

# REHA-REPORT



Mitteilungen des Arbeitskreises Gesundheit e.V.

www.rehaklinik.com



Friedel Mägdefrau

Wie bedeutsam Reha-Maßnahmen zur Schonung der Gesundheitskassen sind, wird anhand einer aktuellen Studie deutlich. Die von der LVA Bayern initiierte Untersuchung ist zu dem Ergebnis gekommen, dass Reha-Maßnahmen die Rentenversicherungsträger jährlich um bis zu 10 Milliarden Euro entlasten.

Für alle Verantwortlichen, die in der medizinischen Reha tätig sind oder Reha-Maßnahmen einleiten, wird es daher eine wichtige Aufgabe sein, ihre Patienten vom Nutzen ei-

**A**uch der diesjährige 2. Deutsche Reha-Tag im September in Berlin und bundesweit in 300 Reha-Einrichtungen hat

## Weniger Reha-Anträge aus Angst um den Job

sich als überaus erfolgreiche Veranstaltung erwiesen. Er ist inzwischen als Forum der Reha-Branche fest etabliert und fördert intensiv die Kommunikation sowohl innerhalb der einzelnen Verbände und Organisationen als auch mit der Politik und Öffentlichkeit.

Leider gab es auf dieser Veranstaltung einen unerfreulichen Trend zu erörtern: Immer mehr Patienten verzichten auf eine notwendige Reha-Maßnahme, um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden.

Diese Entwicklung könnte sich zu einer schweren Belastung für das Gesundheitssystem auswachsen, wenn sie anhalten sollte. Denn solche Reha-Verweigerer werden in späteren Jahren verstärkt die Sozialkassen belasten, auch die Akutbehandlung verteuert sich.

ner notwendigen Reha-Maßnahme zu überzeugen und ihnen die fast immer unbegründete Furcht vor dem Verlust des Arbeitsplatzes zu nehmen.

Auch Mütter, die im Berufsleben stehen, sind häufig von der Angst um einen möglichen Jobverlust befallen. Wie wichtig eine Reha für sie sein kann, haben wir auf dieser Seite 1 zusammengefasst.

Der Arzt ist immer das wichtigste Bindeglied zwischen Patient und Reha-Maßnahme. Was er beim Antrag beachten sollte, beschreibt der Sozialexperte Harry Fuchs auf den Seiten 2 und 3. Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihr

*Friedel Mägdefrau*

Vorstandsvorsitzender  
des Arbeitskreises  
Gesundheit e.V.

## Hochwertige Angebote für die stationäre Versorgung

# Qualität in der Mutter-Kind-Rehabilitation

**N**eben den typischen Müttergenesungs-Maßnahmen besteht ein **qualifiziertes Angebot für die stationäre rehabilitative Versorgung** kranker Mütter und Kinder, darauf machen der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK) und der Arbeitskreis Gesundheit e. V. (AKGES) aufmerksam.

Bundesweit haben sich ausgewählte Einrichtungen darauf spezialisiert, Krankheitsschwerpunkte bei Müttern und Kindern indikationsorientiert unter Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Besonderheiten zu behandeln. Hierfür stehen in reizvollen, auf die Krankheitsbilder ausgerichteten Lagen (z. B. Seeklima, Mittelgebirgsklima) exzellente Facheinrichtungen zur Verfügung, die auf keinen Fall mit sogenannten „Mutter-Kind-Heimen“ verwechselt werden sollten.

Untersuchungen weisen auf eine umfangreiche Nachfrage für eine qualifizierte Versorgung hin. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter hat der Gesetzgeber im Juli 2002 die Vollfinanzierung der Kosten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung festgeschrieben. Nach wie vor bestehen im System Unsicherheiten, wenn es darum geht, Frauen und Kinder mit manifesten somatischen oder psychosomatischen Erkrankungen zielgerichtet den Zugang zu qualifizierten Fachkliniken zu verschaffen. Es wird den Versicherten daher ausdrücklich empfohlen, sich bereits mit der Beantragung gemeinsam mit dem Hausarzt und der Krankenkasse intensiv über die Wahl der geeigneten Einrichtung zu verständigen. Ent-

scheidend für die Auswahl sollten vor allem die therapeutischen Möglichkeiten innerhalb der Kliniken sein.

Neben einer indikationsspezifischen, fachärztlichen Versorgung sollten in einer Fachklinik für Mutter und Kind auch entsprechende diagnostische Ausstattungen vorgehalten und Schulungsprogramme angeboten werden. Nicht selten sind die Prozesse in diesen Kliniken im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements zertifiziert. Unter Beachtung dieser Klinikstandards ist eine stationäre Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme eine lohnende Investition. Der Arbeitskreis Gesundheit plant in Zusammenarbeit mit dem BDPK, in der Zukunft verstärkt über die Möglichkeiten einer qualitätsorientierten Maßnahme zu berichten.



Bei Mutter-Kind-Rehamaßnahmen auf die Qualität des Angebots achten

## Reha-Kliniken im Internet

Wo finde ich die geeignete Reha-Einrichtung für meinen Patienten? Ganz einfach: Unter **www.arbeitskreis-gesundheit.de** sind rund 400 Kliniken aufgelistet. Einfach das Wunsch-Bundesland und die Indikation eingeben, Sekunden später präsentiert sich die Auswahl. Auch Infomaterial für den Arzt lässt sich auf dieser Homepage bestellen.

## Inhalt

- Seite 1 • Intro • Mutter-Kind-Rehamaßnahmen ...  
• Reha-Kliniken online
- Seite 2 • Einleitung von Reha-Maßnahmen  
• Neues aus der Reha
- Seite 3 • Kosten-Einsparungen durch Reha-Maßnahmen
- Seite 4 • Der Wandel in der kardiologischen Rehabilitation

## Neues aus der Reha

### Herzprobleme beim Sport treten sehr selten auf

Die Angst vieler Koronar-Patienten, beim Reha-Sport einen plötzlichen Herztod zu erleiden, ist unbegründet. Nur in durchschnittlich einer von 60000 Trainingsstunden in Herzsportgruppen trete ein solches Ereignis auf, berichtet Professor Wilfried Kindermann vom Institut für Sport- und Präventivmedizin der Universität Saarbrücken. Demnach wird der Arzt in einer Herzsportgruppe im Schnitt nur alle vier Jahre mit einem solchen Todesfall konfrontiert. Diese Zahl dürfte erheblich niedriger liegen als die Herztodesrate bei normalen Freizeitsportlern.

### Erfolgreiches Freiburger Reha-Netzwerk

Nach zwei Jahren Arbeit hat das Reha-Netz der Universitätsklinik Freiburg/Breisgau eine positive Zwischenbilanz gezogen. Das Netz besteht aus einer Kooperation der Uniklinik mit 15 Reha-Einrichtungen. Vor allem die Übergänge zwischen Akut- und Reha-Versorgung seien optimiert worden, sagen die Verantwortlichen. Überlange Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Missverständnisse träten seltener auf als vor dem Zusammenschluss. Außerdem seien die Patienten deutlich zufriedener, und das Netz arbeite wirtschaftlicher. Die Kooperation sei im übrigen eine gute Voraussetzung für Forschungstätigkeiten

## Impressum

Der **Reha-Report** erscheint vierteljährlich und wird herausgegeben vom Arbeitskreis Gesundheit e.V., Bundeskanzlerplatz 2-10, 53113 Bonn.

Tel.: 0228/212100  
Fax: 0228/212211

Redaktionsleitung: Yvonne Gabor

Redaktion und Realisation:

Die Medienpartner  
Annette Westhoff, Rainer Stahlhacke  
Simmerer Str. 7a  
50935 Köln  
Tel.: 0221/3403256

V.i.S.d.P.: Wolfram L. Boschke

Anzeigen: Annette Westhoff  
Layout: D+L Reichenberg

## Sozialexperte Harry Fuchs

# Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den Arzt



Harry Fuchs

Jeder Arzt ist gesetzlich verpflichtet, chronisch kranke und behinderte Menschen über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe zu beraten und auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hinzuweisen (§ 61 Abs. 1 SGB IX).

Die Vertragsärztliche Versorgung der Krankenversicherung beinhaltet auch die Verordnung der Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V). Soweit diese Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden soll (in der Regel bei Kindern und Jugendlichen oder lebensälteren Menschen, die noch nicht oder nicht mehr im Arbeitsleben stehen oder keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichten), ist das Verordnungsverfahren für den Arzt im Einzelnen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vergl. Reha-Report Nr. 1/2004; Rehabilitations-Richtlinien: § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) geregelt.

Für die im Erwerbsleben stehenden Patienten werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ca. 70 v.H. aller Leistungen) allerdings von den Rentenversicherungsträgern ausgeführt, bei deren Einleitung durch den behandelnden Arzt ein förmliches Verfahren nicht besteht. Hier reicht es aus, wenn der Arzt dem Patienten – gegebenenfalls unterstützt durch ein Attest – empfiehlt, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder einer gemeinsamen Servicestelle zu stellen.

Führt ein Arzt Disease-Management-Programme (DMP) durch, soll er insbesondere beim Vorliegen von Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen prüfen, ob sein Patient

von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann (vergl. z.B. Ziffer 1.8.4 der Anlage 7 zu §§ 28b bis 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung). Nach der Begründung zu den DMP soll eine Leistung zur Rehabilitation insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch die Krankheit und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

### Wann sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich?

Die Träger der medizinischen Rehabilitation dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur bewilligen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), wenn damit voraussichtlich folgende, gesetzlich vorgegebene Ziele erreicht werden können:

- Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Ausgleich einer Behinderung oder chronischen Erkrankung bzw. Vermeidung ihrer Verschlimmerung;
- Vermeidung, Überwindung oder Minderung einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit bzw. Verhütung ihrer Verschlimmerung;
- Vermeidung des Bezuges von laufenden Sozialleistungen oder Minderung einer bereits laufenden Sozialleistung (§ 26 Abs. 1 SGB IX);
- ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung, Ermöglichung oder Erleichterung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

Diese Zielbeschreibungen reflektieren Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,

die ein Patient als Folge einer chronischen Erkrankung oder Behinderung erleiden kann. Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist danach primär die Behandlung der Krankheitsfolgen. Wenn der behandelnde Arzt solche Krankheitsfolgen bei einem Patienten wahrnimmt, soll er ihn über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe beraten und medizinische Leistungen zur Rehabilitation einleiten. Die Einleitung einer medizinischen Rehabilitation durch den behandelnden Arzt verpflichtet die Rehabilitationsträger, den bei dem Patienten bestehenden individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen festzustellen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) und dazu ggfs. ein ergänzendes Sachverständigengutachten (§ 14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX) einzuholen.

Die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs orientiert sich seit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit der die funktionale Gesundheit und deren Beeinträchtigung abgebildet werden kann. Danach gilt ein Patient nicht als funktional gesund und deswegen in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt, wenn  seine körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen nicht denen eines gesunden Menschen entsprechen;  er nicht all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird;  er sein Dasein nicht in allen Lebensbereichen, die ihm wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen erwartet wird.

Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist danach nicht etwa al-

lein die Behandlung einer Krankheit, sondern die Sicherung, Wiederherstellung oder Verbesserung dieser funktionalen Gesundheit bei gefährdeter oder beeinträchtigter Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des Lebens in der Gesellschaft. Sie umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Erkrankung hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Patienten – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und ihren Kontextfaktoren – berücksichtigt, um den angestrebten Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Gesellschaft, Arbeit und Beruf zu erreichen.

Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der Regel durch eine chronische Krankheit hervorgerufen. Eine funktionale Problematik ist jedoch nicht gleichzusetzen mit Krankheit. Der Bedarf für eine medizinische Leistung zur Rehabilitation ist nicht gekennzeichnet durch den Schweregrad einer Erkrankung, sondern durch Art und Ausprägung der bereits eingetretenen oder drohenden Teilhabebeeinträchtigung. Ein Patient kann funktional erheblich schwerwiegender beeinträchtigt sein, als es die zugrunde liegende Krankheit erwarten lässt. In Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Situation besteht dann ein rehabilitativer Interventionsbedarf.

Ein Rehabilitationsbedarf besteht demnach immer dann, wenn bei einer gesundheitlich bedingten drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, der über die medizinische Intervention hinaus auch die beruflichen, gesellschaftlichen, privaten und kontextbezogenen Faktoren erfasst.

### Wann sollte der behandelnde Arzt medizinische Rehabilitationsleistungen einleiten?

Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben in einer gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der medizinischen Rehabilitation formuliert. Ergibt sich aus der Wahrnehmung des behandelnden Arztes oder aus dem Gespräch mit dem betroffenen Patienten, dass bei diesem offensichtlich

als Folge von Krankheit Beeinträchtigungen seiner Aktivitäten und seiner Teilhabe in für ihn wichtigen Lebensbereichen vorliegen oder drohen, sollte die Einleitung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation immer erfolgen. Solche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen können sich darstellen ...

1. auf der Ebene der Aktivitäten, zum Beispiel in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit, im Verhalten, in der Kommunikation, in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung, in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen, in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und 2. auf der Ebene der Teilhabe, z.B. in Einschränkungen der Möglichkeiten der Bildung und Ausbildung, der Selbstversorgung, Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen), Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit), Bewältigung familiärer Aufgaben, sozialen Integration oder ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts).

Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben bei Patienten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt wegen Krankheit behandlungsbedürftig sind; bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters; bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden stationären Behandlungen wegen der selben Erkrankung insbesondere dann, wenn

durch eine Chronifizierung der Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben droht; bei Menschen, die wegen der Krankheit und ihrer Folgen erkennbar mit erheblichen familiären Problemen belastet sind oder Belastungen ihres gesellschaftlichen Umfeldes erfahren; bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit; bei Menschen mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen; bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen; bei Menschen, die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben; bei Menschen, bei denen der Gesundheitsschädigung vermutlich eine Abhängigkeit oder psychosomatische Reaktion zugrunde liegt; bei Menschen, bei denen ohne weitere Interventionen Pflegebedürftigkeit droht; bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen durch rehabilitative Interventionen eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vermieden oder das Ausmaß einer schon vorhandenen Pflegebedürftigkeit verändert werden könnte.

### Medizinische Rehabilitation als Element der Versorgung

### des niedergelassenen Arztes

Der Erfolg der Krankenbehandlung durch den niedergelassenen Arzt findet seine Grenzen häufig in den familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Verhältnissen des Patienten, d.h. den Bedingungen, unter denen der Patient am Leben in der Gesellschaft teilnimmt.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen sich mit der Teilhabe des Patienten sowie deren Rahmenbedingungen auseinander und intervenieren in Bereichen, die der behandelnde Arzt mit den Mitteln der Krankenbehandlung nicht erreichen und beeinflussen kann. Die medizinische Rehabilitation ist deswegen auch ein wichtiges Instrument für den behandelnden Arzt zur Intervention in den Bereich der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, mit dem er sein therapeutisches Konzept wirksam ergänzen kann. Der behandelnde Arzt sollte deshalb für die Ärzte und Therapeuten in den Reha-Einrichtungen bei der Einleitung von medizinischen Reha-Leistungen entweder in dem Befundbericht der Rehabilitationsrichtlinie oder dem Attest für den Rentenversicherungsträger immer auch die Ziele beschreiben, die nach seiner Beurteilung durch diese Leistungen angestrebt und erreicht werden sollten. Die Reha-Einrichtungen werden dies bei der Ausführung der Leistungen berücksichtigen und ihm dazu die Ergebnisse im Entlassungsbericht mitteilen.

## Erfolgreiche Reha-Behandlung hilft, Kosten zu sparen

Kommt ein Patient nach einem Arbeits- oder Schulunfall im Anschluss an die Akuttherapie schnell in eine Anschlussheilbehandlung (AHB), ist er auch schneller wieder berufsfähig. Auf Grund dieser Tatsache hat der Bundesverband der Unfallkassen ein Projekt initiiert, das die lückenlose Verzahnung von Akutklinik und Reha-Einrichtung sichern soll. In dem Projekt mit zunächst 60 Einrichtungen, in denen 3000 Patienten versorgt werden sollen, will der Verband auch die tatsächlichen Einsparungen testen. Vertreter der Unfallversicherungen werden den Patienten zudem schon in den ersten Tagen nach dem Unfall in der Akutklinik aufsuchen und ihn über die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung aufklären. Außerdem werden schon in dieser Phase alle Leistungen auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt.

Zahlen aus dem Jahr 2003 zeigen, dass sich die Kosten einer AHB oder Reha-Maßnahme schon nach drei Monaten amortisiert haben – vorausgesetzt, der Patient steht in einem festen Beschäftigungsverhältnis, ist nach der Maßnahme wieder berufsfähig und bezieht keine vorgezogene Rente.

Sollte das Projekt des Bundesverbandes der Unfallkassen die Erwartungen erfüllen, soll es ab Mitte 2006 bundesweit eingeführt werden. Allein im Jahr 2003 haben die Unfallkassen knapp 3,5 Milliarden Euro für Heilbehandlungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgegeben. Dieser Betrag liegt deutlich über den Ausgaben der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit in diesem Bereich.



Eine AHB macht schnell wieder berufsfähig

# Wandel in der kardiologischen Reha

Nach Einschätzung der Experten werden die Erkrankungen aus dem Bereich der Orthopädie, der Neurologie, der Kardiologie und der Onkologie auch in Zukunft die Hauptfächer sein, die einer Rehabilitation im Anschluß einer Operation (AHB-Verfahren) bedürfen. Dabei wird ein fachspezifischer Prozentsatz eine ambulante, der größere Anteil eine stationäre Rehabilitation absolvieren.

Die Patienten werden nicht nur älter an Jahren, wir sehen auch eine zunehmende Multimorbidität, die besondere Anforderungen an die Rehabilitation stellt. Der Herzinfarkt und Herzkreislauf-erkrankungen insgesamt sind die häufigsten Akutkrankheiten. In Deutschland leiden etwa fünf Millionen Menschen an einer koronaren Herzkrankheit, rund 288000 Menschen erleiden pro Jahr einen Herzinfarkt. Dabei sterben mehr Patienten am Herzinfarkt in der Akut- und Postakutphase als an irgendeiner anderen Erkrankung (28-Tage-Letalität 57–69 %). Gefährdet sind vor allem Männer ab einem Alter von etwa 40 Jahren, wobei auch bei Frauen die Häufigkeit ansteigend ist. Allerdings liegt der Häufigkeitsgipfel deutlich darüber: bei etwa 60 Jahren. Aber gerade weil die Patienten älter werden und es sich bei der koronaren Herzkrankheit um eine chronische Erkrankung handelt, haben wir es mit einer hohen Rate von Multimorbidität zu tun.

In der Kardiologie hat sich in den letzten zwanzig Jahren ein erheblicher Wandel vollzogen. Wurden die Herzinfarktpatienten zunächst intensivmedizinisch überwacht, geschont und wenig belastet, haben wir heute eine völlig andere Vorgehensweise etabliert. Der Patient wird im akuten Infarkt katheterisiert, wenn eben möglich der Verschluss mit Gefäßdehnung und Stentsetzung beseitigt und dann in Abhängigkeit vom Befund eine zeitnahe Operation angeschlossen. Auf diese Weise kann gesichert werden, die Narbe am Myokard klein zu halten und das beste Überleben zu sichern. Aber noch mehr hat sich geändert. Während früher Patienten mit eingeschränkter Auswurfleistung des linken Ventrikels aufgrund der erhöhten OP-Risiken nicht mehr für eine Revaskularisierung vorgesehen wurden, sehen wir heute unter verbesserten OP-Bedingungen, dass gerade diese Patientengruppe von der Operation profitiert. Darüber hinaus hat auch ein Wandel in der medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz stattgefunden, der von den führenden deutschen Kardiologen als Paradigmenwechsel bezeichnet wurde. Wir haben

heute Medikamente zur Verfügung, die nicht nur das Beschwerdebild der koronaren Herzkrankheit lindern, sondern die auch die Prognose, das heißt die Überlebenszeit, verbessern.

In den achtziger Jahren waren die Liegezeiten nicht durch pauschalierte (DRGs) oder andere Abrechnungssysteme limitiert. Der Patient wurde entlassen, wenn die Krankheit überstanden und für Pflege und Nachsorge gesorgt war. Heute hat sich diese Praxis gewandelt. In akutkardiologischen Abteilungen besteht eine mittlere Liegezeit von 6,5 bis 6,7 Tagen bei erhöhtem diagnostischem Aufwand und steigenden Patientenzahlen. Diese geänderten Bedingungen in der Behandlung und Beurteilung des Herzinfarktes haben sich auch auf die Rehabilitation herzkranker Patienten ausgewirkt.

Das Patientengut hat sich gewandelt. Es sind heute mehr multimorbide, ältere, früher aus der Akutklinik verlegte Menschen, die zu uns kommen. Auch Bypass- und Herzklappenoperationen betreffen mehr alte Menschen als zuvor. Die Patienten, die aufgrund der Schwere der Erkrankung, der erlittenen Komplikationen und dem Ausmaß der Schädigung für eine stationäre Rehabilitation in Frage kommen, haben einen hohen Anspruch an die klinischen Einrichtungen. Hier wird die Rehabilitation mit Recht in der Phase der Krankheit begonnen, die zu früherer Zeit in der Akutklinik stattfand. Und wenn man bedenkt, dass die Frühsterblichkeit des Herzinfarktes in der Akutphase recht hoch ist (s.o.), dann wird klar, dass wir uns mit dem Ablauf der Rehabilitation nicht nur auf Trainings- und Edukationsprogramme einlassen müssen, sondern auch Überwachung und Komplikationsmanagement in der Rehabilitation beherrschen müssen.

Bei der in aller Regel – zumindest relativ – kurzen akutmedizinischen Versorgung hat die Rehabilitation nicht nur das Ziel, den Patienten körperlich fit zu machen. In vielen Gesprächen wurde uns klar, dass ein Großteil der Patienten erst durch die Gespräche und Erläuterungen in der Rehabilitationsklinik einen Einblick in ihre Erkrankung und damit ein bewusstes Verhältnis zur eigenen körperlichen Belastbarkeit aufbauen kann. Nach einem Herzinfarkt erhöht sich das Risiko um das Zehnfache, einen zweiten Herzinfarkt zu erleiden und an einem plötzlichen Herztod zu versterben. Ein geänderter Lebensstil und eine individuell adaptierte Therapie können dieses Risiko jedoch deutlich senken. Weil die Patienten in der Regel Comorbidität

aufweisen, bietet die Rehabilitation dem Patienten auch Chancen: Bei einer Verweildauer von ca. 21 Tagen haben wir die Möglichkeit, den Diabetes mellitus einzustellen, den Bluthochdruck zu kontrollieren, eine Raucherentwöhnung durchzuführen und so dem Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, den eigenen Lebensstil zu verändern.

Die dazu notwendige Kompetenz muss in den Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut werden. Der in unserer Klinik eingerichtete Schwerpunkt der Behandlung der Herzinsuffizienz machte es notwendig, Überwachungszimmer einzurichten, weil diese Patienten in der postoperativen Phase nach Bypass- und Herzklappenoperation Herzrhythmusstörungen entwickeln können, die früh erkannt und behandelt werden müssen.

Der Diabetes mellitus ist ein sehr bedeutsamer Risikofaktor. Die numerische Auswertung ergab eine Inzidenz von 44 % diabetischer Patienten in unserem Krankengut, ein Großteil insulinpflichtig. Auch hier ist besondere Kompetenz gefordert. So ist es uns gelungen, eine Kooperation mit der Herz- und Diabetesklinik in Bad Oeynhausen einzugehen und unsere Patienten diabetologisch unter Mitwirkung dieses Institutes optimal zu versorgen. Bei unseren Patienten konnten wir feststellen, dass die Wege in die Rehabilitation sehr uneinheitlich sind. Ein Teil der Patienten wird vom primär versorgenden Krankenhaus in übergeordnete Krankenhäuser weitergeleitet, um die heute spezifi-

sche Therapie mittels Herzkatheter und Stentsetzung zu erhalten. Nicht selten führt die Diagnostik in das nächstgelegene Herzzentrum. Nach z.B. der Bypass-Operation wird der Patient in das Krankenhaus der Grundversorgung zurückverlegt und nach drei Tagen Aufenthalt zu Hause eingewiesen zur Rehabilitation. In diesen Tagen nach der Operation bestehen die meisten Komplikationen, und der Gesamtprozess wird durch gehäufte Verlegungen nicht preiswerter.

Wenn die Einrichtungen der Rehabilitation es leisten können, durch Bereitstellung fachlicher Kompetenz, durch Rehabilitationssysteme, die die Frührehabilitation in allen Fächern einschließen, und wenn es durch eine enge Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachabteilungen der Akutkrankenhäuser gelingt, zwischen Akutkrankenhäuser, Rehabilitationsklinik und Nachbehandlern diese älteren, multimorbiden Patienten zu versorgen, könnte ein Teil der Verlegungen wegfallen. Profitieren würden alle davon: Der Patient, der ohne Umwege – nach z.B. der Bypass-Operation – direkt verlegt wird in die Rehabilitation; die Kostenträger, da der akuten stationäre Aufenthalt verkürzt wird; die Akutklinik, da sie zeitgerecht und verlässlich kompetent in die Rehabilitation verlegen kann, und die Rehabilitationsklinik, die sich auf den Partner Akutklinik einstellen kann.

**Dr. med. G. Kratzsch,  
Bad Oeynhausen**

**Der REHA-REPORT wurde Ihnen  
freundlich überreicht von:**



**Arbeitskreis Gesundheit e.V.**