



**Rahmenkonzept
zur stationären Rehabilitation
bei kardiologischen Erkrankungen**

(01. März 2005)

Inhaltsverzeichnis

- Präambel
- 1. Allgemeine Aspekte der stationären medizinischen Rehabilitation in Abgrenzung zur kurativen Versorgung
- 2. Besonderheiten der stationären kardiologischen Rehabilitation
- 3. Indikationsstellung
 - 3.1 Diagnosen
 - 3.1.1 Herz-Operationen und -Eingriffe
 - 3.1.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - 3.1.3 Prävention bei ausgeprägtem Risikoprofil
 - 3.2 Ausschlusskriterien
- 4. Anforderungen an die Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation
- 5. Allgemeine Voraussetzungen für die Rehabilitation
 - 5.1 Rehabilitationsbedarf
 - 5.2 Rehabilitationsfähigkeit
 - 5.3 Rehabilitationsprognose
- 6. Schädigungen und Beeinträchtigungen bei kardiologischen Erkrankungen
 - 6.1 Schädigungen
 - 6.2 Beeinträchtigungen der Aktivität
 - 6.3 Beeinträchtigungen der Partizipation
 - 6.4 Kontextfaktoren
- 7. Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
- 8. Definition der Rehabilitationsziele
- 9. Ärztliche Verantwortung, psychologische Betreuung und Rehabilitationsdiagnostik
 - 9.1 Ärztliche Verantwortung
 - 9.1.1 Ärztliche Aufgaben
 - 9.1.2 Leitender Arzt
 - 9.2 Psychologische Betreuung
 - 9.3 Rehabilitationsdiagnostik
 - 9.3.1 Obligatorische kardiologische Diagnostik
 - 9.3.2 Indikationsbezogene zusätzliche Labordiagnostik bei Bedarf
 - 9.3.3 Fakultative Diagnostik
- 10. Prozesse der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - 10.1 Therapiemodule
 - 10.2 Therapeutische Leistungen bezogen auf Aktivitätsbereiche

- 11. Anforderungen an die Strukturqualität
 - 11.1 Personelle Ausstattung
 - 11.1.1 Ärztliche Leitung
 - 11.1.2 Rehabilitationsteam und Qualifikation
 - 11.2 Apparative Ausstattung
 - 11.2.1 Diagnostik
 - 11.2.2 Trainings- und Sportgeräte
 - 11.3 Räumliche Ausstattung

- 12. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement

- 13. Kooperation

- 14. Nachsorge

- 15. Verfahren
 - 15.1 Durchführung der Leistungen
 - 15.2 Dokumentation
 - 15.3 Entlassungsbericht

Präambel

Deutschland verfügt über ein weltweit einzigartiges Rehabilitationssystem, dessen Kompetenzen historisch im stationären Bereich gewachsen sind.

Mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – am 01. Juli 2001 machte der Gesetzgeber deutlich, dass die medizinische Rehabilitation neben der Akutbehandlung und Pflege die dritte Säule des deutschen Sozialwesens darstellt. Die medizinische Rehabilitation ist somit nicht mehr bloßer Annex der akutmedizinischen Versorgung, sondern hat einen vollkommen eigenständigen Aufgabenbereich wahrzunehmen.

Durch die Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts in einem Sozialgesetzbuch erhielt die Rehabilitation den ihr seit langer Zeit zustehenden Stellenwert. Gleichzeitig wurde ein Paradigmenwechsel, von der Krankheitsorientierung zur Teilhabeorientierung, vollzogen. Hervorzuheben ist, dass das SGB IX wesentliche Aspekte der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ („International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) integriert. Die ICF klassifiziert Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen. Das SGB IX hat insbesondere die Ziele der medizinischen Rehabilitation unter Ausrichtung auf die ICF konkretisiert (§ 1, § 4 Abs. 1, § 26 Abs. 1 SGB IX) und klargestellt, dass alle Leistungen zur Rehabilitation über die Krankenbehandlung hinaus der Bewältigung von Krankheitsfolgen dienen müssen.

Hiermit wird ein neues Verständnis der medizinischen Rehabilitation zugrundegelegt, welches weit über den bisher rein akutmedizinisch geprägten Ansatz hinausgeht. Dies erfordert zum Teil auch eine entsprechende Neuorientierung der in der Rehabilitation eingesetzten rehabilitationsdiagnostischen und rehabilitationstherapeutischen Verfahren und Methoden. Das SGB IX verdeutlicht z. B., dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation u.a. auch psychologische und pädagogische Hilfen umfassen, da diese für die Aufarbeitung von Krankheitsfolgen von besonderer Bedeutung sind.

Gerade für die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ist die medizinische Rehabilitation ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungskette. Nach dem SGB IX sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zielgerichtet auch zur Beseitigung der durch chronische Erkrankungen verursachten Einschränkungen zu erbringen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte bereits in seinem Jahresgutachten 2000/2001 (Band III) festgestellt, dass in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen darstellt. Dabei wird perspektivisch von einer Zunahme chronischer Krankheiten ausgegangen. Diese Entwicklung wird einerseits mit dem Zusammenhang zwischen der demographischen Alterung der Bevölkerung und der chronischen Krankheitslast begründet. Andererseits wird diese Tendenz auch auf den medizinischen Fortschritt selbst, wobei nicht immer eine dauerhafte Heilung von Krankheiten erreicht werden kann, zurückgeführt. Infolge dessen ist von einer zunehmenden Bedeutung der medizinischen Rehabilitation auszugehen.

Vor diesem Hintergrund hat der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. ein Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen entwickelt, welches das Rehabilitationsverständnis in diesem Bereich konkretisiert und neuen Entwicklungstendenzen Rechnung trägt.

1. Allgemeine Aspekte der stationären medizinischen Rehabilitation in Abgrenzung zur kurativen Versorgung

Die stationäre medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlich-integrativen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die aus einer Schädigung folgenden Störung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen (Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) berücksichtigt. Dies erfordert außerdem die umfassende Einbeziehung der Kontextfaktoren und Risikofaktoren als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Hinblick auf die Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Dieser Rehabilitationsansatz bewirkt – bezogen auf den Einzelfall – die Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung mit dem Ziel des Abbaus von gesundheitlichen Risikofaktoren.

Der stationären medizinischen Rehabilitation liegt ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Behinderung zugrunde, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt und dabei die Kontextfaktoren des gesamten Lebenshintergrundes des Betroffenen einbezieht. Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf den Ebenen der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation.

Im Gegensatz dazu beschränkt sich die kurative Versorgung i.S.d. SGB V

- primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung und
- zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheit mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Leiden und
- auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen ab.

Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das bio-medizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation, die ICD-10, mit den Gliederungsmerkmalen Ätiopathogenese und Lokalisation.

Demgegenüber orientiert sich die medizinische Rehabilitation an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Die stationäre medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere:

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Kontext- und Risikofaktorenkonstellation i.S.d. SGB IX und der ICF erhebt, beschreibt und bewertet,
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung der Rehabilitationsziele,
- die Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie deren individuelle, verlaufsgerechte Anpassung,
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere der Erreichung der angestrebten Rehabilitationsziele,
- die Nachsorge mit individuellen Empfehlungen,

- die Leistungsbeurteilung bezogen auf die letzte Tätigkeit und den allgemeinen Arbeitsmarkt nach anerkannten sozialmedizinischen gutachterlichen Standards,
- die Leistungsbeurteilung bezogen auf die Alltagskompetenz.

Die Beseitigung, Kompensation oder Adaption von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist das Hauptziel der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation aller Rehabilitationsträger.

Für Menschen im erwerbsfähigen Alter ist die Eingliederung oder Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess das Hauptziel der Rehabilitation insbesondere der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Dieses Ziel kann durch eine medizinische Leistung zur Rehabilitation mit dem Schwerpunkt der beruflichen Orientierung unter Einbeziehung physischer und psychosozialer Faktoren erreicht werden. In diesem Zusammenhang kann das Rehabilitationskonzept um berufsspezifische Diagnostik- und Therapiemodule erweitert werden. Ziel der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation ist es, eine erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu beseitigen oder eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit zu bessern oder wiederherzustellen. Es muss geklärt werden, durch welche rehabilitativen Behandlungsangebote - z.B. durch ein entsprechendes Training der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten - die bisherige Tätigkeit weiter ausgeübt oder eine andere Tätigkeit aufgenommen werden kann.

Indikationsspezifische Rehabilitationseinrichtungen werden zunehmend mit multimorbiden Krankheitsbildern, insbesondere mit dadurch verursachten schweren und komplexen Teilhabestörungen, konfrontiert und sind in der Lage, diese adäquat zu behandeln. Dabei spielt das Rehabilitationsziel der Erreichung der weitgehenden Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX) gerade für diese Menschen eine besondere Rolle und erfordert den Einsatz entsprechend darauf ausgerichteter therapeutischer Methoden und Verfahren.

2. Besonderheiten der stationären kardiologischen Rehabilitation

Das vorliegende Rahmenkonzept bezieht sich auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen. Dabei wird die kardiologische Rehabilitation nicht nur auf die Anschlussrehabilitation nach einer Krankenhausbehandlung beschränkt. Die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist bereits in frühesten Stadien einer kardiologischen (chronischen) Erkrankung erforderlich, um diese und deren Folgen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die besondere Bedeutung der kardiologischen Rehabilitation kann darin gesehen werden, dass sie vor dem Hintergrund der Spezifik der kardiologischen Erkrankungen (z. B. multifaktorielle Ursachen, chronisch fortschreitender Verlauf) und deren Folgen wirksame Behandlungsmethoden und -verfahren im Rahmen eines komplexen interdisziplinären Therapieprogramms bietet, das den Herausforderungen einer langfristig angelegten Strategie zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen Rechnung trägt.

Für die kardiologische Rehabilitation ergeben sich dementsprechend Aufgabenbereiche, die neben der Behandlung der Beeinträchtigungen der körperlichen Strukturen auch die Behandlung der Beeinträchtigungen der seelischen und sozialen Integrität sowie die der Aktivitäten und Leistungen beinhalten (vgl. Abschnitt 10).

Dabei kann die kardiologische Rehabilitation in einzelnen Bereichen auf zahlreiche wis-

senschaftliche Studien zurückgreifen, die die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen belegen. Gemäß „Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit“ der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (www.bfa.de) lassen sich in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit die Therapiebereiche Bewegungstherapie, Edukation, Psychologie und Sozialarbeit unterscheiden, deren therapeutische Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist.

Die „Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)“ wertet die kardiologische Rehabilitation als einen „integralen Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten, umfassenden Versorgung von Herzpatienten.“

Als ein wesentliches Kennzeichen der kardiologischen Rehabilitation ist der Stellenwert der konsequenten Sekundärprävention – als Voraussetzung für einen langfristigen Therapieerfolg sowie für eine langfristige Reintegration in Arbeit, Beruf, Familie und Gesellschaft – zu betrachten. Die der Sekundärprävention zugrundeliegenden Strategien beruhen auf durch Studien belegten Erkenntnissen, dass bestimmte Faktoren (Risikofaktoren) zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen sowie das Fortschreiten bzw. den Krankheitsverlauf beeinflussen. Hierbei ist zu beachten, dass nicht die Schwere eines einzelnen Risikofaktors bestimmend ist, sondern das Vorhandensein mehrerer, sich potenzierender Risikofaktoren, woraus sich das Erfordernis eines individuellen, umfassenden Therapieansatzes ergibt.

Dementsprechend integriert in der kardiologischen Rehabilitation der individuell angepasste und komplexe Rehabilitationsplan u.a. auch Verfahren und Methoden des Gesundheits- und Verhaltenstrainings (einschließlich Motivation zur Lebensstiländerung und Einübung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen).

3. Indikationsstellung

Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen sind indiziert, wenn

- als Folge von Schädigungen, die durch kardiologische Erkrankungen verursacht sind, voraussichtlich nicht nur vorübergehende Teilhabestörungen vorliegen oder Beeinträchtigungen i.S.d. SGB IX und der ICF drohen oder bereits manifest sind, d.h. ein Rehabilitationsbedarf gegeben ist,
- Rehabilitationsfähigkeit besteht,
- eine positive Prognose hinsichtlich der Erreichbarkeit von Rehabilitationszielen im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX bzw. der für die Rehabilitationsträger im Übrigen geltenden gesetzlichen Bestimmungen gestellt werden kann,
- die individuellen Voraussetzungen (z.B. persönliche Voraussetzungen nach § 10 SGB VI) erfüllt sind.

Die Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie der Kontextfaktoren und Risikofaktoren im Sinne des SGB IX und der ICF.

Eine Indikation für Leistungen zur kardiologischen Rehabilitation besteht insbesondere auch zur Vermeidung der Verschlimmerung einer Beeinträchtigung bzw. der Vermeidung weiterer Begleit- oder Folgeerkrankungen (Sekundärprävention).

Die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen in stationärer Form ist insbesondere gegeben, bei

- Schädigungen und Beeinträchtigungen als Folge ausgeprägter Multimorbidität,
- mangelnder (z.B. psychischer) Belastbarkeit,
- Notwendigkeit ständiger ärztlicher Überwachung,
- Notwendigkeit pflegerischer Betreuung,
- Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld,
- fehlendem sozialen Umfeld und Unterstützung,
- unzumutbarer Fahrzeit für tägliche An- und Rückreise.

Das stationäre Setting bietet des Weiteren die Möglichkeit für eine lückenlose Alltagsbegutachtung im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung des Rehabilitanden.

Im Übrigen ist das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX zu berücksichtigen.

3.1 Diagnosen

Vorbedingung für die stationäre medizinische Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen ist das Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten:

3.1.1 Herz-Operationen und -Eingriffe

einschließlich aller perkutan durchgeführten Interventionen

- koronare Bypass-Operation,
- Herzklappenoperation/Eingriffe,
- Herztransplantation,
- sonstige Herzoperationen, z.B. Aneurysmektomie, Implantable Cardioverter-Defibrillator (ICD-Implantation) und große herznahe Gefäßoperationen,
- perkutane Koronarintervention (PCI),
- Operationen und Eingriffe an angeborenen Herzfehlern.

Die zunehmende ambulante und perkutane Durchführbarkeit von kardiologischen Interventionen beschränkt in keiner Weise die Notwendigkeit von stationären Leistungen zur kardiologischen Rehabilitation.

3.1.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

insbesondere

- akutes Koronarsyndrom,
- koronare Herzkrankheit ohne akutes Koronarsyndrom,
- Herzinsuffizienz,
- Lungenembolie,
- Kardiomyopathien,
- entzündliche Herzerkrankungen,
- schwer einstellbare arterielle Hypertonie mit Organkomplikationen,
- metabolisches Syndrom,
- Herzrhythmusstörungen,

- Folgerkrankungen bei angeborenen Herzfehlern,
- venöse und arterielle Embolien.

3.1.3 Prävention bei ausgeprägtem Risikoprofil

3.2 Ausschlusskriterien

Die Teilnahme an einer stationären Leistung der kardiologischen Rehabilitation ist in der Regel nicht angezeigt bei:

- akuten interventionspflichtigen Problemen,
- Immobilität, die nicht innerhalb von 2 bis 3 Tagen behebbar ist.

Im Übrigen besteht eine Indikation für eine stationäre medizinische Leistung der kardiologischen Rehabilitation ebenfalls nicht, wenn die Ziele nach Prüfung des Einzelfalles mit vergleichbarer Wirkung durch ambulante Leistungen zur Rehabilitation, ggf. unter Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste, erreicht werden können. Bei der Beurteilung sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten. Hierbei werden die persönlichen Umstände des Rehabilitanden und dessen berechnigte Wünsche berücksichtigt.

4. Anforderungen an die Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Die medizinische Diagnostik der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein, dass rehabilitationsmedizinisch beurteilt werden kann, ob ein Bedarf an medizinischen Leistungen zur Rehabilitation wahrscheinlich gegeben ist oder Ausschlusskriterien für eine stationäre medizinische Rehabilitation vorliegen.

Dabei werden medizinische Unterlagen für folgende Bewertungen benötigt:

- zur frühzeitigen Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs bzw. der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung,
- zur Beurteilung der Ausschlusskriterien für eine stationäre medizinische Rehabilitation,
- zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen im Hinblick auf die Feststellung von Funktionsstörungen bzw. einer notwendigen Belastbarkeit während der Rehabilitationsmaßnahme.

Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert sein:

- Koronarangiographie,
- Echokardiographie/Farbdoppler-Echokardiographie,
- bildgebende Untersuchungsverfahren, wie konventionelle Röntgenuntersuchung, ggf. CT-/MRT-Befunde, ggf. szintigraphische Vorbefunde,
- Ruhe- und Belastungs-EKG,
- Langzeit-EKG,
- Sonographie/Farb-Duplex des Abdomen und der großen Gefäße,
- Myokardszintigraphie,
- ggf. psychologische Testverfahren,
- Bestimmung von Laborparametern,

- alle zusätzlichen Befunde, die für die Einschätzung der Schädigungen durch Nebenerkrankungen von Bedeutung sind,
- Schrittmacher- und Defibrillatorabfragen,
- eventuell notwendige Verlaufskontrollen vor Entlassung/Verlegung.

Die Diagnostik vor der Einleitung der Rehabilitation erstreckt sich nicht nur auf die Schädigungen/Beeinträchtigungen der physischen Strukturen und Funktionen. Sie erfasst auch die Beeinträchtigungen der seelischen Integrität, der Integrität von Aktivitäten und Leistungen sowie der sozialen Integrität. Die rehabilitationsmedizinische Diagnose definiert danach den Grad der im Einzelfall vorliegenden Teilhabestörung vollständig und umfassend.

5. Allgemeine Voraussetzungen für die Rehabilitation

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

- der Rehabilitationsbedarf,
- die Rehabilitationsfähigkeit,
- die Rehabilitationsprognose bezogen auf die Rehabilitationsziele nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX bzw. die für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze.

5.1 Rehabilitationsbedarf

Ein Rehabilitationsbedarf ist gegeben, wenn – als Folge einer Schädigung – eine Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität von Aktivitäten und Leistungen droht oder bereits eingetreten ist und deshalb über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um die o.g. Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

5.2 Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Rehabilitationsfähig ist danach der Berechtigte, der nach seiner psychischen und physischen Situation der Beanspruchung durch die während der Rehabilitationsmaßnahme eingesetzten therapeutischen Verfahren gewachsen erscheint und der Teilnahme an einer solchen Leistung zustimmt.

5.3 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine rehabilitationsmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren),
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX sowie der für die Rehabilitationsträger geltenden sonstigen gesetzlichen Bestimmungen
 - durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme,

- in einem notwendigen, angemessenen Zeitraum.

6. Schädigungen und Beeinträchtigungen bei kardiologischen Erkrankungen

Seit dem Inkrafttreten des SGB IX orientiert sich das Rehabilitationsrecht an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Zentrale Aufgabe der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist danach neben der Wiederherstellung oder wesentlichen Besserung der Funktionsfähigkeit bezogen auf Schädigungen/Beeinträchtigungen von physischen Strukturen und Funktionen nunmehr insbesondere auch die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit bezogen auf die Ebenen der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit) und der Partizipation (Teilhabe an Lebensbereichen).

Dies ist die Grundlage für die

- Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs,
- Definition der Therapieziele im Einzelfall,
- Festlegung der danach erforderlichen Prozesse und Prozessqualitäten
- sowie deren Dokumentation in einem individuellen Rehabilitationsplan.

Das bedeutet indikationsspezifisch:

6.1 Schädigungen

Schädigungen bei kardiologischen Erkrankungen sind definiert als ein Verlust oder eine Normabweichung der Struktur und/oder Funktion der Herz-/Kreislauforgane.

Kardiovaskuläre Erkrankungen führen meist zu charakteristischen Schädigungen, die akut oder auch als Verschlechterung im chronischen Verlauf auftreten können. Überschneidungen sind dabei möglich. Sie treten z.B. auf als:

- verminderte kardiale Pumpleistung,
- verminderte Atemkapazität,
- Belastungsschmerzen (Angina pectoris),
- Herzrhythmusstörungen,
- operationsbedingte Einschränkungen der Beweglichkeit/Sensibilitätsstörung,
- koronare Minderperfusion,
- Inaktivitätsatrophien im muskuloskeletalen System,
- Angst-/Anpassungsstörungen,
- Depressivität/Depressionen.

6.2 Beeinträchtigungen der Aktivität

Beeinträchtigungen der Aktivität bei kardiologischen Erkrankungen werden verstanden als Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten im normal angesehenen Umfang ausüben zu können.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind insbesondere Einschränkungen

- der Mobilität
 - Gehen, Laufen, Steigen (Treppen, Leitern, Bergangehen),
- der körperlichen Belastbarkeit
 - Heben, Tragen, Ausdauer,
- der Ausdauer und Belastbarkeit mit Angewiesensein auf unübliche Pausen, Verschiebung des Tagesrhythmus,
- in der Ausübung von Kulturtechniken (Teilhabe an Veranstaltungen usw.),
- in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), z.B. Körperpflege, Haushaltsführung, Selbstversorgung,
- im notwendigen Krankheitsmanagement (Medikamenteneinnahme, Kontrolle der Nebenwirkungen, Eigenverantwortung, Tages- und Hilfeplanung),
- der Krankheitsbewältigungs- bzw. Kompensationsstrategien (z.B. durch erzwungene Immobilität, Störungen des Antriebs und der Emotion, rasche Ermüdbarkeit psychischer Kräfte, Ängste).

Beeinträchtigungen der Aktivität treten bei kardiologischen Erkrankungen in der Regel multipel auf, wobei sich die Auswirkungen häufig potenzieren. Zu berücksichtigen sind aber die Möglichkeiten der individuellen Adaptation und Kompensation.

6.3 Beeinträchtigungen der Partizipation

Beeinträchtigungen der Partizipation sind definiert als die sich aus der kardiologischen Schädigung ergebende Benachteiligung des betroffenen Menschen, die die Teilhabe an den als normal angesehenen Lebensbereichen bzw. die Erfüllung der als normal angesehenen Rollen einschränkt oder behindert.

Hierzu zählen insbesondere Beeinträchtigungen, wie:

- der körperlichen Unabhängigkeit, d.h. der Umstand, dass eine normale Existenz nur durch Hilfsmittel, Vorrichtungen, Anpassung der Umgebung und die Hilfe anderer aufrechterhalten werden kann, sowie der Selbständigkeit und Selbstversorgung im Alltag, d.h. Abhängigsein von Fremdhilfe, persönlicher Assistenz oder Pflege,
- der Mobilität als Vermögen, sein persönliches Umfeld zu erschließen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, d.h. Einschränkungen in der Bewegung in der Nachbarschaft, der Gemeinde, im Fernbereich, bei Reisen, bei der Benutzung von Pkw und öffentlichem Personennahverkehr,
- der Beschäftigung, d.h. der Fähigkeit, seine Zeit in der für sein Geschlecht, Alter und Neigungen kulturüblichen Weise zu verbringen, z.B. Beeinträchtigungen
 - im beruflichen Bereich im Hinblick auf den Weg von und zur Arbeit, Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation, Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung),
 - in der Haushaltsführung,
 - in der Freizeit,
- der sozialen Integration, z.B. soziale Beziehungen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten,
- der wirtschaftlichen Eigenständigkeit,
- des Orientierungsvermögens durch sekundäre Schädigungen der Sinnesorgane, d.h. der Fähigkeit, sich in seinem Umfeld zurechtzufinden.

6.4 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die eine Bedeutung für eine Person mit einer bestimmten körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung haben. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Dimensionen der ICF (Schädigung/Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie die der Aktivitäten und Leistungen).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die physikalische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten. Personenbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse.

Kontextfaktoren können einen günstigen Einfluss (positive Kontextfaktoren) auf Schädigungen oder Beeinträchtigungen und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen nachteiligen Einfluss (negative Kontextfaktoren) auf Schädigungen oder Beeinträchtigungen haben. Einige solcher negativer Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Deshalb gilt es, die Wirkungen dieser negativen Kontextfaktoren zu verringern bzw. zu beseitigen.

Im Rahmen der negativen Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen, Alkohol, Medikamentenmissbrauch) zu beachten. Kontextfaktoren und Risikofaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Insofern sind die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einzubeziehen.

Relevante Kontextfaktoren bei kardiologischen Erkrankungen sind z.B.:

- Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch, z.B. Lebensmittel, Medikamente,
- Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch, zur persönlichen Mobilität, z.B. Therapie- und Trainingsgeräte, Fahrzeuge,
- persönliche Unterstützung und Beziehungen, z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, Hilfs- und Pflegepersonen, professionelle Personen in der medizinischen Versorgung, Tiere sowie soziokulturelle Strukturen,
- soziale Einrichtungen, die für Menschen mit kardiologischen Erkrankungen spezifische Hilfen anbieten können,
- Freizeit- und Sportorganisationen mit spezifischen Angeboten für kardiologisch Erkrankte,
- Umfeld (z.B. spezifische Situation im Umfeld der Wohnung, des Arbeitsplatzes) und spezifische Umwelt (Klima, Licht, Lärm, Luftqualität),
- individuelle Einstellungen, z.B. der Familienmitglieder.

7. Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nach dem funktionsbezogen festgestellten individuellen Bedarf auszuführen (§§ 10, 17 SGB IX). Der individuelle Bedarf ergibt sich aus den Folgen der Störungen der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF.

Die Rehabilitationseinrichtung hat zu Beginn der Durchführung einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation zu überprüfen, ob der individuelle Rehabilitationsbedarf vollständig erfasst ist, evtl. Erfassungslücken zu schließen und ihren Rehabilitationsplan auf den gesamten festgestellten Rehabilitationsbedarf auszurichten.

Die Überprüfung des Rehabilitationsbedarfs erfasst entsprechend der ICF Störungen der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit in folgenden Bereichen:

a. Im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen

Primär

- Funktionen und Strukturen des kardiovaskulären Systems

Sekundär

- weitere Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems:
 - Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems,
 - Funktionen des Atmungssystems,
 - weitere Funktionen, die das kardiovaskuläre und das Atmungssystem betreffen,
 - Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsels- und des endokrinen Systems,
 - mentale Funktionen,
 - Sinnesfunktionen und Schmerz,
 - Stimm- und Sprechfunktionen,
 - Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems,
 - neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen,
 - Funktionen der Haut und Hautanhangsgebilde
- sowie die hiermit im Zusammenhang stehenden Körperstrukturen.

b. Im Bereich der Aktivitäten

- Aktivitäten des Lernens und der Wissensanwendung,
- Aktivitäten bzgl. allgemeiner Aufgaben und Anforderungen,
 - Aktivitäten bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit,
- Aktivitäten der Kommunikation,
- Aktivitäten der Mobilität,
- Aktivitäten der Selbstversorgung,
- Aktivitäten des häuslichen Lebens,
- Aktivitäten interpersoneller Interaktionen und Beziehungen,
- Aktivitäten bedeutender Lebensbereiche,
- Aktivitäten des Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Lebens.

c. Im Bereich der Partizipation

- Teilhabe durch Mobilität,
- Teilhabe am Informationsaustausch,

- Teilhabe an sozialen Beziehungen,
- Teilhabe am häuslichen Leben,
- Teilhabe am Bildungswesen,
- Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung,
- Teilhabe am Wirtschaftsleben,
- Teilhabe am persönlichen Unterhalt,
- Teilhabe an der Gemeinschaft, dem sozialen und dem staatsbürgerlichen Leben.

Ergeben sich aus der Überprüfung des individuellen Rehabilitationsbedarfs Störungen, deren Therapie nicht zu den Aufgaben der Rehabilitationseinrichtung zählt, ist

- die notwendige Diagnostik und Therapie zu vermitteln,
- zu veranlassen, dass ergänzende Rehabilitationsleistungen im Anschluss an die begonnene Leistung nahtlos beginnen können, soweit dies wirksam und wirtschaftlich möglich ist,
- mit dem Rehabilitationsträger abzustimmen, ob die begonnene Leistung fortgesetzt werden soll.

Soweit sich unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren der Klassifikation der Partizipation eine spezifische Ausprägung der Störungen bzw. ein individuell anzupassender Rehabilitationsbedarf feststellen lässt, ist dieser entsprechend zu dokumentieren und dem Rehabilitationsträger zur Anpassung des Rehabilitationsplans mitzuteilen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

8. Definition der Rehabilitationsziele

Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles auf Dauer eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Sie werden unter Beachtung der §§ 4 Abs. 2, 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX zur Erreichung folgender Ziele zügig, wirksam und wirtschaftlich erbracht:

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Soweit sich aus den für die zuständigen Rehabilitationsträger geltenden besonderen Vorschriften weitere Rehabilitationsziele ergeben, sind sie in den Rehabilitationsplan aufzunehmen. Dies gilt insbesondere für

- die Rentenversicherung hinsichtlich des Zieles, die Rehabilitanden möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern sowie
- die Unfallversicherung hinsichtlich der Ziele, die durch Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschäden zu beseitigen oder zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mildern sowie den Verletzten auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Bezogen auf den entsprechend der ICF festgestellten individuellen Rehabilitationsbedarf ergeben sich danach folgende Rehabilitationsziele:

a. Aktivitäten des Lernens und der Wissensanwendung

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit,
- Erlernen eines der kardiologischen Beeinträchtigung adäquaten Alltagsverhaltens,
- Erkennen von individuellen krankheitsmodulierenden Faktoren und Motivation zur Änderung des Verhaltens bzw. Lebensstiles (verbunden mit Zielen der Sekundärprävention), z.B. in Bezug auf
 - Rauchen,
 - Bewegungsmangel,
 - Stress,
 - Übergewicht, Fehlernährung,
 - Alkoholmissbrauch,
 - Medikamentenmissbrauch,
 - Stoffwechselstörungen, insbesondere Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen,
- Lernen und Ausführen von Überwachungsfunktionen (z.B. Blutdruckmessen),
- im Sinne von Tertiärprävention: Training bei erkannten Einschränkungen der Hirnleistung u.ä.,
- Erlernen des Umgangs mit bestimmten Krisen-/Notfallsituationen,
- Optimierung der Krankheitsbewältigung,
- Förderung der Compliance.

b. Aktivitäten bzgl. allgemeiner Aufgaben und Anforderungen

- Aktivitäten bzgl. der körperlichen Leistungsfähigkeit
 - Verbesserung der kardiopulmonalen Ausdauer,
 - Verbesserung der muskuloskeletalen Leistungsfähigkeit,
 - Verbesserung koordinativer Fähigkeiten sowie alltags- und berufsbezogener körperlicher Fähigkeiten,
- Verbesserung des Umgangs mit Stress und anderen psychischen Anforderungen.

c. Aktivitäten der Kommunikation

- Überwindung von Sprach- und Kulturbarrieren,
- verständliche Darstellung von Krankheiten und Krankheitszusammenhängen,
- aktive Kommunikation in der Herzgruppe,
- Förderung der Compliance.

d. Aktivitäten der Mobilität

- Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Aktivität insbesondere in der Fortbewegung (z.B. beim Gehen, beim Treppensteigen, bei der Transferfähigkeit, bei der Verkehrsmittelbenutzung), beim Heben und Tragen,
- Ausstattung mit Mobilitätshilfen,
- Ausstattung mit Hilfsmitteln im häuslichen Umfeld (z.B. Rollator, Rollstuhl) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren
 - häusliche Pflege,
 - Treppenlift u.ä.

- e. Aktivitäten der Selbstversorgung
- Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Aktivität insbesondere in der Selbständigkeit/Selbstversorgung, z.B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungsaufnahme bzw. weiteren Aktivitäten im Sinne der allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (vergl. Begutachtungsrichtlinien – BRi – zum SGB XI),
 - Hilfsmittelversorgung (z.B. Strumpfanziehhilfen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren, z.B. Klärung und Vorbereitung der Gewährleistung
 - behindertengerechten Wohnens,
 - eines Badewannenlifters,
 - ergonomischer Haushaltshilfen,
 - Erlernen von Kompensationsfaktoren bei Funktionsstörungen,
 - Verbesserung des Achtens auf die eigene Gesundheit.
- f. Aktivitäten des häuslichen Lebens
- Verbesserung der Fähigkeit zur Haushaltsführung,
 - Gewährleistung kontextabhängiger Hilfen zur Beschaffung von Wohnraum, Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Haushaltsaktivitäten wie Nahrungszubereitung, Säubern, Reparieren sowie sich um seinen Besitz zu kümmern.
- g. Aktivitäten interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
- Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Aktivität insbesondere
 - im Partnerverhalten,
 - in der elterlichen Rolle,
 - grundlegende und komplexe Aktivitäten zum Interagieren mit Menschen zur Krankheitsbewältigung z.B. zur/zum
 - Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität,
 - Schmerzbewältigung,
 - Erlernen von Kompensationsstrategien,
 - Förderung der Compliance,
 - Motivation zur Neu- und Wiederaufnahme von gesellschaftlichen und sozialen Aktivitäten unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren u.a.
 - Assistenzen, Begleitpersonen, Hausnotruf, Kommunikationshilfen, sonstige technische Hilfen,
 - Motivation zur Wahrnehmung von Interessen (z.B. neue Hobbys).
- h. Aktivitäten bedeutender Lebensbereiche
- Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Beteiligung an Arbeit und Beschäftigung,
 - Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Beteiligung am wirtschaftlichen Leben.
- i. Aktivitäten des Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Lebens
- Ziele entsprechend denen zu den „Aktivitäten interpersoneller Interaktionen und Beziehungen“,
 - Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Beteiligung am gesellschaftlichen und sozialen Leben,
 - Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung sowie zu sportlichen Aktivitäten,
 - Vermeidung, Beseitigung und Verminderung von Beeinträchtigungen der Be-

teiligung am religiösen, politischen und staatlichen Leben.

Diese Ziele können erreicht werden durch

- vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Fähigkeiten und der sozialen Rolle (Restitutio ad integrum),
- größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Fähigkeiten und der sozialen Rolle (Restitutio ad optimum),
- Einsatz von Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Fähigkeiten (Kompensatio),
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigungen des Rehabilitanden (Adaptatio).

9. Ärztliche Verantwortung, psychologische Betreuung und Rehabilitationsdiagnostik

9.1 Ärztliche Verantwortung

9.1.1 Ärztliche Aufgaben

Zu den Aufgaben des ärztlichen Dienstes gehören:

- spezielle Anamnese (persönliche Motivation und Erwartungshaltung an die Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der eigenen Rehabilitationsziele und der Veränderungserwartungen des Rehabilitanden, Analyse von Fähigkeitsstörungen in Beruf und Alltag, Krankheitsverständnis/-verarbeitung, subjektiver Einschätzung der Arbeitsplatzsituation, der Situation im gesellschaftlichen Umfeld und beruflichen Zukunftsvorstellungen),
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik, Überprüfung und ggf. Ergänzung der Rehabilitationsziele sowie Konkretisierung des Behandlungsbedarfs,
- Erstellung und Anpassung des Therapieplans,
- Abstimmung der Rehabilitationsziele sowie des Therapieplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam,
- Durchführung aller für die stationäre Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Durchführung von Visiten und Sprechstundenangeboten für den Rehabilitanden,
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen,
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche),
- Information und Beratung des Rehabilitanden ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen,
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nichtärztlichen Rehabilitationsteams,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Qualitätssicherung.

9.1.2 Leitender Arzt

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Trägervorgaben bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist der oben genannten Dimension von Krankheit und Schädigung der Integrität, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen. Die Wahrnehmung dieser Verantwortung bedingt, dass der leitende Arzt seinen Arbeitsschwerpunkt in der Rehabilitationseinrichtung besitzt.

Wird die medizinische Rehabilitation in Disease-Management-Programme (DMP) eingebunden, gewährleistet der leitende Arzt, dass die Leistungen der Krankenbehandlung im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation mindestens den in den Regelungen über strukturierte Behandlungsprogramme beschriebenen Anforderungen und Qualitäten entsprechen.

Soweit die stationäre Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Verträgen zu integrierten Versorgungsformen (§ 140 b SGB V) Leistungen erbringt oder für DMP-zertifizierte Vertragsärzte nach Zustimmung der Krankenkassen einzelne therapeutische Methoden der strukturierten Behandlungsprogramme durchführt, trägt auch dafür der leitende Arzt die fachliche und qualitative Verantwortung.

9.2. Psychologische Betreuung

Der Bedarf an psychologischen Behandlungsangeboten ist in der kardiologischen Rehabilitation insbesondere zur Krankheitsbewältigung bedeutsam.

Die psychologische Rehabilitation im engeren Sinne verfolgt insbesondere das Ziel, die auf das Arbeitsleben oder das häusliche Umfeld bezogenen Beeinträchtigungen sozialer Fertigkeiten zu erfassen, wieder aufzubauen oder zu stärken und enthält deshalb z.B. Programme zur Gedächtnisschulung, Lernen zu lernen, Ängste abzubauen usw..

Darüber hinaus werden sonstige psychotherapeutischen Verfahren ausgeführt, wie z.B.

- Gesprächspsychotherapie (einzel- und gruppentherapeutische Verfahren),
- Erstellung von Verhaltensanalysen,
- kognitive-verhaltenstherapeutische Techniken,
- Gestalttherapie,
- Biofeedback,
- Schulungen zur Stressbewältigung.

Da die gesamte Familie durch die Krankheit berührt ist, werden wichtige Bezugspersonen in die Therapie einbezogen, geschult und ggf. auch eine systemorientierte Familientherapie angewandt.

Gegenstand der psychologisch therapeutischen Verfahren ist auch das Entspannungs- und Gesundheitstraining durch die Vermittlung entsprechender Entspannungstechniken (Tiefenmuskelentspannung/autogenes Training, Atemtechniken).

Im Übrigen hat die psychologische Therapie auch eine wesentliche Aufgabe zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (z.B. im Bereich der **Primärprävention** die Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Compliance; auf der Ebene der **Sekundärprävention** die Beeinflussung funktionshemmender Größen wie die des Schmerzes und seiner Verarbeitung, aber auch das Auffinden motivierender Faktoren und Motivationsförderung; im Rahmen der **Tertiärprävention** die Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit Nichtbetroffenen, z.B. Annehmen und Ablehnen von Hilfestellungen, effektives Darstellen des eigenen Krankheitsbildes, erfolgreiche Kommunikation von Bedürfnissen und Wünschen usw.).

9.3 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die notwendige Rehabilitationsdiagnostik, die im Kern eine Funktions- und Leistungsdiagnostik zur Überwachung und Steuerung der Therapie darstellt, durchzuführen. Zeitnahe Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen sowie die Risikofaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten.

9.3.1 Obligatorische kardiologische Diagnostik

Die Diagnostik umfasst unter Berücksichtigung von Indikation, Vorbefunden und Rehabilitationsverlauf obligatorisch:

- medizinische und psychosoziale Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten sowie der Partizipation,
- eingehende körperliche Untersuchung,
- psychologische Screeningdiagnostik (z.B. mittels der Hospital Anxiety and Depression Skala – deutsche Version HADS-D; 14 Items),
- eingehende kardiologisch-funktionelle Untersuchung u.a.
 - Ruhe-EKG,
 - Belastungs-EKG,
 - Echokardiographie/Farbdoppler-Echokardiographie,
 - Langzeit-EKG,
- Bestimmung von Laborparametern, z.B. Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Creatinin, GOT, GPT, Gamma-GT, Blutzucker, Harnsäure, Elektrolyte, Quick/International-Normalized-Ratio (INR), Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit, Schilddrüsenwerte.

9.3.2 Indikationsbezogene zusätzliche Labordiagnostik nach Bedarf

- bei Zustand nach Klappenersatz: LDH, INR,
- bei Zustand nach Bypass-Operation: ggf. INR,
- bei Vorhofflimmern: TSH basal, ggf. INR,
- bei Diabetes mellitus: HBA1c, Mikroalbumin,
- bei post-OP Anämie: Fe, Ferritin,
- bei Digitalis-Therapie: ggf. Digoxin-/Digitoxinspiegel,
- bei Zustand nach Kontrastmittelgabe: TSH basal.

9.3.3 Fakultative Diagnostik

Die Diagnostik umfasst fakultativ:

- transoesophageale Echokardiographie,

- Stressechokardiographie,
- Rechtsherzkatheter,
- Linksherzkatheter,
- Spiroergometrie,
- Langzeitblutdruckmessung,
- angiologische Ultraschalldiagnostik,
- Lungenfunktionsuntersuchung,
- Sonographie des Abdomen und der Gefäße,
- Röntgen-Thorax,
- ICD- und Schrittmacherkontrolle,
- umfassende psychologische Diagnostik,
- weiterführende Labordiagnostik.

10. Prozesse der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation

Die Prozesse der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation müssen geeignet sein, auf die Störungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten sowie der Partizipation einzuwirken, dass die im Einzelfall angestrebten Rehabilitationsziele erreicht werden können. Dabei sind nicht nur die unmittelbaren Störungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten, sondern auch ihre individuelle Ausprägung unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren aus dem Bereich der Partizipation zu berücksichtigen.

10.1 Therapiemodule

Zur Deckung des individuellen Bedarfs sowie zur Erreichung der Rehabilitationsziele kommen in der kardiologischen Rehabilitation insbesondere folgende Therapiemodule zur Anwendung:

Ausdauertraining

- Ergometertraining,
- Geh- und Laufschulung, z.B. Terraintraining, Spaziergänge, Gehschule, Wandern, Walking, Nordic Walking, Aquajogging, Waldlauf, Laufbandtraining, Skilanglauf, Ausdauerschwimmen, Fahrradtouren.

Körperliches Fähigkeitstraining

- Allgemeine Gymnastik,
- Hockergymnastik,
- Atemgymnastik,
- Gefäßtraining,
- Physiotherapie einschl. Balneotherapie, Bewegungsbad.

Sport und Bewegungsspiele

- Sport, Sport- und Bewegungsspiele, z.B. Schwimmen, Wassergymnastik, Fahrradwandern, Ballspiele, Tischtennis.

Kraft- und Muskelaufbautraining

- Vorbereitungstraining (sensomotorisches Training),
- Kraftausdauertraining,
- Muskelaufbautraining,
- fähigkeitsorientiertes Training.

Ernährungsschulung

- theoretische und praktische Beratungen und Schulungen zur nachhaltigen Änderung des Ernährungsverhaltens, wie Ernährungsberatung, Seminar Stoffwechselstörungen, Übergewichtigengruppe (vgl. BfA-Curriculum) und Lehrküche (z.B. zum Thema „Gesunde Ernährung, bei Reduktionskost, für Diabetiker, bei cholesterinärmer Kost).

Ergotherapie

- Arbeitstherapie,
- Funktionstraining,
- Gestaltungstherapie,
- Haushaltstraining,
- hilfsmittelbezogene Ergotherapie,
- Selbsthilfetraining.

Information und Motivation

- Vorträge und Seminare zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen, wie Einführung in die Rehabilitation, Einleitung der Nachsorge, Umgang mit Stress usw. für alle Rehabilitanden, Einführung in spezifische Kompetenztrainings (Nichtrauchertraining, Stressbewältigungstraining usw.) und spezifische Ergänzung von Schulungsprogrammen für bestimmte Risikogruppen.

Basisschulung

- strukturierte Schulung zur koronaren Herzkrankheit, Diagnostik und Behandlung (vgl. BfA-Curriculum Herz-Kreislaufkrankungen, DGPR-Curriculum „Basisschulung“).

Risikogruppenschulung

- strukturierte Schulungen für spezifische Risikogruppen (vgl. BfA-Gesundheitstrainingsprogramm, DGPR-Schulungsprogramm), wie Patientenschulung zur Quickwertselbstbestimmung, strukturiertes Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, Patientenschulung zur Blutdruckselbstbestimmung.

Psychologische Beratung, Psychotherapie

- Erarbeitung von Bewältigungsstrategien in emotionaler, kognitiver, sozialer und beruflicher Hinsicht, z.B. Einzelberatung, Beratung von Patienten und Angehörigen, therapeutische Einzelintervention, Krisenintervention, diagnosebezogene Gruppenarbeit, problemorientierte Gruppenarbeit.

Stressbewältigung

- Entwicklung und Einübung von Bewältigungsstrategien bei Patienten mit psychosozialer Belastung, wie problemorientierte Gruppenarbeit zur Stressbewältigung.

Entspannungstraining

- Einführung in und Durchführung von Entspannungstechniken, z.B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, funktionelle Entspannung, Biofeedback, Atemfeedback.

Nichtrauchertraining

- psychologische Intervention zur Förderung der Nikotinabstinenz bei Rauchern und ehemaligen Rauchern mit differentiellem Angebot (Einführungsveranstaltung für alle Raucher, Gruppentherapie für motivierte Patienten).

Klinische Sozialarbeit – soziale und sozialrechtliche Beratung

- Beratung zu bestimmten Themen, z.B. zur wirtschaftlichen Sicherung, zu sozialrechtlichen Aspekten,
- Kontaktaufnahme mit externen Stellen.

Klinische Sozialarbeit – Unterstützung der beruflichen Integration

- multiprofessionelle Beratung zu bestimmten Themen, z.B. zur Umschulung/ Weiterqualifikation, stufenweisen Wiedereingliederung, Umsetzung am Arbeitsplatz,
- Belastungsprüfung.

Klinische Sozialarbeit – Organisation der Nachsorge

- multiprofessionelle Beratung zu bestimmten Themen, z.B. zum Reha-Sport, zu Herzgruppen,
- Vermittlung in Angebote der Nachsorge.

10.2 Therapeutische Leistungen bezogen auf Aktivitätsbereiche

Bezogen auf Aktivitäten werden in der kardiologischen Rehabilitationseinrichtung im Einzelnen folgende reha-therapeutische Verfahren und Methoden eingesetzt:

a. Aktivitäten des Lernens und der Wissensanwendung

- verhaltenspsychologische und pädagogische Methoden (vgl. § 26 Abs. 3 SGB IX), insbesondere zum/zur
 - Verhaltenstraining,
 - Schmerzbewältigung,
 - Stressabbau,
 - Umgang mit Risikofaktoren,
 - edukativen Angeboten,
 - Erlernen eines häuslichen Selbstübungs- und Trainingsprogramms,
- indikationsspezifische Schulungsprogramme, u.a. über
 - Aufbau und Funktion von Herz und Kreislauf,
 - Ursachen und Entstehung der Arteriosklerose,
 - Risikofaktoren und Schutzfaktoren,
 - Epidemiologie und gesellschaftliche Relevanz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
 - Einfluss von Bewegungsmangel und Stress,
 - Herzklappen und deren Erkrankungen einschl. Endokarditisprophylaxe und Dauerantikoagulation,
 - Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen,
 - Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen,
 - Zivilisationskrankheiten,
 - Alltagsdrogen, Raucherentwöhnung,
- Ernährungsberatung,
- Ergotherapie,
- Schulungsprogramme für die eigenständige Überwachung und Kontrolle von Herzkrankheiten durch den Patienten einschl. Unterweisung im Umgang mit Geräten (z.B. Bluthochdruck, Blutdruckselbstmessung, Pulsmessung, ggf.

- INR-Wert-Selbstbestimmung, Laien-Reanimationstraining),
Diabetesschulung.
- b. Aktivitäten bzgl. allgemeiner Aufgaben und Anforderungen
- Aktivitäten bzgl. der körperlichen Leistungsfähigkeit
 - Trainingstherapie, insbesondere Ausdauer-, Kraft- und Koordinations-
training, Geländetraining,
 - Krankengymnastik,
 - Ergotherapie,
 - alltags- und arbeitsbezogenes Training,
 - allgemeines Mobilitätstraining für Aktivitäten des täglichen Lebens,
 - psychologische Beratung, Psychotherapie, Stressbewältigung, Entspan-
nungstraining.
- c. Aktivitäten der Kommunikation
- pädagogische und psychologische Methoden¹,
 - gruppendynamische Prozesse²,
 - Konfliktlösungsstrategien,
 - Kommunikation mit Arbeitgebern (z.B. zur Gestaltung von Hilfen im Rahmen
des § 81 Abs. 4 SGB IX),
 - Vermittlung von Kontakten mit Selbsthilfeorganisationen,
 - Kommunikation nachgehender Reha-Strukturen (Organisation von Reha-
Nachsorgemaßnahmen, z.B. über Gemeinsame Servicestellen gem. §§ 22,
23 SGB IX).
- d. Aktivitäten der Mobilität
- Trainingstherapie, insbesondere Ausdauer-, Kraft- und Koordinations-
training, Geländetraining,
 - Krankengymnastik,
 - Ergotherapie,
 - alltags- und arbeitsbezogenes Training,
 - allgemeines Mobilitätstraining für Aktivitäten des täglichen Lebens.
- e. Aktivitäten der Selbstversorgung
- Ergotherapie,
 - Ernährungsberatung,
 - Training in der Lehrküche,
 - ressourcenorientierte Pflege (Methoden und Hilfen zur Wiederherstellung der
Selbsthilfefähigkeit),
 - Kinesthetik.
- f. Aktivitäten des häuslichen Lebens
- Organisation der erforderlichen Hilfen unter Berücksichtigung der
Kontextfaktoren aus dem Bereich der Störungen der Partizipation,
 - Ernährungsberatung,
 - Ergotherapie.
- g. Aktivitäten interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
- Methoden zur Motivation, zum Abbau von Ängsten usw.,
 - Einbeziehung des persönlichen Umfeldes (Angehörige, Partner usw.),

¹ z.B. zur Herstellung von Krankheitsakzeptanz bzw. zur Vermittlung persönlicher Bewältigungsstrategien

² ebenso

- Bearbeitung von Krankheitsfolgen (z.B. im Bereich der Sexualität) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren,
 - Vermittlung von bzw. Training mit Fahrhilfen usw.,
 - Ergotherapie.
- h. Aktivitäten bedeutender Lebensbereiche
- soziale und sozialrechtliche Beratung,
 - Unterstützung der beruflichen Integration,
 - Organisation entsprechender Hilfen.
- i. Aktivitäten des Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Lebens
- Beratung,
 - Organisation entsprechender Hilfen.

Gegenstand des Leistungsspektrums ist auch die Vermittlung in eine geeignete ambulante Herzgruppe, Selbsthilfegruppe oder Nachsorgeprogramme.

Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet, dass die Prozesse während der Durchführung der Leistung entsprechend dem Verlauf jeweils hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Stellt sie dabei fest, dass geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden erhalten, bessern oder wiederherstellen könnten (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) oder andere Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sein könnten (§ 8 Abs. 1 SGB IX), setzt sie den Rehabilitationsträger und die Gemeinsame Servicestelle davon noch während der laufenden Leistung in Kenntnis.

11. Anforderungen an die Strukturqualität

11.1 Personelle Ausstattung

11.1.1 Ärztliche Leitung

Die Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Kardiologen/einer Kardiologin (im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet) mit mindestens zweijähriger vollzeitiger rehabilitationsmedizinischer und sozialmedizinischer Erfahrung in einer zugelassenen kardiologischen Rehabilitationsklinik und der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder der Gebietsbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin. Der leitende Arzt hat neben der gebietsbezogenen Fortbildung auch seine ständige Fortbildung in der Sozialmedizin zu gewährleisten, einschließlich der Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter. Die genannten Anforderungen sollten in gleicher Weise auch durch den vertraglich vereinbarten Abwesenheitsvertreter erfüllt werden.

Als Ausnahmen (z.B. beim Vorhandensein entsprechender anderweitiger Qualifikationen) sollten jedoch die Bewertungskriterien (Basiskriterien) der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des externen Qualitätssicherungsverfahrens der Spitzenverbände der Krankenkassen als Mindestvoraussetzungen gelten. Danach müssen Chefarzt und ein Oberarzt Internisten sein, während mindestens einer von beiden über den Schwerpunkt Kardiologie sowie einer von beiden über die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen verfügt.

11.1.2 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die medizinische Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, das über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung (bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend) verfügen muss. Für alle aufgeführten Berufsgruppen gilt, dass Mitarbeiter, die eine leitende Funktion ausüben, über eine mindestens zweijährige rehabilitationsbezogene Berufserfahrung verfügen müssen. Wenn innerhalb der entsprechenden Berufsgruppe keine leitende Funktion besetzt wurde, dann muss mindestens ein Mitarbeiter die genannten Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung erfüllen.

a. Rehabilitationsmediziner

Neben dem ärztlichen Leiter sind weitere Ärzte, möglichst ebenfalls mit der Gebietsbezeichnung der Hauptindikation oder entsprechender klinischer Erfahrung vorzusehen, von denen einer als ständiger Vertreter des leitenden Arztes zu benennen ist.

Die Anzahl der weiteren Ärzte orientiert sich nach der Belegung der Einrichtung.

b. Physiotherapeut/Krankengymnast

- staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast

c. Sportlehrer/Sporttherapeut

- Diplom als Sporttherapeut

d. klinischer Psychologe

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen

e. Ergotherapeut

- staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie

f. Diätassistent

- staatliche Anerkennung als Diätassistent

g. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge/Reha-Pädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge bzw. Reha-Pädagoge und
- Erfahrung in der Gesundheitsfürsorge und in der Einzelfallhilfe

h. Gesundheits- und Krankenpfleger

- staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Weiterbildung in der Rehafachpflege angestrebt

i. weiterer Personalbedarf: z.B. Masseur/Medizinischer Bademeister

- staatliche Anerkennung als Masseur/Medizinischer Bademeister

Die in einer zur Versorgung der Patienten angemessenen Zahl vorhandenen nichtärztlichen Therapeuten müssen bei Bedarf über indikationsspezifische Zusatzqualifikationen oder Weiterbildungen verfügen.

Bei Bedarf müssen Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die qualifizierte Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen durch die personelle Ausstattung sichergestellt sein.

Das Team der Rehabilitationseinrichtung bilden Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. Das Team ist in der Lage, bei Bedarf ein fachspezifisches Assessment durchzuführen und gemeinsam zu den Zieldefinitionen beizutragen, welche im Rehabilitationsplan dokumentiert werden.

Die Fort- und Weiterbildung für alle Teammitglieder sollte im angemessenen Umfang gewährleistet werden.

11.2 Apparative Ausstattung

11.2.1 Diagnostik

In der Einrichtung müssen für die diagnostischen Verfahren folgende medizinischen Geräte zur Verfügung stehen:

- Ruhe-EKG (12-Kanalschreiber),
- Belastungs-EKG,
- Echokardiographie mit Farbdoppler,
- Langzeit-EKG,
- Langzeit-Blutdruckmessung,
- Gefäßdoppler
- Spirometrie,
- Sonographie des Abdomen, der großen Gefäße,
- Notfallausstattung (Notfallkoffer/-wagen, Defibrillator, Sauerstoffflasche),
- Notfalllabor, klinisches Labor (auch in Kooperation),
- Röntgen-Thorax (auch in Kooperation),
- kontinuierliche Monitor-/EKG-Überwachung,
- Ausstattung für psychologische Testverfahren.

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein, z.B.:

- Linksherzkatheter,
- Endoskopie,
- CT,
- ICD- und Schrittmacherkontrolle,
- mobile Apnoediagnostik,
- Messplatz für Pulmonalarterieneinschwemmkatheter mit Belastung,
- Blutgasanalysegerät,
- Laufbandergometriegerät,
- Spiroergometrie,
- Stressechokardiographie,
- TEE,
- weitere sonographische Verfahren.

11.2.2 Trainings- und Sportgeräte

Für die Therapie sind u.a. bereitzustellen:

- Fahrradergometerplätze mit üblicher Ausstattung (Drehzahl- unabhängige Fahrrad-ergometer mit EKG-Überwachung),
- Therapieliegen, höhenverstellbar, auch für Krankengymnastik,
- Bodenmatten,
- Sprossenwand,
- Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen Angebots,
- Geräte für Kraft- und Muskelaufbautraining,
- dynamisches Treppensteiggerät (Stepper),
- Laufband.

11.3 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann. Es sollten mindestens vorhanden sein:

- Patientenzimmer mit barrierefreien Bädern, Notfallanlage (im Zimmer und in der Nasszelle), bei Bedarf höhenverstellbaren Betten, Möglichkeit der Einzelbehandlung im Zimmer,
- Räume für die Bewegungstherapie, fahrradergometrisches Training,
- Sport-/Gymnastikhalle,
- Räume für Sporttherapie mit ausreichender Klimatisierung,
- Bewegungs-/Schwimmbad,
- Räume für physikalische und balneologische Therapie,
- Setting für Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten (Entspannungstherapie),
- Seminar-/Vortagsraum mit audiovisuellen Medien,
- Räume für Einzelberatung,
- Räume für Ergotherapie,
- Lehrküche,
- Untersuchungszimmer, indikationsspezifischer Funktionsraum/-bereich,
- separate Einheit mit Möglichkeit der Notfallbehandlung/-überwachung,
- Räume für Medikamente und medizinisches Verbrauchsmaterial,
- Stationszimmer, Personalaufenthaltsraum,
- Verwaltungsräume,
- Speiseraum für gesundheitsorientierte Mahlzeiten,
- Freizeiträume
- Aufzug (einschl. für Betten- oder Liegendtransport).

Erforderlich sind externe Bewegungsmöglichkeiten durch Einbeziehung von Freigelände (Terrainwege für überwachtes Training im Gelände). Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein. Im gesamten Klinikgebäude herrscht Rauchverbot.

12. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement

Die Rehabilitationseinrichtung stellt ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert (§§ 135a, 137d Abs. 1 SGB V, § 20 Abs. 2 SGB IX).

Grundlage dieses effektiven Qualitätsmanagements sind u.a. die vergleichenden Qualitätsanalysen der Rehabilitationsträger (§ 20 Abs. 1 SGB IX).

Die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX und die „Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.

Die Qualitätsanforderungen an die Ausführungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste werden entsprechend den in den Verträgen nach § 21 Abs. 1 SGB IX vereinbarten Anforderungen gewährleistet.

Grundlage für die Feststellung, ob und in welchem Umfang die mit der ausgeführten medizinischen Leistung zur Rehabilitation angestrebten Rehabilitationsziele erreicht wurden, ist die Ergebnisqualität. Struktur- und Prozessqualität sind notwendige Voraussetzungen zur Erreichung der adäquaten Ergebnisqualität.

13. Kooperation

Eine effektive Kooperation und Koordination zwischen Vorsorge, Rehabilitation und kurativer Behandlung sind unerlässlich. Die Rehabilitationseinrichtung arbeitet mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z.B. die Gemeinsame Servicestelle nach § 22 SGB IX, niedergelassene Ärzte, Akutkrankenhäuser, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstationen, Selbsthilfegruppen, Herzgruppen) eng zusammen.

Die Rehabilitationseinrichtung wirkt darauf hin, dass die Gemeinsame Servicestelle nach § 22 SGB IX und der Sozialdienst des Krankenhauses einen ergänzenden Bericht über die Störungen der sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen im gesellschaftlichen Leben nach Maßgabe der gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach §§ 13 Abs. 1, 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX beifügen.

Zur Sicherung einer effektiven Rehabilitation muss der Rehabilitationseinrichtung zu Beginn der Maßnahmen ein aussagefähiger Befundbericht des niedergelassenen Arztes bzw. des behandelnden Arztes des Akutkrankenhauses vorliegen. Im Gegenzug erhalten diese unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und mit vorheriger Einwilligung des Versicherten von der Rehabilitationseinrichtung nach Beendigung der Maßnahme die notwendigen medizinischen Informationen und Unterlagen über die Rehabilitationsleistung zeitnah übermittelt; ebenso der jeweilige Rehabilitationsträger .

14. Nachsorge

Zur Erhöhung der Effektivität von Rehabilitationsleistungen ist meist eine Nachbetreuung/Nachsorge erforderlich, die das Erreichen des Rehabilitationsergebnisses dauerhaft sichern soll. Dabei soll die Kompetenz der Rehabilitationseinrichtung in der Nachsorge genutzt werden. Nach Abschluss einer Rehabilitationsleistung sollen die Versicherten in der Lage sein, die erreichten Verhaltensänderungen in ihren Tagesablauf zu integrieren. Dies wird durch ein sachgerechtes Nachsorgekonzept umgesetzt und verstetigt. Die Rehabilitationseinrichtung erstellt einen individuellen Plan für die Nachbetreuung/Nachsorge, der die Empfehlungen und Maßnahmen konkretisiert. Dieser Plan wird dem Versicherten ausgehändigt sowie dem behandelnden Arzt und dem jeweiligen Rehabilitationsträger zugeleitet.

Einen Schwerpunkt der Nachsorge stellt die Integration der Rehabilitanden in wohnortnahe ambulante Herzgruppen im Rahmen des Rehasports entsprechend der Phase III der Definition der WHO dar.

Eine wichtige Funktion für den Erfahrungsaustausch der Betroffenen untereinander sowie zwischen Therapeuten und Versicherten sowie zur Förderung von Eigenaktivitäten haben die Selbsthilfegruppen. Zur weiteren Optimierung des Kenntnisstandes über Herz-Kreislauf-Erkrankungen allgemein kann dem Patienten die Aufnahme des Kontaktes z.B. zur Deutschen Herzstiftung empfohlen werden.

15. Verfahren

15.1 Durchführung der Leistungen

Umfang, Dauer und Intensität der Maßnahme richten sich nach den indikationsspezifischen Anforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel.

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die bedarfsgerechten Leistungen zügig und nahtlos gewährt werden, wobei die berechtigten Wünsche des Rehabilitanden berücksichtigt werden.

Je nach Schweregrad der Schädigungen und Beeinträchtigungen und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte.

15.2 Dokumentation

Die Rehabilitationseinrichtung dokumentiert die therapeutischen und diagnostischen Verfahren und Methoden nach Art, Umfang und Erfolg, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen.

Die Dokumentation umfasst insbesondere:

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden, betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente,
- die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden in einem Behandlungsheft/Rehabilitationstagebuch,
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation,
- das definierte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie durch Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen,
- den Entlassungsbericht.

Eine medizinisch-berufsorientierte Rehabilitationsmaßnahme mit Einsatz berufsbezogener Assessmentsysteme erfordert eine erweiterte Dokumentation mit:

- medizinischen Diagnosen (ICD 10),
- funktionellen Diagnosen (ICF),
- Zusammenfassung der Testergebnisse mit Angaben zur

- Leistungsbereitschaft, Konsistenz und Schmerzverhalten,
- allgemeinen Belastbarkeit,
- Selbsteinschätzung der körperlichen Belastbarkeit,
- Beschreibung relevanter psychophysischer Fähigkeiten und Defizite entsprechend der ICF-Klassifikation,
- Arbeitsbeschreibung der bisherigen Tätigkeit nach Angaben des Betroffenen,
- zusammenfassende Beurteilung und Empfehlung für die Wiedereingliederung oder weitere berufliche Rehabilitation mit Angaben zur/zu
 - Belastbarkeit/Zumutbarkeit für die bisherige Tätigkeit,
 - Belastbarkeit/Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten,
 - Empfehlungen hinsichtlich Rückkehr zur Arbeit und
 - Empfehlungen hinsichtlich Behandlung/Training.

Den Rehabilitationsträgern ist auf Anfrage Einsicht in die Dokumentation zu gewähren, wobei den Belangen des Datenschutzes Rechnung zu tragen ist. Näheres wird in den Verträgen nach § 21 Abs. 1 SGB IX vereinbart.

15.3 Entlassungsbericht

Nach Beendigung der stationären Rehabilitationsmaßnahme erhalten die Berechtigten auf Anforderung einen Entlassungsbericht, der folgende Angaben enthalten muss:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen zum Erreichen der Therapieziele,

Fakultativ und bedarfsgerecht, insbesondere bei entsprechender Relevanz für den Rehabilitationsträger, enthält der Entlassungsbericht:

- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung, diese umfassen z.B. die Stellungnahme
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext (einschl. inhaltlicher und zeitlicher Rahmen für die berufliche Wiedereingliederung) und/oder
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
 - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstiländerung,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z.B. berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation, Rehabilitationssport und Funktionstraining),
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Bei der Erarbeitung dieses Rahmenkonzeptes wurden vor allem folgende Empfehlungen, Kriterien und Leitlinien berücksichtigt:

- Bewertungskriterien der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens der Spitzenverbände der Krankenkassen vom März 2004,
- „Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil I – IV)“ vom März 2002 und Qualitätsstandards (Strukturqualität) der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen (DGPR),
- Kardiologie-Katalog zum Integrierten Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) der IQMG Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH vom 30.01.2004,
- „Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit“ der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vom 15.02.2005,
- „Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK)“,
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 20.10.2000,
- Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen des Bundesverbandes Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) vom 13.02.2003.

Dieses Rahmenkonzept wurde von der Facharbeitsgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen des BDPK entwickelt. Es wird regelmäßig überprüft und – insbesondere im Zusammenhang mit der Adaptation der ICF – bei Bedarf fortgeschrieben.