

Aufbaukurs Rehabilitationswesen, Teile E - F

Berlin, 17.02.2010

Rehabilitation als interdisziplinäre Aufgabe:

- I) Arbeit in Institutionen und multiprofessionellen Teams.
- II) Probleme und Möglichkeiten.



Klinik Wetterau



Klinik Taunus II



Klinik Taunus I - Ödemklinik



Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Rehabilitation als interdisziplinäre Aufgabe



Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- **Zuweiserperspektive**
- **Kostenträgerperspektive**
- **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
- **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**
- **(Fahrtauglichkeit: verschiedene Sichtweisen)**

Die präoperative AHB-Infoveranstaltung



Herzchirurgie, Uni-Klinik Frankfurt

Zuweiserperspektive (1): AHB nach HTX

32 Zentren BRD	Verlegung in AHB
57%	generell immer
26%	gelegentlich
17%	grundsätzlich nicht

*Bundesweite Umfrage der AG Thorakale Organtransplantation
der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
Z Kardiol. 85: 67-77 (1996)*

Zuweiserperspektive (2): AHB nach Infarkt

n = 29 Krankenhausärzte Unterfrankens

Alter des Pat. [J.]	AHB ist wichtig
< 50	93%
50 - 60	79%
> 60	66%

Vogel et al: Präv Rehab 9: 139-146 (1997)

Zuweiserperspektive (3): AHB nach ACB-OP

**„Die Reha-Klinik wird
sich für Bypass-Patienten
(nach minimal-invasiver Herzchirurgie)
schon bald erübrigen.“**

Schüler, S.: Der Spiegel, 25/97

Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

*Frühentlassung nach unkomplizierter Herzoperation:
Verlauf und Ereignisse unter hausärztlicher Betreuung.*

Everlien, M., Blome, M., Greve, H., Herz/Kreisl. 30: 80-83 (1998)

"Fazit: Patienten mit unkompliziertem Verlauf nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine können mit vertretbarem Risiko zu Beginn der 2. Woche in hausärztliche Betreuung entlassen werden."

Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

485 (100%)

Gesamtkollektiv

174 (35,9%)

bis zum 10. Tag nach Hause entl.

61 (37,4%)

empfinden die Entlassung als zu früh

36 (20,7%)

Inanspruchnahme HA / Notarzt, davon

12 (6,9%)

Klinikeinweisung

134 (77%)

traten später eine AHB an

Everlien, M. et al: Herz/Kreisl. 30: 80-83 (1998)

Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

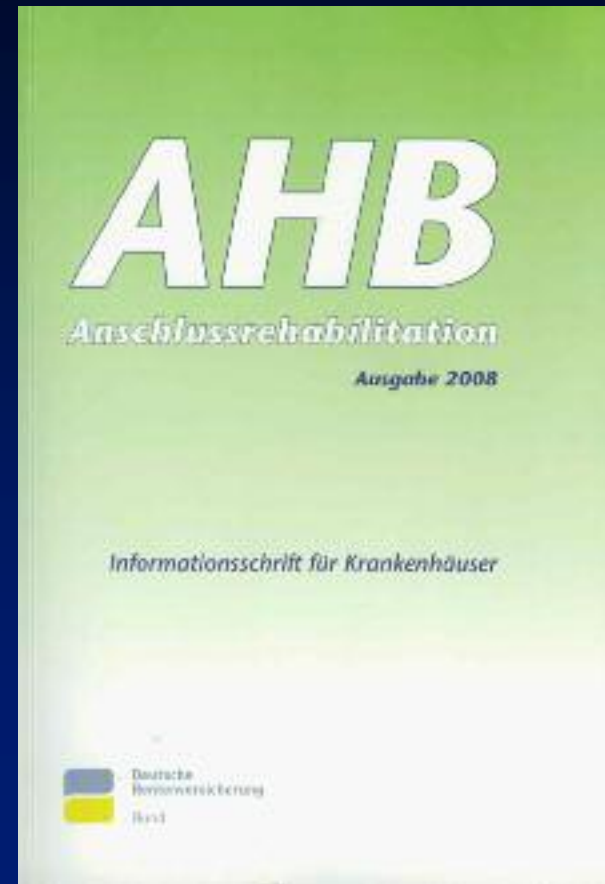
"Fazit: Patienten mit unkompliziertem Verlauf nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine können mit vertretbarem Risiko zu Beginn der 2. Woche in hausärztliche Betreuung entlassen werden..."

...ehe sie später in die AHB aufgenommen werden, wenn der Hausarzt bereit ist und sich in der Lage sieht, bei 20% in Anspruch genommen zu werden, und wenn der Patientenwunsch keine Rolle spielt !

Neuer AHB-Katalog

Kardiolog. Indikationen:

- elektive PTCA
(mit Rehabedarf)
- NSTEMI
- CABG
- ICD
- HTX



Neuer AHB-Katalog → zum Thema MRSA

Eine MRSA-Infektion schließt eine Rehafähigkeit aus (ohne Ausnahme).

Eine asymptomatische MRSA-Besiedelung kann (auch bei ggfls. vorzunehmenden Isolierungsmaßnahmen) im Einzelfall aufgenommen werden.



*FH, 60J.,
VWI, CPR, MRSA*

Neuer AHB-Katalog → zum Thema MRSA

Theoretische Konsequenz:

1. Forderung an Akut-Krankenhäuser, ihrer screening-Verpflichtung nachzukommen.
2. Aufnahme von AHB-Patienten erst dann, wenn das einheitliche Ergebnis des Abstrichs vorliegt !



*FH, 60J.,
VWI, CPR, MRSA*

DRV-Bund: AHB Katalog (Ausgabe 2008)

Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ **Zuweiserperspektive**
- **Kostenträgerperspektive**
 - **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
 - **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**
 - **(Fahrtauglichkeit: verschiedene Sichtweisen)**

Telemedizinische AR mit ambulanten Kontrolluntersuchungen

Daten sind nicht bekannt, aber:

AOK will Home-Trainer als Anschluss-Reha!

Gut und effizient soll sie sein, die Reha, und möglichst nichts kosten. So sehen es die Kostenträger. Da kommt eine inzwischen abgeschlossene Untersuchung gerade recht: 300 Patienten hatten nach der Koronarchirurgie ein Trainingsfahrrad und ein Einkanal-EKG bekommen. Das EKG wurde regelmäßig an die Studienzentrale übermittelt, zwischendurch gab es einige ambulante Kontrolluntersuchungen. Nun bejubelt die AOK Westfalen-Lippe das „in-



Home-Reha auf Home-Trainer

tegratives Konzept mit innovativem und hochwertigem Charakter“, das nun als telemedizinisch begleitete Anschluss-Reha verbreitet werden soll. Wer den Erfolg des innovativen Projektes mit der konventionellen Anschluss-Reha vergleichen will, hat wenig Chancen: Bisher wurde nur eine Zwischenbilanz mit wenigen Patienten veröffentlicht. So leichtfertig sollte man den bewährten Reha-Methoden wohl doch nicht umgehen! Seite 26

Cardio News 30.09.05

→ Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III

TELEMEDIZINISCH BASIERTE REHABILITATION

Nachhaltig von Nutzen

Die telemedizinische Betreuung von Kardiologiepatienten in der ambulanten Rehabilitation bietet Chancen für eine neue integrative Versorgungsstruktur, so das Ergebnis eines Pilotprojektes am Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen.

Heinrich Körtke, Rolf Gero Heinze, Kerstin Bockhorst, Nikolas Mirow, Reiner Körfer

Vom IFAT (Institut für angewandte Telemedizin)
am Herz- und Diabeteszentrum NRW durchgeführtes Modell:
AUTARK (ambulante und telemedizinisch gestützte Anschluß-
Rehabilitation nach kardialem Erstereignis)

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)

→ **Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III**

Methode: 170 Patienten nach Herz-OP, 92 % Männer

Ausschluß: EF < 30, BMI > 35, maligne Herzrhythmusstörungen innerhalb der ersten 30 Tage post-OP, Wundheilungsstörungen

Gruppen: 100 Patienten 12 Wochen ambulant vs. 70 Patienten 3 Wochen stationär

Programm: individuelle Schulung vor Einschluß einschl. Einweisung in das mobile EKG-Gerät, tägliches Heim-Trainingsprogramm

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)

→ **Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III**

Ergebnisse: Stand 11/2006 (44 Absolventen)

- Hohe Patientenzufriedenheit
- Körperliche und psychische Leistungsfähigkeit stieg in beiden Gruppen an
- Weniger Angina pectoris in ambulanter Gruppe
- Kosten in ambulantem setting – 59%

Fazit:

...vielversprechendes Instrument für die Tertiärprävention.“

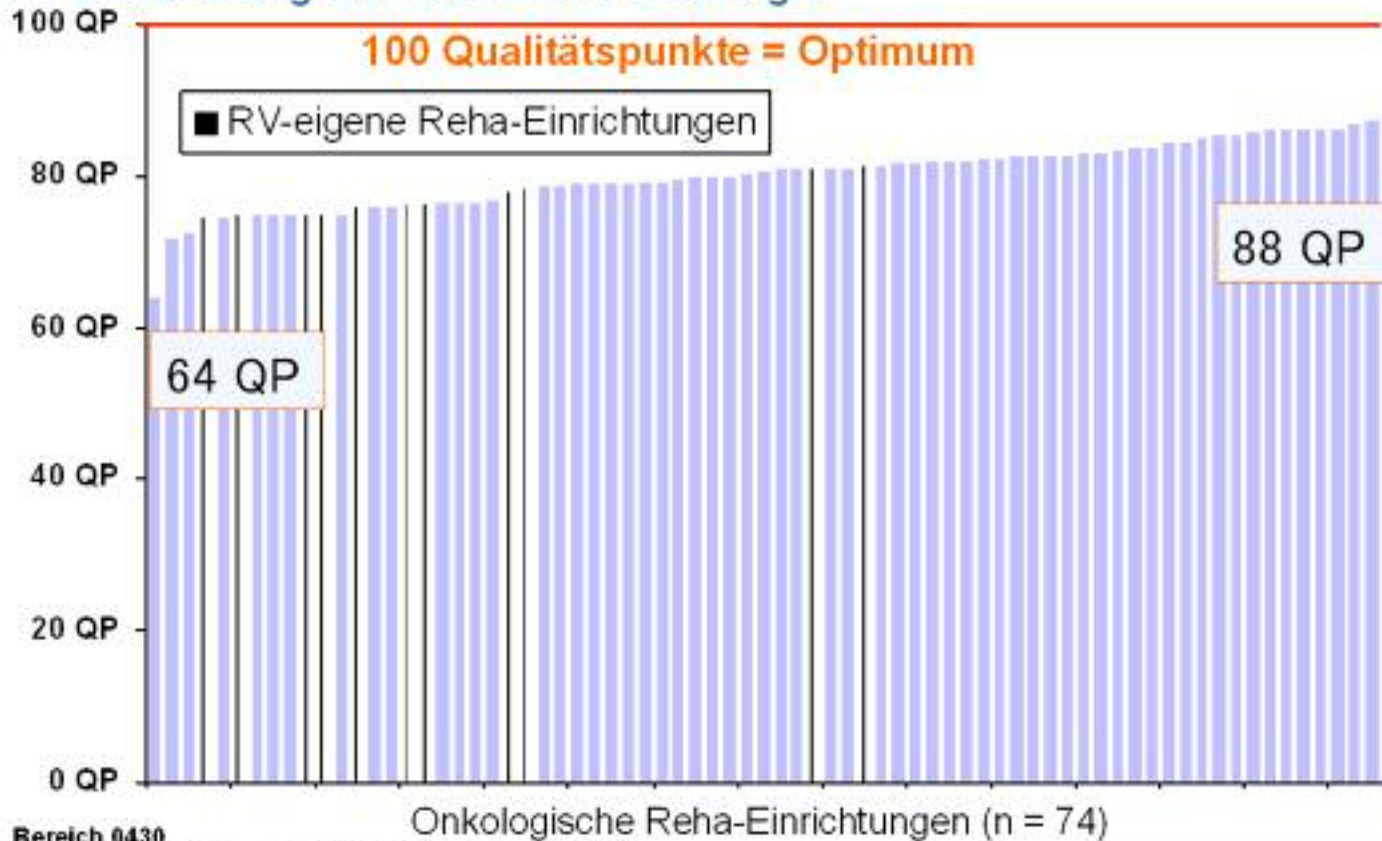
Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)

Bench-marking aus Sicht der Kostenträger

3. Indikationsspezifischer Qualitätsdialog der RV-eigenen Reha-Einrichtungen – Onkologie am 17.04.2008 in Bad Nauheim



A - Behandlungszufriedenheit / Onkologie



Bereich 0430
Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

P:0400/QS/Qualitätsbewertung

Quelle: RehabBefr 2007/1

Bench-marking aus Sicht der Kostenträger

DGGR:	relevante Bandbreite 2005 ¹⁾		relevante Bandbreite 2006 ¹⁾		relevante Bandbreite 2007 ¹⁾	
	1.Dezil	9.Dezil	1.Dezil	9.Dezil	1.Dezil	9.Dezil
Orthopädie	97,00 €	117,09 €	97,49 €	117,53 €	98,88 €	117,76 €
Kardiologie	101,37 €	130,89 €	102,18 €	129,39 €	102,81 €	134,85 €
Gastroenterologie	99,90 €	116,57 €	99,90 €	116,57 €	99,90 €	117,54 €
Pneumologie	95,02 €	114,31 €	95,47 €	123,48 €	95,28 €	123,48 €
Onkologie	99,39 €	114,66 €	99,79 €	115,12 €	101,29 €	116,28 €
Urologie	99,45 €	103,88 €	99,31 €	104,52 €	101,00 €	107,24 €
Sucht	87,95 €	107,51 €	88,28 €	107,51 €	88,75 €	109,59 €
Psychosomatik	107,71 €	119,34 €	107,50 €	119,81 €	107,51 €	121,73 €
Neurologie	130,89 €	168,82 €	130,38 €	162,23 €	128,84 €	170,61 €
Dermatologie	97,59 €	114,31 €	98,50 €	114,31 €	98,50 €	116,60 €
sonstige	101,24 €	149,30 €	102,00 €	144,90 €	102,34 €	140,61 €

Vergleich der relevanten Bandbreiten 2005 bis 2007

Kostentägerperspektive: AHB-Verlängerungsantrag bei der GKV

80-jährige Patientin nach Aortenklappenersatz.

Schon früh wird deutlich, dass 3 Wochen AHB nicht ausreichen → 1. Verlängerungsantrag Ende der 1. Woche: zu früh.

→2. Verlängerungsantrag Ende 2. Woche:

→Kein Bescheid bis 1 Tag vor Ende der 3 Wochen.

→Anruf beim SB der KK → weitergeleitet an AL. Meine

Argumentation: Kann die Patientin morgen noch nicht nach Hause entlassen. Wenn keine Kostenzusage für Verlängerung, muß ich ins Akutkrankenhaus legen. Dort kostet sie pro Tag ca. EUR 300,-, in Reha EUR 110. Antwort: anderer Topf.

Ergebnis: Patientin zahlte Verlängerungswoche aus eigener Tasche.

Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ **Zuweiserperspektive**
- ✓ **Kostenträgerperspektive**
- **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
- **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**
- **(Fahrtauglichkeit: verschiedene Sichtweisen)**

Arbeit in Institutionen...

Eine wahre Kasuistik:

Ein Angestellter wird 1980 EU dauerberentet (BfA).

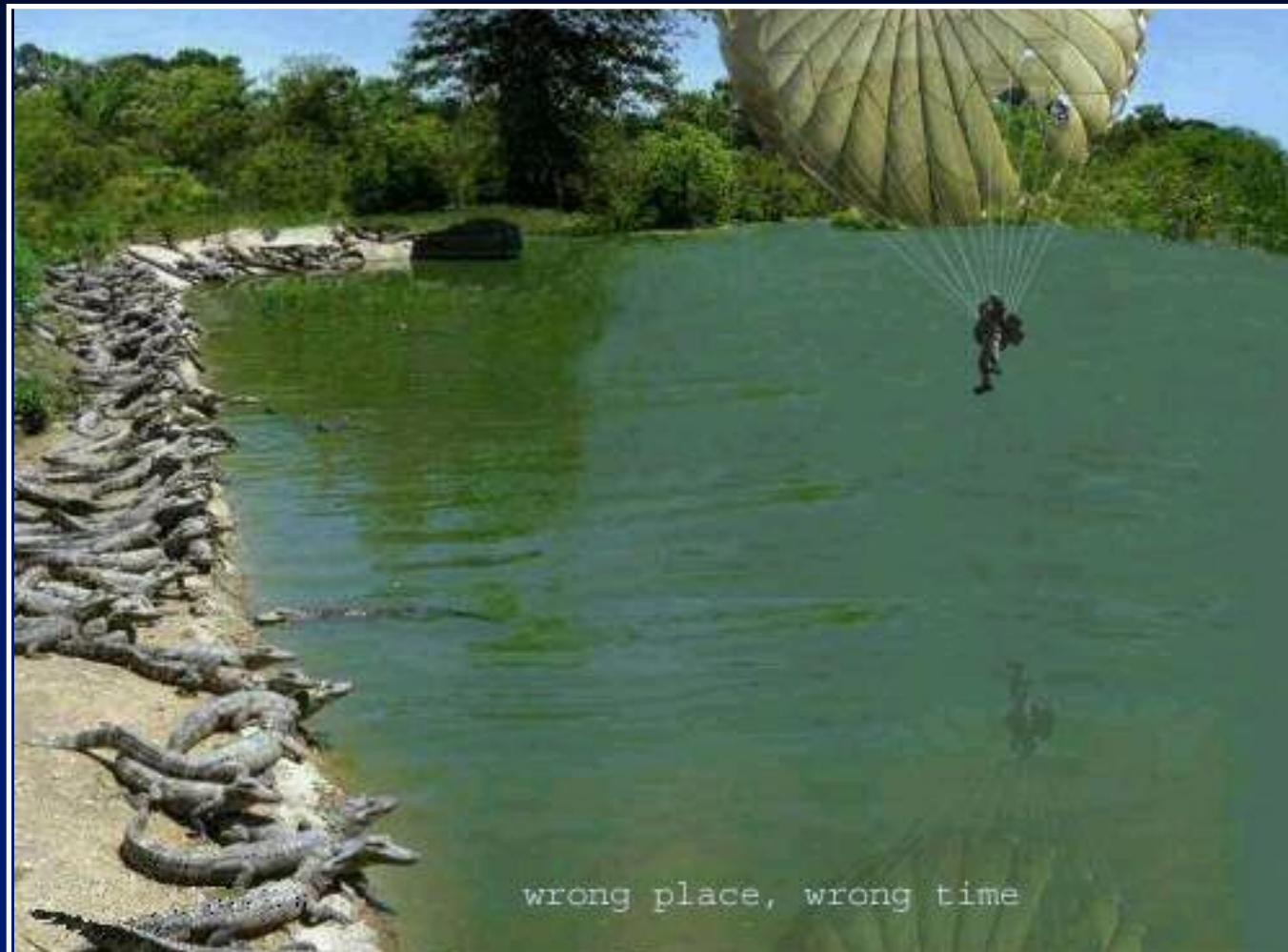
Nimmt 1985 Anstellung als Arbeiter an (LVA-Nordrhein).

Stellt 1990 Antrag auf med. Reha (Träger: LVA-N.).

**Reha-Klinik (Vertragshaus der BfA *und* LVA) fordert
Vorbefunde an, versehentlich bei BfA...**

Arbeit in Institutionen...

Eine wahre Kasuistik:



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Ch. C. E., 20 J., Nigeria, Elephantiasis seit dem 8 Lj.



Bei Aufnahme



Nach 10 Wo. tägl. Lymphdrainage
Mobilisation von 65 Liter Wasser



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Dolmetscher

Sozialdienst

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Lymphtherapeut

Wäscherei

Sanitätshaus

Verwaltungsleiter (Lymphamat, Spenden)



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Entlassungsbefund:

Gangbild normalisiert. Patient kann in Bestrumpfung normal springen und laufen. Mykose und Ulcera abgeheilt, Skrotum kleiner, Penis sichtbar. Haut weicher und geschmeidiger, hängt an den Oberschenkeln allerdings in Falten hinunter. Körperliche Leistungsfähigkeit altersentsprechend.

Versorgung mit Kompressionstextilien (Doppelbestrumpfung Klasse 3, flachgestrickt, Leistenstrümpfe plus Strumpfhose.

AIK-Gerät mit 1 Paar Kompressionstiefeln für zu Hause (dort plant er eine Lymphdrainagepraxis...)

Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Happy End für einen jungen Nigerianer

Gewaltige Lymphödeme an beiden Beinen dank großem Spendenaufkommen in der Taunus-Klinik erfolgreich behandelt

Bad Nauheim (bk). Dank großzügiger Spenden der Pitzer-Stiftung und einer Firma in Aachen konnte die medizinische Behandlung des 20-jährigen Nigerianers Chukwunonso Collins Ezenni, kurz Nonso genannt, in der Bad Nauheimer Taunus-Klinik erfolgreich abgeschlossen werden. Die WZ hatte über das Schicksal des Afrikaners berichtet, der seit seinem 8. Lebensjahr an Lymphödemem der Beine leidet, die sich infolge fehlender Therapiemöglichkeiten in seiner Heimat kontinuierlich verschlimmert hatten. Zuletzt litt der junge Mann an gigantischen Ödemen beider Beine, im Volksmund »Klephantiasis« genannt. Nach dem WZ-Artikel hatten sich Geldgeber gemeldet, deren Beitrag eine Weiterbehandlung von Nonso ermöglichten. Nach Auskunft von Taunus-Klinik-Oberarzt Dr. Ulrich Herpertz ist die Therapie inzwischen beendet, der 20-Jährige kehrte in seine Heimat zurück.

Die Taunus-Rehaklinik der Deutschen Rentenversicherung verfügt über eine spezielle Ödemabteilung. Der Nigerianer hatte sich in seiner Verweilung über einen Bekannten, der in Deutschland lebt, an Herpertz gewandt. Zuvor war eine Internet-Recherche erfolgt. Wie der 20-Jährige dabei erfuhr, hat man in Deutschland die meiste Erfahrung mit dieser Krankheit. Laut Herpertz ist die Therapie eine deutsche Erfindung aus dem Jahr 1973. Der Essener Arzt Dr. Asdnak habe damals weltweit als erster Mediziner begonnen, Lymphödeme mit der Kombination von manueller Lymphdrainage und Kompression zu behandeln. Mittlerweile gebe es in Deutschland neun Lymphklinien, die nach dieser Methode arbeiteten.

Die Wassereinlagerungen an Nonsos Beinen waren zuletzt so gewaltig, dass er kaum noch gehen konnte, aus Haus gefesselt und arbeitsunfähig war. Auch über Wunsch, Jura zu studieren, konnte unter diesen Voraussetzungen nicht in Erfüllung gehen. Die Familie des jungen Mannes



Dr. Ulrich Herpertz (rechts) und sein Team mit dem jungen Mann aus Nigeria, der in der Taunus-Klinik erfolgreich behandelt wurde. Foto: p

kleine Wunder«, wie Herpertz erklärte. Klaus-Peter Haas von der Pitzer-Stiftung in Bad Nauheim habe zugesagt, die Kosten für eine weitere dreiwöchige Behandlung zu übernehmen. Das Geld für zwei Wochen Klinikaufenthalt habe Paul Eck von der Firma Bosi aus Aachen bereitgestellt, nachdem er zuvor bereits einen Lymphomat, ein pneumatisches Gerät zur Kompressionsbehandlung der Beine im Wert von 3000 Euro

gen, um den Therapieerfolg zu konservieren. Diese Hilfsmittel im Wert von 2000 Euro seien von der Firma Jobst aus Emmerich gestiftet worden.

»Doktor, sag' allen Spendern, dass ich ihnen sehr sehr dankbar bin und dass jetzt erst mein Leben beginnt. Deutschland hat mir sehr gut gefallen. Aber eine Sache habe ich in Deutschland vermisst: Ich wollte so gerne erleben, wie es ist, wenn ich meine Heimat sehe.«

Wetterauer Zeitung 28.10.2006

Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

W., Annett, 40 J., 156cm, 92 kg.

Malerin und Dekoriererin für Glas und Keramik, seit 1995 anhaltend arbeitssuchend. Aufnahme als MRA af.

Vorgeschichte: Abgesehen von einer Mammareduktionsplastik bei Makromastie nie ernsthaft krank gewesen.

Ödemanamnese: Schon immer übergewichtig und kräftige Beine, seit 2003 zunehmend, 2005 erstes Erysipel linkes Bein → 2006 zu Hausärztin → Verd. Lymphödem, bislang keinerlei Therapie.

Jetzige Beschwerden: Schweregefühl der Beine.

Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Aufnahmebefund: ein mehrere Monate alter Verband schnürt die rechte Fessel ein.



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Aufnahmebefund: Säbelzahnähnliche, bis 7 cm lange, verpilzte Nägel.



Pudrige Masse auf beiden Beinen



→ nach Reinigung

Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Podologin

Therapieplanung

Lymphtherapeut

Wäscherei

Sanitätshaus

Sozialdienst (Verlängerungsantrag)



bei Entl.

Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Entlassungsbefund (n. 6 W.): li. – 2630ml, re. – 2940 ml



**Kniestrümpfe Klasse 3 ohne
Spitze mit Fußkappen.
Sozial reintegriert.
Entlassung af.**

Sozial/medizinische Kasuistik für ein interdisziplin. Team



- ✓ **5-fach CABG**
- **Zust. n. HWI und VWI**
- **Reduzierte LV-Funktion**
- **Perikarderguß**
- **Mitralklappenrekonstruktion**
- **3-Kammer-ICD (CRT)**
- **pAVK St. IV, blaue Plastikhauben**
- **Liegende Schrittmacherelektroden**
- **EKG-Klebelektroden !!!**
- **Soziale Anamnese...**

**LH, 60 J., Übernahme am 20. Tag.
AHB-Anmeldung als komplikationsloser
Verlauf nach CABG ohne Begleiterkrankungen**

Sozial/medizinische Kasuistik für ein interdisziplin. Team

LH, soziale Anamnese:

- Lebte drei Monate neben seinem verstorbenen LP
- Polizei kam wegen Verwesungsgeruch
- Einweisung in die Psychiatrie
- Entlaufen → wohnungslos, keine soziale Bindung
- Kollaps → Liegendaufnahme → Diagnostik → CABG



Sozial/medizinische Kasuistik für ein interdisziplin. Team

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Psychologe

Physiotherapeut

Wäscherei

Verwaltungsleiter

Vormundschaftsrichter

Sozialdienst...



LH, Maßnahmen durch den Sozialdienst während der AHB (hatte 60 Monate als Schneider einbezahlt)

- **Klärung der Kostensituation → Aufnahme in die ARGE = Taschengeld**
- **Keine KV → Aufnahme in AOK**
- **Schwerbehindertenstatus (GdB 100, AG B)**
- **Anregung und Umsetzung gesetzliche Betreuung**
- **Grundausstattung Kleidung durch MAs und Spenden**
- **Orthopädische Schuhversorgung**
- **Gehwagen**
- **Brillenversorgung**
- **Komplette Sanierung und Prothesenversorgung Gebiß**
- **Ende der AHB → Verlegung Pflegeeinrichtung**

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

H., Ulrich, 56 J., Sachbearbeiter.

Vorgeschichte: Nie ernsthaft krank gewesen.

Im Alter von 54 plötzliche Dyspnoe → stat. Abklärung:
Luftnot unklarer Genese.

9 Monate später Beinschwellung re. → stat. Abklärung:
Thrombose unklarer Genese mit Zust. n. Lungenembolie
mit PA in Ruhe von 56mmHg.

Aktuelle Anamnese: Zunehmende Belastungsdyspnoe
NYHA III bis IV → Rehafähigkeit eher nicht gegeben!!!

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Berufsanamnese:

Der Patient war zuletzt als Sachbearbeiter beim Landratsamt angestellt.

Au seit 14 Monaten.

Rehagrund:

Kommt als § 51 mit der Frage des therapeutischen und sozialmedizinischen Procederes zur Reha ins Haus.

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Aufnahmebefund:

56 J., 184 cm, 85 kg.

Langsames Gehen auf ebener Ebene gerade noch möglich.

Prall gefüllte Halsvenen, Ruhe-HF um 90, betonter P₂. Akrozyanose. Aszites. Ödeme bds, rechts + 1 cm Umfang.

Aufnahme Thorax: Ektasie der zentralen Pulmonalis mit ausgeprägtem Kalibersprung zur Peripherie.

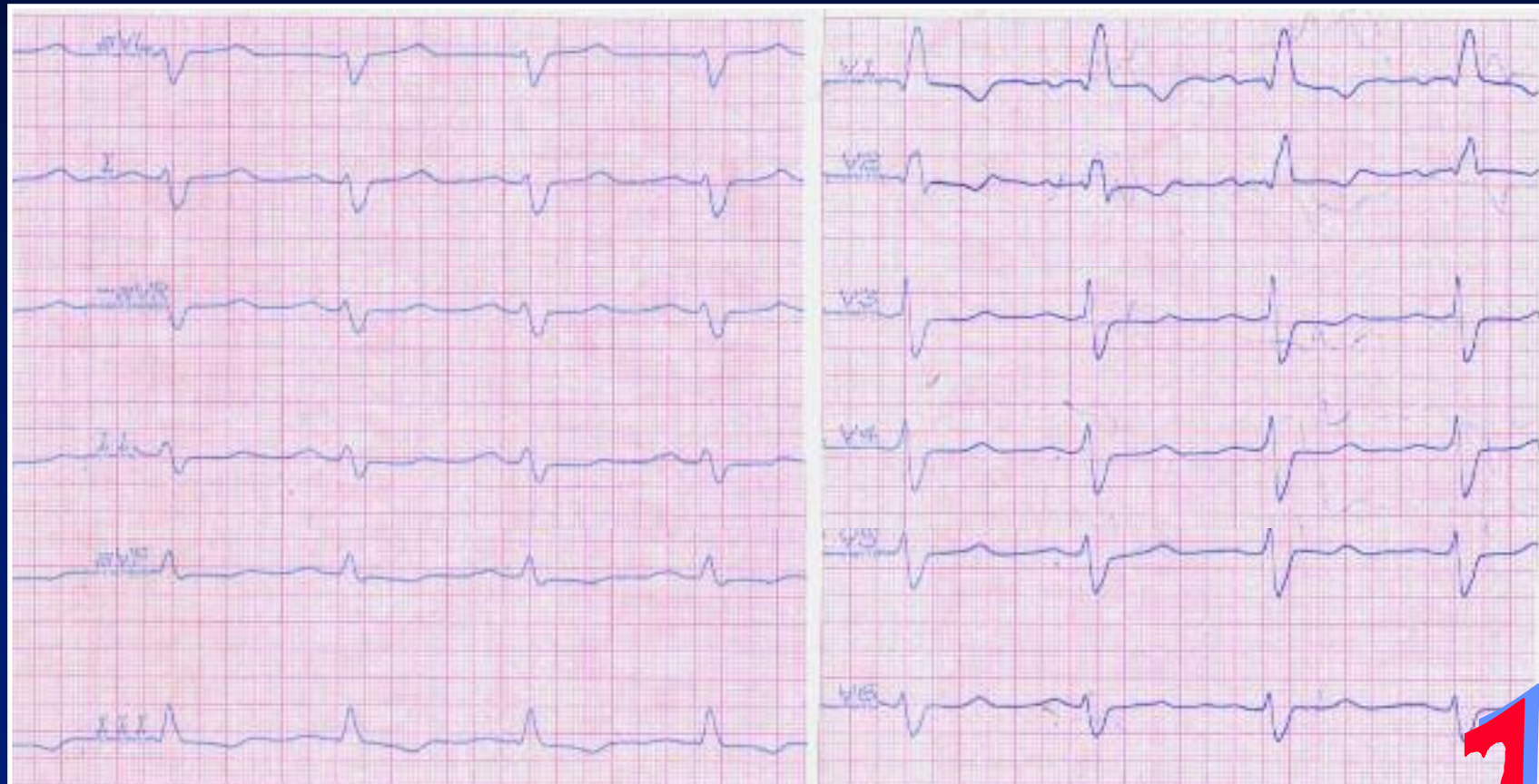


26.03.

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

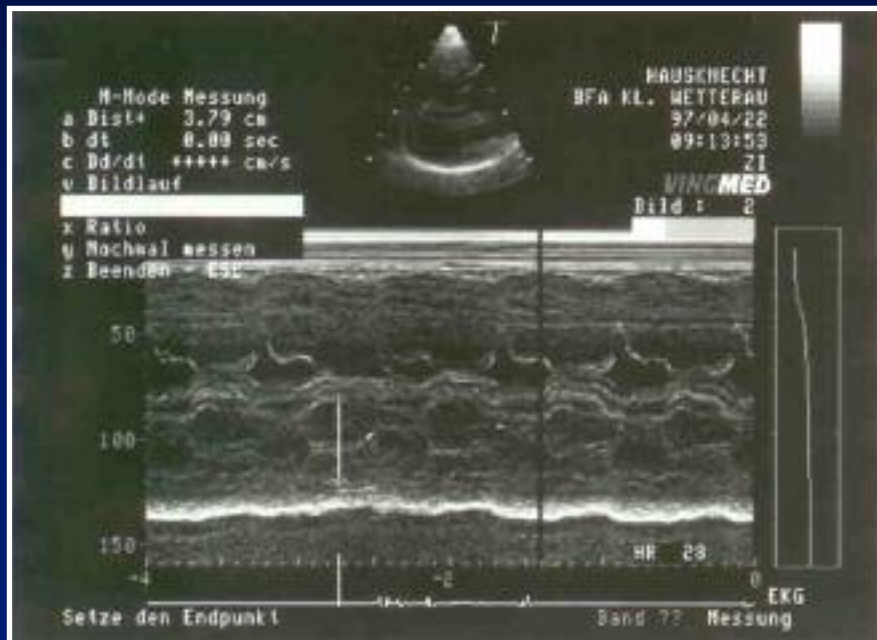
Aufnahme-EKG: Überdrehter Rechtstyp, Sinusrhythmus, kompletter Rechtsschenkelblock.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Aufnahme-Echo: Linkes Herz oB, rechtes Herz extrem vergrößert. Trikuspidalinsuffizienz III° (→ PA-Druck 78mmHg).

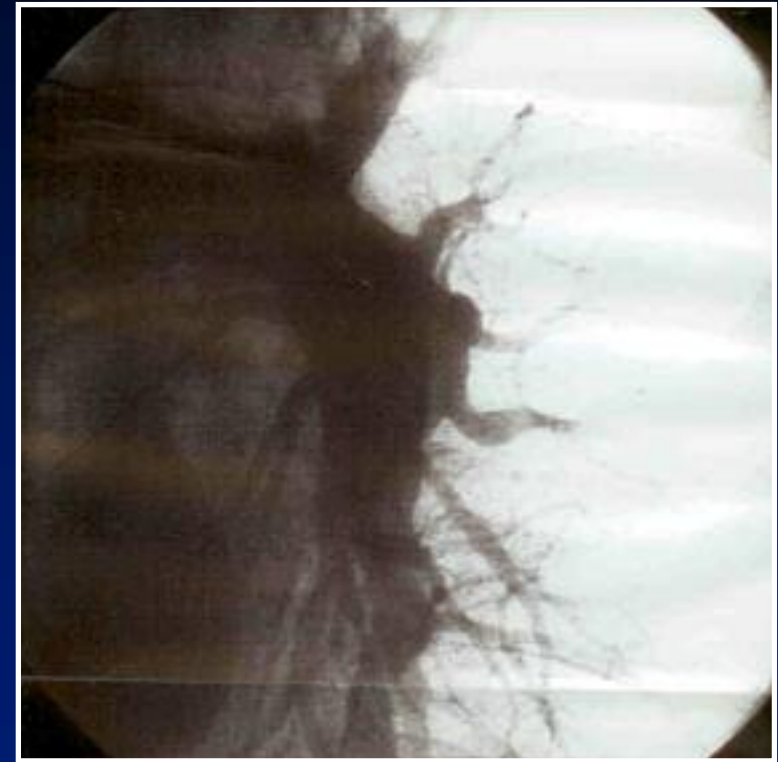


Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Pulmonalisangiographie:
Bds. zentrale Verschlüsse, in
der Mittellappenarterie und
Lingulasegmenten links sowie
Arterien des anterioren und
anterolateralen
Unterblassensegmentes.

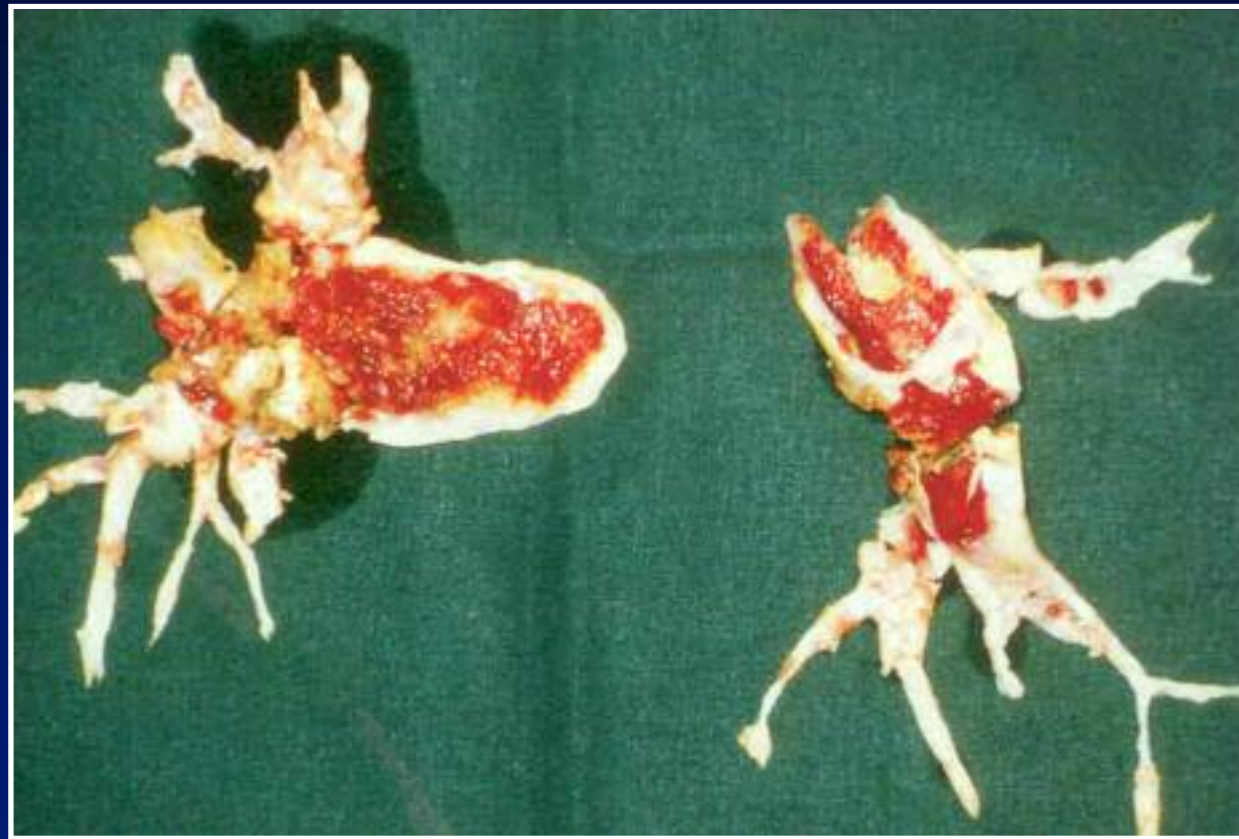
→ Entschluß zur OP



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

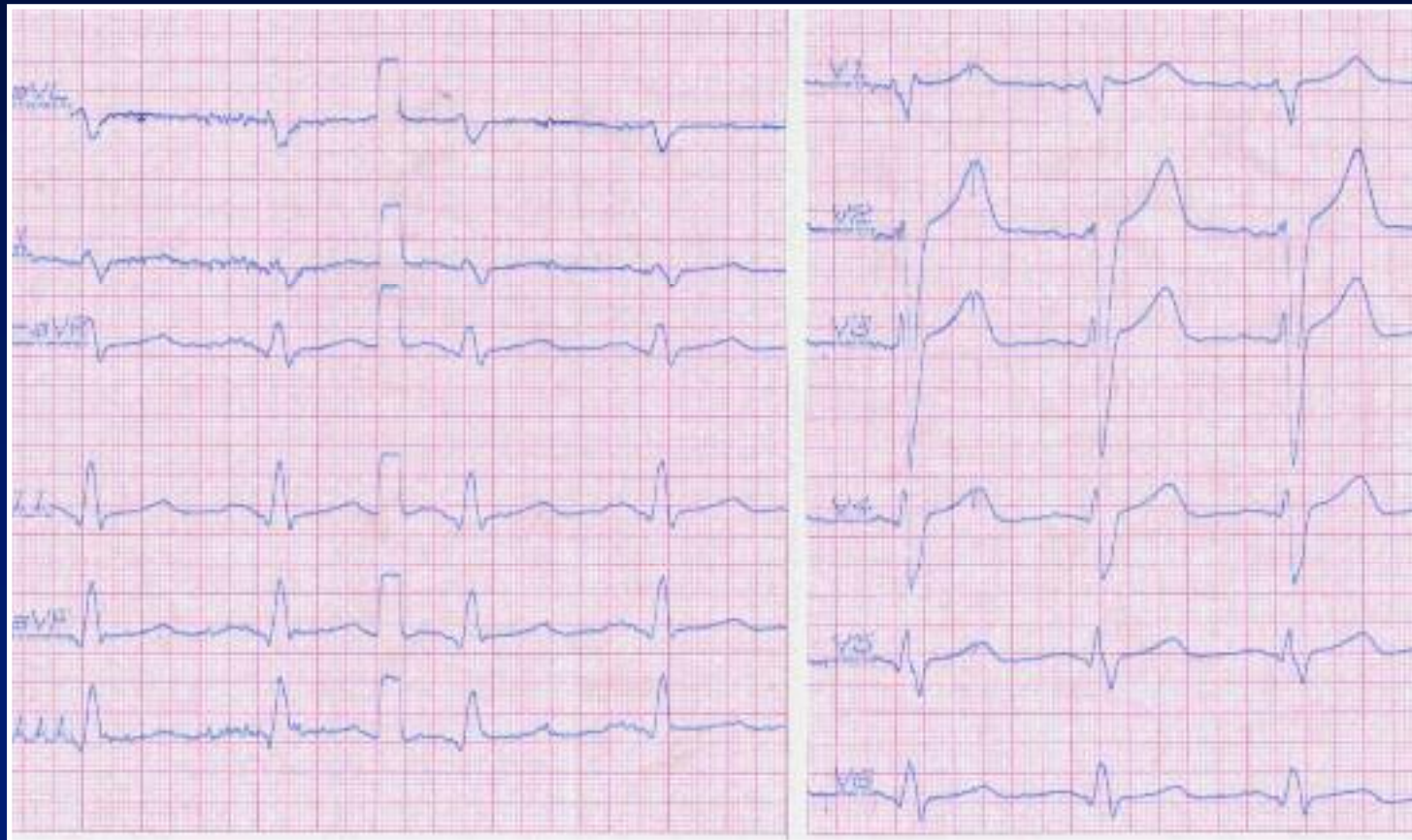
OP: Bilaterale Thrombendarteriektomie, Trikuspidalraffung, Implantation eines cava-Schirmchens.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Post OP Rückübernahme zur AHB. Ruhe-EKG: Steiltyp, Sinusrhythmus, inkompletter Rechtsschenkelblock.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Pulmonalisangiographie:
Wiedereröffnung aller zuvor
verschlossenen Segment- und
Subsegmentarterien einschl.
Abtragung des
Thrombusmaterials im rechten
Pulmonalishauptstamm.
Normalisierung des PA-Drucks (!)



Post OP

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Thorax: Im Vergleich zu prä-OP Herz jetzt in Form u. Größe regelrecht, noch deutlich erweiterte zentrale Pulmonalisgefäße, peripher zum Teil bis zur Thoraxwand reichend.



prä-OP



post-OP

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Verlauf:

Keine Ruhe-Dyspnoe mehr. Stufenweise Mobilisation. Bel.-EKG bis 75 Watt im Liegen (!) wegen *peripherer* Erschöpfung abgebrochen.

Orale Dauerantikoagulation, INR-Schulung.

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Sozialmedizinische Epikrise:

„Wir halten den Patienten für fähig, seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiter nach ca. 3 Monaten erneut vollschichtig auszuüben.“

Entlassungsstatus: au.

Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Interne Berufsgruppen

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Psychologe

Physiotherapeut

Funktionsschwester

Externe Berufsgruppen

Radiologe

RTW

Blutspendedienst

Thoraxchirurgie...

Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ **Zuweiserperspektive**
- ✓ **Kostenträgerperspektive**
- ✓ **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
- **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**
- **(Fahrtauglichkeit: verschiedene Sichtweisen)**

Leitlinien in der kard. Reha 2005

Z Kardiol 92501-521 (2003)
DOI 10.1007/s00392-003-0960-1

LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN

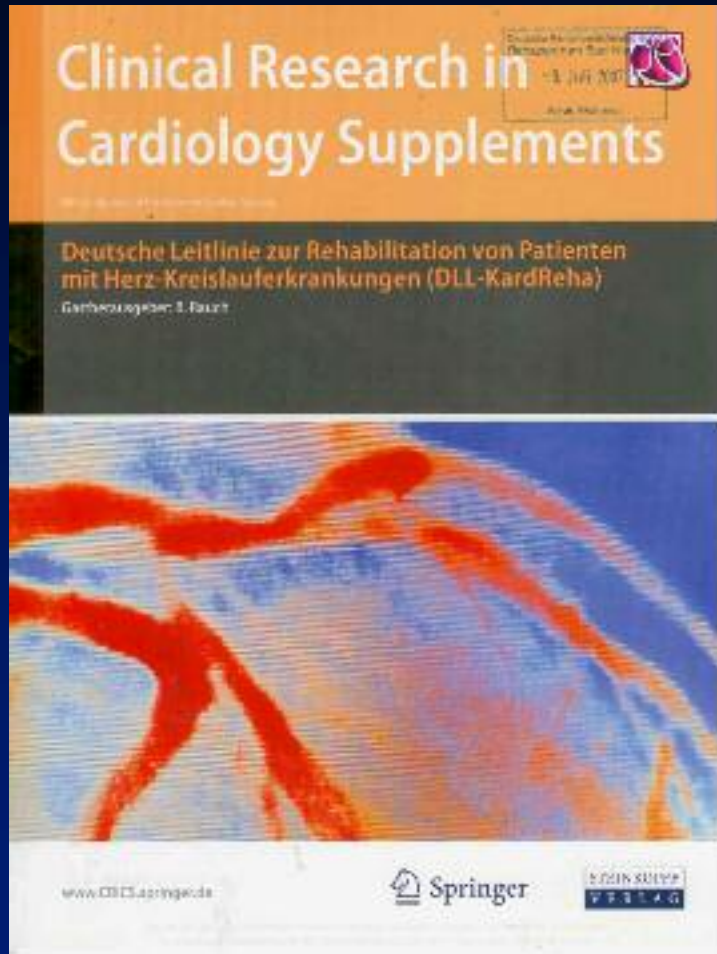
R. Dietz
B. Rauch

Herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, im Auftrag bearbeitet von der Kommission für Klinische Kardiologie (R. Dietz, M. Gottwik, B. Levenson, T. Meinertz, A. Ostenspey, R. Strasser, U. Tebbe, K. Werdan; außerdem assoziiert: G. Arnold, H.-J. Trappe) und den beteiligten Fachgesellschaften (H.-J. Becker, D. Behrenbeck, C. Bode, E. Gams, S. Heinemann, K. Held, H. Katus, B. Rauch)

Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)
und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz-
und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Leitlinien in der kard. Reha 2007



(2007)



Prozeß-Leitlinien der DRV-Bund: 1. Kardiologie



- **ETM 1 Ausdauertraining**
- **ETM 2 Körperliches Fähigkeitstraining**
- **ETM 3 Sport- und Bewegungsspiele**
- **ETM 4 Kraft- und Muskelaufbautraining**
- **ETM 5 Ernährungsschulung**
- **ETM 6 Information und Motivation**
- **ETM 7a,b Basis- / Risikogruppenschulung**
- **ETM 8 Psychologische Beratung**
- **ETM 9 Stressbewältigung**
- **ETM 10 Entspannungstraining**
- **ETM 11 Nichtrauchertraining**
- **ETM 12a – c Klinische Sozialarbeit**

Prozeß-Leitlinie für die Rehabilitation bei KHK (BfA 2004 → DRV-Bund 2006)

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 1	Ausdauertraining
Therapeutische Inhalte	Ergometertraining (obligatorischer Bestandteil des Ausdauertrainings) Geh- und Laufschulung, z. B. Terraintaining, Spaziergänge, Gehschule, Wandern, Walking, Nordic Walking, Aquajogging, Waldlauf, Laufbandtraining, Skilanglauf, Ausdauerschwimmen, Fahrradsportarten
Formale Ausgestaltung	Dauer pro Woche: mind. 1 Std. 00 Min., maximal 5 Std. Häufigkeit pro Woche: an mind. 3 Tagen pro Woche empfohlen: davon 4 x pro Woche mind. 20 Min. Ergometertraining
KTL-Leistungseinheiten	A211 Ausdauertraining mit EKG-Monitoring A212 Ausdauertraining mit Gyrojet-Monitoring A219 Ausdauertraining mit sonstigem Monitoring A221 Geh- und Lauftraining mit definierter Belastung A222 Ergometertraining ohne Monitoring A223 Radfahren im Gelände A224 Therapieformen im Wasser (z.B. Schwimmen, Aquajogging) A225 Skilanglauf A229 Sonstiges Ausdauertraining ohne Monitoring A262 Sport- und Bewegungstherapie, Herz-Kreislauftraining A269 Sonstige Sport- und Bewegungstherapie unter sportpäd. Gesichtspunkten A101 Ausdauerorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln L011 Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert (z. B. Schwimmen, Skilanglauf, Fahrradwandern)
Mindestanteil, entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 80 %

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 4	Kraft- und Muskelaufbautraining
Therapeutische Inhalte	1. - Vorbereitungsstraining (sensorisches Training) Training mit niedriger Intensität mit dem Ziel der Erarbeitung eines korrekten Bewegungsablaufes und der Vorbereitung der passiven Strukturen (Kapsel, Bänder, Sehnen, Knorpel etc.) auf das sich in der nächsten Phase anschließende Kraftausdauertraining 2. - Kraftausdauertraining Training mit niedriger Intensität und hohen Wiederholungszahlen mit dem Ziel eines Kraftgewinns durch verbesserte muskuläre Koordination und physiologische Effekte 3. - Muskelaufbautraining Training mit höherer Intensität und geringeren Wiederholungszahlen mit dem Ziel eines weiteren Zuwachses an Muskelmasse 4. - Fähigkeitsorientiertes Training Training gesamter Muskulatur in alltagsüblichen komplexen Bewegungsabläufen
Formale Ausgestaltung	Dauer pro Woche: mind. 1 Std. Häufigkeit pro Woche: mind. 2 x
KTL-Leistungseinheiten	A031 Dynamisches oder statisches Muskelaufbautraining an/mit Krafttrainingsgeräten A032 Dynamisches oder statisches Muskelaufbautraining ohne Krafttrainingsgeräte A033 Isokinetisches Krafttraining A039 Sonstiges Muskelaufbautraining A102 Kraftorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln L012 Bewegung und Sport in der Freizeit zum Muskelaufbau
Mindestanteil, entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 40 %

LL-KHK, ETM 4: Krafttraining nach Herzinfarkt !



**Medizinische Trainingstherapie:
Gleicher Stellenwert wie Ausdauertraining**

Prozeßleitlinienkonforme Rehabilitation



	KTL-Kapitel und ausgewählte Leistungsgruppen (Entlassungsberichte 2005)	Rehabilitanden mit mindestens einer entsprechenden Einzelleistung		Erbrachte Leistungen		
		Anzahl	Anteil	Anzahl		durschn. Anzahl pro Rehabilitand
				insgesamt	und Woche	
b	Krankengymnastik	984	87%	12.997	3,4	13,2
	Einzelbehandlung (b01-b05, b21-b25, b41-b47, b66-b66)	144	13%	788	1,4	5,5
	Einzelbehandlung im Bewegungsbad (b71, b72)	-	-	-	-	-
	Kleingruppenbehandlung (b51-b57)	-	-	-	-	-
	Kleingruppenbehandlung im Bewegungsbad (b75, b76)	-	-	-	-	-
	Gruppenbehandlung (b11, b13, b15, b31, b33)	971	96%	12.168	3,2	12,5
	Gruppenbehandlung im Bewegungsbad (b81, b82)	14	1%	41	0,7	2,9
c	Thermo-, Hydro- und Balneotherapie	609	54%	6.883	2,9	11,3
	Medizinische Bäder (c81, c88)	216	18%	2.192	2,6	10,1
d	Elektrotherapie	522	46%	3.946	2,0	7,6
e	Inhalation	182	16%	2.161	3,1	11,8
f	Massage	962	86%	9.843	2,6	10,2

→ Benchmarking
→ belegungsrelevant

LL-KHK, ETM 3



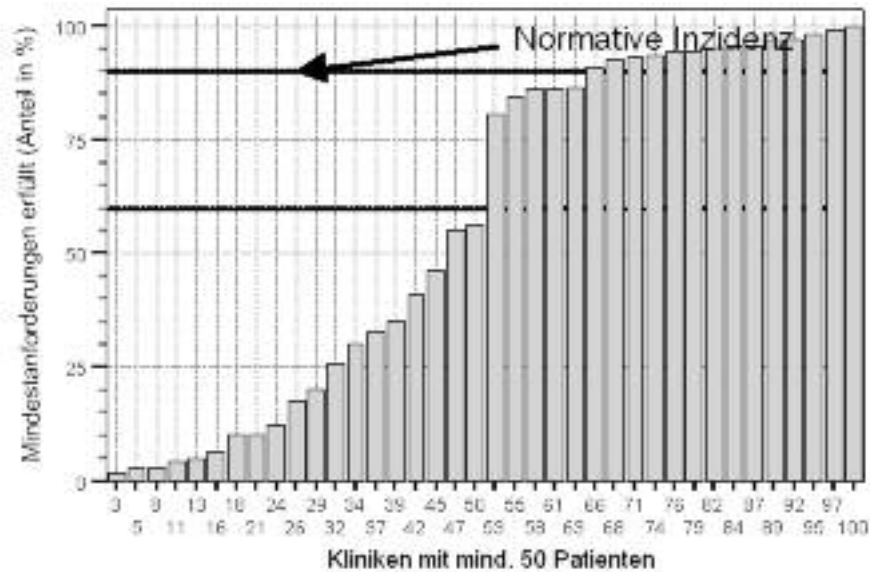
Evidenzbasierte Therapiemodule – Kardiologische Rehabilitation

15

ETM 3 = Funktionsgymnastik, Sport und Spiel

2002 "ETM 3 - Funktionsgymnastik, Sport und Spiel"

Mindestanforderungen erfüllt (Anteil in %)



Prozeßleitlinien

Risiken:

- Individuelle Reha-Konzepte bedroht
- Vergleichbarkeit der Kliniken ?
- Klinikspezifische KTL-Verschlüsselung
- Belegungsrelevanz

Chancen:

- Argumentationshilfe für angemessene Personalausstattung

Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ **Zuweiserperspektive**
- ✓ **Kostenträgerperspektive**
- ✓ **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
- ✓ **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**
- **(Fahrtauglichkeit: verschiedene Sichtweisen)**

Zusammenfassung Teil II

- Probleme und Möglichkeiten -

- Die interne, multiprofessionelle Qualität ist vorhanden. Den limitierenden Faktor stellen die quantitativen personellen Ressourcen dar.
- Aus externer Sicht a) sind Kosten höher priorisiert als Qualität und b) hinkt das Ansehen der Rehabilitation noch immer der Akutmedizin hinterher.
- Prozeßleitlinien und bench-marking schaffen die Möglichkeit, gute Qualität zu belegen und angemessene Stellenpläne zu beantragen. Sie bergen aber auch Risiken!

Aufbaukurs Rehabilitationswesen, Teile E - F

Tipps für den Alltag
Berlin, 17.02.2010

