

Sozialmedizinischer Grundkurs II

Bad Nauheim, 02. Oktober 2010

Leistungsformen der med. Rehabilitation:
Berufsbegleitende ambulante Leistungen → RV !



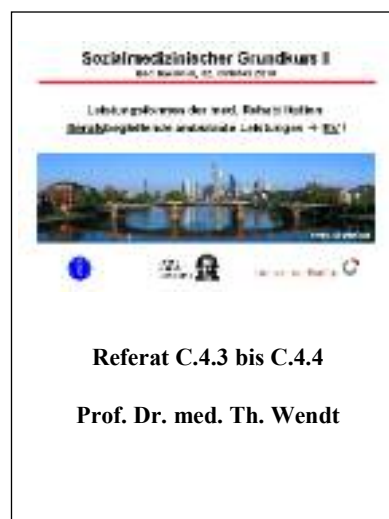
Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Kardiocentrum Frankfurt



Komplettes handout



www.prof-wendt.de



Gliederung

Wie geht es nach der kardiologischen Reha eines noch nicht berenteten Versicherten weiter?

- **Sicherung der Nachhaltigkeit durch Ambulante Nachsorgeleistungen**
 - IRENA
 - AHG
 - (SHG)



Berufsbegleitende ambulante Leistungen

Klare begriffliche Abgrenzung:

**Ganztägige
ambulante
Rehabilitation**

**Ambulante
Nachsorge-
leistungen**

*www.driv-bund.de
Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der GRV
zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (21.05.2001)*



Berufsbegleitende ambulante Leistungen

Die ... Rehabilitation in amb. Form läßt sich von einer Leistung der ambulanten Nachsorge dadurch abgrenzen,

... daß bei einer ambulanten Reha das Reha-Ziel noch nicht erreicht ist und für das Erreichen des Reha-Ziels ein umfassender Reha-Ansatz und eine entsprechend hohe Therapiedichte weiterhin erforderlich sind.

Hingegen sind bei Leistungen der amb. Nachsorge Einzelleistungen oder eine Kombination von wenigen Einzelleistungen ausreichend.



Berufsbegleitende ambulante Leistungen

Als Nachsorge werden solche Leistungen bezeichnet, die zur vollständigen Erreichung des Reha-Ziels oder zur Stabilisierung des Reha-Erfolgs (→ Nachhaltigkeit) dienen, wobei die Leistungen einen zeitlichen Bezug zu einer vorausgehenden (stationären oder ganztägig ambulanten) Reha-Leistung aufweisen müssen (*d.h. Antrag nur aus Rehaeinrichtung heraus !*).

*www.driv-bund.de
Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der GRV
zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (21.05.2001)*



Berufsbegleitende ambulante Leistungen

Sicherung der Nachhaltigkeit kann z.B. sein:

- Weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten (ICF)
- Etablierung von Lebensstiländerungen
- Verstärkung der Selbstwirksamkeitseffekte
- Nachhaltiger Transfer des Gelernten in den Alltag
- Förderung von persönlicher u. sozialer Kompetenz
- Minderung von Schnittstellenproblemen

Pschyrembel Sozialmedizin (2007), unter dem Stichwort: Nachsorge



Berufsbegleitende ambulante Leistungen

- Gestreckte „ganztägig“ ambulante Reha
- IRENA (intensivierte Reha Nachsorge) *nur* DRV-Bund !
entstanden aus: INA → Curriculum Hannover
- Nachstationäre Sucht-Reha (wenn SHG nicht ausreicht)
20 Therapieeinheiten je 50 Min. für Abhängige
plus 2 TE für die Angehörigen / 6 Monate,
kann zweimal verlängert werden.
Sinnvoll ambulant wegen extrem langer Dauer
- Amb. Herzgruppe (für Berufst. KT: RV) § 44, 1.3. SGB IX
- Selbsthilfegruppe (kein Kostenträger)



IRENA-ähnliches (Pilot-)Programm der DRV-Hessen

- **Poststationäres kard. Programm über 8 Wochen**
- **Di. und Do. 15.00 Uhr je 2 Stunden am Rehasentrum Sprudelhof (Dr. Kloster)**
- **Aktivität und Gesundheitstraining**
- **Offene Gruppe**
- **Selbstgestricktes Antrags-“formular“**
- **Nur solange AU !**



IRENA: 3 Einschlußkriterien

- **Nach einer Rehamaßnahme, deren Reha-Ziel noch nicht ganz erreicht ist und/oder um den Reha-Erfolg nachhaltig zu sichern**
- **Nur für Berufstätige (Ist oder Prognose > 3 Std.!)
ALO: wenn DRV-Bund KT der Rehamaßnahme
Hausfrauen: wenn als Onko-Mitversicherte in Reha**
- **Antritt innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Reha (keine Ausnahmen!)**



IRENA: 3 Ausschlußkriterien

- **Intervall von > 3 Monaten seit Ende der Reha**
- **Entlassung / Prognose unter 3 Stunden**
- **BU-/EU-/Altersrentner**



IRENA: Ziel

...neben dem Alltag und berufsbegleitend den Reha-Prozeß zur Sicherung des Reha-Ziels fortzusetzen und das bereits während der Reha erreichte Reha-Ergebnis zu festigen.



IRENA: Inhalte

- **Individuell zugeschnittenes Leistungspaket**
- **Auf Vorschlag des vorbehandelnden Reha-Teams**
- **Nur Gruppenangebote (Ausnahme Psyche)**
- **Häufigkeit, Dauer und tageszeitliche Organisation richten sich nach der individuellen Situation des Patienten → berufsbegleitend !**
- **Max. 24 Termine über je 90 bis 120 Minuten innerhalb eines Jahres nach Reha-Ende (Neuro und Psycho mehr Termine)**



IRENA: Sonstiges

- **Eine bestehende AU oder eine vorgesehene berufliche Wiedereingliederung hindert *nicht* die parallele Inanspruchnahme von IRENA**
- **Eine Haushaltshilfe kann während IRENA *nicht* gestellt werden.**
- **Fahrtkostenerstattung pauschal EUR 5 / Tag**
- **Keine Zuzahlung**
- **Häuserliste über www.driv-bund.de**



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Soz.-Med. Anamnese:

Abitur → Architekt → Bauamtsleiter, vollzeit im Tagdienst, 30% Außentätigkeit, Gerüste und Leitern, zwingend Kfz.

Kardiologische Vorgeschichte:

1986 Endokarditis, seitdem Mitralvitium bekannt → regelmäßige kardiol. KU in Da. (Bel.-EKG 200 W). Immer sportlich aktiv (Leichtathletik, Fahrrad, Ski)



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Aktuelle Anamnese (August 2008):

**Seit 1 Jahr zunehmende Leistungseinschränkung.
KU 4/08 → OP-bedürftige Mitralinsuffizienz
AF bis KH-Aufnahme.**

8/08 Operative MK-Rekonstruktion mit Teilsternotomie.



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

AHB 21.08. – 02.10.08:

Bel.-EKG: 75 Watt.

Ergometertraining: 60 Watt.

Echo: Klappe dicht, Perikarderguß → rückläufig

Verlauf: tachyk. Vorhofflattern → Amiodarone → SR

Ergotherapie...

Psychologie...

Entl.: mit Metoprolol im SR, noch AU, Prognose > 6h.



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Psychologiebericht:

Einzelgespräche auf Wunsch des hochmotivierten Patienten.

Inhalte: Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, Auseinandersetzung mit emotionalen Bel.-Faktoren.

→ V. a. Anpassungsstörung

Empfehlung: amb. Weiterbetreuung.



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Ergotherapiebericht:

**Reduzierte Daueraufmerksamkeit (max. 20 min.),
eingeschränkte kognitive Flexibilität,
vermindertes Kurzzeitgedächtnis.**

**→ kognitives Training nach Stengel, Merkstrategien
für den Alltag.**

Daueraufmerksamkeit bei Entl. 45 min.

Empfehlung: Fortführung des kognitiven Trainings.



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Nachsorgestrategien?

- ✓ **Endokarditisprophylaxe**
- ✓ **Marcumar über sechs Wochen, dann >, wenn SR**
- ✓ **Hausärztliche und kardiologische Kontrollen**
- ✓ **IRENA**
- ✓ **Ambulante Herzgruppe**



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Verordnungsformular
 Name: [REDACTED] | Geburtsdatum: [REDACTED] | Aufarbeitung für die Reha-Nachorgehörigung

III. Empfehlung therapeutischer Leistungen in der Gruppe -

A. Übungen / Totalkörperliche Gruppenpsychotherapie mit Schlüsselwörtern

Psychotherapie
 Sport- und Bewegungstherapie
 Logotherapie
 Singschul- / Sprechtherapie
 Musiktherapie
 kognitiv-behaviorale Psychotherapie
 psychodynamische Psychotherapie
 andere: _____

B. Problemorientierung, Verhaltenstraining, Entspannungstherapie mit Schlüsselwörtern

Elternschulung
 Tabakentwöhnung
 Adipositasgruppen
 Schmerzbewältigung
 Entspannungstraining
 achtsamkeitsbasierte Psychotherapie
 Arbeitstherapie
 Training sozialer Kompetenzen
 andere: _____

C. Informieren, Motivieren, Schulung mit Schlüsselwörtern

Motivationsförderung
 Rückenschule
 Ernährungsbildung

Lyriktherapie
 andere: _____



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

IV. Empfehlung zu Anzahl, Dauer und Beginn:

Anzahl: 2 Termine | Dauer: 0 Monate
 Starttermin: 01.10.2008

Art der Durchführung:

verbindliche Durchführung
 optional verbindliche Teilnahme
 optional keine Durchführung

Anmerkung: Max. 24 Termine von je 60 - 120 Minuten innerhalb eines Jahres sind für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei einseitigen Extremitäten maximal 30 Termine und bei zentralen Störungen maximal 20 Termine. Bei einer Psychotherapie und/oder Psychotherapie-Maßnahmen sind innerhalb eines halben Jahres nach Ende der Rehabilitation mindestens ein Nachgespräch zu führen.

Um eine Nachfolge (vgl. entsprechende Liste der Nachfolgeleistungen) zu beantragen, bitte folgende Angaben machen:

Name: Alex Hopp
 Adresse: [REDACTED]

V. Das ICDM-Informationalblatt ist der folgenden Krankenkasse zugewandt worden:

Das Rehaform 17.10.2008
 Dr. med. [REDACTED]
 Prof. Dr. med. Th. Wenzel
 Technische Universität München
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 München, Germany



Kasuistik: Sch., Karlheinz, 57 Jahre

Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen zum Lebensstil (X). Mehrfachnennungen sind möglich

Wallerbehandelnde Ärzte / Psychologen	Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostischeklärung	<input type="checkbox"/> Übungen selbständig
<input type="checkbox"/> Statistisches Beratung / CP	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung
<input type="checkbox"/> Atmungsberatung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Gewichtheben
<input type="checkbox"/> Herz- und Hirninfarkt-aktive Physiotherapie und Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Alkoholismus
<input type="checkbox"/> Herz- und Hirninfarkt-aktive Physiotherapie und Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe

Erläuterungen:

Letzte Modifikation:

Dr. Dorn: _____

Städtisches Gesundheitsamt 4007 04 0000

ITM - Gesundheitsmanagement
Klinik - 700 - 07 11300



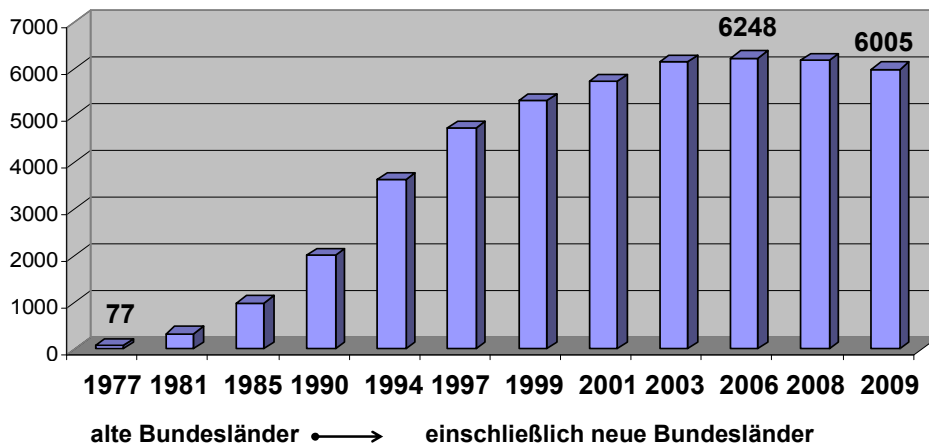
Gliederung

Wie geht es nach der kardiologischen Reha eines noch nicht berenteten Versicherten weiter?

- **Sicherung der Nachhaltigkeit durch Ambulante Nachsorgeleistungen**
 - ✓ IRENA
 - AHG
 - (SHG)



Entwicklung der AHGs in Deutschland



Ritter, P. DGPR intern 1: 27 (2010)



AHGs in Deutschland (Stand 31.12.09)

Bundesland	AHGs gesamt	AHGs pro 100 000 EW
1. Saarland	105	10,3
⋮		
16. Thüringen	88	3,9
Deutschland	6.005	8,0

Ritter, P. DGPR intern 1: 27 (2010)



Ambulante Herzgruppe: Organisation



AHG VfL Goldstein, Frankfurt

- 20 bis 25 Patienten (o.Ang)
- untersch. Indikation
- ärztlich verordnet (6 Mon.)
- Arztpräsenz obligat
- Anleitung durch ÜL
- 1 x / Woche 2 Std.



Ambulante Herzgruppe: Ziele



AHG VfL Goldstein, Frankfurt

- Sicherung AHB-Ergebnis
- Social support
- Erkennung Progression
- Info-Börse
- Weiterbildungsstätte (Sportmed, Sportwiss, ÜL)



Ambulante Herzgruppe: Inhalte



AHG VfL Goldstein, Frankfurt

- Aufwärmen
- Bewegungsübungen
- Entspannungsübungen
- Gespräch
- Ballspiele
- Sonstige Aktivitäten



AHG: Aufwärmen



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



Ziel der Bewegungsübungen

Verbesserung von 4 der 5
motorischen Hauptbeanspruchungsformen:

- Flexibilität
- Koordination
- Kraft !
- Ausdauer
- (Schnelligkeit)



AHG: Flexibilität



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Flexibilität



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Koordination



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Koordination



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Kraft, Pausieren



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Ausdauer (Schnelligkeit)



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Entspannungsübungen



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Ungeeignete Übungselemente



AHG: Gespräch und Notfallmanagement



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



Zwischenfälle in der AHG

In einer durchschnittlichen AHG
mit 20 Rehabilitanden und 2 Übungsstunden / Woche
kommt es zu
1 lebensbedrohlichen Zwischenfall / 10 Jahre.

*Krasemann, Traenckner (1988), Wendt (1989),
Haskell (1978), van Camp, Peterson (1986)*



Der cv-Notfall in der AHG

Kasuistik 1: ES, 60 J.

3-GE, Zust. n. VWI und HWI
3-fach CABG vor 15 Jahren
(2 Venen zu, LIMA offen)
unter Med. asymptomatisch
Letzte Ergometrie bis 75 W. oB
→ RF (RR ↑, LDL ↑, kein ASS!)



Ereignis: Beim Aufwärmen ohne Prodomi Kammerflimmern
sofortige CPR mit Schockabgabe → ReOP

Problem: Unbemerkte Progression

Konsequenz: regelmäßige Kontrolluntersuchungen !?



Der cv-Notfall in der AHG

Kasuistik 2: WG, 60 J.

3-GE

Zust. n. HWI

2-fach CABG vor 7 J.

(beide grafts früh postOP zu)

Unter Med. asymptomatisch

Aktuelle Ergom. 150 W. opB



Ereignis: Beim Volleyball ohne Prodromi Kammertachykardie
sofortige CPR mit Schockabgabe → Nachangio: idem
→ ICD, später wiederholte Schockabgaben

Problem: keine 100%ige Sicherheit trotz akt. Diagnostik



Zwischenfälle in der AHG

1. kardiale Kompl.: Rhythmusstörungen (tachykard >> bradykard)
Luftnot und Angina (cave Lungenödem)
2. cerebr. Kompl.: Schwindel, TIA, PRIND, Apoplex
Blutung
Krampfanfall
3. intern. Kompl.: Unter- / Überzuckerung
RR ↓
Asthmaanfall (Anstrengung, Kälte, allergisch)
4. Trauma: häufigste Komplikation



AHG: Verletzungen



AHG: Vorsichtsmaßnahmen



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Mannschafts-Ballspiele



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: 3 entschärfende Volleyball-Regeln



- Kein Aufschlag von oben
- kein Schmetterball / kein Blocken
- 3 Kontakte je Seite



Welche Sportarten sind ungeeignet ?



Cave:

- Schnelligkeit
- Schnellkraft
- Preßatmung
- Verletzungsgefahr
- Notfallmanagement?



AHG: Sonstige Aktivitäten (1)



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Sonstige Aktivitäten (2)



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Sonstige Aktivitäten (3)



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Sonstige Aktivitäten (4)



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Sonstige Aktivitäten (5)



AHG VfL Goldstein, Frankfurt



AHG: Sonstige Aktivitäten (6)



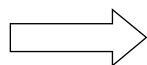
AHG VfL Goldstein, Frankfurt



Ambulante Herzgruppe: Ziele



- **Sicherung AHB-Ergebnis**
- **Social support**
- **Erkennung Progression**
- **Info-Börse**
- **Weiterbildungsstätte (Sportmed, Sportwiss, ÜL)**



Was ist belegt ?



KHK-Überleben in Abhängigkeit vom social support



Williams, RB et al: JAMA 267: 520-524 (1992)



AHG: Langzeitwirkungen vs. usual care

Design: N = 75 vs. 75, 63 vs. 64 J.

Zust. n. Infarkt / CABG

follow-up 7,5 Jahre

Ergebnisse: Leistungsfähigkeit + 50%

kardiale Beschwerden ↓

weniger Medikamente

kardiale Morbidität – 54%

→ - 47% Behandlungskosten

Buchwalsky, G. et al: Z Kardiol. 91: 139-146 (2002)



Verlauf nach AHG vs. Dauerteilnahme



Berlieb, R., Promotionsschrift, Frankfurt (1995)



Verlauf nach AHG vs. Dauerteilnahme

	DT	ET
allg. Zufriedenheit	↑	↓
kard. Beschwerden	↓	↑
Freizeitaktivität	↑↑	↑↑
sex. Aktivität	↓	↓↓
Rauchen	∅	↑
Körpergewicht	↑	↑↑

Wendt,
Berlieb
(1995)



Ambulante Herzgruppe: Abrechnung / Verordnung

Erstverordnung:

4.4.3: In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssportes in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten 50 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können.

→ 6 € pro Patient/Einheit.

Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01.10.2003 (Neufassung vom 01.01.2007)



Ambulante Herzgruppe: Abrechnung / Verordnung

Folgeverordnung:

4.4.2: „Bei reduzierter linksventrikulärer Funktion (EF < 40%) und eingeschränkter Dauerbelastbarkeit (= maximale ergometrische Belastbarkeit abzüglich 30%) $\leq 0,75$ W/kg KG als Folge einer Herzkrankheit beträgt der weitere Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können. Folgeverordnungen sind in diesen Fällen möglich“ (oder nach erneutem Ereignis).

Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01.10.2003 (Neufassung vom 01.01.2007)



Ambulante Herzgruppe: Abrechnung / Verordnung

Verordnungen von Reha-Sport und Funktionstraining belasten nicht das Verordnungsvolumen der Heilmittelverordnung, da hier eine gesonderte Genehmigung und Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt.

Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01.10.2003 (Neufassung vom 01.01.2007)



Neues BSG-Urteil zum Funktionstraining / AHG

Die Rahmenvereinbarung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die das Funktionstraining grundsätzlich zeitlich beschränkt, ist **nicht** verbindlich.

Vielmehr muß sich die Verordnung an der medizinischen Notwendigkeit ausrichten ! → BAR

Az.: B1 KR 32/07 R, Entscheidung aus 8/08



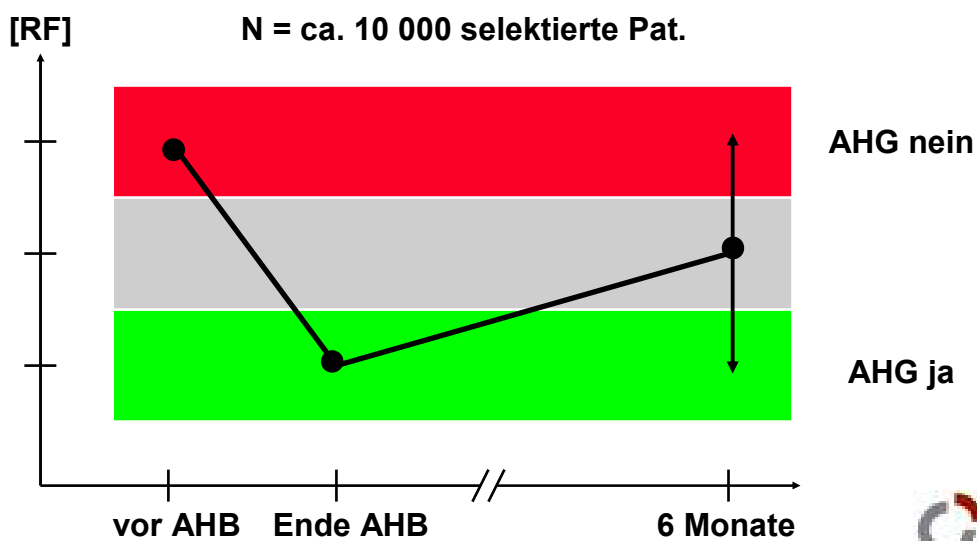
AHG: Was ist möglich? (prospektiv, kontrolliert)

- Langfristige Einstellung der RF
- Stabilisierung der Lebensstiländerung
- Bessere Leistungsfähigkeit
- Erhalt der beruflichen Reintegration
- Höhere Lebensqualität
- Senkung der Morbidität
- Senkung der Behandlungskosten



Prospektive Ergebnisse der stat. AHB

(Badura, CARO, PIN, PROTOS, MITRA, EUROASPIRE, Wendt)



Gliederung

Wie geht es nach der kardiologischen Reha eines noch nicht berenteten Versicherten weiter?

- **Sicherung der Nachhaltigkeit durch Ambulante Nachsorgeleistungen**
 - ✓ IRENA
 - ✓ AHG
 - (SHG)



Selbsthilfe allgemein international

„self-help group“ oder „peer-support group“

Betreuung der Gruppe durch sog. „peers“,
d.h. überwiegend Krankenschwestern

Ziel: „personal empowerment“

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Selbsthilfe allgemein international: Ergebnisse (1)

- **Nicht alle Interessierten finden einen Platz**
Hildingh, C.: Vardfacket 10: 56-57 (1997)
- **Herzranke, die sich einer SHG anschließen, nehmen ihre Erkrankung ernster**
Hildingh, C. et al: Br J Nurs 10: 1357-1363 (2001)
- **SHG-Teilnehmer empfinden die Gruppe als Eckpfeiler von sozialer Unterstützung**
Hildingh, C. et al: Int J Nurs Stud 32: 224-232 (1995)



Selbsthilfe allgemein international: Ergebnisse (2)

- **Bessere Kenntnis über cv-RF sowie optimalerer Lebensstil der SHG-Teilnehmer**
Hildingh, C. et al: J Clin Nurs 3: 219-226 (1994)
- **Bei zusätzlicher Teilnahme der Partner bessert sich zudem die Partnerbeziehung**
Stewart, M. et al: J Adv Nurs 33: 190-199 (2001)
- **Alleinige Angehörigen-SHG zeigt positive Effekte bei den Partnern**
Webber, K.: Can J Cardiovasc Nurs 5: 30-3 (1994)



Selbsthilfe allgemein national

- **Suchtproblematiken:**
weight watchers, Anonyme Alkoholiker
- **Spezielle Erkrankungen:**
Alzheimer, multiple Sklerose
- **Seltene Erkrankungen:**
Mucoviszidose, Marfan
- **Angehörigengruppen:**
Eltern herzkranker Kinder, Ehefrauen von Herzinfarktpatienten

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Selbsthilfe in der Kardiologie national (1)

Politische Gründe:

- **SGB IX: Partizipation und Selbstverantwortung**
- **SGB V: Motivierung von Pat. + Angehörigen**
- **GA SVR (2001): Intensivere Einbindung der Patienten in die Langzeitbehandlung**
- **Ökonomische Überlegungen: Eigenbeteiligung bewirkt höhere Selbstverantwortung**

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Selbsthilfe in der Kardiologie national (2)

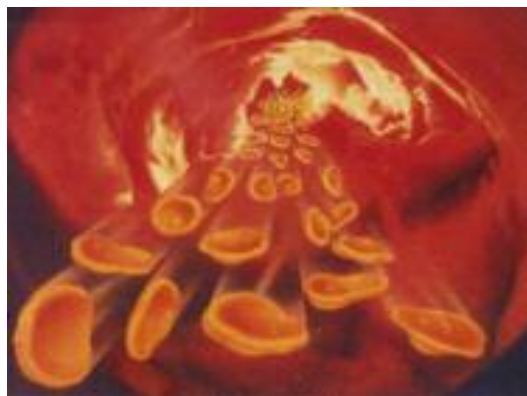
Medizinische Gründe:

- **Dauerhafte Lebensstiländerung**
- **Optimierte Überwachung versch. Parameter (RR, BZ, Cholesterin, INR...)**
- **Medikamentencompliance**
- **Voraussetzung für eine effiziente Notfallversorgung...**

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Lyse zur Beseitigung der akuten Koronarthrombose



**innerhalb
von
4 Std. !!!**



Patienten-Entscheidungszeit in den USA

- Patienten-Entscheidungszeit zwischen 2 und 6 ½ Stunden
- Bis zu 44% der Patienten kommen später als 4 Stunden

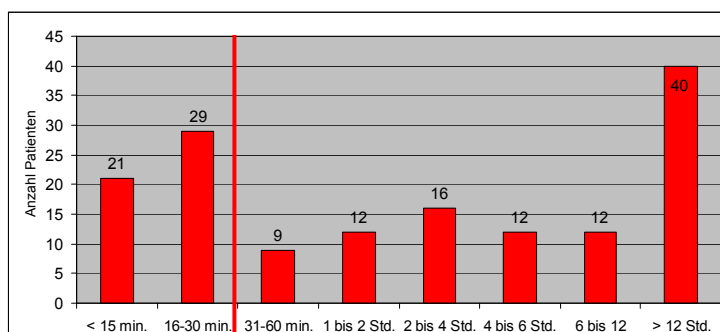
National Registry of Myocardial Infarction (1996)



Patientenentscheidungszeit

Umfrage Deutsche Herzstiftung 2004 (N = 151 Infarktüberlebende)

Wie lange haben Sie gewartet, bis Sie den Notarzt gerufen haben?



33%

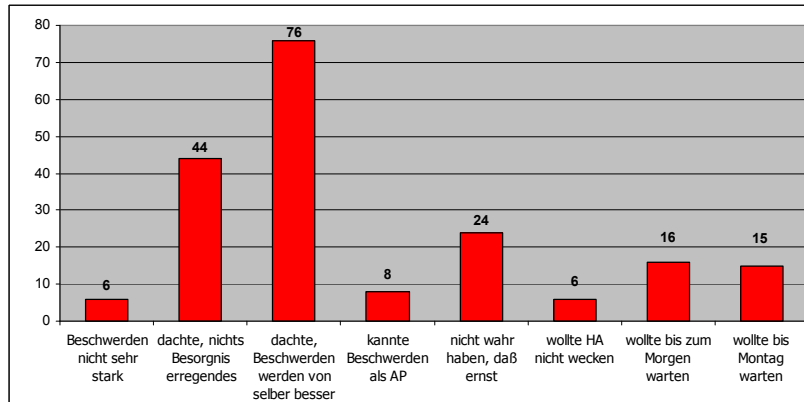
67%



Begründungen

Umfrage Deutsche Herzstiftung 2004 (N = 151 Infarktüberlebende)

Wenn Sie länger als 30 Min. gewartet haben, warum ?



Stetige Zunahme der Prähospitalzeit beim akuten Herzinfarkt

Benedikt Meek, Thomas Meinertz, Eckart Fleck, Martin G. Gottweil, Hans-Jürgen Teckler, Claus Junge, Annett K. Gell, Jochen Seeger

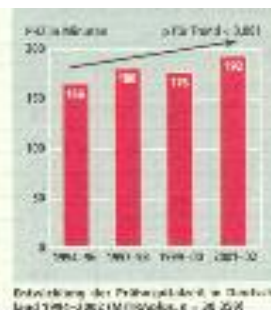
Eine Analyse der Entwicklung im bundesweiten Infarktregister (MITRAplus)

Zusammenfassung

Der Herzinfarkt ist ein wesentlicher Mortalitäts- und Morbiditätsfaktor. Entscheidend für den Behandlungserfolg und die Prognose von Patienten mit akutem ST-Stroke (ST-Myokardinfarkt) ist das Zeitintervall vom Beschwerdebeginn bis zum Eintreffen im Krankenhaus, die sogenannte Prähospitalzeit (PHZ). Das beste Ergebnis lässt sich bei einer Behandlung innerhalb von einer Stunde („golden Stunde“) erzielen. Während sich dieser Zusammenhang wissenschaftlich gut belegt ist, zeigen Daten des großen bundesweiten MITRAplus-Registers trotz unterschiedlicher Versorgungsformen keine Abnahme, sondern eine Zunahme dieser zeitlichen Zeitspanne über die letzten Jahre. Vor allem ältere Patienten und Frauen sowie Patienten mit einer vorbestehenden Diabetes mellitus

längere PHZ. Zusätzlich wird die PHZ von weiteren Faktoren wie einem Infarkt während der Nacht-/Wochenendstunden erheblich beeinflusst. Auf der Basis dieser Ergebnisse ist eine Verbesserung der prähospitalen Infarktversorgung einschließlich Erreichung der Key-Message dringend erforderlich.

Schlüsselwörter: Herzkreisläuf, Prähospitalzeit, Zeitintervalle, Prognose, Akutinfarkt



Deutsches Ärzteblatt 19. Mai 2006



Selbsthilfe in der Kardiologie national (3)

Erfahrungen der DHS (100 kard. SHGs):

- **Bessere Annahme der Krankheit durch Patienten *und* Angehörige**
- **Gruppendynamik**
- **Zusammenarbeit mit Fachleuten**

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Selbsthilfe in der Kardiologie national (4)

Patientenseitige Gründe:

- **Krankheitsbewältigung**
- **Informationsgewinn**
- **Treffen mit Gleichgesinnten**
- **Einbindung der Angehörigen**
- **Hilfe in krankheitsbezogenen Rechtsfragen**
- **Aufhebung der Isolation**

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Paradigmenwechsel: paternalistisch → kooperativ



„Jeden
Patienten zum
Spezialisten in
seiner eigenen
Erkrankung
machen.“

Max J. Halhuber

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Selbsthilfegruppen in der Kardiologie

SHG OAK, Bad Nauheim



- 20 bis 100 Patienten
- meist mit Angehörigen
- ohne Verordnung
- Arztpräsenz fakultativ
- 1 x / Monat 2 Std.
- *eine* Indikation

**Selbsthilfegruppen Kard.
(N > 100)**

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Selbsthilfegruppen in der Kardiologie

SHG OAK, Bad Nauheim



- Expertenvorträge
- Prakt. Übungen (INR)
- Aussprachen
- Ausflüge
- Grillabende

Selbsthilfegruppen Kard.
(N > 100)

Wendt, Th. *Präv Rehab* 15: 65-74 (2003)



SHGs: Was ist belegt ?

Bislang wenig Studien, da heterogene Gruppen

Vorsitzender	↔	Gruppe
Fahrten + Aktivität	↔	Information
Treffen regelmäßig	↔	unregelmäßig
Treffen häufig	↔	sporadisch

Unterschiedliche Indikationen

Wendt, Th. *Präv Rehab* 15: 65-74 (2003)



Themen kardiologischer SHGs

- Herzinfarkt
- Herzoperation
- Herzschrittmacher
- Herzklappen
- AICDs
- Herzschwäche
- HOCM
- Hohe Blutfette
- Rhythmusstörungen
- Schlaf-Apnoe
- Marfan
- OAK

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



Organisation kardiologischer SHGs

- **Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS): grünes und rotes Verzeichnis, Selbsthilfezeitung (www.nakos.de)**
- **Deutsche Arbeitsgemeinschaft SHG**
- **Deutsche Herzstiftung**

Wendt, Th. Präz Rehab 15: 65-74 (2003)



SHGs: Was ist belegt ?

Langzeiteffekte der INR-Selbstbestimmung und -dosierung:

	selbst	Hausarzt
im therap. Bereich	92,4%	58,8%
Blutungskomplik. Thromboembolien	↓	signifikant

Horstkotte et al. Eur Heart J 17 (Suppl.): 230 (1996)



SHGs: Welche Erfahrungen liegen vor?

Negativ

- Konflikt HA / Pat.
- Hypochondrie
- Symptomaustausch

SHG OAK, Bad Nauheim



Wendt, Th. Präv Rehab 15: 65-74 (2003)



SHGs: Welche Erfahrungen liegen vor?

Positiv

- Krankheitsbewältigung
- Aufhebung der Isolation
- Informationsaustausch
- Festigung des Lebensstils



SHG OAK, Bad Nauheim



Wendt, Th. *Präv Rehab* 15: 65-74 (2003)



Sozialmedizinischer Grundkurs II

Bad Nauheim, 02. Oktober 2010

Leistungsformen der med. Rehabilitation:
Berufsbegleitende ambulante Leistungen → RV !



Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Kardiozentrum Frankfurt

