-B Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest
- Prochaska-Modell: Salmen, S. & Behrendt, A. 1996. Erfolgreiche Raucherentwöhnung in der Rehabilitation – Das Stage Model der Verhaltensänderung. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation; 34: 82-86.
- STAI State-Trait-Angstinventar
- STAXI State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar
- TSK Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

**Tab. I Behandlung psychischer Störungen / Verhaltensstörungen**

Problembereich	Weiterführende Diagnostik	Therapieziel(e)	Therapie(planung)	Evaluation
Negativer Affekt (z. B. Depression)	Exploration Weiterführende Diagnostik (z. B. BDI, STAI, STAXI, Ho-Skala)	Abbau von - depressiven Denkinhalten u. - Verarbeitungsstrategien - Vermeidungsverhalten - (überzogenen) Kontrollorientiertheit - ausgeprägter Feindseligkeit - überhöhter Agierbereitschaft Aktivitätsaufbau (positiver Verstärker) Förderung positiver Denkinhalte Entspannungsfähigkeit	Psychotherapie (z. B. kognitive VT, GT) Krisenintervention Entspannungstraining (Angst) Beratung (ggf. auch Angehörige) Empfehlung zur Pharmakotherapie (Depression)	Verhaltensbeobachtung Exploration z. B. HADS, BDI, STAI
Störungen der Krankheitsverarbeitung (Coping) / Fehlverarbeitung von kardologischen Interventionen	Exploration z. B. TSK, KKG, IRES (Subskalen)	Modifikation inadäquater Krankheitsverarbeitung oder Krankheitsmodelle Förderung von internalen Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen Mobilisierung sozialer Unterstützung	ggf. Psychotherapie (z. B. GT, VT) Psychologische Beratung (ggf. auch Angehörige) Information im Rahmen des Gesundheitstrainings	Verhaltensbeobachtung Exploration z. B. IRES (Subskalen), KKG
Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Übergewicht, Hypertonie) / Haltung von Risikofaktoren (z. B. metabolisches Syndrom) / mangelnde Compliance	Exploration Behaviorales Assessment (z. B. Prochaska, Fagerström)	Förderung von Motivation zur Verhaltensänderung Modifikation des Risikoverhaltens	Gesundheitstraining (multidisziplinär) Sonstige problem- oder diagnoseorientierte Gruppenarbeit Raucherentwöhnung (z. B. VT) Entspannungstraining (RR) ggf. Biofeedback (FB) ggf. Psychotherapie (z. B. VT) ggf. Beratung Angehöriger Empfehlung zur Diätberatung Empfehlung zur Psychotherapie	Motivation (z. B. Prochaska) Nicotinabstinenz Gewichtsreduktion Normwerte bzgl. RR, Lipide
Unzureichendes Stressmanagement	Exploration (derzeit keine spezifische Empfehlung für Testdiagnostik)	Erkennen stressinduzierter Reize und daraus resultierender Reaktionen Bewusstmachung kognitiver Bewertungsprozesse Veränderung irrationaler Einstellungen/Erwartungen Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen Abbau von Selbstüberforderungstendenzen Entspannungsfähigkeit Besseres Zeitmanagement	Stressbewältigungstraining (SBT) Psychologische Beratung Entspannungstraining ggf. Biofeedback	derzeit keine Empfehlung möglich
Belastung durch bevorstehende medizinische Untersuchungen und Eingriffe	Exploration Fragebogen (z. B. STAI)	Entspannung Entspannungsfähigkeit	Vorbereitung auf medizinische Eingriffe ggf. Psychotherapie (z. B. VT) Psychologische Beratung Entspannungstraining Aembiofeedback	Mittleres (optimales) präoperatives Angstniveau (z. B. STAI) Komplikationsarme Durchführung / postoperativer Verlauf
Organisch bedingte kognitive (zerebrale) Störungen	Exploration DD zum Ausschluss einer Depression z. B. apparative Verfahren, MMWT-B und c.I.-Test / Benton / d2	Verbesserung der zerebralen Leistungsfähigkeit	Hirnleistungstraining (fakultativ PCI)	Verhaltensbeobachtung Exploration z. B. d2, Reaktions- und Vigilanztests

**Berufliche Wiedereingliederung und soziale Integration**

Problembereich	Weiterführende Diagnostik	Therapieziel(e)	Therapie(planung)	Evaluation
Ungünstige psychische Voraussetzungen für die berufliche Wiedereingliederung (s. auch soziale Ebene)	Exploration Diagnostik (Arbeitszufriedenheit, Rollenqualität) Eignungs- und Leistungsdiagnostik (Belastungs- und Arbeitserprobung)	Bearbeitung von Konflikten am Arbeitsplatz Vermittlung von Konfliktlösungsstrategien am Arbeitsplatz Erhöhung der Arbeitszufriedenheit Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung Akzeptanz bleibender krankheitsbedingter Einschränkungen Klärung zukünftiger Lebensziele	Beratung durch Ärztinnen und Psychologinnen Sozial- und Rehaberatung (Sozialarbeiter) (s. auch soziale Ebene)	Rückkehr zur Arbeit / Berufsfördernde Leistungen/ Berufliche Rehamafnahmen/ Berentung/Arbeitszufriedenheit (Katamnese)
Mangelnde soziale Kompetenzen oder Einbindung	Exploration z. B. F-SOZU für soziale Integration	Aufbau von sozialer Kompetenz Abbau von sozialen Hemmungen Soziale Einbindung	Soziales Kompetenztraining Psychotherapie (z. B. VT, GT) Angehörigenberatung	Verhaltensbeobachtung Exploration

**Einleitung weiterführender (sekundärpräventiver) Maßnahmen**

Problembereich	Weiterführende Diagnostik	Therapieziel(-e)	Therapie(planung)	Evaluation
Herzgruppen-Teilnahme Weiterführende Maßnahmen (z. B. ambulante / stationäre Psychotherapie) Sekundärpräventive Maßnahmen (Selbsthilfegruppen)	Exploration Diagnostik (Prochaska)	Vermittlung eines entsprechenden Krankheits- und Behandlungsmodells Motivierung für entsprechende Maßnahmen	Psychologische Beratung ggf. Therapieeinleitung Überweisung Adressen vermitteln	Katamnese

## Literaturhinweise

- 1 Appels, A., Kop, W., Meesters, C. Markusse, R., Golombek, B. & Falger P. 1994. *Vital exhaustion and the acute coronary syndroms. International Review of Health Psychology, 2, 65-95.*
- 2 Barefoot, J.C. & Schroll, M. 1996. *Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation, 93, 1976-1980.*
- 3 Basler, H.-D. & Keller, S. 1994 *Gesundheitsberatung. In W.-D. Gerber, H.-O. Basler & U. Tewes (Hrsg.), Medizinische Psychologie (S. 383-389). München Urban & Schwarzenberg.*
- 4 Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulmann, J. & Kraaij, V. 1999 *A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. Health Psychology, 18, 506-519.*
- 5 Engel-Froudarakis, S. 1999. *Psychologische Gruppentherapie als Bestandteil einer integrativen Behandlung der essentiellen Hypertonie In H. Weber-Falkensammer (Hrsg.), Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation (S. 238-254). Stuttgart Fischer.*
- 6 Frasure-Smith, N., Lesperance, F. & Talajic, M. 1995. *Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation, 91, 99-1005.*
- 7 Keck, M. & Budde, H.-G. 1996. *Praxis der Motivation zur ambulanten Herzgruppe. Herz / Kreislauf, 28, 311-315.*
- 8 Kramer, R., Meißner, B. & Franz, I.-W. 1997. *Halbjahreskatamnese einer stationären Raucherentwöhnung – Beitrag zur Qualitätssicherung stationärer Rehabilitation. Herz / Kreislauf, 29, 61-64.*
- 9 Krampen, G. & Ohm, D. 1994. *Prävention und Rehabilitation. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd. 2. Anwendungen (S. 262-285). Weinheim: Beltz*
- 10 Langosch, W. 1989. *Psychosomatik der koronaren Herzkrankheiten. Weinheim: VCH*
- 11 Langosch, W. 1992. *Psychologische Interventionen in der kardiologischen Rehabilitation. In H. Weber-Falkensammer (Hrsg.), Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation (S 61-77). Stuttgart. Fischer.*
- 12 Langosch, W. 1992. *Streßbewältigungstraining. In M. J. Halhuber, E O Krasemann & K. Held (Hrsg.), Ratgeber zur Betreuung von Herzgruppen (S. 192-207). Köln: Echo (2. Auflage).*
- 13 Linden, W., Stossel, C. & Maurice, J. 1996. *Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. Archives of Internal Medicine, 156, 745-752.*
- 14 Mittag, O. 1997. *Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation. In F. Petermann (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung. Göttingen: Hogrefe, 315-333.*
- 15 Mittag, O. 1997. *Streßmanagement: Ziele und Methoden in der Rehabilitation von Koronarpatienten Prävention und Rehabilitation, 9, 147-153.*
- 16 Ohm, D. 1992. *Entspannungsverfahren in der kardiologischen Rehabilitation. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 5, 286-293.*
- 17 Schott, T. (1996) *Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Weinheim: Juventa.*
- 18 Schwarzer, R. 1996. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe*
- 19 Schwarzer, R. (Hrsg.). 1997 *Gesundheitspsychologie (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.*



<b>Leitfaden für Screening hinsichtlich psychischer / sozialer Probleme durch den aufnehmenden Arzt / Ärztin<sup>1</sup></b>			
<b>Psyche / ZNS</b>	<b>nein</b>	<b>frgl.</b>	<b>ja</b>
Negativer Affekt (z. B. Depressivität, Zynismus, überhöhte Ärgerneigung) oder Angststörungen	0	0	0
Störung bzgl. Bewusstsein, Orientierung, Konzentration	0	0	0
Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit	0	0	0
Denk- oder Wahrnehmungsstörungen (HOPS)	0	0	0
Hinweise auf stoffgebundene Abhängigkeit / Sucht	0	0	0
Psych. Erkrankung i. d. Anamnese (insbes. Depression)	0	0	0
<b>Krankheitsverarbeitung</b>	<b>nein</b>	<b>frgl.</b>	<b>ja</b>
Ausgeprägte Aggravation, Verleugnung, depressive Denkinhalte (ggf. Zutreffendes unterstreichen)	0	0	0
<b>Aktuelle oder zu erwartende Belastungen</b>	<b>nein</b>	<b>frgl.</b>	<b>ja</b>
Kritische Lebensereignisse, schwere Belastungen oder Konflikte, bevorstehende medizinische Eingriffe	0	0	0
<b>Soziale Kompetenzen</b>	<b>nein</b>	<b>frgl.</b>	<b>ja</b>
Schlechte soziale Einbindung (Familie, Freundeskreis)	0	0	0
Fehlende Ausgleichs- und Freizeitaktivitäten	0	0	0
Probleme bei der häuslichen (Selbst-)Versorgung	0	0	0
<b>Berufliche Probleme</b>	<b>nein</b>	<b>frgl.</b>	<b>ja</b>
Risikofaktoren (hohe körperliche oder psycho-mentale Belastungen, Konflikte am Arbeitsplatz)	0	0	0
Geringe Arbeitszufriedenheit	0	0	0
Fehlender Arbeitswunsch bzw. Berentungswunsch	0	0	0
<p><sup>1</sup> Die Kategorien „nein“, „fraglich“ und „ja“ sind nur aus prinzipiellen Gründen (z. B. für eventuelle Forschungsfragen) vorgegeben. Das Instrument ist als Leitfaden für die Aufnahmeuntersuchung gedacht, nicht als Fragebogen, der für jeden Patienten / jede Patientin beantwortet werden muss</p>			

## Erläuterungen

### Zu Psyche / ZNS:

Ängstliche oder depressive Verstimmungen, oft mit verstärkter affektiver Berührbarkeit (Weinen) treten häufig als vorübergehende Reaktion nach durchgemachtem Herzinfarkt, ACVB-Operation oder auch nach Apoplex auf. Negativer Affekt i. S. andauernder Depressivität/Depression, zynischer Feindseligkeit oder erhöhter Ärgerneigung gilt heute darüber hinaus aber auch als Risikofaktor für weitere koronare Ereignisse und sollte daher behandelt werden.

Störungen der Konzentrationsfähigkeit (z. B. beim Lesen, „Faden verlieren“) und schnelle Ermüdbarkeit sind oft im Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung zu sehen und nicht Anzeichen für eine (hirn-)organische Störung.

Es können formale (z. B. Denkzerfahrenheit) oder inhaltliche (Wahnbildung) Denkstörungen unterschieden werden. Wahrnehmungsstörungen (akustische oder häufiger optische Halluzinationen) treten z. B. im Rahmen von Durchgangssyndromen auf.

### **Zu Krankheitsverarbeitung:**

Übertriebene Betonung der körperlichen oder psychischen Beschwerden bzw. Verleugern der Schwere der Erkrankung („So als ob nichts geschehen wäre ...“) gelten als prognostisch ungünstig, wenn sie lange nach einem koronaren Ereignis persistieren; desgleichen depressive Denkinhalte (z. B. „Ich werde nie wieder so sein wie früher“; „Jetzt kommt es doch gar nicht mehr drauf an“). Anhaltende Depression nach Herzinfarkt gilt als prognostisch ungünstig.

### **Zu Belastungen:**

Tod des Partners, schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen, Konflikte in der Ehe oder mit den Kindern, langfristige Pflege von Angehörigen (vor allem für Frauen!), drohender oder realer Verlust des Arbeitsplatzes, finanzielle Probleme etc. Auch an eventuell bevorstehende Belastungen denken (z. B. Berentung, medizinischer Eingriff).

### **Zu sozialen Kompetenzen:**

Soziale Isolation gilt als gesicherter koronarer Risikofaktor.

### **Zu beruflichen Problemen:**

Hohe Belastungen am Arbeitsplatz bei gleichzeitig geringer Einflussmöglichkeit auf die Arbeitsbedingungen und -abläufe („aktiver Disstress“) gelten als koronarer Risikofaktor. Geringe Arbeitszufriedenheit (z. B. aufgrund von schlechten Arbeitsbedingungen oder Konflikten mit Vorgesetzten) verringert die Wahrscheinlichkeit einer gelungenen beruflichen Wiedereingliederung.

Der Arbeitswunsch des Patienten / der Patientin ist für die berufliche Wiedereingliederung mindestens so bedeutsam wie der kardiale Status.

### **■ Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. K. Held, Dr. O. Mittag  
c/o DGPR  
Friedrich-Ebert-Ring 38  
D-56068 Koblenz

## **(Teil 3)**

# **III. Soziale Ebene**

### **Präambel:**

Soziale Fragestellungen stehen neben den somatischen Aspekten im Mittelpunkt von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Die berufliche und soziale Integration nach einer kardiologischen Erkrankung ist neben somatischen auch von psychischen und sozialen Faktoren abhängig.

Sozialarbeit in der Rehabilitation trägt wesentlich mit dazu bei:

- die Bestimmung und das Erreichen der Rehabilitationsziele durch eine differenzierte Sozial- und Berufsanamnese zu verbessern,
- soziale und berufliche Probleme des Patienten festzustellen und bei deren Lösung zu helfen,
- geeignete Eingliederungsformen und deren Finanzierung mit dem Patienten zu erarbeiten und einzuleiten.

Das traditionelle Instrument der Sozialarbeit ist das Case-Management, bei dem zusammen mit dem Patienten verschiedene Problemlösungen, Wege der Eingliederung oder geeignete Möglichkeiten erschlossen und angeregt werden. Case-Management wirkt auf bestimmte Ziele hin und ist in seiner Durchführung transparent. Dabei folgt es drei Prinzipien: Es soll

1. den Patienten dazu befähigen, Unterstützung und Dienste zu erschließen und zu nutzen,
2. die Fähigkeit zur Nutzung sozialer Netzwerke und wichtiger sozialer Dienstleistungen fördern, um auch damit die Lebensqualität der Rehabilitanden zu verbessern,
3. die Effektivität der sozialen Netzwerke fallbezogen steigern, wobei versucht wird, die Dienstleistungen und die Unterstützung mit der höchstmöglichen Effizienz zu erbringen.

### **Literaturhinweise**

- 1 Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V.: *Handlungskonzept für Sozialarbeit im Krankenhaus; Mainz 11/1996, Neuauflage 9/1999*
- 2 Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V.: *Qualitätsmanagement in der Krankenhaussozialarbeit – ein Manual -, Mainz 11/1999*
- 3 DBSH Bundesfachgruppe Sozialarbeit im Gesundheitswesen (Autorenteam): *Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaussozialarbeit; Lörrach 1998, Neuauflage 1999*
- 4 Häusler, Keck, Jacob: *Optimierung der beruflichen Reintegration von Herzinfarktpatienten; Verlag W. de Gruyter, Berlin/New York 1995*
- 5 Hotze, E.: *Sozialarbeit im Kontext stationärer Rehabilitation; Artikel in: Sozialdienst im Krankenhaus, Mainz, 1995*
- 6 Gödecker-Geenen, N.: *Therapiekonzept des Sozialdienstes in: Karoff M. Behandlungsstandards in der kardiologischen Rehabilitation*
- 7 Karoff, M., Gödecker N.: *Stufenweise Eingliederung: Eine Möglichkeit, die Reintegration in das Berufsleben nach langer Krankheit zu fördern, Herz/Kreislauf 25, 1993*
- 8 Kurlemann, U.: *Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus; Der Krankenhausmanager, Springer Verlag 2000, Berlin*
- 9 Wendt, W.R.: *Case-Management im Gesundheitswesen, Lambertus Verlag, Freiburg 1997*
- 10 Wendt, W.R.: *Behandeln können. Klinische Sozialarbeit in Praxisfeldern sozialer Arbeit in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 145, 1999*
- 11 Wiegert, Michael: *Patientenorientiertes Casemanagement durch Sozialarbeit zur Verknüpfung beruflicher und medizinischer Rehabilitation mit beruflicher Reintegration, Forum Krankenhaussozialarbeit, Heft 2/1999*

### ■ **Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. K. Held, N. Gödecker-Geenen  
 c/o DGPR  
 Friedrich-Ebert-Ring 38  
 D-56068 Koblenz

**Der Beratungsprozess in der Sozialarbeit in der  
kardiologischen Rehabilitation**  
*angelehnt an das Case-Managementkonzept*

Grafische Darstellung des Beratungsverlaufes

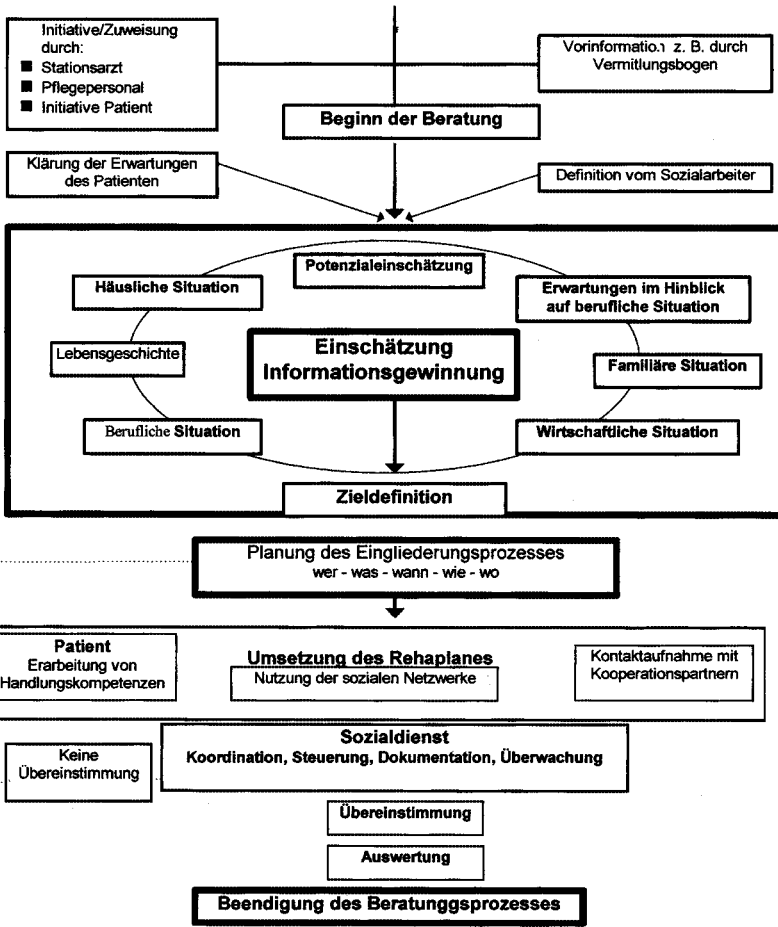


Abbildung 1:  
Ablaufdiagramm Case-Management

Tabelle I				
Problembereich	Problemanalyse	Interventionsziele	Intervention	Instrumente
<b>Soziale und sozialrechtliche Fragen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch:</li> <li>• Einzelgespräch</li> <li>• Angehörigengespräche</li> <li>• Patienteninformationsveranstaltungen</li> <li>• Aktenstudium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erarbeitung von Perspektiven im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme</li> <li>• Klärung von Rechtsfragen</li> <li>• Feststellung individueller Problembereiche i. d. Rehabilitation</li> <li>• Vermittlung von sozialrechtlicher Basisinformation</li> <li>• Organisation und Beratung zur Unterstützung der sozialen Eingliederung</li> <li>• Information zum Sozialrecht und weiterführenden Hilfen</li> <li>• Vermittlung an und Kontaktaufnahme zu diversen Beratungsinstitutionen</li> <li>• Planung und Erarbeitung von Unterstützungsstrategien, Konfliktmanagement</li> <li>• Beitrag zur psychosozialen Stabilisierung</li> <li>• Erwerb von Handlungskompetenz</li> <li>• Erarbeitung eines Nachsorgeplans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfüllung v. Vertragsverfahren</li> <li>• Erstellung von Schriftsätzen</li> <li>• Telefonische Beratung und Koordination (weiterbetreuende Stellen, Behörden, Familienangehörige etc.)</li> <li>• Erstellung eines Sozialberichts für den Entlassungsbericht</li> <li>• Durchführung von Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen des Sozialrechts (Schwbj., Rente, Arbeitslosigk. etc.)</li> <li>• Gruppenarbeit für besondere Zielgruppen, z. B. Ausländer, Rentner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentieren des Beratungsverlaufs, des Schriftverkehrs und der Außenkontakte (z. B. mit EDV-Unterstützung)</li> <li>• Vorträge</li> <li>• Soziale Gruppenarbeit</li> </ul>
<b>a) berufliche Integration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial- und Berufsanamnese (Einzelgespräch)</li> <li>• Potenzialeinschätzung (z. B. Schulbildung, Qualifikation, berufl. Werdegang)</li> <li>• Klärung d. Erwartungen im Hinblick auf die berufliche Eingliederung (Partizipation an der Erwerbsarbeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld</li> <li>• Erarbeitung von Zielen der beruflichen Integration</li> <li>• Planung des beruflichen Eingliederungsprozesses</li> <li>• Aufklärung über und Beratung zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung eines Rahmenplans</li> <li>• Erarbeitung von Handlungsschritten</li> <li>• Erschließung von Ressourcensystemen, z.B. Kostenträger, Behörden, Betriebsärzte, Fürsorgestelle, Arbeitgeber etc.</li> <li>• Kontaktaufnahme und Klärung mit Betrieben, Betriebsräten, Betriebsärzten etc.</li> <li>• Einleitung: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ einer innerbetriebl. Umsetzung</li> <li>◦ einer stufenweisen Eingliederung</li> <li>◦ berufl. fördernder Leistungen</li> </ul> </li> <li>• Kontaktaufnahme zum Rehab-fachberater der Rentenversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezielle EDV-Programme für den Sozialdienst</li> <li>• Antragsformulare</li> <li>• Eingliederungsplanvordrucke</li> <li>• Anamnesebogen zur sozialen Beratung</li> <li>• Anamnesebogen zur Erhebung d. Berufsbildes</li> </ul>
<b>b) wirtschaftliche Absicherung/ Lebensunterhalt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung der wirtschaftlichen Situation</li> <li>• Feststellung von Leistungsprüchen (z.B. Übergangsgeld, Krankengeld, Rente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung und Organisation der wirtschaftlichen Sicherung während und nach der medizinischen Rehabilitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung zu den Leistungen d. sozialen Sicherungssysteme, z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Rente, Lohnfortzahlung, Arbeitslosengeld/-hilfe, Sozialhilfe etc.)</li> <li>• Kontaktaufnahme zu Rentenauskunftsstellen und Beratern anderer Behörden (z. B. Sozial-/Arbeitsämtern)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialrechtsauskunftssysteme, z. B. Rechtsdatenbank Lexsoft- Sozialdienst</li> <li>• Rehabat</li> </ul>
<b>c) Pflegebedürftigkeit Probleme bei der häuslichen Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung der häuslichen Versorgung und Pflegebedürftigkeit durch</li> <li>◦ Einzelgespräche</li> <li>◦ Fremdanamnese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingliederung in das soziale Umfeld</li> <li>• Organisation der geeigneten medizinischen / pflegerischen u. hauswirtschaftl. Versorgung</li> <li>• Schaffung von Alternativen und Perspektiven, falls eine Rückkehr in das häusliche Umfeld nicht mehr möglich ist</li> <li>• Vermittlung von stationärer Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung und Sicherstellung d. Kostenübernahme für die Erbringung v. Pflegeleistungen (ambulant/stationär)</li> <li>• Einleitung ambulanten häuslicher Hilfen (pflegerisch/hauswirtschaftlich)</li> <li>• Einrichtungen der Altenhilfe</li> <li>• Beratung und Antragstellung zur Pflegeversicherung</li> <li>• Kontakte zu anderen sozialen Diensten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungsdokumentation</li> <li>• Schriftverkehr</li> <li>• Antragsformulare</li> <li>• Informationsmaterial</li> <li>• Verzeichnisse über Pflegeinstitutionen</li> </ul>

# (Teil 4)

## Edukative Ebene

*Gesundheitsbildung* in der Rehabilitation beinhaltet alle Maßnahmen, die unter Einsatz erwachsenenpädagogischer Techniken bzw. psychologischer Methoden auf eine *positive Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen* (Einstellungen, Wissen und Motivation) abzielen. Das Spektrum möglicher Maßnahmen reicht von allgemeinen, auch indikationsübergreifenden Informations- und Motivationsgruppen über krankheitsspezifische Vertiefungen bis hin zu Schulungen (z. B. Blutdruck-Selbstmessung). Das übergeordnete Ziel ist, die Rehabilitanden für die Bedeutung des eigenen Lebensstils zu sensibilisieren, sie zu individuellen Problemlösungen zu befähigen und ihnen über die Phase der organisierten Rehabilitation hinaus Handlungskompetenzen für schwierige Situationen zu vermitteln.

Gegenstand und Methoden der Gesundheitsbildung in diesem Sinn finden eine evidenzbasierte Entsprechung in den Begriffen „education“, „counseling“ und „behavioral interventions“, wie sie in der U.S.-Guideline „Cardiac Rehabilitation“ seitens der Agency for Health Care Policy and Research erstmals zusammenfassend dargestellt sind (Wenger et al., 1995).

Für die Gesundheitsbildung in der kardiologischen Rehabilitation (eine ausführliche Darstellung hierzu findet sich bei Mittag, Brusis & Held, 2001) stehen die folgenden Themenbereiche im Vordergrund:

- Medizinische Grundlagen
- Bedeutung einer umfassenden Lebensstiländerung
- Alltagsprobleme / Nachsorge

Das Programm ist modular aufgebaut und beinhaltet ein *Basisprogramm* sowie *krankheitsspezifische Module* (z. B. „koronare Herzerkrankung“, „Klappenerkrankungen“ und „andere Formen der Herzerkrankungen“); darüber hinaus sind spezielle *Module* (z. B. „Adipositas“, „Blutgerinnungs-Selbstbestimmung“) vorgesehen. Insbesondere die speziellen Module müssen „maßgeschneidert“ werden, d. h. bei der Indikation müssen die Bedingungen der Patienten einschließlich der Veränderungsmotivation berücksichtigt werden.

### ● **Basisprogramm (ca. 4 Einheiten)**

#### **Einführung / Motivation**

Ziel ist es, passive Behandlungserwartungen abzubauen und die Teilnehmer zur positiven Veränderung ihres gesundheitsbezogenen Lebensstils zu motivieren. Die Bedeutung des Lebensstils für die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung lässt sich aus epidemiologischen Untersuchungen ableiten. Da bei chronischen Erkrankungen eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit zumeist nicht erreicht werden kann, stehen darüber hinaus das Lebenlernen mit der Erkrankung und den dadurch bedingten Einschränkungen sowie die Nutzbarmachung verbleibender Ressourcen im Vordergrund, also die Verbesserung der Lebensqualität. Dies alles erfordert Änderungsmotivation, Selbstverantwortung und Eigeninitiative auf Seiten der Rehabilitanden („Kurs- vs. Rehaerwartungen“). Es setzt auch die Überzeugung voraus, die krankheitsbedingten Anforderungen aus eigener Kraft und mit Hilfe der Unterstützung von anderen meistern zu können.

## **Medizinische Grundlagen**

Anatomie und Physiologie des Herz-Kreislaufsystems, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Beeinflussung, Pathophysiologie der wichtigsten Erkrankungen des Herzens im Überblick (koronare Herzerkrankung, Myokarditiden, Rhythmusstörungen, Vitien)

## **Risikofaktoren- und Schutzfaktorenkonzept („Salutogenese“)**

Gesundheitsbildung ist am Risikofaktorenmodell der Erkrankung orientiert und richtet sich in der Vergangenheit vorrangig auf den Abbau der entsprechenden Risikofaktoren (z. B. Rauchen). Zu einem gesundheitlich günstigen Lebensstil gehört aber sowohl Verhaltensänderungen, die zum Abbau von Risikofaktoren beitragen, als auch der Aufbau von Faktoren, die Gesundheit schützen oder helfen, sie wieder herzustellen, wenn sie beeinträchtigt ist (Schutzfaktoren). Die Förderung von Gesundheit in diesem letztgenannten Sinn wird als „Salutogenese“ bezeichnet. Gesundheitsförderung in diesem Sinne zielt ab auf körperliches und seelisches Wohlbefinden sowie den Aufbau von Schutzfaktoren durch Förderung gesunder Lebensweisen und Lebenswelten, sie betrachtet den Patienten / die Patientin als selbstbestimmtes Subjekt und Experten für die eigenen Erkrankung, sie stützt sich auf Information, Beratung und Unterstützung, und sie berücksichtigt auch die Lebensbedingungen der Patienten.

Ein wesentlicher (unveränderbarer!) Schutzfaktor ist z. B. die genetisch bedingte Widerstandskraft gegenüber der ischämischen Herzerkrankung. Wichtige psychische und soziale Schutzfaktoren sind gute soziale Integration, günstige Bedingungen am Arbeitsplatz (z. B. Verhältnis von Anforderungen und Kontrollmöglichkeiten), günstiges Gesundheitsverhalten (Bewegung, gesunde Ernährung, Ausgleichsaktivitäten, Meiden von Genussgiften) und seelische Gesundheit (Selbstwertgefühl, Liebesfähigkeit, Zuversichtlichkeit, Freude, internale Kontrollüberzeugungen, Sinnerfülltheit).

## **Probleme im Alltag und Beruf / Nachsorge**

Das Konzept der „Salutogenese“ (s. o.) bietet sich an, um die Rehabilitanden für einzelne Aspekte der Rehabilitationsbehandlung zu sensibilisieren und die sinnvolle Nutzung der Angebote in der Rehaklinik anzubahnen (z. B. Ernährungsberatung, Information über Sportarten und Reisen, Rehafachberatung bzgl. der beruflichen Wiedereingliederung, Beratung bezüglich Sexualität nach Herzinfarkt, Nachsorge in der AHG). Die Rehabilitation stellt damit den Beginn einer Neuorientierung dar, die nicht zuletzt durch günstigere Ernährung und mehr Bewegung auch die Bewältigung von Alltagsproblemen erleichtert.

## **● Krankheitsspezifische Module**

### **Modul „KHK“**

Pathophysiologie (Arteriosklerose, Stenose, Angina pectoris, instabile Plaque, Myokardinfarkt, myokardiale Narbe, Herzinsuffizienz)

Akuttherapie (Zeitfaktor, Notarzttelefon-Botschaft, Lyse, Rhythmusstörungen, Infarktgröße, PTCA, ACVB-Op)

Diagnostik (Anamnese und Untersuchung, Ruhe- und Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Ergometrie, Echokardiographie und Stressecho, Laboruntersuchungen, Myokardscintigraphie, Koronarangiographie, MRI)

Langzeitbehandlung und Sekundärprävention (Risikofaktorenkonzept, Lebensstiländerung)

Schrittmacher- und Defibrillatorimplantation

Medikamentöse Therapie (Statine, Betablocker, Aggregationshemmer, ACE-Hemmer, Nitrate, Kalzium-Antagonisten, AT<sub>2</sub>-Blocker, Antiarrhythmika, Antikoagulantien, Diuretika, sonstige Medikamente und Zusätze)

## **Modul „Klappenerkrankungen“**

Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie (Lokalisation, Funktion und Erkrankungen der Herzklappen)

Pathogenese (entzündlich, rheumatisch, degenerativ, ischämisch)

Therapeutische Möglichkeiten (Ersatz mittels Bio- oder Kunstklappe, Klappenrekonstruktion)

Langzeittherapie (Endokarditisprophylaxe, Antikoagulation, Belastbarkeit)

## **Modul „Andere Formen der Herzerkrankungen“**

Kardiomyopathien (dilatativ, obstruktiv)

Myokarditiden

andere Vitien

Herztransplantation

## **● *Problemorientierte Module***

### **Weitere Module (nach Bedarf bzw. Patientengut der Klinik)**

Stressbewältigungstraining (Langosch, 1992)

Adipositasgruppe (Deutsche Adipositas Gesellschaft e. V.; [www.adipositas-gesellschaft.de](http://www.adipositas-gesellschaft.de))

Schlaf- bzw. Beruhigungsmittelabusus/Alltagsdrogen (Döll, Buschmann-Steinhage & Worringer, 2000)

Bluthochdruck (Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e. V.; [www.hochdruckliga.de](http://www.hochdruckliga.de))

Soziale Unterstützung (Schäfer, Döll, Höffler & Mittag, 2000)

Raucherentwöhnung (Arbeitskreis Raucherentwöhnung; [www.medizin.uni-tuebingen.de/ukpp/akr](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ukpp/akr))

Ernährung (Mayr, Gehring & Schraudolph, 1997; Pudel & Müller, 2000)

Blutgerinnungs-Selbstbestimmung (Bernardo & Völler, 2001)

Diabetesschulung (Deutsche Diabetes Gesellschaft; [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de))

Periphere Durchblutungsstörungen (Deutsche Gesellschaft für Angiologie, 2001)



## Methoden

Alle Module der Gesundheitsbildung sollten vorzugsweise in Form geschlossener Gruppen durchgeführt werden. Das Kernprogramm sollte nach Möglichkeit von *einem* Referenten bestritten werden; es kann von Angehörigen unterschiedlicher Disziplinen durchgeführt werden. In den krankheits- und problemorientierten Modulen müssen die einzelnen Themen von den jeweiligen Berufsgruppen vermittelt werden. Die jeweils anzustrebende Gruppengröße richtet sich nach den Vorgaben des VDR bzw. der jeweiligen Fachgesellschaften. Zumindest das Kernprogramm sollte zur besten Therapiezeit am Vormittag geplant sein. Eine Evaluation der edukativen Maßnahmen (Lernzielkontrolle) ist anzustreben. Die Bedeutung der Gesundheitsförderung sowie die dort vermittelten Inhalte und Konzepte sollten darüber hinaus auch in der gesamten Klinikumwelt für die Rehabilitanden erfahrbar werden. Eine Verfestigung der aufgeführten Inhalte erfolgt im Rahmen der ambulanten Nachsorge in der Herzgruppe (HG).

## Ausgewählte Literatur

- 1 Antonovsky, A. (1979) *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 2 Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 3 Balady, G.J., Ades, P.A., Comoss, P., Limacher, M., Pina, I.L., Southard, D., Williams, M.A. & Bazzarre, T. (2000). *Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement of healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation*. *Circulation*, 102, 1069-1073.
- 4 Bernardo, A. & Völler, H. (2001). *Leitlinien „Gerinnungsselbstmanagement“*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126, 346-351.
- 5 Deutsche Gesellschaft für Angiologie (2001). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit der Becken-Beinarterien*. *VASA*, 30 (Suppl. 57).
- 6 Döll, S., Buschmann-Steinhage, R. & Worringer, U. (2000). *Seminareinheit Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Sucht*. In VDR (Hrsg.), *Gesundheit aktiv fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation* (S. 491-591). Stuttgart: Schattauer.
- 7 Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulmann, J. & Kraaij, V. (1999). *A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients*. *Health Psychology*, 18, 506-519.
- 8 Hunink, M.G., Goldman, L., Tosteson, A.N., Mittleman, M.A., Goldman, P.A., Williams, L.W., Tsvat, J. & Weinstein, M.C. (1997). *The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990*. *Journal of the American Medical Association*, 277, 535-542.
- 9 Langosch, W.(1992). *Streßbewältigungstraining*. In M.J. Halhuber, E.O. Krasemann & K. Held (Hrsg.), *Ratgeber zur Betreuung von Herzgruppen* (S. 192-207). Echo, Köln 1992 (2. Auflage).
- 10 Mayr, A., Gehring, J. & Schraudolph, M. (1997). *Empfehlungen der DGPR zur Ernährungstherapie bei Herz-Kreislaufkrankungen*. *Herz/Kreislauf*, 29: 238-243.
- 11 Mittag, O. (1996). *Mach' ich mich krank? Lebensstil und Gesundheit*. Bern: Huber.
- 12 Mittag, O. (1997). *Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation*. In F. Petermann (Hrsg.), *Patientenschulung und Patientenberatung* (S. 315-333). Göttingen: Hogrefe, 315-333.
- 13 Mittag, O., Brusis, O.A. & Held, K. (2001). *Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation*. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 54, 137-144.

- 14 Pudiel, V. & Müller, D. (2000). *Seminareinheit Essen und Trinken. In VDR (Hrsg.), Gesundheit aktiv fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (S. 187-327). Stuttgart: Schattauer.*
- 15 Schäfer, H. & Döll, S. (2000). *Grundlagen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation. In VDR (Hrsg.), Gesundheit aktiv fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (S. 1-19). Stuttgart: Schattauer.*
- 16 Schäfer, H., Döll, S., Höffler, K.-W. & Mittag, O. (2000). *Seminareinheit Schutzfaktoren: Was hält uns gesund? In VDR (Hrsg.), Gesundheit aktiv fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (20-185). Stuttgart: Schattauer.*
- 17 Schäfer, H., Döll, S. & Müller, D. (2000). *Seminareinheit Bewegung und körperliches Training. In VDR (Hrsg.), Gesundheit aktiv fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (S. 329-411). Stuttgart: Schattauer.*
- 18 VDR (1984). *Gesundheit selber machen: Frankfurt: VDR.*
- 19 VDR (Hrsg.), (2000). *Gesundheit aktiv fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer.*
- 20 Weidemann, H., Halhuber, M.J., Gehring, J., Keck, M., Matthes, P., Hofmann, H., Brusis, O. & Held, K. (1991). *Die Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO. Herz / Kreislauf, 23, 337-341.*
- 21 Wenger, N.K., Froelicher, E.S., Smith, L.K., Ades, P.A., Berra, K., Blumenthal, J.A., Certo, C.M.E., Dattilo, A.M., Davis, D., DeBusk, R.F., Drozda, J.P., Fletcher, B.J., Franklin, B.A., Gaston, H., Greenland, P., McBridge, P.E., McGregos, C.G.A., Oldridge, N.B., Piscatella, J.C. & Rogers, F.J. (1995). *Cardiac rehabilitation. Clinical guideline No. 17. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.*

■ **Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. Klaus Held, Dr. O. Mittag  
 c/o DGPR  
 Friedrich-Ebert-Ring 38,  
 56068 Koblenz

**Nachwort**

Mit der Veröffentlichung der „Edukativen Ebene“ (Held, Mittag 2002) hat die interdisziplinäre Arbeitsgruppe die ihr 1997 vom Vorstand der DGPR übertragene Arbeit vorläufig abgeschlossen.

Auch wenn der Anspruch einer „Leitlinie“ bewusst nicht erhoben wurde, erfüllen die vorliegenden „Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation“ doch viele Anforderungen, die an die methodische Qualität von Leitlinien gestellt werden (ÄZQ 2000).

Ziel der Empfehlungen ist es, die interdisziplinäre Prozessqualität i.S. von Handlungskorridoren zu standardisieren und zu verbessern, um damit die Ergebnisqualität der kardiologischen Rehabilitation zu optimieren, die in der CARO-Studie der DGPR (Müller-Fahrnow et al., Karoff et al., Held et al. 1999) noch eine große Klinikvarianz aufwies.

In den Empfehlungen wird auf indikations- und diagnose-spezifische Gesichtspunkte eingegangen. Fakultative diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden eben-

so, wie ergänzende, die sich für den individuellen Bedarf oft als sinnvoll erweisen, dargestellt und Verfahren zur Ermittlung eines solchen speziellen Bedarfs aufgezeigt. Die Empfehlungen richten sich an das interdisziplinäre Team und sind vorwiegend auf Patienten in der AHB/AR ausgerichtet. Sie können daher nicht vollständig auf Patienten im Heilverfahren übertragen werden. Sie wurden primär für die stationäre Rehabilitation entwickelt. Denkbare Modifikationen für die ambulante Rehabilitation werden sich ebenso, wie für die besondere Situation der zunehmend älteren Patienten aus den hier vorgelegten Grundlagen entwickeln lassen.

Wir erwarten uns von der Anwendung der Empfehlungen nicht nur eine Verbesserung der Prozess- und der Ergebnisqualität, sondern auch eine individuell „maßgeschneiderte“ und zielgerichtete Rehabilitation.

Die Empfehlungen werden den kardiologischen Rehabilitationskliniken zur Verfügung gestellt. Nach einer Übergangszeit wird ihre Befolgung ebenso wie die Strukturqualität der Kliniken auf freiwilliger Basis von der DGPR extern evaluiert und bewertet werden.

## **Zur Entwicklung der Empfehlungen**

Eine Auswahl evidenzrelevanter Quellenangaben, die aus Literaturrecherchen stammt, wird als „weiterführende Literatur“ angeführt. Die Qualität dieser Evidenz (Ollenschläger et.al.1999) entspricht in Einzelaspekten, z. B. der Sekundärprävention oder der Bewegungstherapie, dem Grad I, in der Mehrzahl aber niedrigeren Evidenzgraden und nicht selten dem Grad IV. Damit wird auch der große Forschungs-Nachholbedarf deutlich.

Die Empfehlungen wurden in modifizierter Delphi-Technik erarbeitet: zu den Sitzungen und ihren Themen wurde mit einer vorbereitenden Einführung eingeladen. Die Ergebnis der Sitzungen wurden mit den jeweiligen Sitzungsprotokollen allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe zugesandt, die darauf eingegangenen Stellungnahmen in der nächsten Sitzung diskutiert. Bis zur endgültigen Verabschiedung des Textes (im schriftlichen Umlaufverfahren) wurde dieser Zyklus meist mehrfach durchlaufen.

Die vorliegenden Empfehlungen sind als eine Grundlage zu verstehen, die regelmäßig durch eine vom Präsidium eingesetzte Arbeitsgruppe aktualisiert, vertieft und erweitert werden soll.

Als Kardinalproblem erwies sich bei dieser Pionierarbeit die in vielen Bereichen fehlende oder ungenügende Evidenz, die bisher für individuelle Empirie weiten Raum ließ. Die sich daraus gelegentlich ergebenden Kontroversen führten nach oft lebhafter Diskussion mindestens zu einem Mehrheitskonsens. Wir sind zuversichtlich, dass die große Zahl der beteiligten erfahrenen Rehabilitationsfachleute aus dem interdisziplinären Team das Spektrum des „empirischen Raums“ repräsentativ abdeckt.

### **Literaturhinweise:**

- 1 ÄZQ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: *Checkliste Methodische Qualität von Leitlinien. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97: A 1170-1172*
- 2 Held, K., Müller-Farnow, W., Karoff, M., Nowossadek, E.: *CARO – die DGPR-studie: Ergebnisse der Sekundärprävention und Rehabilitation. Präw.-Rehab. 1999; 11: 223-226*

- 3 Held, K., Mittag, O.: *Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 4, Edukative Ebene)*. *Zkardiol* (2002); 91: 99-102
- 4 Karoff, M., Held, K., Müller-Fahrnow, W., Grünbeck, P.: *CARO – die DGPR-Studie: Klinische Aspekte*. *Präv.-Rehab.* 1999; 11: 221-223
- 5 Müller-Fahrnow, W., Karoff, M., Held, K., Spyra, K.: *CARO – die DGPR-Studie als Instrument eines multizentrischen Qualitätsmanagements (MCQM)*. *Präv.-Rehab.* 1999; 11: 218-221.
- 6 Ollenschläger, G., Helou, A., Lorenz, W. (1999): *Kritische Bewertung von Leitlinien. Vorabdruck eines Beitrags zu: Raspe, Kunz, Jonitz, Ollenschläger (Hrsg.): Lehrbuch der Evidenz-basierten Medizin. Deutscher Ärzteverlag, Köln – in Vorbereitung (Vorabdruck des Beitrags unter: [www.leitlinien.de/bewertung.htm](http://www.leitlinien.de/bewertung.htm))*

Prof. Dr. med. K. Held

Koblenz, März 2002

### **Veröffentlichungen:**

- Teil I. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 1). *Herz Kreislauf* 2000; 32:141-5
- Teil II. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 2). *Herz Kreislauf* 2000; 32:294-7
- Teil III. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 3). *Herz Kreislauf* 2000; 32:378-80
- Teil IV. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 4). *Zkardiol* (2002); 91:99-102