

**BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR REHABILITATION**

II Besonderer Teil

Konzeption zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation

(Stand: 11.04.2005)

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	3
2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	3
2.1 Vorbedingung / Diagnosen	4
2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation.....	4
2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen	5
2.4 Aktivitäten	6
2.5 Teilhabe.....	6
2.6 Kontextfaktoren	6
2.7 Individuelle Voraussetzungen	8
3. Rehabilitationsziele	8
3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	9
3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten	9
3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe	10
3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	10
4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer.....	11
5. Ausschlusskriterien	12
6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung	12
6.1 Rehabilitationskonzept	12
6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung.....	12
6.3 Ärztliche Aufgaben	13
6.4 Rehabilitationsdiagnostik.....	14
6.5 Rehabilitationsplan	15
6.6 Behandlungselemente.....	15
7. Personelle Ausstattung	18
7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	18
7.2 Personalbemessung.....	19
8. Räumliche Ausstattung.....	20
9. Apparative Ausstattung	21
10. Verlängerungskriterien	22
11. Beendigung der Maßnahme	22

1. Allgemeines

In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann die Behandlung / Rehabilitation herzkranker Menschen in drei Phasen eingeteilt werden:

- Phase I umfasst die stationäre Akutbehandlung und die Frühmobilisation im Krankenhaus
- Phase II beinhaltet die Rehabilitation, die unmittelbar nach Abschluss der Akutbehandlung als stationäre Anschlussrehabilitation oder als ambulante¹ medizinische Rehabilitation erfolgen kann
- Phase III wird als lebenslange Nachsorge und Betreuung am Wohnort in der Regel von niedergelassenen Ärzten in Verbindung mit unter ärztlicher Verantwortung stehender Bewegungstherapie im Rahmen einer ambulanten Herzgruppe geleistet.

Für Menschen mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgt die medizinische Rehabilitation entsprechend den Phasen II und III.

Die ambulant durchgeführte kardiologische Rehabilitation ist ebenso wie die stationäre Form an einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung orientiert und muss ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot beinhalten, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden auf die physischen, psychischen und sozialen Komponenten abzielt einschließlich eines edukatorischen Anteils.

2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen ist indiziert, wenn

- als Folge von Schädigungen und/oder beeinträchtigten Aktivitäten, die durch kardiologische Erkrankungen verursacht sind, Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits manifest sind, d.h. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

¹ Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch die teilstationäre Rehabilitation.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten Rehabilitation hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter Ziffer 2.3 bis 2.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

2.1 Vorbedingung / Diagnosen

Vorbedingung für alle Formen der kardiologischen Rehabilitation ist das Vorliegen einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems oder entsprechender postoperativer Zustände. Dazu zählen z.B.:

- akuter Herzinfarkt
- koronare Herzkrankheit ohne akuten Herzinfarkt
- koronare Bypass-Operation
- Herzklappenoperation und operative Korrektur anderer Vitien
- Herztransplantation
- sonstige Herzoperationen, z.B. Aneurysmektomie, Implantable Cardioverter-Defibrillator (ICD-Implantation) und große herznahe Gefäßoperationen
- perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)
- Kardiomyopathien
- entzündliche Herzerkrankungen
- Lungenembolie
- schwer einstellbare arterielle Hypertonie mit Organkomplikationen oder ausgeprägtes metabolisches Syndrom.

2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Die medizinische Diagnostik der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein, dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt, d.h. beurteilt werden kann, ob Ausschlusskriterien für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm vorliegen.

Neben der klinischen Untersuchung sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein:

- konventionelle Röntgenuntersuchung
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie

- Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Lungenfunktionsuntersuchung
- Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- Koronarangiographie, Myokardszintigraphie
- Bestimmung von Laborparametern, insbes. Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Blutzucker, Harnsäure, Elektrolyte, Quick / INR (International Normalized Ratio), Leberfermentaktivitäten, Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit.

2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

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

Schädigungen treten z.B. auf als:

- verminderte kardiale Pumpleistung (z.B. reduzierte kardiopulmonale Belastbarkeit, beeinträchtigte Ausdauerleistung, vorzeitige Ermüdbarkeit)
- Atemnot
- Belastungsschmerzen (Angina pectoris)
- arterielle Hypertonie, Hypotonie
- Herzrhythmusstörungen
- kardiovaskulär bedingte Minderperfusion
- operationsbedingte Einschränkungen der Beweglichkeit/Sensibilitätsstörung
- medikamentös bedingte Störungen (z.B. Blutungsneigung durch Gerinnungshemmung nach Herzklappenprothese)
- Störungen im Bereich der Orientierung (Tagesrhythmus)
- Angst/Phobien.

Die durch kardiologische Erkrankungen verursachten Schädigungen führen häufig zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten.

2.4 Aktivitäten

Beeinträchtigungen der Aktivitäten können z.B. auftreten im Bereich:

- der Mobilität (z.B. Gehen, Treppensteigen, Bergangehen, schnelles Laufen, Heben und Tragen von Gegenständen, Benutzen und Führen eines Fahrzeugs)
- der Haushaltsversorgung (z.B. Einkaufen, Hausarbeiten)
- Selbstversorgung (z.B. Waschen, An-/Auskleiden, Körperpflege, Achten auf die eigene Gesundheit, z.B. im Hinblick auf Medikation, Ernährung)
- Verhalten (z.B. in Familie, Beruf und Freizeit)
- der Bewältigung von Stress und psychischen Anforderungen
- der Krankheitsbewältigung (Akzeptanz der Erkrankung).

2.5 Teilhabe

Beeinträchtigungen der Teilhabe können auftreten z.B. in den Bereichen der:

- physischen und psychischen Unabhängigkeit (z.B. bei der Selbstversorgung, im häuslichen Leben, Reisen)
- Mobilität (z.B. Fortbewegung in der Umgebung mit und ohne Transportmittel)
- sozialen Integration/Reintegration
- Beschäftigung (z.B. Schulbesuch, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit und Sport)
- ökonomischen Eigenständigkeit (im Hinblick auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

2.6 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheits-

probleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit 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 negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten. Die beispielhaft genannten personbezogenen Faktoren sind neben Bewegungsmangel besonders bei Herz-Kreislauf-erkrankungen von zentraler Bedeutung.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

Umweltbezogene Kontextfaktoren, die bei Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs eine besondere Rolle spielen können, sind z.B.:

- Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch, z.B. Lebensmittel, Medikamente, Therapie- und Trainingsgeräte, Fahrzeuge
- persönliche Unterstützung und Beziehungen, z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, Hilfs- und Pflegepersonen, professionelle Personen in der medizinischen Versorgung, Tiere
- System der sozialen Sicherung und soziale Einrichtungen, z.B. Gesundheitsbildung und Prävention, (kurativ) medizinische Versorgung, Rehabilitation, Formen der Langzeitversorgung, Arbeitsmarkt, Freizeit- und Sportorganisationen
- natürliche Umwelt, z.B. Geographie, Klima, Licht, Lärm, Luftqualität.

2.7 Individuelle Voraussetzungen

Die Entscheidung, ob eine kardiologische Rehabilitation ambulant oder stationär in Betracht kommt, ist abhängig von Art und Ausmaß der funktionalen Problematik² in Folge der Krankheit, von der Größe des kardiovaskulären Risikos, vom sozialen Umfeld und den Wünschen des Rehabilitanden sowie dem Vorhandensein einer den Qualitätskriterien entsprechenden Einrichtung.

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sowie seine sonstige medizinische Versorgung müssen sichergestellt sein.

3. Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Dieses Ziel kann in der ambulanten kardiologischen Rehabilitation erreicht werden durch:

- Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen
- Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Fähigkeiten (Ebene der Aktivitäten)
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation
- Krankheitsverarbeitung

Zeigt sich während der Rehabilitation, dass bestimmte Schädigungen durch Behandlung nicht zu verbessern sind, so sollten bei der Rehabilitation insbesondere auch Ersatzstrategien und der Erwerb neuer Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen zum Einsatz kommen.

² Die funktionale Problematik kennzeichnet den aktuellen Status der funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

- Verbesserung der kardiopulmonalen Belastbarkeit (einschließlich der Ausdauerleistung und Kondition)
- Verminderung und Abschwächung der Angina-pectoris-Anfälle
- Kompensation der Herzinsuffizienz
- Verbesserung der Lungenfunktion
- Optimierung des Lipidstoffwechsels
- Optimierung des Blutdrucks
- Gewichtsnormalisierung, Gewichtsreduktion
- Beseitigung von peripheren Ödemen
- Reduktion operationsbedingter Schmerzen
- Beseitigung, Reduzierung, Verhinderung von Herzrhythmusstörungen
- Verbesserung der neuromuskulären Funktion
- Verminderung / Beseitigung von Schwindel
- Verminderung der Ängstlichkeit
- Verminderung von Depressivität
- Verbesserung von Motivation und Antrieb
- Verbesserung des Selbstwertgefühls (Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Optimismus).

3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten

- Verbesserung / Erhalt der Selbständigkeit, Selbstversorgung
- Verbesserung der Mobilität (z.B. Treppensteigen, Verlängerung der Gehstrecke)
- Verbesserung der Fähigkeit zur Haushaltsführung
- Vermeidung / Beseitigung / Verminderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten
 - im Partnerverhalten
 - in der elterlichen Rolle
 - im Verhalten bei Krisen
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung / zu sportlichen Aktivitäten.

3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe

Ziele sind, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Zunahme zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern insbesondere im Bereich der

- physischen und psychischen Unabhängigkeit (z.B. in Bezug auf Selbstversorgung)
- Mobilität (z.B. Fortbewegung in der Umgebung)
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- sozialen Integration/Reintegration
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind die Bezugspersonen nach Möglichkeit einzubeziehen.

3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik können durch umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind.

Im Hinblick auf die umweltbezogenen Faktoren können u.a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit dem Arbeitgeber bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Teilhabe des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation), z.B. durch:

- Planung von Arbeitsplatzanpassung/-umsetzung (einschließlich technischer und personeller Hilfen)
- Planung und Einleitung weiterführender berufsfördernder Maßnahmen (z.B. Weiterbildungsmaßnahmen)
- Gestaltung der häuslichen Umgebung
- Anpassung von individuell erforderlichen Hilfsmitteln.

Unter Berücksichtigung personbezogener Faktoren ist es auch Aufgabe der Rehabilitation, somatische, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping), negativ wirkende Kontextfaktoren zu

vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern und die positiv wirkenden zu unterstützen und ihren Einfluss bestmöglich nutzbar zu machen.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Umgang mit Notfallsituationen (Angina-pectoris-Anfälle, Verdacht auf Infarkt, Blutungskomplikationen)
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung)
- Unterweisen in Techniken zur Selbstkontrolle (z.B. Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung)
- Schulung der Körperwahrnehmung
- Anleitung zu Stressabbau / Stressbeseitigung
- Erlernen von Entspannungstechniken
- Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien
- Anpassung von Sport- und Freizeitaktivitäten.

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Je nach Schweregrad der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. In der Regel ist eine Therapiezeit von täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Auf die individuelle Belastbarkeit des Rehabilitanden ist dabei Rücksicht zu nehmen.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten kardiologischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

Die ambulante kardiologische Rehabilitation erfolgt, abgesehen von erforderlichen Einzelbehandlungen und -beratungen, grundsätzlich in Gruppen, wobei die Gruppengröße zehn Teilnehmer nicht übersteigen darf. Es sind sowohl geschlossene als auch offene Gruppen möglich. Bei geschlossenen Gruppen darf die Wartezeit nach stationärer Akutbehandlung nicht länger dauern, als es im Bereich der stationären Rehabilitation vorgesehen ist. Ob mehrere Gruppen zeitgleich rehabilitiert werden können, hängt von der Größe und Art der Rehabilitationseinrichtung ab.

5. Ausschlusskriterien

Über die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil) hinaus sprechen gegen eine ambulante kardiologische Rehabilitation z.B. folgende Kriterien:

- Reinfarkt
- dekompensierte Herzinsuffizienz
- progrediente Herzinsuffizienz
- aktuelle Gefahr durch Herzrhythmusstörungen
- instabile Angina pectoris
- Zustand nach unklarer Synkope oder Reanimation außerhalb von Operation oder Infarkt
- schwerwiegende Operationsfolgen (z.B. höhergradige Wundheilungsstörungen, Durchgangssyndrom)
- fehlende Kooperation.

6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante kardiologische Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält.

6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante kardiologische Rehabilitation steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Kardiologen/einer Kardiologin³⁾ mit mind. zweijähriger Weiterbildung in einer anerkannten 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.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine ver-

³⁾ Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

gleichbare Qualifikation verfügen wie der leitende Arzt der Einrichtung.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine kardiologische Gemeinschaftspraxis angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

Für die Betreuung außerhalb der Rehabilitation muss der Hausarzt entsprechend informiert werden. Die während der ambulanten Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen anderen behandelnden Ärzten bei Bedarf zugänglich sein.

6.3 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen

- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

6.4 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie die relevanten Kontextfaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten; zeitnahe Befunde sind zu berücksichtigen.

Die Diagnostik umfasst obligatorisch:

- medizinische und soziale Anamnese
- eingehende körperliche Untersuchung
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie
- Langzeit-EKG
- Bestimmung von Laborparametern, insbes. Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, GOT, GPT, Gamma-GT, Blutzucker, Harnsäure, Elektrolyte, Quick/INR, Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit.

Fakultativ:

- psychologische Diagnostik
- Langzeitblutdruckmessung
- Lungenfunktionsuntersuchung
- Sonographie des Abdomens und der Gefäße
- weiterführende Labordiagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

6.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. -teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des kardiologischen Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten sowie der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

6.6 Behandlungselemente

Die Rehabilitationsplanung bzw. die Koordinierung der einzelnen Behandlungselemente erfolgen durch das interdisziplinäre Therapeutenteam unter der Verantwortung des leitenden Kardiologen und unter Beteiligung des Rehabilitanden.

Die wesentlichen Behandlungselemente der kardiologischen Rehabilitation sind:

- ärztliche Beratung und Betreuung
- sozialmedizinische Beurteilung
- medikamentöse Therapie
- Ausdauer-, Geländetraining
- Bewegungstherapie / Sporttherapie
- Physiotherapie
- psychologische Betreuung (Einzel-/Gruppenbetreuung) / Psychotherapie
- Sozialberatung und Hilfestellung
- Ernährungsberatung
- Gesundheitstraining
- Entspannungstherapie/-techniken
- Initiierung von Nachsorgemaßnahmen (u.a. Ambulante Herzgruppen)
- Beratung hinsichtlich weiterführender Maßnahmen (u.a. Anregung von berufsfördernden Leistungen, Wohnraumgestaltung).

Bei Bedarf sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen/Bezugspersonen sind, soweit für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen.

Bewegungstherapie / Sporttherapie

Diese Therapie zielt darauf hin, kardiovaskulär und muskuloskeletal bedingte Schädigungen zu bessern, die Belastbarkeit anzuheben und zur psychosozialen Stabilisierung beizutragen. Sie soll Elemente des Ausdauertrainings sowie des Koordinationstrainings enthalten. In der Bewegungs- und Sporttherapie kann das Ausdauertraining in verschiedener Form, z.B. als Ergometertraining, Lauftraining, geführte Wanderungen, entschärfte Spiele ohne Wettkampfcharakter, Schwimmen und, je nach örtlicher Gegebenheit, auch als Radfahren durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Therapie ist ggf. auch die Überprüfung von Alltagsbelastungen durchzuführen.

Früher vom Rehabilitanden praktizierte Sportarten sollen eingeübt und der Rehabilitand zu deren Ausübung in der Phase II, auch in einer ambulanten Herzgruppe, hingeführt werden.

Physiotherapie

Bei speziellen Indikationen sollten Krankengymnastik, Massagen und Elektrotherapie sowie ggf. in Kooperation mit einem Orthopäden die entsprechende fachärztliche Therapie durchgeführt werden.

Die Krankengymnastik wird im Allgemeinen als Gruppenbehandlung durchgeführt. Sie kann auch als Einzelbehandlung erfolgen, wenn entsprechende Beeinträchtigungen von Funktionen oder Aktivitäten dies erforderlich machen.

Psychologische/Psychotherapeutische Betreuung

Inhalte der psychologischen/psychotherapeutischen Betreuung sind emotionale Entlastung bei Krisen, Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und bei der Suche nach Zukunftsperspektiven, Unterstützung bei erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen zur Realisierung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, Hilfe bei der Bewältigung von Problemen im häuslichen Bereich. Sie umfasst auch Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Atemtechniken und Schulungen zur Stressbewältigung.

Sozialberatung und Hilfestellung

Sie beinhalten insbesondere:

- Beratung im Hinblick auf Sozialleistungen
- Hilfen zur Reintegration in Alltag und Beruf
- Vermittlung in eine geeignete Ambulante Herzgruppe oder Selbsthilfegruppe.

Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung umfasst Vorträge zur gesunden Ernährung, Gruppengespräche sowie Einzelgespräche und, ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen, gemeinsames Einkaufen von Lebensmitteln, Zusammenstellen und Zubereitung einer gesundheitsfördernden Kost. Bei Bedarf sind diese Maßnahmen zu ergänzen durch spezifische diätetische Unterweisungen. Die Ernährungsberatung erfolgt in Theorie und Praxis. Die praktischen Übungen werden in einer Lehrküche durchgeführt.

Gesundheitstraining

Das Gesundheitstraining sollte in ein Basisprogramm zur allgemeinen Gesundheitsinformation und in spezielle Kurse gegliedert sein. Es kann in Form von Vorträgen, Schulungen, Gruppengesprächen und Einzelberatungen angeboten werden. Die Prinzipien der Erwachsenenpädagogik sollten dabei handlungsorientiert realisiert werden. Aktuelle Filme und Literatur können zur Unterstützung herangezogen werden. Die Einbeziehung von Bezugspersonen / Familienangehörigen ist wünschenswert.

Inhalte des Gesundheitstrainings sollten u.a. sein:

- Einführung in die kardiologische Rehabilitation
- Informationen über Aufbau und Funktion von Herz und Kreislauf
- Kenntnisvermittlung über Ursachen und Entstehung der Arteriosklerose
- positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren
- Epidemiologie und gesellschaftliche Relevanz von Herz- und Kreislaufkrankungen
- Einfluss von Bewegungsmangel und Stress
- Raucherentwöhnung
- Beratung von Bluthochdruckpatienten, Blutdruckselbstmessung
- Herzklappen und deren Erkrankung einschl. Endokarditisprophylaxe und Dauerantikoagulation, ggf. INR-Wert-Selbstbestimmung
- Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen
- Zivilisationskrankheiten

- Laien-Reanimationstraining
- Sexualität und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Alltagsdrogen.

Medikamentöse Therapie

Sie beinhaltet die Planung des medikamentösen Langzeitbehandlungskonzeptes unter Alltagsbedingungen. Dabei werden anerkannte Therapiestrategien an die individuelle Situation hinsichtlich Wirksamkeit, Interaktion und Nebenwirkungen adaptiert.

7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante kardiologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung⁴⁾ in der Regel verfügen müssen.

Arzt

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 zu benennen ist. Die Anzahl der weiteren Ärzte orientiert sich nach den vorgesehenen Rehabilitandenzahlen.

Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer (kardiologischen) Rehabilitationseinrichtung.

⁴⁾ Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

Sportlehrer / Sporttherapeut

- Diplom als Sportlehrer und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut in einer (kardiologischen) Rehabilitationseinrichtung.

Klinischer Psychologe

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Erfahrung in Entspannungstechniken, in der Leitung von Gruppen und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

Diätassistent

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent und indikationsspezifische Zusatzqualifikation und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in der Diät- und Ernährungsberatung.

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

- Diplom/ staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe, Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsfürsorge und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge.

Weiterer Personalbedarf:

- Gesundheits- und Krankenpfleger / Arzthelferin.

7.2 Personalbemessung

Die Berechnung des Personalschlüssels einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung orientiert sich an der Zahl der Therapieplätze und dem Rehabilitationskonzept, z.B. Frequenz und Dauer der unterschiedlichen Therapieeinheiten, der Gruppengröße, dem eventuellen Anteil an

Einzeltherapien und dem zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen, Visiten und weitere Aufgaben von Therapeuten und Ärzten.

Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit 40 Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1 : 16 - 1 : 20
Sportlehrer / Physiotherapeut	1 : 13 - 1 : 15
Klinischer Psychologe	1 : 40
Diätassistent	1 : 80
Gesundheits- und Krankenpfleger / Arzthelferin	1 : 20
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicher zu stellen.

8. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann.

Es sollten vorhanden sein:

- ein unterteilbarer Multifunktionsraum oder je ein Einzelraum für die Bewegungstherapie (fahrradergometrisches Training)
- ein Seminarraum mit audiovisuellen Medien
- ein Raum für Einzelberatung
- ein Raum für Funktionsdiagnostik / Notfallversorgung
- Umkleideräume für Damen und Herren mit abschließbaren Schrankfächern
- Duschräume
- Toiletten für Damen und Herren
- Lehrküche (auch extern, bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Personalaufenthaltsraum
- Sekretariat
- Patientenannahme, Archiv
- Untersuchungszimmer
- wünschenswert externe Bewegungsmöglichkeiten durch Einbeziehung von Freigelände.

Bei programmbedingter Aufenthaltsdauer des Rehabilitanden über vier Stunden in der Rehabilitationseinrichtung zusätzlich:

- Ruhe-/Liegeraum
- Speiseraum für gesundheitsorientierte Mahlzeit.

Die o.g. räumlichen Anforderungen können ggf. in Form von Multifunktionsräumen erfüllt werden.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

9. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der speziellen Funktionsstörungen nach aktuellem medizinischem Wissensstand gewährleisten.

Medizinische Geräte:

- Ruhe-EKG, Belastungs-EKG
- Langzeit-EKG
- Fahrradergometer mit EKG-Monitoring
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Echokardiographie mit Farbdoppler
- Spirometrie
- Laborscreening
- Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- für physikalische Therapie (bei entsprechender Indikation)
- für Notfälle (Notfallkoffer, Defibrillator, Sauerstoffflasche).

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein.

Trainings- und Sportgeräte:

- Fahrradergometerplätze mit üblicher Ausstattung (drehzahlunabhängige Fahrradergometer mit EKG-Überwachung)
- Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen Angebots, z.B. Liegematten, Bälle, Bänder, Seile, bewegungstherapeutische Spielgeräte.

10. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorheriger Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

- Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

11. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante kardiologische Rehabilitation ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 5 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.