



Diplomarbeit

Aufbau und Organisation der ambulanten kardialen Rehabilitation in Österreich

Eine qualitative Studie

Christine Stelzhammer

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 481 295
Sportwissenschaften
Univ.Prof. Dr. Michael Kolb

	4
	6
2.1	6
2.2	7
3.	12
3.1	12
3.2	15
3.4	28
3.5	30
4	32
4.1	32
4.1.1	32
4.1.2	33
4.1.3	33
4.1.4	33
4.1.5	33
4.1.6	34
4.2	34
4.2.1	35
4.2.2	36
4.3	45
4.4	46
4.5	46
4.6	47
5	49
5.1	49
	50
	51
	52
	52
	53
	53
	53
	54
	54
	54
	55
	56
	56
	56
	57
	58
	58
	58
	59
	59
	60
5.2	61
5.2.1	61
5.2.2	62
5.2.3	64



	ungen.....	66
	programm.....	66
	frequenz und Blutdruck während des Trainings	71
5.2.7	Andere Aspekte in Bezug auf das Angebot.....	72
5.2.8	Trainingsdokumentation.....	72
5.2.9	Aufklärung der Teilnehmenden über den Verlauf ihrer Werte.....	73
5.2.10	Charakteristik der Teilnehmenden	74
5.2.11	Teilnahmevoraussetzungen	74
5.2.12	Vorausgegangene Rehabilitationsmaßnahmen.....	74
5.2.13	Übergang zwischen Phase 2 und Phase 3.....	76
5.2.14	Einzugsgebiet	77
5.2.15	Abrechnungsstrukturen mit den Sozialversicherungen.....	77
5.2.16	Kosten für die Teilnehmenden	79
5.2.17	Zugang zum Klientel	82
5.2.18	Auslastung der Rehabilitation in den Instituten.....	85
5.2.19	Dropout.....	87
5.2.20	Nachhaltigkeit	89
5.2.21	Maßnahmen der Institute die Teilnehmenden zu einem lebenslangen Sporttreiben zu motivieren	90
5.2.22	Weiterführende Angebote der Institute.....	91
5.3	Interpretation	93
5.3.1	Organisation	93
5.3.2	Institute	95
5.3.3	Zusammenarbeit zwischen den Instituten	96
5.3.4	Vereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern	100
5.3.5	Personal	101
5.3.6	Teilnehmende	103
5.3.7	Inhalt des Rehabilitationsprogramms	103
5.3.8	Dropout.....	105
5.3.9	Empfehlungen für anschließende Aktivitäten in anderen Organisationen.....	106
6	Zusammenfassung.....	107
7	Literaturverzeichnis	109
8	Darstellungsverzeichnis	113

Betrachtet man den demographischen Wandel in der Bevölkerung kann man feststellen, dass sich dieser immer weiter in Richtung des hohen Alters entwickelt. In diesem Zusammenhang sind auch die verbesserten medizinischen Maßnahmen von Bedeutung, da durch diese die Menschen länger leben. Somit ergibt sich eine Zunahme der Erkrankungen im Bereich des Herzkreislaufsystems, wodurch eine ausreichende Versorgung in diesem Bereich zunehmend notwendiger wird. Eine gute organisatorische Struktur in der Rehabilitation ist somit ausschlaggebend für eine hohe Lebensqualität bis ins Alter.

Die Versorgung fand bis vor einigen Jahren ausschließlich in stationären Einrichtungen statt. Allerdings hat sich auf Grund der hohen Kosten und der Tatsache, dass viele aus beruflichen oder anderen Gründen nicht mehr vier Wochen lang in ein Rehabilitationszentrum fahren wollen, die Nachfrage nach einem ambulanten Angebot gesteigert. In vielen anderen Ländern ist eine ambulante Versorgung in diesem Bereich schon lange üblich. Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich dieser Trend erst in den letzten zehn bis 20 Jahren, wobei besonders in Österreich die Möglichkeiten eine solche Behandlung in Anspruch zu nehmen sehr begrenzt sind.

Auf Grund meiner langjährigen Tätigkeit mit Menschen, die gesundheitliche Probleme im Bereich des Herzkreislaufapparates hatten oder haben, interessierte mich dieses Thema immer mehr. In den von mir angeleiteten Gruppen gab es in den letzten Jahren bezüglich der Teilnehmenden kaum Veränderungen, was grundsätzlich kein schlechtes Zeichen ist. Jedoch ist mir aufgefallen, dass es kaum Neueinsteiger in den Gruppen gibt und jene die schon dabei sind, die Kurse schon seit oft mehr als zehn Jahren besuchen. Darauf basierend stellte ich mir die Frage, welchen Aktivitäten denn alle anderen nachgehen bzw. wie denn die kardiale Rehabilitation in Österreich grundsätzlich aufgebaut ist. Besonderes Interesse widmete ich der Phase 3, da auf Grund der Dauer von mindestens einem halben Jahr hier der Grundstein gelegt werden kann die Teilnehmenden durch Verhaltensänderung und Lebensstilmodifikation so zu beeinflussen, dass sie den vermittelten Bewegungsaktivitäten ein Leben lang nachgehen. Durch anfängliche Recherchen wurde schnell klar, dass sich die Realität anders darstellt und nur ein sehr geringer Anteil der Herzkreislaufpatient(inn)en die Möglichkeit einer Phase-3-Rehabilitation nützt bzw. sich die wenigen Einrichtungen, die diese anbieten, bemühen müssen, die nötige Auslastung zu erreichen.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

el herauszufinden durch welche Gegebenheiten und
on ergibt bzw. wie dieses System aufgebaut ist und in
weicher Entwicklungsphase es sich befindet.

Die Arbeit widmet sich zu Beginn dem Krankheitsbild des Herzinfarkts, sowie seiner Entstehung. Anschließend folgt die Begriffsbestimmung und der allgemeine Aufbau der Rehabilitation in Österreich, welcher anhand des 4-Phasenmodells dargestellt wird. Zusätzlich wird auch ein Diskurs zur Situation in Deutschland und in der Schweiz geliefert. Im nächsten Kapitel wird eine Einführung in die qualitative Sozialforschung geliefert. Die für die Arbeit ausgewählte Forschungsmethode wird näher dargestellt und begründet, bzw. wird auch auf Probleme bei der Datenerhebung hingewiesen. Der nächste Teil der Arbeit basiert auf der Auswertung der Interviews, wobei zuerst eine kurze Darstellung der anbietenden Organisationen geliefert wird. Darauf folgt eine horizontale Auswertung, welche einen Vergleich der Interviews in Bezug auf die unterschiedlichen Themen beinhaltet. Eine Interpretation, in der auch immer wieder Bezug auf die Literatur genommen wird, soll die unterschiedlichen Gebiete noch in einen übersichtlicheren Zusammenhang bringen. Zum Abschluss werden die gewonnen Ergebnisse in einer kurzen Zusammenfassung noch einmal erläutert.

Im Jahr 2007 wurden nach Angaben der Statistik Austria 44 Prozent (32 864 Personen) der Todesfälle von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems verursacht. Dies sind 10,5 Prozent weniger als noch vor zehn Jahren, jedoch stellen sie damit immer noch die Todesursache Nummer eins in Österreich dar.

Innerhalb der großen Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind 5 774 Sterbefälle auf einen Herzinfarkt zurückzuführen, das sind 7,7 Prozent der gesamten Todesfälle in Österreich.

Zwischen 25 und 30 Prozent der Herzinfarktpatienten sterben bereits bevor sie ein Arzt erreichen konnte bzw. sie im Krankenhaus angekommen sind.

Nun kann aber die Mortalitätsstatistik nicht für die Angabe der Herzinfarkt-Ereignisse hergenommen werden, da nicht jeder Herzinfarkt zum Tod führt. Laut den Daten von Statistik Austria wurden im Jahr 2006 17357 Menschen mit einem Akuten Myokardinfarkt aus dem Akut-Krankenhaus entlassen. Insgesamt wurden 308987 Patient(inn)en mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt.

Aus diesen Zahlen kann nun nicht direkt geschlossen werden wie viele davon nun eine Rehabilitation in Anspruch nehmen könnten, jedoch kann grundsätzlich gesagt werden, dass nur ein Teil diese Möglichkeit wahrnimmt.

Die immer höher werdende Wahrscheinlichkeit einen Herzinfarkt zu überleben, hängt nicht zuletzt von der sich ständig verbessernden Versorgung ab. Dadurch ist es nun zu einer wichtigen Aufgabe des Gesundheitssystems geworden, den Betroffenen eine möglichst gute Behandlung nach dem Herzinfarkt zu ermöglichen, um eine gute Lebensqualität zu gewährleisten. Es kann durch eine Rehabilitation zwar nicht eine vollständige Wiederherstellung des Zustandes vor dem Herzinfarkt erreicht werden, jedoch sollte es Ziel der anschließenden Verfahren sein, dies so gut als möglich zu tun.

2.1 Definition des Herzinfarktes

Als Myokard- oder Herzinfarkt bezeichnet man eine durch plötzliche Sauerstoffminderversorgung (Ischämie) verursachten, umschriebenen Gewebsuntergang des Herzmuskels (Brockhaus 2006, S 552).

Der Herzinfarkt wird von Rost (2005), neben dem plötzlichen Herztod, als die dramatischste Konsequenz der koronaren Herzkrankheit beschrieben. Diese Angaben

Bei über 90 Prozent der Behandelten bei Entstehung des
e vorliegt (Tschirdewahn, 1999).

Der Verlauf eines Herzinfarktes wird in verschiedenen Büchern mit ähnlichen Merkmalen beschrieben. Der Beginn zeichnet sich durch eine zunehmen der Herzbeschwerden in den Wochen vor dem Herzinfarkt aus. Darauf folgt ein Anfall von Angina Pectoris, der mit dem Empfinden von Vernichtungsgefühl und Todesangst einhergeht. Weiters folgen die typischen Anzeichen eines Kreislaufschocks, der Patient beginnt zu schwitzen und erbricht bis hin zum Kollaps (vgl. Graf & Rost, 2005).

Andererseits wird auch beinahe in jedem Buch angegeben, dass es auch zu einem Herzinfarkt ohne Vorzeichen kommen kann, ein so genannter stiller Verlauf (vgl. Graf & Rost, 2005).

Bei ca. der Hälfte der Betroffenen führt ein Herzinfarkt innerhalb der ersten Stunden bzw. Tage zum Tod. Männer erleiden häufiger einen Herzinfarkt als Frauen, wobei sich die Geschlechtsverteilung in den letzten 20 Jahren von 5:1 auf 2:1 verschoben hat.

2.2 Risikofaktoren zur Entstehung eines Herzinfarktes

Nach Brusis (2002, S 40) sind dies A Faktoren, bei deren Vorhandensein die Wahrscheinlichkeit, dass ein Herzinfarkt auftritt, deutlich erhöht istó

Die Entstehung eines Herzinfarktes wird auch nach Gabriel & Wick (2006) von verschiedenen Risikofaktoren gefördert. Zusätzlich werden dort auch optimale Werte zur Prävention eines solchen angegeben:

Risikofaktoren	Optimale Werte/ Zielparameter
Vorzeitige koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt in der Familie	Zählt als Risikofaktor dann, wenn Herzinfarkt vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten ist
Männliches Geschlecht	
Bei Frauen. Antikonzeptiva (A Pilleo)	Vermeidung oder Wahl eines Präparates mit niedriger atherogener Potenz
Bewegungsmangel	30-45 min Ausdauersport jeden 2. Tag
Übergewicht	BMI 20 ñ 25 kg/cm2
Erhöhter arterieller Blutdruck	< 140/90 mmHg, besser < 120/80 mmHg

	< 120 mg/dl
	< 220 mg/dl
Zigarettenrauchen	0 Zigaretten/Tag

Tabelle 1: Risikofaktoren für Herzinfarkt und optimale Werte zur Prävention (Gabriel & Wick 2006, S 68)

Weitere Risikofaktoren, die zu einer arteriosklerotischen Folgeerkrankung führen können, nennt Strödtter (2004, S 23) bzw. führt er die bereits oben genannten genauer aus:

- Niedriges HDL, <35 mg/dl
- Diabetes Melitus, NBZ > 126 mg/dl
- Hypertriglyzeridämie
- Höheres Alter
- Postmenopause
- Fibrinogen
- Hyperhomozysteinämie
- Erhöhtes Lipoprotein
- Gesteigertes RAAS
- Höhere Herzfrequenz
- Erhöhte Blutdruckamplitude

Falls mehrere dieser Faktoren bei einer Person zutreffen wird das Risiko immer höher bzw. potenziert sich. In der Framingham-Studie konnte gezeigt werden, wenn zwei der Risikofaktoren Hypertonie, Hypercholesterinämie oder Zigarettenrauchen in Kombination vorliegen, steigt das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden um das dreifache. Liegen sogar alle drei dieser Faktoren vor, erhöht es sich das Risiko eines Herzinfarktes um das zehnfache. Beide Werte beziehen sich auf einen Vergleich mit Personen, die niedrige Cholesterin- und Blutdruckwerte haben und auch nicht Rauchen (vgl. Brusis 2002)

Durch eine Verminderung der Risikofaktoren kann ein Erkrankungsrisiko wesentlich beeinflusst werden. Dazu gibt Saner (1993, S 6) an, dass eine Reduktion dieser kardiovaskulären Risikofaktoren eine Verlangsamung der Progression der KHK und eine Verbesserung der Morbidität und Mortalität der Patienten mit KHK bewirken kann. Jedoch gilt dies nur für bestimmte Faktoren, da einige nicht beeinflussbar sind.

anderem bei Gabriel und Wick (2004) und Brusis (2002) in beeinflussbare und nicht beeinflussbare Risikofaktoren. Zu den nicht beeinflussbaren zählen nach Brusis (2002): Alter, Geschlecht und Veranlagung.

Weiters können die beeinflussbaren unterteilt werden in jene, die bereits eine Krankheit darstellen (Bluthochdruck, Metabolisches Syndrom, Erhöhung bestimmter Blutwerte, Störungen des Fettstoffwechsels, Zuckerkrankheit, Fettsucht, etc.), und jene, die durch eine gesellschaftlich geprägte Lebensweise (Über-, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabakrauch, Stress etc.) entstehen (vgl. Gabriel & Wick 2004, Brusis 2002).

Wie nun konkret auf die veränderbaren Faktoren eingewirkt werden kann, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Beeinflussbare Risikofaktoren	Beeinflussungsmöglichkeiten
Bluthochdruck	Allgemeinmaßnahmen (körperliche Aktivität, Ernährung, Stressreduktion, Lebensordnung), Medikamente, ggf. Ursachenbeseitigung nach ärztlicher Diagnose
Erhöhter Cholesterinwert	Allgemeinmaßnahmen (körperliche Aktivität, Ernährung, Stressreduktion), Medikamente
Erhöhter Blutzuckerspiegel	Allgemeinmaßnahmen (körperliche Aktivität, Ernährung, Stressreduktion, Lebensordnung), Medikamente
Zigarettenrauchen	Rauchen einstellen
Übergewicht	Allgemeinmaßnahmen (körperliche Aktivität, Ernährung, Stressreduktion)
Bewegungsmangel	Mehr Bewegung im Alltag; Treppen statt Lift; Stretching im Büro, Gartenarbeit, Sport etc.
Antikonceptiva (Pille)	Vermeiden, evtl. Wahl eines Präparates mit niedrigem Risiko

Tabelle 2: Beeinflussbare Risikofaktoren (Gabriel & Wick 2004, S 69)

Einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat der Stress. Unter anderem können nach Brusis (2002, S 45) folgende Umstände als Stressoren auf uns wirken: unangenehme Situationen während der Arbeit, Unerfreuliches

in sonstigen Lagen des Lebens, etc. In diesem Fall Stressreaktion, welche sich durch eine Erhöhung des Blutdrucks, Erhöhung der Herzfrequenz und Zunahme der Blutgerinnung auszeichnet.

In diesem Zusammenhang wird auch oft von einem Typ-A-Verhaltensmuster gesprochen, wobei dieses keine eindeutige Persönlichkeitsstruktur darstellt. Es wird von Niederhauser (1993, S 148) genauer beschrieben: Menschen mit diesem Muster definieren sich dadurch, dass sie an einem ständigen Kampf stehen, immer mehr in immer kürzerer Zeit erreichen zu müssen, wenn nötig auch gegen den Widerstand der äußeren Gegebenheiten und anderen Personen. Sie stehen ständig in Konkurrenzverhalten mit ihrer Umwelt und fühlen sich auch permanent durch diese herausgefordert.

Die genauere Beschreibung der Merkmale nach Niederhauser (1993) lautet wie folgt:

- Fortwährendes Gefühl der Zeitnot (time urgency)
- Drang zu extrem konkurrierendem Verhalten (competitiveness)
- Leistungsstreben, hohe Ambitionen
- Neigung zu Feinseligkeit und Aggressivität (angry behavior and hostile feelings)
- Neigung zu Überperfektionismus (job commitment)
- Psychomotorische Unruhe

Falls nun geeignete Strategien fehlen, um solche Situationen zu verarbeiten, kann die Gesundheit beeinträchtigt werden. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse der Western-Collaborative Group-Study bestätigt, in der das Erkrankungsrisiko für eine koronare Herzkrankheit bei Typ-A-Personen 2,37 mal höher lag als bei Typ-B-Personen, die durch fehlen der oben genannten Verhaltensmuster definiert sind. Somit ist es sehr wichtig in der Rehabilitation Maßnahmen zum Stressabbau zu erarbeiten.

Eine besondere Bedeutung kommt auch den Risikofaktoren bei der Vermeidung eines erneuten Ereignisses zu. Die Langzeitprognose wird nach einem Herzinfarkt größtenteils durch die gleichen Risikofaktoren beeinflusst, die auch den ersten Infarkt ausgelöst haben, was auf eine weitere Progression der Arteriosklerose und darauf, dass Präventionsmaßnahmen nach wie vor relevant sind, hinweist (Benzer & Oldridge 2001, S 212).

Weiter gibt Kolb (2007, S 26) an: Therapeutische Erfahrungen zeigen immer deutlicher, dass es für eine sinnvolle Rehabilitation nicht ausreicht, einzelne Risikofaktoren isoliert zu



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Leben bzw. riskante Verhaltensformen der
weise mit Verboten und Vorgaben zu umstellen.

Im folgenden Kapitel werden nun aus der Literatur Zielsetzungen formuliert und mögliche
Inhalte beschrieben, die eine multifaktorielle Rehabilitation beinhalten soll.

Sekundärprävention

Zu Beginn wird eine Begriffsbestimmung angeführt, die zur Einleitung in die Thematik dienen soll. Es soll der Begriff, das Tätigkeitsfeld und die Entwicklung der kardialen Rehabilitation näher beschrieben werden. Weiters werden Empfehlungen aus der Literatur für den Inhalt der Rehabilitationsprogramme gegeben.

3.1 Definition Rehabilitation

Der Begriff der Rehabilitation, definiert durch die World Health Organisation (WHO), hat sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert und erweitert.

Im Jahr 1967 wird die Rehabilitation, als die Gesamtheit der Aktivitäten, die nötig sind, um dem Behinderten bestmöglich körperlich, geistige und soziale Bedingungen zu sichern, die es ihm erlauben, mit seinen eigenen Mitteln einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft einzunehmen, beschrieben (WHO, 1967).

Im Jahre 1980 wurde eine neue Definition festgelegt, um auch andere Bereiche des Lebens mit abzudecken:

Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zu Einschränkungen (Disability) oder Benachteiligungen (Handicap) führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen eine soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Personen zu befähigen sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um eine soziale Integration zu erleichtern (WHO).

Die Pensionsversicherungsanstalt, welche der größte Kostenträger von rehabilitativen Leistungen im kardialen Bereich darstellt, gibt als Ziel der Rehabilitation an: Die Leistungsfähigkeit von Versicherten, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, soweit zu steigern, dass sie im beruflichen und wirtschaftlichen Leben sowie in der Gemeinschaft den ihnen gebührenden Platz wieder einnehmen können (Quittan & Fialka-Moser, S 3).

Die kardiologische Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation wird von der WHO (1993) als die

Maßnahmen, die benötigt werden, um die bestmöglichen
sozialen Bedingungen zu schaffen, damit PatientInnen
mit chronischer oder akutem Ereignis folgender, kardiovaskulärer Erkrankung
aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder
wiedereinnehmen können, und durch verbesserte Lebensgewohnheiten das
Fortschreiten der Erkrankung begrenzen oder umkehren könnenó (Bjarnason-
Wehrens, 2005).

An dieser Definition orientieren sich auch die aktuellen Konzepte, und versuchen nun auf mehreren Ebenen den Patienten zu erreichen. So hat sich ein multifaktorieller und multidisziplinärer Ansatz durchgesetzt, der eine genaue Nachbetreuung, Modifizierung der Risikofaktoren, Patientenerziehung und eine psychologische Betreuung beinhaltet.

Weiter definieren Benzer & Oldridge (2001, S 211) das ~~A~~konzept der kardiologischen Rehabilitation und Sekundärprävention als Bemühung, kardiovaskuläre Risikofaktoren zu reduzieren, um die Wahrscheinlichkeit eines weiteren kardiologischen Ereignisses zu verringern und die Progression des kardiovaskulären Krankheitsprozesses zu verlangsamen und vielleicht sogar anzuhalten.ó

Ziele und Aufgaben der Rehabilitation nach Herzinfarkt

Da es durch den Herzinfarkt zum Absterben des betroffenen Gewebes kommt, kann es nicht das Ziel der Rehabilitation sein, den Zustand des Patienten vor der Operation wiederzuerreichen. Es sollte hingegen durch eine möglichst gute und professionelle Rehabilitation versucht werden, dem Patienten ein möglichst uneingeschränktes Leben mit den bleibenden Folgen des Infarktes zu ermöglichen.

Grundsätzlich sind sich die verschiedenen Autoren in Bezug auf die Ziele der Rehabilitation einig.

So beschreiben Schuler & Hambrecht (1998) folgende Punkte:

- Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Integrität nach überstandem Myokardinfarkt oder kardiochirurgischem Eingriff.
- Vermitteln von Grundlagenwissen über die Erkrankung und Wecken von Verständnis für die Behandlung und die Eigenverantwortung.
- Steigerung der körperlichen Belastbarkeit mit dem Ziel der Wiedereingliederung ins Berufsleben.
- Elimination von Risikofaktoren durch nachhaltige Beeinflussung des Lebensstils.

Rehabilitation in Anspruch nehmen sollte, wird in verschiedenen Büchern durch eine Auflistung von Indikationen und Kontraindikationen definiert. Diese werden auch als Finanzierungsgrundlage von Sozialversicherungen herangezogen.

Indikationen für eine Rehabilitation des Herz- Kreislaufsystems nach Quittan & Wiesinger (2001, S 172 ff):

- unkompliziertem Myokardinfarkt
- Angina Pectoris
- Bypassoperationen
- Ballondilatation
- Patienten unter Betablockertherapie
- Eingeschränkte Linksventrikelfunktion
- Orthotoper Herztransplantation
- Frauen
- Schrittmacher

Absolute Kontraindikationen für ein Koronartraining nach Quittan & Wiesinger (2001, S 175):

- Instabile Angina Pectoris
- Akuter Myokardinfarkt
- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Schwere Aortenstenose (Gradient >50 mm Hg)
- Idiopathische hypertrophe Subaortenstenose
- AV Block 2. und 3. Grades
- Akute Peri- und Myokarditis
- Aneurysma dissecans
- Akute Thrombophlebitis
- Akute Embolien
- Ruhedhypertonie >200/110 mm Hg
- Unzureichend eingestellte Belastungshypertonie
- Schwere ventrikuläre Arrhythmien
- Akute systemische Krankheiten

Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe definiert, an der sie sich in der Durchführung orientieren sollten.

Diese sind nach Buchwalsky (1999, nach Pott-Klindworth 2004) folgende:

- Abbau von Risikofaktoren
- Steigerung körperlicher und besonders kardialer Leistungsfähigkeit
- Beeinflussung des Spontanverlaufs der KHK
- Höhere Lebensqualität

Die positiven Auswirkungen einer Rehabilitationsteilnahme auf den Gesundheitszustand wurden in mehreren Studien bestätigt. Dazu geben Löllgen, Dickhuth, Dirschedl (1998) an: Nach einer mittleren Beobachtungsdauer von 42 Monaten weisen die Patienten mit einer Rehabilitation eine Verminderung der Mortalität um 24 Prozent auf, die kardiovaskulären Todesfälle gingen um 25 Prozent zurück. Die Häufigkeit nicht tödlicher Reinfarkte blieb gleich. Weiters weisen sie darauf hin, dass eine frühe Teilnahme an einem solchen Programm ebenfalls günstige Auswirkungen hat und sich auch die Art und die Dauer der Intervention positiv in den Ergebnissen niederschlagen.

3.2 Das Phasenmodel der Rehabilitation

Die Einteilung in Phasen ist auch in Österreich üblich, wobei hier eine zusätzliche vierte Phase in der Literatur angegeben wird, die weder in der Definition der WHO vorkommt, noch im restlichen deutschsprachigen Raum verbreitet ist.

In dieser 4. Phase wird eine Teilnahme an einer Gruppe des Österreichischen Herzverbandes empfohlen, dessen Struktur und Tätigkeit später noch genauer beschrieben wird.

Die Rehabilitation wird in Österreich nach den Guidelines für ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention (2005) von der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft in vier Phasen eingeteilt:

- Frühmobilisation und Hospitalisation (Phase 1, stationär)
- Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschluss-Rehabilitation (AR) in der Rehabilitationsklinik, Konvaleszenz, Frührehabilitation, Kur. (Phase 2, stationär, teilstationär oder ambulant)
- Rehabilitation am Wohnort, Zweitprävention, (Phase 3, ambulant)
- Selbsthilfegruppen, Postkonvaleszenz (Phase 4, ambulant)

Ein Überblick der Rehabilitationsmaßnahmen in den verschiedenen Phasen gewähren, da im Laufe der Arbeit immer wieder darauf Bezug genommen wird.

Phase 1: Frühmobilisation:

Bis in die sechziger Jahre wurde Patienten nach einem Herzinfarkt für vier bis sechs Wochen absolute Bettruhe verordnet und auch danach wurde sehr leichte körperliche Betätigung empfohlen, um die Patienten zu schonen. Es folgte ein großer Wandel in der Behandlung, wobei nach Roskamm (2004, S. 523) die Bettruhe auf die ersten 12 Stunden nach dem akuten Ereignis verkürzt wurde, welche zur ausreichenden Beurteilung des Verlaufs des Herzinfarktes dienen. Heute beginnt man bereits auf der Intensivstation mit einer Frühmobilisation, welche unter anderem Atemgymnastik, Koordinationsschulung und isometrische Muskelbeanspruchungen enthalten kann, um den Folgen der Bettruhe entgegenzuwirken (Schuler & Hambrecht, 1998).

Dementsprechend hat sich auch die Dauer des Krankenhausaufenthaltes verkürzt. Vor 35 Jahren war noch ein Aufenthalt von 4-6 Wochen üblich. Heute beschränkt sich dieser auf 1-2 Wochen, jedoch abhängig von der häuslichen Situation und dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik.

In einer Studie von Topol et al (1988, nach Roskamm 2004, S. 522) konnte gezeigt werden, dass es durch eine Entlassung aus dem Akutkrankenhaus am dritten Tag nach einem unkomplizierten Myokardinfarkt im Vergleich zu einer Entlassung nach dem siebten bis zehnten Tag zu keiner erhöhten Komplikationsrate in den nächsten sechs Monaten gekommen ist. Der Infarkt wird laut Studie als unkompliziert bezeichnet, wenn 72 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus keine Angina pectoris, keine Herzinsuffizienz, keine Hypertonie, eine Ejektionsfraktion $\geq 35\%$, keine Extrasystolen in Ketten und kein AV-Block 2. oder 3. Grades vorlagen.

In Bjarnason-Wehrens (2005, S. 407) gilt als vorrangiges Ziel in der ersten Phase, den ungünstigen Folgeerscheinungen der Immobilität im Krankenhaus entgegenzuwirken und die psychologische Situation und das Wohlbefinden des/der Patient(inn)en zu erreichen. Deswegen wird, abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und dem klinischen Zustand, so früh als möglich mit der Mobilisation begonnen. Berücksichtigung finden auch Alter, Persönlichkeitsstruktur und Trainingszustand des/der Patient/in, jedoch gilt: je älter, umso wichtiger. Grundvoraussetzung sind stabile Herzkreislaufverhältnisse.

Belastung der Patient(inn)en große Aufmerksamkeit
 Verminderung der Angst durch eine gute Betreuung in
 dieser Phase eine sehr positive Wirkung erzielt werden kann. Durch die frühe Mobilisation
 wird den Patient(inn)en schnell das Gefühl gegeben, dass es bereits wieder bergauf geht,
 sie wieder zu Kräften kommen und sich jemand um sie kümmert. Deswegen ist es wichtig,
 dass die psychische Betreuung von Anfang an ein fixer Bestandteil in der Rehabilitation
 ist.

Ein weiteres Ziel der Frühmobilisation nach Bjarnason-Wehrens (2005) ist es den/die
 Patient(inn)en so weit belastbar zu machen, dass sie bei der Entlassung aus dem
 Krankenhaus den Aktivitäten des täglichen Lebens, mit Einschränkung auf die innerhalb
 der eigenen Wohnverhältnisse anfallenden körperlichen Beanspruchungen, gewachsen
 sind. Weiters sollten sie auch bereits auf die anschließende Heilbehandlung vorbereitet
 und trainiert werden.

Phase 2: Anschlussheilbehandlung

An die Frühmobilisation im Krankenhaus, sollte direkt die zweite Phase in einer
 Rehabilitationsklinik anschließen mit dem Ziel den Patienten/die Patientin
 wiederherzustellen und ihn/sie für die Wiederaufnahme der Arbeit vorzubereiten (Schuler
 & Hambrecht, 1998).

In Österreich ist eine stationäre Behandlung in einem Rehabilitationszentrum üblich,
 wobei die Dauer auf 4 Wochen festgelegt ist. Die Möglichkeit der ambulanten Betreuung
 in dieser Phase besteht, jedoch nur in sechs Einrichtungen in ganz Österreich, die
 durchschnittlich etwa zehn Patient(inn)en pro Monat betreuen können. Das sind 60 Plätze
 pro Monat und 720 pro Jahr, die in Österreich für eine ambulante Behandlung in der
 Phase 2 zur Verfügung stehen.

Die Kosten für diese Behandlung werden in Österreich grundsätzlich von den
 Sozialversicherungen übernommen. Diese Regelung ist für stationäre Einrichtungen
 schon seit längerem festgelegt, und für ambulante Behandlungen besteht diese
 Kostenübernahme seit dem Abschluss eines Vertrages zwischen den anbietenden
 Instituten und den Kostenträgern, welcher mit 1. Mai 2007 in Kraft getreten ist.

Dieses ambulante Angebot ist jedoch nur für jene Betroffenen möglich, bei denen es sich
 um einen Niedrigrisikopatienten der medizinischen Sinnhaftigkeit folgend und dem
 Wunsch des Patienten entsprechend nach Genehmigung durch die Versicherung
 handelt (Benzer, Mayer & Abbühl 2003). Liegt keine entscheidende medizinische und
 damit verbundene berufliche Problematik und keine schwer beeinflussbare

Patient nach Hause entlassen werden und einer ambulanten Rehabilitation überlassen werden (Roskamm 2004, S. 532).

Für alle anderen Patient(inn)en kommt nur eine stationäre Einrichtung in Frage, da sie dort eine Rundumbetreuung bekommen und damit nicht im selben Ausmaß den Belastungen, die das tägliche Leben mit sich bringt, ausgesetzt sind.

Man erwartet sich gewisse Vorteile von der ambulanten Betreuung, welche von Jäckel & Koch (1999, nach Bjarnason-Wehrens, 2005, S 411) angeführt werden:

- Erreichung einer Patientengruppe, die aus persönlichen Gründen eine stationäre Rehabilitation nicht wahrnehmen kann oder will,
- Bessere Integration von Angehörigen in das Rehabilitationsgeschehen, frühe Integration niedergelassener Ärzte und des beruflichen Umfelds,
- Erleichterter Aufbau regional vernetzter Versorgungsstrukturen sowie eine kostengünstigere Leistungserbringung.

Auch die Aussage von Schuler & Hambrecht (1998, 1240) bestätigt, dass An geeigneten Fällen, beispielsweise nach unkomplizierten Myokardinfarkten, auf die stationäre Phase vollständig verzichtet und sofort mit der ambulanten Behandlung begonnen werden kann.ó

Gerade das Erreichen von Personengruppen, die aus verschiedenen Gründen die Möglichkeit einer stationären Behandlung nicht wahrnehmen wollen oder können, könnte ein entscheidender Punkt im Ausbau der ambulanten Betreuung sein. Bjarnason-Wehrens (2005) zufolge, wurde in einer Kölner Untersuchung festgestellt, dass nur jede/r Zweite, die/ der Anrecht auf ein AHB hat, diese auch in Anspruch nimmt. Wobei sie weiter angeben, dass dies stark von der durchgeführten Behandlung bzw. der Erkrankung abhängt. So haben 49% der Patientinnen nach Herzinfarkt die Behandlung genutzt, 98% der am Herzen operierten und nur sechs Prozent der Patienten nach Ballondilatation oder Stentimplantation.

In Österreich wurde 1969 eine Reform in der Behandlung Herzkranker durchgeführt. Es wurde ein modernes sozialmedizinisches Rehabilitationskonzept eingeführt, welches einen möglichst nahtlosen Übergang von der Akutversorgung im Krankenhaus in das Rehabilitationszentrum und eine auf den Einzelfall abgestimmte Mobilisierung der Erkrankten gewährleisten soll. Diese Umstellung brachte auch wichtige inhaltliche Veränderungen mit sich. So wird nun neben der Weiterführung der medikamentösen Behandlung auch verstärkt der gezielten Bewegungstherapie und dem Einsatz psychosozialer Maßnahmen ein wichtiger Stellenwert eingeräumt (vgl. Oswald 1990).

nach Bjarnason-Wehrens (2005):

... welche gegliedert und umfasst somatische, edukative, psychologische und sozialmedizinische Ebenen. Zu Beginn wird eine umfassende Diagnose des/der Patient/in durchgeführt, um mit den Ergebnissen dieser Untersuchung eine möglichst genaue Planung der Rehabilitation erstellen zu können.

Somatischer Bereich:

Dies ist wohl der größte Bereich, zu dem die medizinische Betreuung des Patienten wie Diagnostik, Medikation, Intensivierung und Umsetzung sekundärpräventiver Maßnahmen gehört. Die Bewegungs- und Sporttherapie nimmt nach Bjarnason-Wehrens (2005) zeitlich etwa 30 ÷ 50 Prozent der therapeutischen Behandlung ein.

Als Grundlage für die Rehabilitationsmaßnahmen kann die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit nach der Immobilisierung genommen werden.

Ein weiteres Ziel stellt die Veränderung des Bewegungsverhaltens dar, da die Effekte der Therapie schnell wieder verloren gehen, wenn das Training nicht in Eigenverantwortung weitergeführt wird.

Edukativer Bereich

Ziele der Gesundheitsförderung nach Bjarnason-Wehrens (2005)

- Patienten für die Bedeutung des eigenen Lebensstils sensibilisieren
- Zur individuellen Problemlösung befähigen
- Handlungskompetenzen für schwierige Situationen außerhalb der organisierten Rehabilitation vermitteln

Psychologischer Bereich

Die Betreuung im psychologischen Bereich liegt einerseits auf der Verarbeitung des Ereignisses, welches oft eine gestörte psychosomatische Befindlichkeit hinterlässt. Andererseits gilt es auch mit den Patient(inn)en neue Strategien zur Stressbewältigung zu erarbeiten und Themen wie Raucherentwöhnung, Lebensstilmodifikation mit ihnen zu erarbeiten.

iedereingliederung des Patienten/der Patientin in den beruflichen Alltag gelegt. Es sollte ebenfalls eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen erfolgen. Eine weitere Aufgabe in diesem Bereich stellt die Arbeit mit Angehörigen dar.

Mit Teilen dieses Ansatzes sollte auch die dritte Phase anschließen, in der nicht mit demselben Ausmaß auf den Einzelfall eingegangen werden kann, jedoch die Behandlung weiterhin in den verschiedenen Bereichen weitergeführt werden sollte.

Die stationäre Phase der Rehabilitation kann nur der Einstieg in ein Langzeitprogramm auf ambulanter Basis sein. Ohne konsequente Fortführung der dort begonnenen Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Behandlung ist mit einem dauerhaften Erfolg nicht zu rechnen, und die dadurch verursachten Kosten wären nicht zu rechtfertigen (Schuler & Hambrecht, 1998).

Phase 3 und 4: Rehabilitation am Wohnort, auch Postkonvaleszenz- oder Erhaltungsphase nach Brusis (2002)

Diese beiden Phasen sind Langzeitprogramme, in die der/die Patient/in ehest möglich nach Beendigung der Phase 2 eintreten sollte. Die primären Ziele sind eine Verbesserung der Kondition, Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und Reduzierung des Rezidivrisikos (Benzer & Oldridge, 2001, S 216).

Phase 3:

Die Definition der Phase 3 nach Benzer (2008, S 299) lautet:

Ambulante Rehabilitation in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung im Anschluss an die Phase 2 (Dauer: 6-12 Monate, in medizinisch indizierten Fällen auch länger). Ein vorrangiges Ziel der ambulanten Phase-3-Rehabilitation ist es, dass sie berufsbegleitend und damit wohnort- bzw. arbeitsplatznahe stattfinden kann.

Mehrmals wird in der Literatur angegeben, dass eine stationäre Behandlung lediglich der Einstieg in ein wohnortnahes Langzeitprogramm sein kann und die Bedeutung einer weiterführenden Aktivität betont, da ansonsten die in der Phase 2 erreichten Erfolge wieder zurückgehen (vgl. Schuler & Hambrecht 1998).

vention werden in Österreich bei gegebener Indikation
ernommen. Allerdings kann die Behandlung nur in einer
durch die AGAKAR akkreditierten Einrichtung stattfinden. Seit 1.5.2007 gibt es einen
Rahmenvertrag, in dem diese Richtlinien festgelegt wurden.

In den Richtlinien der österreichischen kardiologischen Gesellschaft wurde die Struktur
des Programms definiert, welches sich zusammensetzt aus Trainingstherapie,
Psychokardiologie, angewandter Ernährungsschulung, Entspannungstraining/
Atemübungen, anderen theoretischen Schulungen, die auch von Angehörigen besucht
werden können, und Raucherentwöhnung.

Der genaue zeitliche Ablauf ist den Guidelines für die ambulante kardiologische
Rehabilitation und Prävention in Österreich ñ Update 2008 zu entnehmen.

In diesem Teil werden nun genaue Empfehlungen der Literatur für die Maßnahmen der
Phase 3 angeführt, da diese zentrales Thema der Befragungen war.

Nach Rost und Brusis (1995, S 167) werden folgende Ziele in der Bewegungstherapie im
Rahmen der kardiologischen Rehabilitation angestrebt:

- Steigerung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- Ökonomisierung der Herzkreislauffähigkeit
- Abbau von koronaren Risikofaktoren
- Beeinflussung des Verlaufs der koronaren Herzkrankheit
- Psychosoziale Aspekte

Brusis (2002) beschreibt die Zielsetzung in den Herzgruppen sehr umfangreich und setzt
auch hohe Erwartungen in diese.

Allen voran ist die Wiedereingliederung der Patient(inn)en in ihren Alltag, zu dem Familie,
Beruf und die Gesellschaft zählt, von hoher Bedeutung. Weiters wird ein Abbau von
Risikofaktoren und die Vermeidung eines erneuten Ereignisses angegeben bzw. eine
allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit.

Einen wichtigen Punkt stellt auch die Verarbeitung der Erkrankung dar. Durch die sehr
ernste Gefährdung des Lebens verlieren die Betroffenen das Vertrauen in ihren Körper,
wodurch ihre psychische Stabilität stark beeinflusst wird. Das Ziel der Rehabilitation sollte
nun sein dieses Vertrauen wiederherzustellen und die Selbsteinschätzung der
Patient(inn)en zu verbessern.

Bezüglich der sozialen Integration erweist sich ein Herzinfarkt oder ähnliches Ereignis
ebenfalls als sehr einschneidend. Hier ist es nun die Aufgabe der Gruppe sich gegenseitig

über Erfahrungen, Probleme und Empfindungen sich

Alle diese Punkte können allerdings nur umgesetzt werden, wenn ein freudvoller Umgang innerhalb der Gruppe vorherrscht, Interaktionen im Rahmen der Stunden stattfinden und wenn Kommunikation, Geselligkeit und Ausgleich vorhanden sind (Brusis 2002, S 30).

Auch Kempf & Reuss (2000) formulieren Ziele der Bewegungstherapie für Herzgruppen, die bezüglich der Formulierung schon etwas konkreter werden:

- Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes (im Rahmen des Möglichen)
- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der individuellen körperlichen und seelischen Belastbarkeit (psychophysische Stabilisierung)
- Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, -erlebnis und -erfahrung
- Entwicklung einer Selbsteinschätzung, d.h. lernen einzuschätzen, welche Belastungen zumutbar sind, ohne sich zu überlasten
- Entwicklung individueller krankheitsadäquater und gleichzeitig gesundheitsbewusster Verhaltensweisen (vor allem körperliche Aktivität und Sport)
- Aufbau eines stabilen Gesundheitsverhaltens (z.B. Dauerhaftigkeit von Bewegung und Training, Integration ins Lebensstilkonzept) und damit Verminderung von Rezidiven
- Persönlichkeitsentwicklung und Stärkung des Selbstbewusstseins, d.h. Mut zu entwickeln, sich auf Neues einzulassen und eigene Entscheidung zu treffen
- Hilfe zur Selbsthilfe, d.h. den/die TeilnehmerIn in die Lage zu versetzen, eigenverantwortlich und kompetent einen krankheitsgemäßen und gesundheitsfördernden Lebensstil zu realisieren
- Entwicklung einer Bereitschaft, sich selbst, seinem Körper und seiner Seele Gutes zu tun
- Vermittlung von Erlebnissen, positiven Emotionen, Freude und Befriedigung sowie Abbau von Ängsten, Ärger und Skepsis (Rieder 1996, Lagerström 1996, Rost 1987, Treutlein 1996, Maurus 1998, Jeschke 1998)

Weiters gibt es in der Literatur viele Angaben, wie eine Rehabilitation der Phase 3 aufgebaut sein sollte. Diese werden nun kurz dargestellt.

Der Patient hat die Phase 2 Rehabilitation nun abgeschlossen. Er wurde ~~Am~~ medikamentös gut eingestellt, verhaltensbedingte Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht und

uziert, und dafür Schutzfaktoren wie beispielsweise herzgesundes Ess-, Trink-, und Genussverhalten sowie Kompetenzen im Umgang mit Stressbelastungen verstärkt (Bjarnason-Wehrens, 2005, S. 424).

In Deutschland wird nun zur Stabilisierung dieser Therapieerfolge die Teilnahme an einer Herzgruppe empfohlen. Auf Grund der Ergebnisse aus Langzeituntersuchungen konnte gezeigt werden, dass die positiven Effekte aus der Phase 2 Behandlung zu einem Teil innerhalb des ersten Jahres verloren gehen, falls keine weitere Intervention stattfindet (vgl. Bjarnason-Wehrens, 2005), was durch die Teilnahme in einer Herzgruppe verhindert werden kann.

Dazu werden von Bjarnason-Wehrens, Böthig, Brusis, Held, Matlik & Schlierkamp (2004, S 840) folgende Zielbereiche formuliert:

Somatische Ziele

- Verbesserung von krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen und Anleitung zur eigenständigen Durchführung funktioneller Übungs- und Trainingsformen
- Verbesserung/Stabilisierung der kardiopulmonalen Belastbarkeit
- Positive Beeinflussung der somatischen Risiko- sowie Schutzfaktoren
- Aufbau und Verbesserung der Körperwahrnehmung.

Funktionale Ziele

- Stabilisierung der körperlichen und geistigen Belastbarkeit für die Berufsausübung und das Alltagsleben
- Förderung der krankheitsangepassten Ausübung von Alltagshandlungen
- Förderung der krankheitsangepassten Ausübung von Freizeitaktivitäten.

Psychosoziale Ziele

- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien
- Förderung der individuellen psychosozialen Schutzfaktoren
- Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit.

ber die Erkrankung und ihre Risikofaktoren

- Entwicklung einer gesundheitsorientierten Handlungskompetenz
- Anpassung des Ess-, Ernährungs- und Genussverhaltens
- Erwerb von praktischen Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und adäquater Reaktionsweisen
- Motivation zur gesundheitsorientierten Verhaltensänderung
- Entwicklung einer umfassenden Therapietreue (Compliance)
- Beherrschung von Notfallsituationen

Auf Grund dieser angestrebten Ziele muss sich auch das Programm dementsprechend gestalten. Somit geben Bjarnason-Wehrens et al (2004) folgende Inhalte zur Erreichung der Rehabilitationsziele an, die in Bewegungs- und Sporttherapie, Ernährung Ess- und Genussverhalten, Stressbewältigung und Entspannung, Krankheitsbewältigung und Alltag, Freizeit und Lebensstil eingeteilt werden.

Das Bewegungs- und Sportprogramm sollte einerseits aus einem ganzheitlichen Trainingsprogramm bestehen, dass auch Aspekte wie Körperwahrnehmung, positives Erleben von körperlicher Aktivität et. Enthält. Andererseits sollten auch Kenntnisse zur Sportausübung, Motivierung und Anleitung zu einem selbstständigen Training und eine allgemeine Integration der Bewegung in den Alltag Teil der Intervention sein.

In Bezug auf die Ernährung geht es vorerst darum das eigene Genussverhalten zu erkennen. Als nächstes sollte eine gesunde Ernährung in Bezug auf die Erkrankung erarbeitet werden. Abschließend wird nun versucht diese beiden Punkte zu vereinen.

Wie bereits bei den Risikofaktoren erwähnt, hat der Stress einen bedeutenden Einfluss auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-erkrankungen. Somit sollten Bewältigungsstrategien und Entspannungstechniken erlernt werden, um den Umgang mit Stress zu lernen.

Da das Ereignis ein großer Einschnitt in das Leben ist, braucht der/die Patient/in auch Unterstützung bei der Verarbeitung. Vor diesem Hintergrund sollten Krankheitsverarbeitung, Aufbau individueller psychosozialer Schutzfaktoren, Wissensvermittlung über die Erkrankung, Erlernen gesundheitsorientierter Handlungskonzepte und praktischer Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und adäquater Reaktionsweisen (Blutdruckmessen, Pulsmessung, etc).

In Bezug auf das Bewegungstraining empfiehlt Lagerström (2002) vorweg die Teilnehmenden in eine Übungs- und eine Trainingsgruppe einzuteilen, welche nach der

Somit dürfen an der Trainingsgruppe lediglich jene pro Kilogramm Körpergewicht belastet werden können.

Weiters wird die gesamte Dauer der Trainingstherapie in eine Adaptationsphase, Aufbauphase und eine Stabilisationsphase eingeteilt. Eine genauere Darstellung der Inhalte zu den verschiedenen Zeitpunkten wird in Tabelle 3 gezeigt.

Phasen und Phasendauer	Stundenaufbau
Phase I (Adaptationsphase, Wochen)	1, 2, 3, 5, 6, 7, 10
Phase II (Aufbauphase, Monate)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10
Phase III (Stabilisationsphase, Jahre)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Stundenelemente für den Stundenaufbau	
1. Aufwärmung	6. Entspannungsübungen
2. Koordinationsübungen	7. Ausdauertraining*
3. Dehnübungen	8. Übungs- und Spielformen
4. Kraftübungen	9. Spiele
5. Lockerungsübungen	10. Standardbelastung und ggf. Gespräch

Tabelle 3: Phasen und Stundeninhalte der Bewegungs- und Sporttherapie im Aölnner Modelló(* für Übungsgruppe nur lokale Ausdauer) (Lagerström 2002, S 227)

Zur Trainingshäufigkeit wurden zwei Einheiten pro Woche empfohlen. Weiters wurde auch angegeben, dass es sich sehr positiv auf die Gruppe und auch auf die Teilnahme am Programm erwiesen hat, wenn die Ehepartner(inn)en mit einbezogen werden (vgl. Lagerström 2002).

Grundsätzlich soll nach Lagerström (2002) eine Trainingseinheit folgende Elemente enthalten:

- Aufwärmen
- Ausdauertraining
- Gymnastik
- Spiel
- Stundenausklang

Aufwärmen

Es dient vor allem der physischen und psychischen Einstellung auf das bevorstehende Training. Durch die Aktivierung des Stoffwechsels wird auch die

elche gerade bei älteren und weniger koordinierten
a sie der Verletzungsprophylaxe dient.

Ausdauertraining

Die Wirkungen werden in vielen Veröffentlichungen als wesentlich für die Beeinflussung des Gesundheitszustandes beschrieben. Aus diesem Grund stellt es auch hier einen zentralen Punkt dar, der in Form von Gehen und Laufen umgesetzt wird. Dazu kann man sich verschiedenen Formen bedienen, wie dem Dreieckslauf, Rundbahnlauf oder Pendellauf.

Von großer Bedeutung ist dabei auch die Belastungskontrolle. Die Patient(inn)en sollen lernen ihren Körper einzuschätzen. Durch regelmäßige Pulskontrollen können sie einen Bezug zwischen subjektiver Belastung und objektiver Beanspruchung herstellen, der sie auch im Alltag vor Überlastung schützen soll. Dieses Ziel kann allerdings nur langfristig erreicht werden.

Gymnastik

Ein Mix aus Dehnungs-, Lockerungs-, Entspannungs-, Kraft- und Koordinationsübungen sollte in diesem Teil durchgeführt werden. Mit Ausnahme des Krafttrainings nehmen alle andern Bereiche von Anfang an einen wichtigen Stellenwert im Stundeninhalt ein. Jedoch sollten Übungen zur Kräftigung erst im Laufe der Zeit dazu genommen werden.

Spiel

Die unterschiedlichen Spielformen können ebenfalls in der Therapie eingesetzt werden. Sie eignen sich zum Aufwärmen, zur Schulung der Körperwahrnehmung, Geschicklichkeit, etc. Auch Teamsportarten können unter Modifizierung der Regeln eingesetzt werden.

Die Aufrechterhaltung einer Teilnahme an einem rehabilitativen Programm wird von folgenden Faktoren positiv oder negativ beeinflusst (Teubel 1999, S 12):

Positiv:

Instruktion oder Motivation, Vermeiden von Verletzungsgefahr, Vergnügen, Unterhaltung, Abwechslung, Kameradschaft in der Trainingsgruppe, Registrierung und Dokumentation des Fortschrittes, Zustimmung des Programms durch Partner.

Negativ:

...eme, orthopädische Probleme, uninteressantes Training,
...hlendes Erfolgserlebnis und Ablehnung des Programms
durch den Partner.

Die Umsetzung dieser Aspekte liegt zum Großteil in den Händen der Übungsleiter/innen, womit ihnen eine besondere Verantwortung zukommt.

Phase 4

Die Phase 4 ist eine Langzeitsekundärprävention in Eigenverantwortlichkeit der Patienten im Anschluss an die Phase 3 (Dauer lebenslang, z.B.: Herzgruppen, Sportvereine, Heimtraining etc.) (Benzer 2008).

Diese ist nach Saner (1993, S 6) von besonderer Bedeutung, da nach Abschluss einer Intervention über längere Zeit ein Angleich zwischen Patienten der ehemaligen Kontroll- und der Interventionsgruppe erfolgt.

Der Herzverband

Dieser ist in ganz Österreich mit seinen Gruppen vertreten, wobei ihm alleine in Wien 400 Mitglieder angehören. Die Organisation ist in Form von Selbsthilfegruppen, welche nach dem Vierphasenmodell am Ende der Rehabilitationsstrasse einzuordnen sind. Das Angebot richtet sich an Herzkrisiko-Patient(inn)en, Herzpatienten, aber auch an Gesunde, die diesen Folgen vorbeugen wollen. Die Mitglieder müssen einen jährlichen Beitrag von 25 Euro entrichten, um das Angebot in Anspruch nehmen zu können.

In allen neun Bundesländern befinden sich Landesverbände, die selbstorganisiert arbeiten.

Es wird allen Menschen eine medizinische Beratung und auch ein körperliches Training angeboten. Diese reichen von Turngruppen, Wanderungen, Radausflüge und Schwimmen. Weiters widmen sie sich auch Themen wie Ernährung, Rauchen und anderen Risikofaktoren. Sie bieten ihnen auch Beratung zu unterschiedlichen Themen, wie Urlaub und Herz, Erste Hilfe, usw. Grundsätzlich sind die Bemühungen sehr stark auf der sozialen Seite, weswegen der Verband versucht einen sehr persönlichen Kontakt mit seinen Mitgliedern zu pflegen.

vom Herzverband von Personen geleitet, die eine
 n. Es ist kein Arzt während des Trainings anwesend,
 jedoch müssen alle Teilnehmenden eine ärztliche Untersuchung gemacht haben.

Die Teilnehmenden können selbst entscheiden wie oft sie pro Woche Trainieren wollen, da es Termine an mehreren Tagen gibt. Es werden auch Puls und Blutdruck während des Trainings gemessen, wobei Anzahl und Zeitpunkt der Messungen nicht bekannt sind.

3.4 Die Situation der ambulanten kardialen Rehabilitation in Deutschland

Die Rehabilitation in Deutschland ist ebenfalls auf das Phasenmodell der WHO aufgebaut, wobei hier nur die Phasen 1 bis 3 angegeben werden. Vor kurzem wurde allerdings die Nachfolgruppe definiert, welche an die Teilnahme in Herzgruppen anschließen sollte.

Die finanzielle Regelung kommt jener in Österreich sehr nah. Die Kosten für den Aufenthalt und die Behandlungen im Akutkrankenhaus werden von den Krankenversicherungen übernommen. In der anschließenden Phase 2 werden die Kosten von der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung übernommen (vgl. Bjarnason-Wehrens, 2005). Es besteht die Möglichkeit diese Phase stationär oder ambulant zu machen, jedoch wird auch heute noch die kardiologische Rehabilitation der Phase 2 fast ausschließlich (derzeit zu 98%) stationär in den mehr als 150 existierenden kardiologischen Rehabilitationskliniken durchgeführt (Bjarnason-Wehrens, 2005, S 410).

Für die Phase 3 haben die Versicherungen teilweise eigene Programme entwickelt, das ist einerseits die intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bzw. die intensivierte Nachsorge (INA) der Landesversicherungsanstalt für Arbeiter, welche die zugehörigen Versicherten in Anspruch nehmen können. Zusätzlich besteht für alle die Möglichkeit einer Teilnahme an den ambulanten Herzgruppen. Es besteht mittlerweile ein flächendeckendes Netz von mehr als 6000 Herzgruppen für die Betroffenen. Die Bezuschussung durch die jeweiligen Kostenträger gestaltet sich sehr unterschiedlich und kann mit einer durchschnittlichen Dauer von 6-12 Monaten angegeben werden, wobei diese bei entsprechender Indikation verlängert werden kann (vgl. Bjarnason-Wehrens, 2005).

Die genaue Definition der ambulanten Herzgruppe nach der deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) nach Brusis (2002, S 29) lautet wie folgt:

ist eine Gruppe von Patienten mit koronarer Herzkrankheit, die die Übungstherapie geeigneten Herzkrankheiten, die durch einen ausreichend ausgebildeten Übungsleiters regelmäßig auf einer Übungsstation unter ärztlicher Überwachung trifft, um gemeinsam durch Bewegungstherapie sowie durch Entspannungsübungen und Gruppengespräche Folgen der Herzkrankheit zu kompensieren und Sekundärprävention anzustreben. Bewegungstherapie ist dabei die ärztlich verordnete, individuell dosierte, der Leistungsfähigkeit des Patienten angepasste und ärztlich überwachte körperliche Aktivität.

Nach dem Grad der Belastbarkeit werden Trainingsgruppen und Übungsgruppen unterschieden. Bei gemischten Gruppen entfällt eine Differenzierung nach dem Grad der Belastbarkeit der Patienten.

Zu einer Teilnahme an solchen Gruppen geben Karoff, Röseler, Lorenz & Kittel (2000, S. 432) an: Müller-Fahnow konnte in einer Berliner KHK-Studie zeigen, dass Teilnehmer an einer ambulanten Herzgruppe eine signifikant höhere Lebenserwartung aufwiesen als Nichtteilnehmer.

Die Teilnehmer werden nach ihrer Belastbarkeit in Trainings- oder Übungsgruppen eingeteilt. Falls dies auf Grund zu geringer Anzahl nicht möglich ist, wird in einer gemischten Gruppe trainiert.

Die Einteilung erfolgt laut Brusis (2002, S.29) nach folgenden Kriterien:

- Die Trainingsgruppe setzt eine Belastbarkeit von mindestens 75 Watt oder 1 Watt/kg Körpergewicht voraus, wobei keine Einschränkung der linksventrikulären Funktion in Ruhe und keine signifikanten Rhythmusstörungen vorliegen dürfen.
- Die Übungsgruppe besteht aus Teilnehmern mit einer geringeren Belastung als dieser.

Diese Phase sollte vor allem der Aufrechterhaltung der positiven Effekte der bisherigen Rehabilitationsmaßnahmen bis zur weiteren Verbesserung der Gesamtsituation des Patienten/der Patientin dienen, um eine Wiedereingliederung dieser in den Alltag, Beruf und Familie gewährleisten zu können.

Eine Ähnlichkeit mit der österreichischen Phase 4 kann in Deutschland in Bezug auf die Definition von Nachfolgegruppen festgestellt werden. Das Tätigkeitsfeld dieser kann mit dem des Österreichischen Herzverbandes verglichen werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit die Teilnahme in den Herzgruppen nach Ende der Bezuschussung durch die Sozialversicherungen weiterzuführen, jedoch nur mit Eigenfinanzierung.

Die DGPR hat 2005 ein Positionspapier zu so genannten Nachfolgegruppen veröffentlicht mit der Begründung, dass die Sekundärprävention der chronischen Herzkrankheit auch

den Versorgung eine lebenslange eigenverantwortliche

Diese werden darin wie folgt definiert:

Die Nachfolgegruppe ist eine Gruppe von Teilnehmern mit stabilen chronischen Herz-Kreislaufkrankungen, die in einer Herzgruppe gelernt haben, sich selbstkritisch einzuschätzen und sich auf ärztliche Empfehlung unter Betreuung einer dafür qualifizierten Fachkraft regelmäßig treffen. Sie wird von einem Arzt beraten. Durch Bewegung, Spiel und körperliches Training, durch Entspannungspraktiken, durch Bestätigung bei bzw. Anregung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil und durch gegenseitige psycho-soziale Unterstützung wird eine Verschlimmerung der Erkrankung und Behinderung verhindert und Folgeerkrankungen vorgebeugt (DGPR 2005, S 5).

Diese Gruppen sind von den Teilnehmenden selbst zu bezahlen, und werden als lebenslange Tätigkeit empfohlen.

3.5 Die Situation der ambulanten kardialen Rehabilitation in der Schweiz

In der Schweiz wurde die strukturierte kardiale Rehabilitation in stationären Zentren Ende der 60er Jahre aufgebaut, erst 1972 wurden die ersten ambulanten Rehabilitationsangebote in Bern und Zürich aufgebaut. In der nächsten Zeit entwickelten sich Rehabilitationsprogramme immer mehr, jedoch nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich.

Im Jahr 1989 wurden die schweizerische Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) als offizielle Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie gegründet (Saner 2002). Sie wurde sofort mit der Erstellung einer Ist-Analyse zu aktuellem Bedarf und Angebot in diesem Feld beauftragt. 1992 wurden von derselben Qualitätskriterien für ambulante und stationäre Rehabilitationszentren erstellt. Sie dienen den Kostenträgern als Voraussetzungen zur Erstattung der Kosten für die Rehabilitationsprogramme, da in der Schweiz die Kosten für die Rehabilitation von den Krankenkassen übernommen werden. Darin wurde die verantwortliche Leitung durch einen Kardiologen FHM, die Einrichtung inklusive Alarmkonzept, Häufigkeit und Inhalte von Patientenuntersuchungen, die Definition eines speziellen Programms für Herzpatienten inkl. strukturierter Bewegungstherapie, Entspannung und Sekundärprophylaxe mit Lebensstilinterventionen, obligatorische Inhalte des Abschlußberichtes sowie eine permanente Qualitätskontrolle neben einer Mindestzahl an Herzpatienten pro Jahr insgesamt resp. nach akutem Krankheitsereignis definiert (Saner

Patient(inn)en, welche für ambulante Institute bei teil der Anforderungen an die Einrichtungen, um mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Weiter wird angegeben, dass diese immer wieder überprüft und neu überarbeitet wurden. Diese Umstände werden auch als Grund angegeben, dass die Entwicklung weg von stationären Einrichtungen, 25 im Jahr 1989 zu 11 im Jahr 2002, ging und sich mehr in Richtung ambulante Einrichtungen, von 21 auf über 30, veränderte (vgl. Saner 2002). Es werden allerdings noch immer 75% der Patient(inn)en stationär behandelt.

Die Struktur der Programme ist unterschiedlich, wobei sie meist von niedergelassenen Kardiologen geleitet werden, die sie an lokale öffentliche Spitäler oder Privatkliniken angeschlossen haben, zwei werden im Rahmen von Universitätskliniken geführt. Das Programm beinhaltet physische Aktivitäten und Risikofaktoren-Interventionsansätze.

Die Dauer der Rehabilitation liegt zwischen vier Wochen und sechs Monaten, wobei sich der Großteil der Programme auf acht bis zwölf Wochen konzentriert. Die Einheiten finden zwischen ein- und dreimal pro Woche statt, mit Ausnahme von drei Instituten mit fünfmal pro Woche über die Dauer von zwei bis vier Stunden. Die Informationsveranstaltungen decken eine große Bandbreite ab und werden in Form von Vorträgen, individuellen Beratungen und Gruppengesprächen durchgeführt.

Ein wichtiger Bestandteil sind die medizinischen Untersuchungen, die meist am Anfang, teilweise in der Mitte und immer zum Abschluss der Rehabilitation gemacht werden.

Auffallend bei den physischen Inhalten ist noch, dass neben dem Gymnastikprogramm auch angegeben wird, dass die Gruppen häufig für 30 ñ 60 Minuten zur Wassergymnastik gehen, und auch regelmäßig Aktivitäten im Freien angeboten werden, wie Fahrradfahren und Wandern mit einer Dauer von zwei bis vier Stunden.

Die weitere Organisation der Rehabilitation, anschließend an die Phase 2, wird in Herzgruppen durchgeführt von denen es etwa 100 in der ganzen Schweiz gibt. Die Kosten für die Teilnahme werden teilweise von den Krankenversicherungen übernommen, jedoch in Abhängigkeit davon, bei welcher man versichert ist, da sich nicht alle an den Kosten beteiligen, bzw. gibt es auch Unterschiede in Bezug auf den Anteil der übernommen wird.

Nach den Vorgaben, die in der Literatur gegeben werden, wird nun eine Analyse der Situation in Österreich durchgeführt. Dabei sollte auch der multifaktorielle Ansatz im Mittelpunkt stehen, der als zielführend beschrieben wird.

forschung

Obwohl sie inzwischen kein neuer Zugang zum Forschungsfeld mehr ist, steht die qualitative Forschung nach wie vor unter einem gewissen Rechtfertigungszwang, da ihr vorgeworfen wird sich nicht in ausreichendem Maße auf Zahlen und Fakten zu stützen. Diese Tatsache führt dazu, dass sie ihre Gültigkeit immer wieder unter Beweis stellen muss, da die Erfüllung der Gütekriterien in Frage gestellt wird.

Wenn Kritiker die qualitative Sozialforschung negativ ausgrenzend definieren, so greifen sie folgende Elemente heraus:

- Stichprobengröße: eine sehr kleine Zahl von Untersuchungspersonen,
- Stichprobenwahl: keine echten Stichproben nach dem Zufallsprinzip,
- Maße: keine quantitativen (metrischen) Variablen,
- Auswertung: keine statistischen Analysen (Lamnek, 2005)

4.1 Zentrale Prinzipien der qualitativen Sozialforschung (vgl. Lamnek, 2005)

Im Laufe der kritischen Auseinandersetzung mit konventionellen Verfahren und dem Versuch der praktischen Umsetzung eigener Vorstellungen, haben sich verschiedene Prinzipien herauskristallisiert, die man in ihrer Zusammenfassung als die Programmatik qualitativer Sozialforschung verstehen kann (Lamnek, 2005, S 20).

Es sollte allerdings vorweggenommen werden, dass sich diese Liste auch noch beliebig fortsetzen lassen würde und die verschiedenen Prinzipien nur teilweise auf die verschiedenen Methoden zutreffen.

4.1.1 Offenheit

Das Prinzip der Offenheit steht den vorstrukturieren Antwortmöglichkeiten, die in qualitativen Forschungsmethoden verwendet werden gegenüber, da diese informationsreduzierende Selektion, welche besonders bei hoch standardisierten Erhebungstechniken anzutreffen ist, die vorhandene Informationsbereitschaft des Befragten abwürgt. Diese Offenheit soll die Variation der möglichen Ergebnisse weitgehend offen halten, um auch unerwartete und dadurch instruktive Informationen zu erhalten.

Nach herkömmlicher Auffassung wird die Interaktion zwischen Forscher/in und Untersuchungsobjekt als störend definiert und somit wird versucht diese so weit wie möglich auszuschalten. Lamnek (2005, S 22, nach Kuchler, 1983) gibt an, dass die qualitative Seite diese Kommunikation zwischen Forscher und Beforschem als konstitutiven Bestandteil des Forschungsprozesses begreift.

4.1.3 Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand

Qualitative Sozialforschung betrachtet die Verhaltenweisen und Aussagen der Untersuchten als prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität. Sie sind keine statistischen Repräsentationen eines unveränderlichen Wirkungszusammenhanges (Lamnek, 2005, S 23).

Weiter wird dazu erläutert, dass dadurch auch verhindert werden soll nur in die aktuelle Situation Einblick zu bekommen. So soll auch ermöglicht werden andere Entstehungszusammenhänge aufzudecken.

4.1.4 Reflexivität von Gegenstand und Analyse

In diesem Zusammenhang wird allen menschlichen Verhaltensprodukten, welche nur verständlich werden, wenn man sie einem Rekurs auf den symbolischen und sozialen Kontext seiner Erscheinung bezieht, eine prinzipielle Reflexivität unterstellt.

4.1.5 Explikation

Hier wird eine Forderung an den/die Forschende/n gestellt in seiner Auswertung einen möglichst offenen Einblick zu gewähren, in Bezug auf die einzelnen Arbeitsschritte, bzw. nach welchen Regeln die Interpretation durchgeführt wurde.

...prozess selbst beziehen, und bedeutet, dass der Blickwinkel zunächst weit ist, und erst im Verlauf der Untersuchung fortschreitend zugespitzt wird (Lamnek 2005, S 25).

Für den/die in der qualitativen Forschung Tätige/n ist ein bedeutender Ansatz, den Forschungsprozess so zu entwickeln und zu präzisieren, dass sein Problem, die Steuerung seiner Untersuchung, Daten, analytische Beziehungen und Interpretationen aus dem empirischen sozialen Leben entstehen und darin verwurzelt bleiben (Lamnek, 2005, S 25).

4.2 Das Interview als qualitative Forschungsmethode

Eine alte und zugleich moderne Methode, die sich heute großer Beliebtheit und Verbreitung erfreut, ist das Interview in seinen diversen qualitativen Formen (Lamnek, 2005, S 329). Flick (2007, S 350) betont in seiner Arbeit, dass die qualitativen Interviews der Ermittlung von Expertenwissen über das jeweilige Forschungsfeld, der Erfassung und Analyse der subjektiven Perspektive der Beobachteten dienen.

Diese Form der qualitativen Forschung wurde auch in der vorliegenden Arbeit ausgewählt, um einen tieferen Einblick in dieses Themenfeld zu bekommen und zu zeigen, dass ein differenzierterer Zugang zu Informationen möglich ist als durch Erhebung mit Hilfe eines Fragebogens. Der Interviewte ist in der Regel auch ehrlicher, reflektierter, genauer und offener als bei einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik (Mayring, 1996, S 51). An der Offenheit der Frageformulierungen und der qualitativen Auswertung sind sich qualitativ orientierte Interviewformen weitgehend einig. Nur der Strukturierungsgrad schwankt etwas zwischen den verschiedenen Formen (Mayring, 1996, S. 49). Diese teilstandardisierte Methode macht es auch möglich die Rahmenbedingungen des Forschungsobjektes in diesem Zusammenhang aufzuklären, wodurch eine gute Gesprächsbasis entsteht und der/die Interviewte sich an die Situation gewöhnen kann.

Im Speziellen wurde zur Erhebung der Daten in dieser Arbeit das Leitfaden-Interview ausgewählt, da es sich hierbei um eine gut vermittel- und abbare Interviewtechnik handelt, die im Gegensatz zu noch offeneren Varianten durch das Vorhandensein eines Leitfadens Schutz bzw. Sicherheit bietet (vgl. Krieger, 2008, S. 46).

Leitfaden angelehnt und ermöglichte so dem Befragten, die eigene Sichtweise und die eigene Rolle in der Studie vor allem auch dazu, sich auf die Überlegungen, die im Vorfeld angestellt wurden, zu konzentrieren und auch nach möglichen Abschweifungen des/der Interviewten wieder auf die Problemstellung zurückzukommen.

Der Bezug zum Prinzip der Offenheit in einem qualitativen Interview wurde von Mayring (1996, S 51, nach Kohli 1978) hergestellt und mit folgenden Vorteilen begründet:

- Man kann überprüfen, ob man von den Befragten überhaupt verstanden wurde.
- Die Befragten können ihre ganz subjektiven Perspektiven und Deutungen offen legen.
- Die Befragten können selbst Zusammenhänge, größere kognitive Strukturen im Interview entwickeln.
- Die konkreten Bedingungen der Interviewsituation können thematisiert werden.

Die Problemstellung wurde vom Interviewer bereits vorher analysiert; er hat bestimmte Aspekte erarbeitet, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt sind und im Gesprächsverlauf von ihm angesprochen werden (Mayring, 1996, S 50).

Der Leitfaden soll nun einen roten Faden darstellen, der sich nach den Vorstellungen des/der Forschenden durch das Interview zieht. Diese Abfolge und Strukturierung von Fragen kann im konkreten Erhebungskontext variiert und den Erfordernissen der Situation angepasst werden (vgl. Krieger, 2008, S. 46).

4.2.1 Der Interview-Leitfaden

Bei der Erstellung des Leitfadens wurde darauf geachtet, alle wichtigen Aspekte des Themas, die bei den Vorarbeiten entstanden sind, zu integrieren, um so zu allgemeinen und speziellen Inhalten zu gelangen.

Die Fragen sollten so angeordnet werden, dass durch Kategorienbildung (Überschriften) inhaltlich zusammengehörende Themenkomplexe entstehen (Krieger, 2008, S. 54)

Nach Krieger (2008, S. 55) kommt diesem Arbeitsschritt eine hohe Bedeutung zu, weil der Forscher hierdurch seine Zugangsweise zum Gegenstand vorbereitend entwickelt und in eine klare Form gießt, auf die er später in der Interviewsituation sicher und flexibel zugreifen kann.

Der Leitfaden ist in drei Spalten aufgebaut, wobei die erste das übergeordnete Thema beschreibt, in der zweiten die konkrete Hauptfrage formuliert wird und in der dritten

Es noch nicht alles Interessante behandelt wurde oder
ang nicht klar ist.

Bei der Formulierung der Fragestellung wurde ñ abhängig von den jeweiligen Inhalten -
weitgehend darauf geachtet den Interviewten ein möglichst breites Spektrum an
Antwortmöglichkeiten zu bieten.

4.2.2 Konstruktion des Interviewleitfadens

Anbietende Organisation

Als Einstieg in die Befragung wurde das Thema der organisatorischen Struktur der
Institute gewählt. Somit konnten die Befragten erst einmal über ihr Institut erzählen,
wodurch sich eine gute Gesprächsbasis entwickelte.

Durch diese Fragen soll ein Eindruck von den befragten Instituten entstehen, die
Aufschluss über Betriebsform, Größe und Standort gibt.

Die ersten Fragen sollen einen Einblick in den Aufbau der Einrichtungen gewähren. Es
soll auch klar werden in welchem Ausmaß die kardiale Rehabilitation angeboten wird, um
unter anderem auch abschätzen zu können, wie viele Patient(inn)en dort versorgt werden.
Interessant ist hier auch wie lange sie schon in diesem Bereich tätig sind, da dadurch ein
Eindruck gewonnen werden kann, wie viel Erfahrung bereits gesammelt wurde.

Später soll auch die Flächendeckung der ambulanten kardialen Rehabilitation diskutiert
werden, deshalb war es auch von Bedeutung wo diese angeboten wird. Es soll auch
zeigen, ob sich das Institut in einem Gebiet mit dichter Besiedelung oder eher im
ländlichen Raum befindet.

Weitere Punkte sind die räumlichen Möglichkeiten und deren Ausstattung für das Training.
Diese sollen Auskunft über die Größe der Institute geben und auch über die Vielfältigkeit
des Trainings.

Angebot

Dieser Teil der Befragung soll einen genaueren Einblick in die Organisation des
Angebotes geben. Es soll verdeutlicht werden, was den Teilnehmenden angeboten wird.
An welchen Tagen und zu welcher Tageszeit sie die Möglichkeit habe trainieren zu gehen
und ob die Rehabilitation das ganze Jahr durchgehend stattfindet.

Institut unterschiedliche Kurse bezüglich der Indikation, des Angebots oder ähnlichen Differenzierungen anbietet. Auch die Frage nach der Teilnahme der Ehepartner/innen soll hier geklärt werden.

Die letzten Fragen in diesem Abschnitt beziehen sich auf die Auslastung des Angebotes. Es soll einerseits ein Eindruck über das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage an der ambulanten kardialen Rehabilitation entstehen. Andererseits kann durch die Frage über die Veränderung der Nutzung in den letzten Jahren auf eine positive oder negative Entwicklung geschlossen werden.

Personal

Im Sinne der Qualitätssicherung ist es von besonderem Interesse, über welche Qualifikationen die Herzgruppenleiter/innen und der Arzt/die Ärztin verfügen müssen. Obwohl es dazu klare Richtlinien von der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft gibt, war es trotzdem interessant, welche Maßstäbe sich die Institute selbst setzen.

Hier wurden vor allem Fragen bezüglich der Ausbildung, der Weiterbildung, der Rekrutierung, des Beschäftigungsverhältnisses bezüglich des Personals geklärt. Aber auch die Anwesenheit der ärztlichen Betreuung bei den Einheiten war Teil der Befragung.

Notfallausrüstung

Da es sich bei den Teilnehmenden um eine Gruppe von Menschen mit hohem Risikopotenzial handelt, ist auch die zur Verfügung stehende Ausrüstung für den Notfall von Bedeutung. Auch die Frage, ob diese vielleicht von jemandem zur Verfügung gestellt oder finanziert wird, ist interessant.

Die Teilnehmenden

In diesem Themenbereich sollen die Teilnehmenden des Angebotes näher definiert werden. Es soll klar gestellt werden, welche Menschen für eine Behandlung in dem Institut in Frage kommen, bezogen auf Indikation, Kontraindikation und die bereits in Anspruch genommenen Rehabilitationsmaßnahmen.

Weiters geben die Fragen Aufschluss über die Charakteristik der Teilnehmenden, da bekannt wird, welche Form der Rehabilitation sie in der Phase 2 gewählt haben, welche Anfahrtsstrecke sie in Kauf nehmen bzw. wie viel Zeit sie zwischen den Phasen vergehen ließen.

menbereich ist die Eingangsuntersuchung, welche
erium für die Teilnehmenden darstellen kann, und die
darin untersuchten Parameter.

Kosten

Da eine Rehabilitation mit hohem finanziellem Aufwand verbunden ist, ist eine wichtige Frage wer für diese aufkommt. Gerade durch die immer wieder in den Schlagzeilen auftauchenden Budgetprobleme der Sozialversicherungsträger ist interessant, ob bzw. welcher Anteil der Kosten übernommen wird, von welchen Sozialversicherungsträgern, für welche Patient(inn)en und über welchen Zeitraum. Auch die Tatsache, ob dadurch Verpflichtungen auf Seiten der Teilnehmenden gegenüber den Kostenträgern entstehen, soll hier abgeklärt werden.

Die letzte Frage beschäftigt sich mit den Abrechnungsformalitäten, welche darlegen soll, ob die Institute direkt mit den Kostenträgern abrechnen können oder der/die Patient/in die Behandlung zu erst selbst bezahlen muss und anschließend von der Versicherung rückerstattet bekommt.

Der Inhalt der Kursstunden

Diese ersten Fragen beziehen sich auf den Trainingsplan bezüglich Häufigkeit und Dauer der Einheiten. Die nächsten behandeln den Aufbau der Einheiten. Da heißt unter anderem welche Trainingsformen werden angewandt, über welche Parameter wird die Trainingsbelastung gesteuert, welche Parameter werden erhoben. In Bezug auf Herzfrequenz und Blutdruck ist Anzahl und Zeitpunkt der Messungen interessant.

Ein weiterer Punkt ist die Dokumentation der Trainingswerte. Dazu wird die Frage gestellt, welche Werte festgehalten werden. Da die Entwicklung der Trainingswerte für die Teilnehmenden sehr motivierend sein kann, ergibt sich die nächste Frage, ob die Teilnehmenden Zugang zu den Aufzeichnungen ihrer Werte haben und diese somit mitverfolgen können.

In der kardialen Rehabilitation sind jedoch auch noch viele andere Inhalte abseits des körperlichen Trainings wichtig. Das Angebot soll dem Anspruch eines multifaktoriellen Ansatzes gerecht werden. Somit ist einerseits interessant wie vielfältig das Angebot an solchen zusätzlichen Angeboten ist und auch in welcher Form diese Inhalte mit den Teilnehmenden behandelt werden.

Nachhaltigkeit

erreicht werden können ist es einerseits wichtig, dass die Teilnehmenden die Behandlung bis zum Ende fertig machen, und andererseits ist eines der Ziele die Patient(inn)en zu einem lebenslangen Sporttreiben zu motivieren. Die Fragen in diesem Bereich beziehen sich nun also auf die Strategien, wie die Institute versuchen diese Punkte zu erreichen. Zuerst wird nach der Höhe der Dropoutrate gefragt, und weiters nach den Maßnahmen dieses frühzeitige Aussteigen zu verhindern.

Die Fragen zur Nachhaltigkeit behandeln das Thema der Empfehlungen durch die Einrichtungen für die weitere sportliche Aktivität der Teilnehmenden nach Ende der Rehabilitation. Welche Bewegungsaktivitäten werden vorgeschlagen bzw. in welchem Ausmaß solle diese ausgeübt werden. Die Art der Informationsweiterleitung wird ebenfalls erhoben, da es von Bedeutung ist, ob diese mündlich oder sogar schriftlich durchgeführt wird.

Zusammenarbeit mit anderen Angeboten

Es sollen hier die Bemühungen der Institute offen gelegt werden, die stattfinden, um auf sich und ihr Angebot aufmerksam zu machen. Es werden Marketingmaßnahmen erhoben und nach möglichen Kooperationen mit anderen Instituten gefragt.

Ein weiterer Punkt ist die Zusammenarbeit mit Organisationen die Bewegungsaktivitäten anbieten, welche die Teilnehmenden nach Abschluss der Phase-3-Rehabilitation in Anspruch nehmen könnten. Es ist dazu interessant, ob die Institute überhaupt Informationen über solche Organisationen weitergeben bzw. ob es vielleicht sogar klare Vereinbarungen, über die Weiterleitung der Patient(inn)en, zwischen ihnen gibt.

Abschlussfrage

Die Fragen beziehen sich alle auf Themen das Institut betreffend. Stellvertretend dafür wird ein Experte/aus diesem Institut befragt, welcher kompetent in Bezug darauf ist. Bei der Antwort auf die letzte Frage hat nun dieser Experte/diese Expertin die Möglichkeit seine/ihre eigene Einschätzung mitzuteilen. Zusätzlich könne auch noch Punkte geäußert werden, die nicht zu einer der Fragen passte, aber vielleicht wichtig für den Gesamteindruck sein könnte.



		für eine Organisation sie?	Dachverband Verein Physiotherapie Private Krankenanstalt Sportvereine ë ë
		Sind sie ein von der AGAKAR akkreditierter Verein?	Ja/Nein Seit wann?
Dauer	Wie lange bieten sie schon ambulante HerzKreislaufrehabilitation an?		Auch bevor sie von der AGAKAR akkreditiert wurden?
Kursorte	Wo bieten sie ihre Kurse an?		Orte Bezirke Stadt / Land , Größe des Ortes
Räumlichkeiten	In welchen Räumen bieten sie ihre Kurse an? Über welche Ausstattung verfügen die Räumlichkeiten?		Eigene Räume Schulturnhallen Andere Räumlichkeiten

Angebot:

Anzahl der Kurse	Wie viele Kurse bieten sie an? Wie viele Teilnehmer/innen sind durchschnittlich in den Kursen?	Gibt es eine Beschränkung der Teilnehmer/Innenzahl (max-mini)?
Termin	Wann bieten sie Kurse an?	Zu welcher Tageszeit bieten sie Kurse an? An welchen Wochentagen? Das ganze Jahr über? Auch in den Ferien?
Differenziertes Kursangebot	Gibt es unterschiedliche Kurse?	Bieten sie verschiedene Kurse die Indikation betreffend an? unterschiedliche Belastbarkeit? Gibt es auch Kurse nur für Männer oder Frauen? Gibt es Kurse, an denen die Partner/innen teilnehmen können?



	nd die Kurse ausgelastet?	Sind sie voll oder nicht?
	Wie hat sich die Nutzung des Angebots in den letzten Jahren verändert?	Müssen sie Interessierte ablehnen? Gibt es Bedarf noch mehrere Kurse zu machen? Warum werden nicht mehr angeboten? Wird es mehr/weniger genutzt

Personal:

Qualifikation	Über welche Qualifikationen müssen die Herzgruppenleiter/innen verfügen?	Abgeschlossenes Studium Teil-Studium? Physiotherapie AGAKAR-Ausbildung
Fortbildungen	Müssen die Herzgruppenleiter/innen regelmäßig Fortbildungen besuchen?	Welche? Wie oft? Wer bezahlt diese?
Werbung und Auswahl	Wo rekrutieren sie ihre Gruppenleiter/innen?	Schalten sie Anzeigen? Über bestimmte Ausbildungen? Wie wählen Sie die Kursleiter/innen aus?
Bezahlung	Wie ist die Bezahlung der Herzgruppenleiter geregelt?	Sind sie angestellt? Arbeiten sie auf Honorarnotenbasis? Wie viel Geld bekommen sie pro Einheit?
Arzt		
Anwesenheit	Ist ein Arzt während des Trainings anwesend?	Ist er ständig dabei? Welche Aufgaben hat er? Was macht er?
Verfügbarkeit	Ist ein Arzt in der Nähe der bei Notfällen erreichbar ist?	Wo ist dieser? Wie ist er erreichbar?
Qualifikation	Über welche Qualifikationen müssen die Ärzte verfügen?	Müssen die Ärzte eine bestimmte Ausbildung, z.B. Notfall-Ausbildung, haben? Welche Ausbildung müssen die Ärzte haben?

	die Bezahlung der geregelt?	Sind diese angestellt? Werden sie pro Einheit bezahlt? Wie viel bekommen sie?

Notfallsausrüstung

Ausstattung	Welche Notfallsausrüstung ist während des Trainings verfügbar?	Ist ein Defibrillator verfügbar? Ist ein Telefon/Handy in der Nähe? Gibt es einen Notfallplan?
Finanzierung	Wer hat die Notfallsausrüstung finanziert?	

Teilnehmende:

Rehabilitationsverlauf	Haben alle Teilnehmenden eine stationäre Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik gemacht?	Wie viele haben diese ungefähr gemacht? Haben auch welche eine ambulante Behandlung gemacht?
Zeitverlauf der Rehabilitation	Wie viel Zeit liegt zwischen dem Aufenthalt und dem Einstieg in die Herzgruppe?	Wochen Monate Jahre
Ein- und Ausschlusskriterien	Wer darf an den Gruppen teilnehmen? Wer darf nicht teilnehmen?	Welche Ein- und Ausschlusskriterien gibt es?
Ärztliche Eingangsuntersuchung	Müssen die Teilnehmenden eine ärztliche Untersuchung machen? Was wird untersucht?	Müssen sie eine Eingangsuntersuchung machen? Müssen sie auch während dem Training regelmäßige ärztliche Untersuchungen machen? Belastungs-EKG?
Räumliches Umfeld	Wie groß ist die Anfahrsstrecke ihrer TeilnehmerInnen in etwa?	Maximaler Anfahrtsweg? Minimaler Anfahrtsweg?

Kosten:

Kosten Teilnehmende	Müssen die gesamten Kosten von den TeilnehmerInnen selbst getragen werden?	
---------------------	--	--



	nn nicht, on welchen Institutionen den Kosten übernommen?	Krankenkassen Zusatzversicherungen
Kostenübernahme Teilnehmende	ë für welche TeilnehmerInnen werden die Kosten übernommen?	Welche Indikation müssen sie haben? Ist es auch vom Alter abhängig?
Anteilige Kostenerstattung	ë welcher Anteil der Kosten wird übernommen	Wie viel Prozent der Kosten wird übernommen?
Dauer Kostenübernahme	ë für welchen Zeitraum werden Kosten übernommen?	Monate, Jahre Dauer der Krankheit?
Bedingungen für eine Kostenübernahme durch die SV	Was müssen die TeilnehmerInnen tun, damit ihnen die Kosten erstattet werden?	Welche Bedingungen müssen sie erfüllen? Anwesenheit
Ablauf Kostenerstattung	ë wie läuft die Abrechnung mit den zahlenden Instituten ab?	Müssen zuerst die TeilnehmerInnen zahlen und bekommen dann ihr Geld zurück? Werden die Kosten direkt von der Instituten übernommen?

Inhalte Kursstunden:

Häufigkeit und Struktur Kursstunden	Wie oft trainieren die Teilnehmenden pro Woche? Wie lange dauert eine Einheit?	Trainieren sie mehrmals pro Woche?
Kursstundenablauf	Wie sind die Kursstunden grundsätzlich aufgebaut? Wie wird die Trainingsbelastung gesteuert? Wird der Puls gemessen? Wird der Blutdruck gemessen?	Gibt es einen typischen Stundenverlauf? Welche Inhalte hat das Training? Wird die Belastung über Watt oder Herzfrequenz gesteuert? Wie oft? Wann? Sind Pulsuhren vorhanden? Wie oft? Wann?

	Wird in der Gemeinschaft identifiziert?	Belastung Herzfrequenz Blutdruck Befinden
	Können die Teilnehmenden den Verlauf ihrer Werte mitverfolgen?	Haben die Teilnehmenden Zugang zu ihren Daten? Wie können sie Zugang zu ihren Daten bekommen?
Zusätzliche Inhalte im Kursangebot	Werden den Teilnehmenden auch andere Inhalte neben dem Bewegungstraining angeboten? Wie oft? In welcher Form?	Welches Angebot gibt es noch? Risikofaktorenmanagement, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Entspannungstraining, Aufklärung über Krankheit Vorträge, Broschüren, Diskussionen, etc.

Langfristige Teilnahme und Nachhaltigkeit

Dropout	Wie versuchen sie die TeilnehmerInnen vor einem Dropout zu bewahren? Wie groß würden sie die Dropout Rate schätzen? Geben sie auch Impulse um die Teilnehmenden zu einem lebenslangen Sporttreiben zu motivieren?	Welche sportlichen Aktivitäten empfehlen sie ihren TeilnehmerInnen neben dem Kurs, bzw. wenn sie den Kurs verlassen?(mündlich/ schriftlich) Geben sie Empfehlungen in welchem Ausmaß diese Aktivitäten betrieben werden sollen? (mündlich/ schriftlich)
---------	---	---

Zusammenarbeit mit anderen Angeboten

Information über Kursangebot	Wie kommen die Teilnehmenden zu ihnen?	Durch welche Maßnahmen versuchen sie die Personen auf ihr Programm aufmerksam zu machen? Gibt es Informationsbroschüren, die bei Ärzten, in Krankenhäusern, in Reha- Zentren, bei den
---------------------------------	---	---

		Krankenkassen, beim Herzverband, ð aufliegen Habend sie Kooperationen mit den Institutionen? Gibt es Informationsveranstaltungen?
Weiterführende Angebote	Geben sie Informationen über weiterführende Sportangebote in anderen Organisationen an die Teilnehmenden weiter? (mündlich/schriftlich) Bietet ihre Organisation selbst gesundheitsorientierte Bewegungsaktivitäten für Menschen nach Teilnahme in der Herzgruppe an?	Herzverband Turnverein Laufftreffs, Nordic Walking, Gymnastik

Abschlussfrage:

Aktuelle Situation	Wie schätzen sie die aktuelle Situation der ambulanten Herzkreislauf-Rehabilitation in Österreich ein?	Entspricht das Angebot dem Bedarf? An welchen Stellen könnte man noch ansetzen um das Angebot zu optimieren?
--------------------	--	---

4.3 Die Auswahl der Interviewpartner/innen

Es wurden alle Institute, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung akkreditiert waren und somit offiziell eine ambulante kardiale Rehabilitation der Phase 3 anbieten durften, telefonisch kontaktiert, mit Ausnahme des Institutes in Feldkirch. In allen diesen Telefonaten wurde mit einer Person, die in der jeweiligen Einrichtung für diesen Bereich zuständig ist, ein Termin für ein Interview vereinbart. Da bei der Vereinbarung der Befragung von meiner Seite nicht ausdrücklich nach einer bestimmten Berufsgruppe verlangt wurde, ergab es sich, dass die Gesprächspartner/innen unterschiedliche Kompetenzen und Aufgaben im Institut hatten. Das hatte zur Folge, dass die Befragungen teilweise mit Ärzt(inn)en, Sportwissenschaftlern/Sportwissenschaftlerinnen und auch mit einer Krankenhausmanagerin geführt wurden. Meines Erachtens nach brachte eine

großen Differenzen in Bezug auf die Ergebnisse, da ich auch einen großen Einblick in die organisatorische Gestaltung des Programms haben, angesprochen fühlten und für das Interview zur Verfügung standen.

Auf eine Befragung des Institutes in Feldkirch wurde verzichtet, da der nötige zeitliche und finanzielle Aufwand in keiner Relation zu den zu erwartenden Ergebnissen stand.¹ Die neu akkreditierten Institute in Innsbruck und Graz waren zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme noch nicht aktiv.

4.4 Die Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden größtenteils in den Einrichtungen selbst statt, wobei ich auch einen Eindruck von den Räumlichkeiten gewann. Es gab zwei Ausnahmen: Ein Interview fand in einem Cafe und ein anderes an einem anderen Arbeitsplatz des befragten Arztes statt. Die Orte wurden immer von den Befragten selbst ausgewählt, damit sie sich in einer sicheren Umgebung befanden.

Die Gesprächspartner/innen interessierten sich meist sehr für meine Motivation dieses Thema zu bearbeiten, was oft ein guter Einstieg in die Befragung war. Davor oder danach wurden mir die Einrichtungen gezeigt.

Die Interviewten waren sehr gesprächsbereit und beantworteten alle gestellten Fragen, jedoch gab es unterschiedliche Ausführungen. Manche gaben klare und knappe Antworten und andere vermittelten einen genauen Einblick in die Thematik. Allerdings kann diese Varianz auch auf die unterschiedlichen Persönlichkeiten zurückgeführt werden.

4.5 Die Aufzeichnung und Transkription der Interviews

Die Interviews wurden mit einem digitalen Diktiergerät der Marke Olympus, Type W-10, aufgezeichnet. Diese Aufzeichnung erfolgte allerdings nur, wenn der/die Gesprächspartner/in seine/ihre Einwilligung dazu gab. Die Erlaubnis zur Aufnahme des Gesprächs wurde mir zweimal verwehrt. Diese Befragungen wurden mit Zustimmung der Interviewten schriftlich aufgezeichnet.

¹ In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Studie von Aguado (2000) verweisen, die unter anderem für eine Offenlegung sämtlicher im Forschungsprozess eingegangener Kompromisse eintritt.

durch Dritte kurz gestört und die Aufnahme daraufhin
dass die Befragten um einen Stopp der Aufzeichnung
baten, da sie bestimmte Aussagen nicht auf dem Tonband haben wollten.

Die erhaltenen Audiodateien wurden mit Hilfe des Programms F4 transkribiert. Als Methode wurde die von Mayring (1996) beschriebene wörtliche Transkription mit Übertragung in normales Schriftdeutsch gewählt, in der der Dialekt bereinigt wird, Satzbaufehler behoben werden, der Stil geglättet wird. Dies kommt dann in Frage, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wenn der Befragte beispielsweise als Zeuge, als Experte, als Informant auftreten solló(Mayring, 1996, S. 70).

An manchen Stellen konnte auch nach mehrmaliger Wiederholung die Passage auf Grund von Störgeräuschen oder zu leiser Aussprache der Interviewten nicht wiedergegeben werden. Diese Teile wurden in Klammern gefasst, da eine hundertprozentige Wiedergabe nicht gewährleistet werden kann.

4.6 Probleme bei den Interviews

Die Gesprächspartner/innen waren zum Großteil sehr offen den Fragen gegenüber, allerdings kamen mehrmals Rückfragen zur Anonymisierung der Daten.

Am Anfang jedes Interviews wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Daten anonymisiert werden und lediglich die Vorstellung der Institute mit richtigen Namen etc. erfolgt.

Auf Grund dessen werden die Institute zuerst möglichst wertfrei vorgestellt. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die im Text zitierten Aussagen nur mehr auf die zuvor durchnummerierten Interviews und nicht mehr auf die dahinter stehenden Institutionen bezogen.

Im Interview 1 wurde mir eine Aufzeichnung nicht gestattet. Allerdings fand in diesem Fall eine schriftliche Aufzeichnung statt, wobei hier leider viele Anmerkungen verloren gingen, da ansonsten der Gesprächsfluss gestört worden wäre.

Weitere Auffälligkeiten bei den Aufzeichnungen gibt es im Interview 12, wo die Aufnahme auf Wunsch des Gesprächspartners/der Gesprächspartnerin unterbrochen wurde. Dies wurde aus dem Grund erbeten, da Angaben gemacht wurden, deren Weiterverarbeitung nicht erwünscht war.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

lls auf, da die Software des Diktiergerätes nicht mit
Vista kompatibel ist. Deswegen fanden einige
Transkriptionen direkt vom Diktiergerät statt.

Im ersten Teil der Auswertung werden die Institute vorgestellt, um eine aktuelle Situation des Angebotes zu zeigen. Anschließend folgt ein Vergleich - eine horizontale Auswertung - der Befragungen zu den einzelnen Themenbereichen, um Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Einrichtungen aufzuzeigen.

Welche Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews im Rahmen einer Untersuchung gewählt werden, hängt von der Zielsetzung, den Fragestellungen und dem methodischen Ansatz ab (Schmidt, 2007, S 447).

5.1 Die Vorstellung der Institute

Derzeit gibt es in Österreich 24 von der AGAKAR akkreditierte Institute, die eine ambulante Herzkreislaufrehabilitation anbieten dürfen. Davon waren zum Zeitpunkt der Untersuchung allerdings nur 14 Institute in diesem Bereich aktiv. Die anderen befinden sich noch im Aufbau des Angebotes oder bieten dieses aus anderen Gründen, die teilweise später genannt werden, momentan nicht an. Es handelt sich um sehr unterschiedlich organisierte Institute, die vom Verein, über Krankenanstalten bis hin zu Ambulatorien reichen. Auch das Ausmaß des Angebotes im Bereich der ambulanten Herzkreislaufrehabilitation ist sehr unterschiedlich.

Seit 01.05.2007 gibt es einen Rahmenvertrag mit dem Hauptverband. Bei diesen Verhandlungen haben sich alle Sozialversicherungsträger zusammengesetzt und diesen unterzeichnet. Es haben laut Angaben in den Interviews bis auf die Vorarlberger Krankenversicherung (vgl. Interview 1, Zeile 165) alle Krankenversicherungen und Sozialversicherungsträger diesen Vertrag unterschrieben. Es wird in diesem Zusammenhang eine Pilotstudie durchgeführt, die bis 2010 angesetzt ist, und bei der sechs Institute miteinbezogen wurden. Diese Institute haben nun einen Vertrag und können ihre Patient(inn)en mit allen Sozialversicherungen abrechnen. Die Auswahl dieser Institute ist leider nicht transparent, wird aber zu einem späteren Zeitpunkt nochmals diskutiert.

Im folgenden Teil werden alle Institute nach dem Zeitpunkt ihrer Akkreditierung vorgestellt, wobei sich die Daten teilweise auf die Interviews beziehen, aus Telefonaten hervorgegangen sind oder von Informationsbroschüren und Internetseiten stammen.

te mit Namen und Adresse genannt und auch Fakten
erarbeitet. Später in der Arbeit werden die Angaben
größtenteils anonymisiert.

Die Institute werden nun mit Namen und Anschrift, Art der Organisationsform, der ärztlichen Leitung, Zeitpunkt der Akkreditierung, Beginn der ambulanten Rehabilitation, Abrechnungsstrukturen und mit ihrem Angebot und dessen Inhalten vorgestellt. Dies soll vorerst einen groben Überblick über die aktuellen Möglichkeiten, in Österreich eine ambulante kardiale Rehabilitation der Phase 3 zu machen, schaffen.

Zentrum für medizinische Trainingstherapie

Röttergasse 41/1
1170 Wien

Das Institut ist eine private Organisation, die in einer Art AG-Gesellschaftsform geführt wird, in welcher das Institut für Trainingstherapie von Frau Dr. Strasser, Sportwissenschaftlerin, geleitet wird. Herr a.o. Univ.-Prof. Dr. Paul Haber ist der ärztliche Leiter und hat dort auch seine Ordination.

Frau Dr. Strasser betreut das Trainingszentrum alleine und falls sie einmal nicht da sein sollte hat sie jemanden mit den nötigen Qualifikationen, der/die sie vertritt.

Es war das erste Institut, welches von der AGAKAR im Jahre 1998 akkreditiert wurde und auch seit dieser Zeit die ambulante Herzkreislaufrehabilitation anbietet.

Für Patienten, die noch erwerbstätig sind, kann das Institut die Kosten direkt mit der Pensionsversicherung abrechnen. Diese ist jedoch der einzige Sozialversicherungsträger mit dem das Institut eine Vereinbarung hat.

Die Rehabilitation wird nicht in Form von Kursen durchgeführt, sondern den Teilnehmenden werden bestimmte Trainingszeiten angeboten, welche sie je nach ihren zeitlichen Ressourcen nützen können.

Die Öffnungszeiten des Institutes sind Montag, Mittwoch und Freitag von 9-13 Uhr, Montag und Mittwoch von 14-19 Uhr, Dienstag von 14:30-19:30 und Donnerstag 15:30-20:30, wobei die Phase 3 Patienten leicht eingeschränkte Trainingszeiten haben, und nicht am Mittwoch- und Freitagvormittag und am Donnerstagnachmittag kommen dürfen.

Die Teilnehmenden sollten zweimal in der Woche trainieren. Eine Einheit dauert zwischen 40 und 60 Minuten.

in Raum mit Ausdauer- und Krafttrainingsgeräten zur
sich Fahrradergometer, Krafttrainingsgeräte und
Koordinationstrainingsgeräte, jedoch kein Laufbandergometer.

Der Aufbau der Trainingseinheiten setzt sich aus einem Ausdauertraining zwischen 20 und 40 Minuten und einem Krafttraining der Hauptmuskelgruppen, etwa 20 bis 30 Minuten, zusammen.

Landeskrinikum Krems ñ Institut für Präventiv- und angewandte Sportmedizin

Mitterweg 10
3500 Krems

Das Institut mit Herrn Prim. Dr. med. Harald Urbanek als ärztlichem Leiter wird von der Landeskliniken Holding geführt. Es bietet seit etwa 15 Jahren die ambulante kardiale Rehabilitation an, wobei es erst seit 1999 von der AGAKAR akkreditiert ist.

Im Moment wird nur die Phase 3 angeboten, da die räumlichen Gegebenheiten nichts anderes zulassen. Allerdings ist im Jahr 2009 eine große Veränderung geplant und die kardiale Rehabilitation soll in den Räumen der physikalischen Medizin angeboten werden. Im Zuge dessen ist geplant das Angebot an Phase 3 Gruppen auszubauen und zusätzlich auch die Rehabilitation der Phase 2 anzubieten.

Das Institut kann mit mehreren Sozialversicherungsträgern abrechnen, wobei keine detaillierteren Angaben dazu gemacht wurden. Die Teilnehmenden müssen einen Selbstbehalt von vier Euro pro Einheit übernehmen.

Derzeit stehen dem Institut zwei Räume für die Rehabilitation zur Verfügung, wobei ein Raum für das Ausdauertraining genutzt wird und der andere für Übungen im Bereich des Krafttrainings.

Für das Training stehen acht Ergometer und viele Kleingeräte, wie Kleinhanteln, Tubingbänder, Therabänder und ein Dynamometer für das Krafttraining zur Verfügung.

Es werden momentan zwei Trainingszeiten angeboten: Montag und Mittwoch jeweils von 8 bis 9 Uhr und von 12 bis 13 Uhr. Die Mittagsgruppe ist mit ca. acht Personen etwas besser frequentiert als die Morgengruppe mit fünf bis sechs.



Mag. Golda

8010 Graz

Das Institut ist seit 2000 mit Dr. med. Wolfgang Wolf als ärztlichem Leiter akkreditiert, bietet derzeit jedoch weder die Phase 2 noch die Phase 3 der ambulanten kardialen Rehabilitation an.

Institut für Bewegungstherapie

Gaswerkstrasse 1a

8020 Graz

Das Institut für Bewegungstherapie wird als Krankenanstalt mit Dr. med. Hanns Harpf als ärztlichen Leiter geführt. Es ist seit dem Jahr 2000 von der AGAKAR akkreditiert und bietet auch seit diesem Zeitpunkt ambulante Herzkreislaufrehabilitation an. Es ist eines der sechs Institute, die einen Vertrag mit dem Hauptverband haben und somit mit allen Sozialversicherungsträgern abrechnen können.

Dadurch, dass das Institut eine Krankenanstalt ist, hat es auch die Möglichkeit die Rehabilitation der Phase 2 anzubieten, was es auch sein einiger Zeit macht.

Die Rehabilitation wird direkt im Institut angeboten. Dort steht ihr ein großer Gymnastikraum zur Verfügung, der mit sechs Ergometern und der üblichen Ausstattung, die eben so ein Turnsaal hat [,] also die ganzen Koordinations- und Krafttrainingsgeräte und soáusgestattet ist.

Es werden im Moment eine Phase 2 und acht Phase 3 Gruppen geführt.

In der Phase 3 trainieren die Teilnehmenden zweimal pro Woche, wobei eine Einheit 75 Minuten dauert, also 1,5 Therapieeinheiten.

Aufgebaut sind die Stunden zur einen Hälfte auf Ausdauertraining und zur andern auf Koordinations- oder Mobilisationstraining, wobei immer zwei Gruppen nebeneinander laufen und in der Halbzeit gewechselt wird.

Die Kurse werden vormittags und nachmittags angeboten, wobei die Teilnehmenden die Wahl haben, die Kurse entweder montags und mittwochs zu besuchen, oder dienstags und freitags.

Die Gruppen sind geschlossen und die Teilnehmenden können somit nicht zwischen den Kursen wechseln.

Herr Dr. Karl Mayr ist ärztlicher Leiter des Institutes, das als Sonderkrankenanstalt geführt wird. Im Jahr 2000 wurde das Zentrum von der AGAKAR akkreditiert und bietet auch seit diesem Zeitpunkt die ambulante kardiologische Rehabilitation an. Das Institut ist in der Pilotstudie integriert und kann mit allen Sozialversicherungsträgern abrechnen.

Es wird den Patient(inn)en eine Phase 2 und auch eine Phase 3 angeboten. Die Phase 3 wird nicht in Form von Kursen angeboten, sondern es gibt bestimmte Trainingszeiten für die sich die Patient(inn)en anmelden können.

Das Training findet in einem Raum statt, in dem Fahrradergometer, ein Ruderergometer und ein Laufband zur Verfügung stehen.

Anfangs werden die Teilnehmenden angehalten öfter, also in etwa 2-3mal pro Woche, zum Training zu kommen, da die Patient(inn)en zu Beginn noch mehr Begleitung beim Trainieren brauchen.

Die Kursstunden beginnen mit fünf Minuten Aufwärmen, dann folgt das Ergometertraining und abschließend wird noch gedehnt.

Zentrum für ambulante kardiologische Rehabilitation Steyr

Enge Gasse 1

4400 Steyr

Die Einrichtung, der Dr. W. Zieglmeyer als ärztlicher Leiter vorsteht, ist seit dem Jahr 2001 akkreditiert. Sie bietet jedoch derzeit ebenfalls keine ambulante kardiologische Rehabilitation der Phase 3 an.

Reha-Sport-Institut

Grenzweg 10

6800 Feldkirch

Wie weiter oben schon erwähnt, wurde mit diesem Institut kein Kontakt hergestellt, und somit wurde auch kein Interview geführt.



Rehabilitation der erblichen Wirtschaft

1051 Wien

Im Jahr 2001 wurde das Institut mit Prim. Dr. Karl Schmoll als ärztlichem Leiter akkreditiert. Es wird als Sonderkrankenanstalt geführt und kann die erbrachten Leistungen mit der Sozialversicherung abrechnen.

Diese Einrichtung bietet die Rehabilitation in ihren eigenen Räumen an. Dafür stehen ein Raum mit sieben Fahrradergometern, ein Schwimmbad und ein Turnsaal zur Verfügung.

Die Teilnehmenden kommen zweimal in der Woche und werden in zwei unterschiedliche Gruppen eingeteilt - diejenigen, die ins Wasser dürfen, und jene, die nicht dürfen.

Die Kurse werden das ganze Jahr über montags und mittwochs oder dienstags und donnerstags am Vormittag und am Nachmittag angeboten.

Die Einheiten dauern eine Stunde und sind in drei Teile aufgeteilt. Der erste Teil beinhaltet Ergometerfahren oder Schwimmen, der zweite Gymnastik und der dritte Entspannung, wobei für jeden Teil 20 Minuten zur Verfügung stehen.

ZAR ñ Zentrum für ambulante Rehabilitation

Wehlstrasse 127

1021 Wien

Das Institut ist eine Krankenanstalt und bietet ambulante Rehabilitation seit etwa 15 Jahren an, wobei die kardiale Rehabilitation nur ein Bereich ist, in dem die Einrichtung tätig ist.

2001 wurde sie mit Prim. Univ. Doz. Dr. Robert Kurz als ärztlichem Leiter akkreditiert.

Das Institut war nicht zu einem Interview bereit.

Cardio Vital Wels

Institut für Präventiv- und Rehabilitationsmedizin

Grieskirchnerstrasse 49

4600 Wels

Das Institut in Wels, welches gemeinsam mit anderen Teil einer Privatklinik Betriebs GmbH ist, wird als Krankenanstalt geführt. Prim. Univ. Prof. Dr. Bernd Eber ist der ärztliche Leiter dieses Institutes, das seit 2001 ambulante kardiale Rehabilitation anbietet

AR akkreditiert ist. Es besteht auch ein Vertrag mit dem

Das Training findet in den Räumen des Institutes statt, welche mit neun Fahrradergometern, einem Laufband und vielen weiteren Kleingeräten ausgestattet sind.

Derzeit trainieren 10 Phase 3 Gruppen, mit 9 Personen, zweimal pro Woche und ein- bis zweimal im Monat beginnt eine Phase 2 Gruppe. Die Kurse finden montags und mittwochs von 8 bis 11 Uhr, montagnachmittags von 14 bis 18 Uhr, mittwochnachmittags von 14 bis 19 Uhr und dienstags, donnerstags und freitags von 8 bis 12 Uhr statt.

Die Einheiten haben 50 Minuten Nettotherapiezeit, die wie folgt aufgebaut sind: Sie beginnen mit dem Ausdauertraining, darauf folgen gymnastische Übungen, Mobilisation, Kräftigung, Entspannungsübungen, Dehnungsübungen und auch die ADL's.

HerzKreislaufzentrum Klagenfurt

Villacherstrasse 47

9020 Klagenfurt

Im Rahmen der Praxis von Herrn Primar Dr. Josef Sykora, der auch deren ärztlicher Leiter ist, bietet Herr Mag. Arnold Jonke die ambulante Rehabilitation an. Sie ist seit 2003 von der AGAKAR akkreditiert und seit diesem Zeitpunkt wird dort auch eine ambulante Rehabilitation angeboten.

Das Zentrum kann mit der Pensionsversicherung und mit den Krankenkassen der gewerblichen Wirtschaft und von den Beamten abrechnen. Dies bedeutet, dass für Erwerbstätige die Kosten und für Pensionisten, die selbstständig oder im öffentlichen Dienst tätig waren, übernommen werden. Andere Pensionisten und Mitversicherte bekommen die Kosten nicht erstattet. Im Bundesland Kärnten ist es so geregelt, dass 25 Euro von den jeweiligen Sozialversicherungsträgern übernommen werden und ein Selbstbehalt von vier Euro von den Teilnehmenden selbst zu entrichten ist.

Für das Training steht ihnen ein eigener Raum in der Ordination von Herrn Dr. Sykora zur Verfügung, der mit fünf Ergometern und Geräten zu Kraft- und Koordinationstraining ausgestattet ist.

Im Moment werden vier Trainingsgruppen angeboten, die zweimal in der Woche trainieren. Die Kurse finden das ganze Jahr über montags und donnerstags vom frühen Nachmittag bis zum Abend statt.

Die Einheiten dauern 50 Minuten und sind primär auf Ausdauertraining am Ergometer aufgebaut. Zusätzlich werden noch Koordination, Gleichgewicht und Kraft mit hohem Stabilitätsanteil trainiert.



h Schaflinger GmbH

8662 Mitterdorf i. M.

Das Institut wurde 2003 akkreditiert, bietet jedoch momentan keine ambulante kardiale Rehabilitation der Phase 3 an.

DAVID Gesundheitszentrum Krems

Kasernenstrasse 16

3500 Krems

Das Gesundheitszentrum ist ein Ambulatorium mit Dr. Lucas Kleemann als ärztlichem Leiter. Es wurde 2003 von der AGAKAR akkreditiert und bietet seit 2006 die ambulante Rehabilitation im kardiologischen Bereich an.

Das Institut hat eine Vereinbarung mit der Pensionsversicherung von der alle Kosten übernommen werden. Jedoch wird überlegt einen Selbstbehalt von den Teilnehmenden einzuführen.

Die Einrichtung hat eigene Räume für die Rehabilitation, die mit sechs Ergometern ausgestattet sind. Weiters gibt es Geräte für Kraft- und Balancetraining, ein Trampolin und eine Kletterwand.

Derzeit laufen vier Kurse, welche jede Woche am Dienstag- und Donnerstagnachmittag angeboten werden. Es sind zwischen drei und fünf Teilnehmende in den Gruppen, die nach ihrer Leistungsfähigkeit eingeteilt werden.

Die Teilnehmenden trainieren zweimal pro Woche, wobei eine Einheit 90 Minuten dauert. Eine Trainingseinheit beginnt mit einer kurzen Anamnese des aktuellen Befindens des Patienten oder der Patientin, der Medikation. Zusätzlich wird festgehalten, wie es ihm/ihr seit dem letzten Termin gegangen ist. Dann wird mit dem Training begonnen, welches aus einer Aufwärmphase, der Trainingsphase und einem Abwärmen besteht. An das Ausdauertraining schließt nach einer kurzen Pause das Kraftausdauertraining an.

Physikalisches Ambulatorium der Stadtwerke Bruck an der Mur

Erzherzog-Johann-Gasse 1

8600 Bruck an der Mur

Das Ambulatorium ist eine Non-Profit-Organisation und wird als eine Abteilung der Stadtwerke geführt, der Prim. Univ. Doz. Dr. Gerald Zenker als ärztlicher Leiter vorsteht.

hat 2005 mit seinen ersten Teilnehmenden die ambulante Rehabilitation begonnen. Es ist - bezogen auf den Zeitpunkt der Akkreditierung - das jüngste Institut, welches einen Vertrag mit dem Hauptverband hat.

Dadurch, dass es als Ambulatorium geführt wird, unterliegt es dem Krankenanstaltengesetz und kann auch eine ambulante Phase 2 anbieten.

Es werden die Räume der physikalischen Therapie für die ambulante Rehabilitation genutzt. Diese sind mit 10 Ergometern, Krafttrainingsgeräten und Kleintrainingsgeräten ausgestattet.

Das Institut muss sich bei der zur Nutzung der Räume an den Zeiten der physikalischen Therapie orientieren. Somit stehen ihm die Räume von Montag bis Donnerstag zwischen 14 Uhr 30 und 20 Uhr für die ambulante Rehabilitation der Phase 2 und 3 zur Verfügung. Zurzeit werden drei Phase 3 Gruppen angeboten.

Die Teilnehmenden trainieren zweimal in der Woche und eine Trainingseinheit entspricht 25 Minuten Nettotherapiezeit. Zwei Trainingseinheiten sind wiederum eine Therapieeinheit. Diese enthält einen Teil mit Ausdauertraining und einen Teil mit Koordinations- oder Krafttraining.

Ambulatorium Nord

Carl Zuckmayer Strasse 1
5020 Salzburg

Das Ambulatorium ist eine GmbH mit Tagesklinik und Ambulatoriumsgenehmigung. Die ärztliche Leiterin ist Frau Dr. Edith Miller-Mayer. Es wurde im Jahr 2004 von der AGAKAR akkreditiert und bietet seit dem Zeitpunkt der Eröffnung die ambulante kardiologische Rehabilitation an. Das Institut ist ebenfalls in der aktuellen Pilotstudie integriert, hat einen Vertrag mit dem Hauptverband und kann dadurch mit allen Sozialversicherungsträgern abrechnen.

Es wird die Rehabilitation der Phase 2 und Phase 3 angeboten, wofür ein Trainingsraum, der mit acht Ergometern und Kleingeräten ausgestattet ist, zur Verfügung steht.

Die Einrichtung führt das Angebot in offenen Gruppen durch, wodurch die Patienten die Möglichkeit haben fünf Tage in der Woche von morgens bis zum späten Nachmittag trainieren zu kommen.

Die Teilnehmenden kommen bis zu vier Tage in der Woche zum Training, wobei sich die Dauer einer Einheit an der individuellen Belastbarkeit orientiert. Die Einheiten beginnen mit einem lockern Aufwärmen am Ergometer, gefolgt von Ausdauertraining am Ergometer



nungsübungen, Gleichgewichtsübungen und kleinen

Kardio aktiv - Zentrum für ambulante kardiologische Rehabilitation Vöcklabruck

Stadtplatz 36

4840 Vöcklabruck

Das Institut wurde 2005 akkreditiert, befindet sich jedoch noch im Aufbau der Rehabilitation.

Institut für präventive und rehabilitative Sportmedizin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

Institut für Sportmedizin des Landes Salzburg

Lindhofstrasse 20

5020 Salzburg

Dieses Institut ist ebenfalls seit 2005 akkreditiert. Der ärztliche Leiter ist Herr Prim. Univ. Prof. DDr. Josef Niebauer. Allerdings bietet es nach telefonischen Angaben derzeit keine ambulante kardiale Rehabilitation der Phase 3 an.

Cardio Med St. Pölten

Institut für Herzkreislaufrehabilitation, Prophylaxe und Lebensstilmedizin

Grenzgasse 11

3100 St. Pölten

2006 fand die Akkreditierung statt, jedoch ist nach telefonischen Angaben die Durchführung der ambulanten kardialen Rehabilitation noch in Planung.

Physiotherapiezentrum B. Stefan Ltd.

Hauptstrasse 140

8301 Lassnitzhöhe

Zeitpunkt wird als Krankenanstalt geführt. Dr. Günther Stefan ist
welches 2006 akkreditiert wurde und auch seit diesem
Zeitpunkt ambulante Herzkreislaufrehabilitation anbietet.

Die Rehabilitation der Phase 2 und 3 wird im Zentrum selbst angeboten. Als Ausstattung
stehen dort viele verschiedene Diagnoseinstrumente und auch Trainingsräume, in denen
sich drei Fahrradergometer befinden, zur Verfügung.

Das Institut bietet keine Kurse an. Es wird jedoch Einzeltraining oder Training in
Kleingruppen angeboten.

Die Anzahl der Patient(inn)en beschränkt sich auf vier oder fünf im Monat, die sich das
gesamte Training selbst bezahlen müssen, da das Institut mit keinem
Sozialversicherungsträger abrechnen kann.

Herzverein Weiz

Lederergasse 11
8160 Weiz

In Weiz wird die Rehabilitation im Rahmen des Herzverbandes organisiert, dem Dr. Paul
Pavek als ärztlicher Leiter vorsteht. Der Verein ist seit 2006 von der AGAKAR akkreditiert,
bietet jedoch schon seit 12 Jahren Herzkreislaufrehabilitation der Phase 3 an.

Dafür wird von der Stadt die Turnräume der Hauptschule kostenlos zur Verfügung gestellt.
Sie verfügen über fünf Fahrradergometer und Geräte für Kraft- und Gleichgewichtstraining.
Es wird derzeit nur ein Kurs angeboten, an dem zwischen 15 und 20 Personen
teilnehmen. Dieser findet jeden Montag und jeden Donnerstag statt. Der Inhalt der Kurse
ist nach dem Prinzip des Kölner Modells aufgebaut, das einen Mix aus Ausdauer-, Kraft-,
Gleichgewichtstraining und Entspannung darstellt.

Da kein Sozialversicherungsträger mit dem Herzverein zusammenarbeitet, wird versucht
die Kosten des Trainings für die Teilnehmenden möglichst gering zu halten, ohne auf die
strukturellen Standards zu verzichten. Aus diesem Grund stellen sich die Ärzte kostenlos
für die Betreuung des Programms zur Verfügung. Dazu haben sich sechs Ärzte
zusammengeschlossen, welche sich in einem wöchentlichen Zyklus abwechseln. So
können die Kosten für die Patient(inn)en relativ niedrig gehalten werden und beschränken
sich auf einen jährlichen Beitrag.

Ambulatorium Döbling

Heiligenstädterstrasse 57-63
1190 Wien



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

bet das Institut derzeit noch keine ambulante kardi-
ale Rehabilitation der Phase 3 an. Es befindet sich gerade im Aufbau des Angebotes.

Institut für physikalische Medizin und kardiologische Prävention und Rehabilitation

Rosensteingasse 1

1160 Wien

Es wird im Institut keine ambulante Herzkreislaufrehabilitation der Phase 3 angeboten.

Interviews

Als nächster Schritt wird nun eine horizontale Analyse durchgeführt, in der die Interviews in den verschiedenen Bereichen miteinander verglichen werden. Einerseits gibt es nun Themen, in denen sich die Institute sehr ähnlich sind. Dies liegt daran, dass es im Rahmen der Akkreditierung von der AGAKAR oder auf Grund des Vertrages mit dem Hauptverband genaue Vorgaben gibt, an denen sich die Institute orientieren müssen. Andererseits gibt es auch Bereiche, die kaum oder gar nicht durch externe Richtlinien festgelegt sind. Die Bestimmungen der AGAKAR wurden veröffentlicht und somit kann in dieser Arbeit direkt darauf Bezug genommen werden. Das medizinische Leistungsprofil des Hauptverbandes ist nicht öffentlich zugänglich und es wurde auch vom Hauptverband klar ausgedrückt, dass es nicht weitergegeben werden darf. Somit beziehen sich alle Angaben zu diesem auf die Aussagen in den Interviews.

Wie sich im folgenden Teil zeigen wird, haben diese Vorgaben allerdings teilweise auch einen Spielraum, der von den Instituten individuell umgesetzt wird.

Zuerst werden die Bereiche aufgearbeitet, die sehr klaren Bestimmungen unterliegen. Später im Kapitel werden jene verglichen, in denen es größere Differenzen gibt.

5.2.1 Organisationsform

Von den 14 Instituten, mit denen ich in Kontakt stand, blieben 12 übrig, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine ambulante Herzkreislaufrehabilitation angeboten haben und auch zu einem Interview bereit waren. Diese 12 Institute lassen sich in fünf unterschiedliche Organisationsformen einteilen. Es werden drei in Form eines Ambulatoriums geführt, sechs als Krankenanstalten, eines in einer Ordination, eines als privates Trainingszentrum und eines im Rahmen des Herzvereins.

Ursprünglich waren zur Akkreditierung durch die AGAKAR nur die vorgeschriebenen Räumlichkeiten, das Personal und die Trainingsgeräte notwendig. Dies hat sich aber mittlerweile geändert. Die Akkreditierung wird laut den Gesprächen mit den Instituten nur noch Einrichtungen ermöglicht, die mindestens eine Krankenanstalt sind und somit dem Krankenanstaltengesetz unterliegen.

Die Institute, die bereits akkreditiert sind, können weiterhin ihr Angebot mit den aktuellen strukturellen Gegebenheiten durchführen. Allerdings ist es nur jenen Instituten möglich

band zu bekommen, die alle vorgeschriebenen Leistungsprofile des Hauptverbandes erfüllen.

In Hinblick auf die Phase 2 kann festgehalten werden, dass es momentan nur jenen Instituten, die einen Vertrag mit dem Hauptverband haben und somit Krankenanstalten oder Ambulatorien sind, möglich zu sein scheint diese anzubieten.

5.2.2 Personal

Es gibt unterschiedliche Anforderungen an die personellen Voraussetzungen abhängig davon, welche Phase der Rehabilitation angeboten wird. Umfangreichere Bestimmungen gelten, wenn das Institut auch eine Phase 2 anbieten möchte. Die genauen Vorgaben können den Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich – Update 2008 (2008) entnommen werden. Grundsätzlich muss das Personal aus einer ärztlichen Leitung, einem Übungsleiter/einer Übungsleiterin und einer psychokardiologischen Betreuung bestehen.

Diese Angaben decken sich auch größtenteils mit den Aussagen in den Interviews. So wird zum Beispiel erläutert, dass der Übungsleiter die Qualifikation haben muss, Sportwissenschaften, Physiotherapeut mit Sportphysiodiplom, oder schon langjährige Tätigkeit, das kannst du genau herauslesen aus den Richtlinien (Interview 3, Zeile 220). Die Einhaltung der Richtlinien bestätigte sich in den Interviews mit Aussagen wie, „Bei uns ist es eben so, dass die Sportwissenschaftler die Zusatzqualifikation der AGAKAR eben haben müssen“ (Interview 6, Zeile 74), „Also die Herzgruppenleiterin selbst ist eine Sportwissenschaftlerin die hat auch diesen AGAKAR-Kurs gemacht“ (Interview 7, Zeile 58) oder „Der Übungsleiter muss ein abgeschlossenes Sportwissenschaftsstudium haben, plus diese AGAKAR-Übungsleiterausbildung mit Diplom“ (Interview 11, Zeile 71).

In jedem Interview wurde angegeben, dass ein Arzt/eine Ärztin und ein/e Übungsleiter/in beim Training anwesend sind. Weiter wurde teilweise noch die Anwesenheit auch genauer definiert, weil er/sie „muss ständig anwesend sein, nicht nur während dem Training, sondern auch während der nächsten Phase, der Trainingstherapie, Heilgymnastik, Krafttraining, usw.“ und auch „Wenn es zum Beispiel nur Schulungen gibt“ (Interview 3, Zeile 313).

Die Anwesenheit des ärztlichen Personals ist allerdings unterschiedlich gegeben. Es wurde in den Interviews speziell nach den Aufgaben des Arztes/der Ärztin beim Training gefragt und dabei kam es zu unterschiedlichen Antworten.

...s ständig ein Arzt/eine Ärztin während des Trainings
 Aufgaben die A Monitorüberwachungó(Interview 1, Zeile 39)
 ist. Im nächsten gestaltet sich die Anwesenheit so, dass Aler Herr Doktor seine Ordination
 hat, dass heißt, das läuft nebenbeió(Interview 2, Zeile 86). Bei einem an ein weiteres
 Interview anschließenden Rundgang durch das Institut wurde eine Ecke des
 Trainingsraumes beschrieben, in der in Zukunft dem betreuenden Arzt/der betreuenden
 Ärztin ein Computer zur Verfügung stehen soll, an dem er/sie arbeiten kann, während das
 Training durchgeführt wird. Die Anwesenheit des Arztes/der Ärztin wurde im selben
 Interview als A100%ige Anwesenheit im Trainingsraumó(Interview 3, Zeile 314) definiert.

Wiederholt wurde angegeben, dass die Aufgaben der Ärzt(inn)en in der Überwachung des
 Trainings, im Blutdruckmessen (vgl. Interview 4, Interview 6, Interview 8) und in der
 Betreuung der Patient(inn)en liegen. ADer Arzt ist dafür da, dass er mit den Patienten im
 Prinzip kommuniziert, über verschiedenste Problemeó(Interview 6, Zeile 102).

Ein weiterer Aspekt, der bei dieser Frage auftauchte, ist die Sicherheit, die den
 Patient(inn)en geboten wird, wenn ärztliches Personal anwesend ist. ADas wichtigste ist,
 dass der Doktor, wenn er anwesend ist, eine Sicherheit bietet, dem Patientenó(Interview
 10, Zeile 74).

Bezüglich des Personals tauchten in den Befragungen mehrere Bereiche auf, die von den
 Interviewten nicht gut geheißen oder zumindest problematisch empfunden wurden.

Im zweiten Interview kam es zu der Aussage, dass Ajetzt ein Physiotherapeut schon reicht,
 der das Training beaufsichtigen muss, was ich nicht in Ordnung findeó(Zeile 51). Es wird
 noch weiter ausgeführt, dass es Awirklich ein Akademiker machen sollte [ë] ein
 Sportwissenschaftler, der das Studium abgeschlossen hat und wenn geht, auch schon
 einiges an Praktikern hat, dass er hier weiß, wie man das richtig machtó(Zeile 53).

Ein weiterer Punkt, der angesprochen wurde, ist, dass Aler Übungsleiter so aufgebaut ist,
 dass hauptsächlich, meiner Meinung nach, alles auf die Sportwissenschaftler aufgebaut
 wurde, die aber leider rechtlich in diesem Bereich nicht abgesichert sind. Das heißt, wir
 dürfen nicht am Patienten arbeiten mit unserer Ausbildungó(Interview 3, Zeile 233). Da es
 Personen mit einem Abschluss in Sportwissenschaften nur erlaubt ist mit gesunden oder
 sportgesunden Menschen zu arbeiten, kann dieses Modell so aber nicht funktionieren.
 Denn wenn jemand in einer Krankenanstalt beschäftigt ist, Aë sind das keine Gesunden,
 weil sonst würde es Gesundenanstalt heißenó(vgl. Interview 3, Zeile 239). Die befragte
 Person gibt weiter an: ADerzeit habe ich einfach das Problem, dass ich keine
 Sportwissenschaftler anstellen darf, weil die rechtliche Situation nicht gegeben ist [ë] es

er wird hinter dem Arzt verstecktó (Interview 3, Zeile

Ein weiteres Institut stellt sich ebenso dem Problem der Anstellung von Sportwissenschaftler(inn)en. Die Verantwortlichen versuchen es auf eine andere und für sie akzeptable Art zu lösen. Aber auch ich habe andere Sportwissenschaftler, die dem Beruf nachgehen auch als medizinischer Masseur. Weil wir als Krankenanstalt es nicht dürfen, und ich bin rechtlich da vielleicht ein bisschen genauer als andere. Wir können keine Sportwissenschaftler in einer Krankenanstalt beschäftigenó (Interview 8, Zeile 87).

Die Fort- oder Weiterbildung der Übungsleiter/innen ist, nach Angaben im Interview 8, ebenfalls vertraglich geregelt, Also grundsätzlich ist es so wie so einmal vorgeschrieben, dass die regelmäßig zweimal im Jahr passieren müssenó (Zeile 249). In den Richtlinien der AGAKAR (2005) wird allerdings nur im Rahmen des Notfallskonzepts auf eine Regelmäßige Reanimationsschulungóhingewiesen.

In diesem Bereich gehen die Aussagen der Interviewten allerdings sehr weit auseinander. Als völlig konträr zu den Richtlinien kann beispielsweise eine Aussage aus Interview 4 betrachtet werden. Auf die Frage, wie regelmäßig bzw. ob diese Weiterbildungen stattfinden, wurde geantwortet: Wenn sie mal die Ausbildung bei der AGAKAR abgeschlossen haben, eigentlich nichtó (Zeile 59). Ein anderes Institut gibt an, dass sie versuchen Am Jahr zu den AGAKAR-Fortbildungen zu fahrenó (Interview 5, Zeile 62).

In diesem Bereich gibt es somit klare Unterschiede von Neinó (Interview 2, Zeile 65) über An Erster Hilfe einmal im Jahró (Interview 1, Zeile 29) bis Zweimal pro Jahró Trotz der Vorschriften kann hier nicht von einem einheitlichen Bild gesprochen werden.

Zur Übernahme der Kosten für die Fortbildungen kann man grundsätzlich sagen, dass jene Übungsleiter/innen, die angestellt sind, die Kosten von ihren Instituten erstattet bekommen. Jene hingegen, die auf Honorarnotenbasis arbeiten, die Kosten selbst tragen müssen.

5.2.3 Ausstattung

An dieser Stelle möchte ich unterscheiden zwischen der Notfallausrüstung wie Defibrillator und Notfallkoffer und der Ausstattung, die zum Training nötig ist wie Räumlichkeiten und Trainingsgeräte. Es gibt klare Richtlinien für die Institute, welche auch die Notfallausrüstung beinhalten. Diese müssen sie erfüllen, um ambulante kardiologische Rehabilitation der Phase 3 anbieten zu dürfen.

Stellen, die den Instituten vorschreiben, über welche
fügen müssen. Die geringsten Ansprüche kommen in
diesem Fall von Seiten der AGAKAR. Die Guidelines für die ambulante kardiologische
Rehabilitation und Prävention in Österreich (2005, S 306) verlangen eine
Notfallsausrüstung bestehend aus einem EKG, einem Blutdruckapparat, einem
Defibrillator, einem Intubationsbesteck, einem Ambu-Beutel und dem Notfallkoffer mit
Notfallmedikamenten, Nadeln, Tupfern, Infusionen und Infusionsbesteck. Die notwendige
Ausstattung an Räumlichkeiten und Übungsgeräten besteht aus zwei Umkleideräumen
und sanitären Anlagen, Ausrüstung für Ausdauertraining. Dafür sollte entweder ein
ausreichend großer Turnsaal für Geh- bzw. Lauftraining oder Ausdauergeräte
(Fahrradergometer oder Laufband) und Herzfrequenz-Überwachung (EKG oder EKG-
genaue Herzfrequenzmessgeräte) vorhanden sein.

Meist stellt diese Ausstattung jedoch keine zusätzliche Anforderung für die Institute dar,
da diese im Rahmen einer Krankenanstalt oder eines Ambulatoriums geführt werden und
somit dem viel strengeren Krankenanstaltengesetz unterliegen. Eine dritte Stelle, die
bestimmte Richtlinien in Form eines medizinischen Leistungsprofils aufgestellt hat, ist der
Hauptverband. Diese gelten allerdings nur für jene Institute, die einen Vertrag mit ihm
haben oder einen bekommen möchten.

Die in den Instituten vorhandene Ausstattung reicht von Geräten mit Dreikanal-Ableitung
und automatischer Blutdruckmessung bis hin zu Ergometern, an denen die Herzfrequenz
mit Brustgurten gemessen wird. Teilweise sind die Geräte an den Computer
angeschlossen und es wird das gesamte Ausdauertraining mit der geeigneten Software
aufgezeichnet. Andere Institute führen ihre Aufzeichnungen manuell durch.

Die Ausstattung an Zusatzgeräten wie etwa für Kraft- und Koordinationstraining liegt im
eigenen Ermessen der Einrichtungen und erstreckt sich ebenfalls über eine sehr große
Bandbreite. So verfügen manche Institute für die Durchführung von Krafttraining über
Geräte für die Hauptmuskelgruppen oder ein Dynamometer, andere lediglich über
Handgeräte. Wieder andere können die komplette Ausstattung, die auch zur
Durchführung von orthopädischer Physiotherapie benötigt wird, nutzen.

Weiters kann hier verallgemeinert werden, dass alle Institute mit Ausnahme von einem,
das sie von der Gemeinde zur Verfügung gestellt (Interview 7, Zeile 83) bekommen hat,
sich die Notfallsausrüstung selbst finanziert haben.

Die Trainingsgeräte wurden ohne Ausnahme von den Instituten selbst finanziert.

In Bezug auf die Räumlichkeiten kann zusammenfassend festgestellt werden, dass alle
Einrichtungen die Rehabilitation in ihren eigenen Räumlichkeiten anbieten. Eine

5.2.4 Ärztliche Untersuchungen

Die Teilnehmenden müssen alle eine Eingangsuntersuchung vor Beginn der Rehabilitation, eine Zwischenuntersuchung nach der Hälfte der bewilligten Einheiten und eine Abschlussuntersuchung am Ende des Rehabilitationsprozesses machen. Diese Untersuchungen sind auch in den Richtlinien genau definiert. Weiters ist dort auch festgelegt, woraus sich diese zusammensetzen. Die Eingangsuntersuchung erfüllt den Zweck, den Ist-Zustand des Patienten in Bezug auf physische und psychische Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsfähigkeit zu ermitteln.

Eine Ausnahme kann gemacht werden, wenn am Ende der Phase 2 eine Abschlussuntersuchung stattgefunden hat. In diesem Fall können diese Ergebnisse für die Eingangsuntersuchung in der Phase 3 verwendet werden (vgl. Interview 12). Die Befunde der Ergometrie dürfen nach Angaben in den Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention (2005) nicht älter als vier Wochen sein.

Teilweise wird in den Befragungen eine umfangreichere Untersuchung angegeben, als nach den Richtlinien gefordert wird. So wird in einem Institut eine Spiroergometrie gemacht (vgl. Interview 11) und in einem anderen werden weitere Verfahren angewendet (vgl. Interview 9).

Zusätzliche Untersuchungen finden statt, wenn es während des Rehabilitationsprozesses Probleme gibt oder aus anderen Gründen ein Bedarf entsteht.

Eines der Institute macht im Laufe des Trainings immer wieder Laktatuntersuchungen, um die Trainingsintensität besser steuern zu können (vgl. Interview 6).

5.2.5 Das Rehabilitationsprogramm

Die Angaben zum Rehabilitationsprogramm beinhalten die Dauer, den Umfang und die Inhalte. Es soll hier ein Überblick darüber gegeben werden, was sich grundsätzlich in allen Einrichtungen sehr ähnlich gestaltet bzw., wo es Besonderheiten oder klare Differenzen gibt.

Phase 3 wird in den Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich (2005) zwischen 6 und 12 Monate angegeben, in medizinisch indizierten Fällen auch länger.

Prinzipiell hängt die Dauer von der Bewilligung durch den/die Begutachter/in in der jeweiligen Sozialversicherungsanstalt ab. Hier ist der vorgegebene Ablauf so, dass der/die Patient/in einen Antrag auf Bewilligung einer ambulanten Rehabilitation an seinen/ihren Sozialversicherungsträger stellt. Dort entscheidet ein/e Begutachter/in, ob dieser unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde bewilligt wird oder nicht bzw. auch, für welchen Zeitraum dieser bewilligt wird.

Generell wird in den Instituten, die einen Vertrag mit dem Hauptverband haben, die Behandlung entweder für neun Monate mit 67,5 Einheiten oder für 12 Monate mit 90 Einheiten bewilligt. Es wird aber angegeben, dass der Grundtenor eher in Richtung neun Monate geht. In begründeten Fällen können die Einheiten allerdings auch über den zeitlichen Rahmen hinaus konsumiert werden (vgl. Interview 12).

In Instituten, die nicht an der Pilotstudie teilnehmen, ist die Dauer meist auf ein Jahr mit ca. 100 Einheiten festgelegt. In einer der Einrichtungen dauert die Therapie sechs Monate, wobei hier nach Antrag auch auf ein Jahr verlängert werden kann. Danach kann ein zweiter Antrag gestellt werden und dann wird oft noch mal 100 Prozent übernommen. Oft aber nur noch die Hälfte, da muss dann die andere Hälfte der Patient zahlen (Interview 2, Zeile 212).

Zur inhaltlichen Gestaltung der Einheiten wird in den Richtlinien angegeben, dass die Aufteilung der zur Verfügung stehenden Betreuungseinheiten auf die aufgelisteten Inhalte flexibel an die Grundkrankheit, das Maß der Morbidität, das Risikofaktorenprofil und die beruflichen, familiären und sonstigen sozialen Bedürfnisse der Patienten angepasst werden soll (Guidelines für ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich, 2005, S 307). Somit ist es die Aufgabe der Einrichtungen den Bedarf an verschiedenen Inhalten individuell auf die Teilnehmenden abzustimmen und so ein ideales Rehabilitationsprogramm für den Einzelnen zusammenzustellen.

Inhalt

In den Guidelines für ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich ñ Update 2008 wird genau dargestellt, welche Inhalte das Programm umfassen muss. Diese enthalten die Bereiche Trainingstherapie, Psychokardiologie, Angewandte

Übung/Atemübungen, theoretische Schulungen (auch
 hnung. Die Institute sind verpflichtet sich an diese
 Richtlinien zu halten, wobei durch die Angaben in den Interviews festgestellt werden
 konnte, dass es hier in der Realität eindeutig Abweichungen gibt.

Trainingstherapie

Die Trainingstherapie ist grundsätzlich bis auf eines in allen Instituten auf ein
 Ausdauertraining am Ergometer aufgebaut. In diesem einen Aspekt es nicht nur
 Fahrradergometrie, manche machen das Ausdauertraining auch in Form von
 Ausdauerlauf und die vorgegebene Herzfrequenz (Interview 7, Zeile 134). Ein weiteres
 Institut gibt an zusätzlich zum Ergometertraining mit den Patient(inn)en auch zu
 schwimmen, und wieder ein anderes bezieht auch das Nordic Walking als Trainingsform
 mit ein, wobei hier nicht klar ist, ob dies im Rahmen der Rehabilitation gemacht werden
 darf. Dies wird aber später noch genauer diskutiert.

In Bezug auf die Steuerung des Trainings herrschte unter den Befragten ein Grundtenor
 vor, dass es über die Trainingsherzfrequenz, die man bei der Ergometrie ermittelt
 hat (Interview 4, Zeile 129) geregelt wird, was auch durch die Richtlinien vorgegeben ist.
 Der Blutdruck wird ebenfalls in allen Einrichtungen gemessen und dient auch der
 Trainingskontrolle. In manchen Befragungen wurden noch genauere Angaben zur
 Steuerung des Trainings gegeben, wodurch die interviewten Personen eine Vielfalt ihrer
 Methoden darstellen wollten. Auf die Frage, ob das Training über die ermittelte
 Trainingsherzfrequenz gesteuert wird, wurde etwa folgendes geantwortet: „Sofern möglich,
 ja. Natürlich bei Vorhofflimmern oder dergleichen, wird man mit Puls nicht unbedingt sehr
 weit kommen“ (Interview 12, Zeile 238). „Das Training selbst läuft dann zu Beginn
 pulsgesteuert, die ersten drei- oder viermal und dann gehen wir eigentlich auf eine
 konstante Last. [] und kontrollieren den Puls dazu, bzw. in letzter Zeit immer mehr auf
 das Intervalltraining“ (Interview 3, Zeile 472).

Die individuellen Trainingsherzfrequenzen wurden auf Grundlage des Ist-Zustandes in der
 Eingangsuntersuchung ermittelt und werden auch im Laufe der Rehabilitation im Rahmen
 der Zwischenuntersuchungen wieder kontrolliert bzw. neu bestimmt.

Zusätzlich zum Ausdauertraining sind beinahe in allen Instituten auch noch andere
 Bereiche, wie beispielsweise Kraft und Koordination, Bestandteil der Trainingseinheit. Die
 SVA hat dazu angegeben, dass sich die Trainingsstunde aus drei gleich langen Teilen
 zusammensetzt. Der erste Teil besteht aus 20 Minuten Schwimmen oder Gymnastik, der

ining und im dritten werden Entspannungsübungen

Ein anderes Institut beschreibt den Inhalt der Stunde wie folgt: A lockeres Aufwärmen am Ergometer, Ausdauertraining am Ergometer, gefolgt von, je nachdem was zeitlich noch drinnen ist, von dem Krafttraining, gefolgt von Dehnungsübungen, gefolgt von Gleichgewichtsübungen, Spiele, kleine Spiele, diese Dinge ebenó(Interview 12, Zeile 234). Ein Institut gibt an, in den Trainingseinheiten der Phase 3 nur Ausdauertraining mit den Teilnehmenden zu machen, und anschließend noch zu dehnen (vgl. Interview 4). Somit werden alle anderen Trainingsformen im Bereich Kraft, ADL's Koordination und Flexibilität vernachlässigt.

In Bezug auf die Erfüllung der vorgeschriebenen Inhalte das Training betreffend, kann zusammengefasst werden, dass alle der Forderung nach einem individuell angepassten trainingsherzfrequenzgesteuerten Ausdauertraining nachgehen. Das Krafttraining gehört in den meisten Instituten zum üblichen Inhalt. Der Großteil der Einrichtungen führt Koordinations- und Flexibilitätsübungen durch. Übungen im Bereich der ADL's wurden hingegen nur in einem Interview genannt.

Als ein wichtiger Bestandteil der Trainingseinheit wurde auch speziell erwähnt, dass Am Anfang auch immer wieder eine kurze Anamnese stehen sollte, wie geht es dem Patienten, haben sich die Medikamente verändert, wie waren die letzten Tageó(Interview 10, Zeile151).

Erwähnenswert ist auch noch die besondere Infrastruktur, die eines der Institute aufweist und die durch eine/n der Interviewten folgendermaßen charakterisiert wurde: A Selbst wenn ich jetzt einen Herzpatienten habe, der noch zusätzlich eine Hüfte vor einem Jahr bekommen hat, wird das mitbetreutó (Interview 8, Zeile 67). Solch eine Aussage lässt mehr an ein ambulantes Zentrum, das nicht nur im kardialen sondern beispielsweise auch im orthopädischen Bereich tätig ist, denken. Somit besteht die Möglichkeit im selben Haus alle Beschwerden der Patient(inn)en zu behandeln.

Ein weiterer Punkt, der bei der Gestaltung der Trainingseinheit beachtet werden sollte, wird im Interview 5 angegeben und betrifft die Anwendbarkeit ohne Überwachung durch geschultes Personal zu Hause. Vor diesem Hintergrund sollte darauf geachtet werden, dass die Auswahl der Übungen so getroffen wird, dass die Teilnehmenden sie selbstständig und alleine machen können und dafür nicht in ein Fitnessstudio gehen müssen (vgl. Interview 5). A Natürlich werden hier auch Patientenwünsche berücksichtigtó(vgl. Interview 3, Zeile 468).

körperliches Training aufgebaut, sondern arbeitet in Bezug auf einen multifaktoriellen Ansatz natürlich auch mit anderen Aspekten, die besonderes im Bereich der Herz-Kreislauf-erkrankungen wichtig sind.

Im folgenden Teil wird ein Vergleich über die Inhalte der verschiedenen Einrichtungen vorgestellt, in dem ein sehr unterschiedliches Angebot zum Vorschein kommt. Besonders in Bezug auf Vielfalt und Häufigkeit der Schulungen können hier große Unterschiede aufgezeigt werden, obwohl es Vorschriften gibt, die einerseits von der österreichischen kardiologischen Gesellschaft und andererseits durch den Vertrag mit dem Hauptverband vorgegeben werden. Nach den Qualitätskriterien, die im medizinischen Leistungsprofil des Hauptverbandes festgelegt wurden, sollten 60 Prozent der Gesamtleistung für Trainingseinheiten verwendet werden und 40 Prozent für andere Schulungen (vgl. Interview 8).

Der Großteil der Institute bietet ein sehr breites Spektrum an Themen an, natürlich die ganze Palette, wie sie im Rahmenvertrag verlangt wird (Interview 12, Zeile 269), und bezieht dieses auch auf die dort festgelegten Vorgaben. Allerdings wird in einem Teil der Institute diesen Inhalten bei weitem kein so hoher Stellenwert zugeschrieben wie der Trainingstherapie. Im Folgenden werden die Aussagen zu diesem Thema in einer Darstellung zusammengefasst, die die unterschiedliche Bedeutung, die den Inhalten allgemein und in Bezug auf die vielfältigen Themen zugeschrieben wird, aufzeigen soll.

In Interview 3 wird angegeben, dass es einmal im Monat eine psychokardiologische Gruppe gibt und alle zwei Monate Ernährungsschulung und theoretische Schulungen.

Ein anderes Institut gibt an, die angesprochenen Themen momentan noch im Zuge der Betreuung durch den/die Sportwissenschaftler/in abzuhandeln, weil ich glaube, dass ich soviel psychologisches Einfühlungsvermögen habe (Interview 2, Zeile 310) die Ernährungsberatung und die Trainingsberatung zu machen. Weiter wird erklärt, dass diese Beratungen vom Institut nicht in eigenständigen Schulungen angeboten werden, sondern dass die genannten Inhalte in Gesprächen, die während des Trainings stattfinden, integriert werden (vgl. Interview 2).

Ähnliche Angaben kamen auch im Interview 5, wo im Gegensatz zum vorher genannten Institut zeitweise etwas mit dem Psychologen gemacht wird (Zeile 179). Allerdings wird keine Raucherentwöhnung gemacht und die Ernährungsberatung ergibt sich durch die regelmäßige Kontrolle des Körpergewichtes, da durch letzteres manchmal Erklärungsbedarf auf Seiten der Patient(inn)en entsteht und es dadurch automatisch zu einer Ernährungsberatung kommt.

na gegenüber wurde im Interview 4 erkennbar, wo sehr in psychologisches Gespräch angeboten wird und auch die Ernährungsschulung Teil des Programms ist. Allerdings wurde auch festgehalten: Das mit der Raucherentwöhnung ist so eine Sache, das haben wir eigentlich schon aufgegeben, denn die meisten wollen einfach nicht aufhören (Zeile 146).

Die wiederholte Bearbeitung der Inhalte wird ebenfalls thematisiert, da es vorkommen kann, dass verschiedene Themen bereits aus der Phase 2 oder anderen Informationsquellen bekannt sind. Aus diesem Grund bin ich der Meinung, dass man ihn jetzt nicht verpflichten muss, jetzt wieder den hundertzehnten Ernährungsvortrag zu hören (Interview 10, Zeile 183).

Die Freiwilligkeit in Bezug auf die Nutzung dieser Inhalte ist grundsätzlich gegeben, denn es kann niemand zur Teilnahme an den diversen Schulungen gezwungen werden. Diese Angebote sind nicht für jede/n Patienten/Patientin genau durchgeplant, sondern es steht jedem/jeder frei sie zu besuchen (vgl. Interview 3).

Im Gegensatz dazu stehen die Angaben im Interview 8, wo genaue Wochenpläne für alle Patient(inn)en erstellt werden, welche einen gesamten Rehabilitationsplan mit Datum, Zeit, Betreuer/in, Inhalt und Dauer der Einheiten enthalten.

Als problematisch wird die Akzeptanz der psychokardiologischen Schulungen durch die Teilnehmenden betrachtet, da es nach wie vor eine gewisse Hemmschwelle gibt, sich als normaler Mensch mit psychologischen Fragestellungen auseinander zu setzen. Dazu wird ein typischer Kommentar eines Betroffenen angegeben: Ach bin ja nicht im Kopf krank, ich hab es ja beim Herzen (Interview 8, Zeile 212). Auch ein anderes Institut gibt an, in Bezug auf die Rückmeldung zu diesem Angebot keine gute Resonanz zu haben (vgl. Interview 5).

Zur Art der Präsentation haben die Befragten fast konform angegeben, diese Schulungen als Vorträge mit Diskussionen oder workshopähnlichem Charakter anzubieten, um die Teilnehmenden einzubinden. In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass in der Ernährungsschulung schon gemeinsam gekocht wurde.

5.2.6 Messung von Herzfrequenz und Blutdruck während des Trainings

Der Puls wird während des HerzKreislauftrainings ständig über Herzfrequenzmesser am Ergometer oder über Pulsuhren gemessen. Beim anschließenden Funktionstraining wird teilweise die Messung fortgeführt.

Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen. Generell wird der Blutdruck gemessen, wobei allerdings Häufigkeit und Zeitpunkt variieren. Es wird viermal angegeben, dass der Blutdruck ausschließlich in der Mitte des Ausdauertrainings gemessen wird, zweimal wird er mehrmals automatisch gemessen, zweimal erfolgt eine Messung zu Beginn, in der Mitte und am Ende und zweimal wird sie vor Beginn und während des Trainings gemacht. Lediglich ein Institut gibt an, dass es nur vor Beginn des Trainings misst und keine Messung während des Trainings erfolgt. Zusätzliche Messungen erfolgen teilweise bei neuen Patient(inn)en oder Bluthochdruckpatient(inn)en bzw. wird auch einmal angegeben, dass bei instabilen Patient(inn)en während des Krafttrainings der Blutdruck kontrolliert wird.

5.2.7 Andere Aspekte in Bezug auf das Angebot

Es wurde beinahe in allen Interviews deutlich, dass keine unterschiedlichen Gruppen in Bezug auf die Belastbarkeit oder Indikation geführt werden. In zwei Instituten wird das allerdings schon gemacht, wobei eines eine klare Kategorisierung nach der Leistungsfähigkeit vornimmt (vgl. Interview 10). Das andere gibt an, dass die Gruppen nicht sehr stark von einander abweichen, ~~A~~weil es sehr schwer ist ambulant so individuell einzugehen (Interview 8, Zeile 192).

Auch Männer und Frauen werden in den Kursen grundsätzlich nicht getrennt, ~~A~~enn das lockert das ganze ein wenig auf [ë] die meisten würden das nicht wollen (Interview 1, Zeile 22). Jedoch in manchen Schulungen - wie ~~A~~Frau und Herz - gibt es sehr wohl eine Trennung. Auch in der Diskussion anschließend an den einführenden Vortrag ~~A~~Herz und Sexualität ~~o~~wird eine Trennung vorgenommen (vgl. Interview 12).

5.2.8 Trainingsdokumentation

Es gibt zwei Arten der Dokumentation. Einerseits wird laut Angaben in den Befragungen von den Versicherungen ein Visitedokumentationsblatt mit Informationen zu Datum, Befinden, Besonderheiten und Watt gefordert, welches von dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Übungsleiter/in unterschrieben werden muss. Andererseits werden von den Einrichtungen auch eigene Aufzeichnungen geführt. In vielen Instituten werden die Parameter des Ausdauertrainings betreffend sehr genau dokumentiert, die Angaben zum anderen Teil des Trainings, wie Kraft etc., beschränken sich jedoch auf ein oder zwei Werte, wenn überhaupt eine Aufzeichnung stattfindet.

in die Dokumentation mit aufgenommen wird, ist die
ndwelche Probleme gibt oder seit dem letzten Training
gegeben hat, bzw. ob es im Bereich der Medikation Veränderungen gegeben hat.

In einem Teil der Institute wird das gesamte Ausdauertraining über den Computer aufgezeichnet. Es handelt sich in diesen Fällen um Ergometer mit Dreikanalableitung, welche durch Monitorüberwachung gesteuert werden und teilweise auch eine automatische Blutdruckmessung haben. Dadurch kann die Dauer der Belastung, die Herzfrequenz, die Wattleistung, das EKG, die Trittfrequenz und der Blutdruck aufgezeichnet werden. In den anderen Einrichtungen werden mit Ausnahme des EKGs grundsätzlich dieselben Werte aufgezeichnet, allerdings gibt es hier kein durchgehendes Protokoll, sondern nur die Darstellung des Trainings zu bestimmten Messzeitpunkten. Diesbezüglich gibt es geringe Unterschiede zwischen den Instituten, was die Anzahl der Messungen innerhalb eines Trainings betrifft.

Die Aufzeichnungen zu den anderen Inhalten des Trainings beschränken sich auf wenige Werte. Diese bestehen in einem Fall aus der Art des Trainings, wie Krafttraining, Koordinationstraining, Funktionstraining etc. In einem anderen Fall werden die Beschreibung der durchgeführten Übungen, die benutzten Geräte, das Gewicht und die Anzahl der Wiederholungen festgehalten.

In einem Institut wird auch fallweise das Laktat gemessen, um zu kontrollieren, ob die Trainingsintensität richtig eingestellt ist.

5.2.9 Aufklärung der Teilnehmenden über den Verlauf ihrer Werte

In allen Einrichtungen ist es den Patient(inn)en möglich den Verlauf ihrer Werte mitzuverfolgen, falls dies gewünscht wird. Teilweise ist es auch eine gängige Praxis diese Ergebnisse am Ende der Einheit oder in regelmäßigen Abständen gemeinsam zu besprechen. Dies wird vor allem als wichtiger Motivationsfaktor angesehen.

In einem der Institute wird angegeben, dass es noch nie eine Nachfrage von einem der Teilnehmenden dazu gegeben hat. Außerdem können die Patient(inn)en laut Angaben in der Befragung die Veränderungen ihrer Belastbarkeit in der Zwischen- und Abschlußuntersuchung sehen. Sie würden beim Training auch selbst bemerken, wie sich ihre Leistungsfähigkeit verändert, wenn sie eine immer höhere Belastung brauchen, um die vorgegebene Trainingsherzfrequenz zu erreichen (vgl. Interview 5).

Teilnehmenden

ner. Dazu wird einmal angegeben, dass in der Phase 2 ca. 80 Prozent der Teilnehmenden Männer sind und in der anschließenden Phase 3 der Anteil der Frauen noch weiter zurückgeht (vgl. Interview 3).

Die Patient(inn)en werden weiter als sehr unerfahren im sportlichen Bereich beschrieben und haben den Interviewten zufolge auch auf Grund ihrer Erkrankung ihr ganzes Selbstvertrauen verloren. Diese Charakterisierung stellt eine große Herausforderung an die Betreuenden dar.

5.2.11 Teilnahmevoraussetzungen

Die Eignung für eine Rehabilitation ist durch die Liste der Indikationen und Kontraindikation vorgegeben, welche bereits zu einem früheren Zeitpunkt in der Arbeit dargestellt wurde. Der Arzt/die Ärztin muss eine Diagnose stellen, auf deren Grundlage der/die Patient/in einen Antrag auf Genehmigung einer ambulanten Rehabilitation bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger stellen kann, wo dieser weiter durch eine/n Begutachter/in kontrolliert und im Bedarfsfall genehmigt wird. Es bekommen nicht alle Antragsteller/innen eine positive Antwort, denn manchmal kommt es auch vor, dass der/die Begutachter/in entscheidet, dass eine Phase 2 ausreicht (vgl. Interview 3).

Auch von den verschiedenen Instituten wird angegeben, dass sie sich an diesen Richtlinien orientieren. Grundsätzlich kann jede/r einen Antrag stellen, und wenn der bewilligt wird, kann er/sie an den Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen (vgl. Interview 5). Zusätzlich dazu wird in der Eingangsuntersuchung, die jede/r Teilnehmende machen muss, die Rehabilitationsfähigkeit überprüft, denn ~~A~~der Patient muss definitiv therapierbar sein [ë] sonst ist es eigentlich zwecklosó(Interview 6, Zeile 168).

Zur Teilnahme der Ehepartner/innen geben die meisten an, dass diese grundsätzlich möglich und vor allem im Bereich der Ernährungsschulungen auch erwünscht ist. Im Training kann eine Teilnahme nur auf Selbstzahlerbasis ermöglicht werden und in den psychokardiologischen Schulungen wird sie generell als nicht sinnvoll erachtet.

5.2.12 Vorausgegangene Rehabilitationsmaßnahmen

Ein weiteres Kriterium, welches auch für die Eignung zu einer Rehabilitation der Phase 3 bedeutend ist, ist die vorangegangene positive Absolvierung der Phasen 1 und 2. Das ist

sagt, muss der Patient eine Phase absolviert haben, um en. Somit haben mittlerweile alle, die sich in einer Rehabilitation der Phase 3 befinden, auch eine Phase 1, beispielsweise das Aufnehmen der Krankheit oder Erstmanifestation (Interview 3, Zeile 343) und eine Phase 2 in einer stationären oder ambulanten Einrichtung gemacht.

Diese positive Absolvierung bezieht sich auf den Abschluss der Phasen. Als Beispiel dafür wurde in einer Befragung angegeben, dass, wenn der Ablauf der Phase 2 aus medizinischen oder anderen Gründen abgebrochen werden muss und diese/r Patient/in zu einem Wiederheilungsverfahren etwa sechs Monate später eingeladen wird, die betreffende Phase nicht abgeschlossen werden und er/sie nicht in eine anschließende Phase 3 einsteigen kann. Es gibt allerdings sehr wohl Einzelfälle, in denen die Phase 2 aus beruflichen oder anderen Gründen nach 14 Tagen abgeschlossen wurde und daraufhin trotzdem die nächste Phase bewilligt wurde (vgl. Interview 3).

Ungeachtet dessen wird in zwei Instituten nach wie vor angegeben, dass sie Patient(inn)en haben, die keine Phase 2 gemacht haben. Darauf wurde im Verlauf des Gesprächs auch näher eingegangen, wobei es zu unterschiedlichen Begründungen kam. Eines der beiden gab an, dass etwa 70 Prozent der Patient(inn)en direkt in die Phase 3 eingestiegen sind und meist aus beruflichen Gründen keine stationäre Rehabilitation machen konnten (Interview 2, Zeile 115). Im anderen Interview wurde präzisiert, dass es ja auch AGAKAR-Richtlinien gibt, dass nicht alle eine stationäre machen mussten. Sondern es gibt ja Indikationen, wo ich sage, das kann man direkt in die ambulante überführen (Interview 10, Zeile 96). Es sollte hier allerdings erwähnt werden, dass dieses Institut selbst keine Phase 2 anbietet und somit nicht klar ist, ob die Patient(inn)en irgendwo anders eine ambulante Phase 2 gemacht haben oder diese tatsächlich übersprungen wurde. Das letztere ist allerdings eher anzunehmen, da es in der näheren Umgebung keine Möglichkeit gibt eine ambulante Phase 2 in Anspruch zu nehmen.

Es gibt auch Unterschiede bezüglich der Durchführung der Phase 2, da nun bereits ein beträchtlicher Teil auch eine ambulante Phase 2 gemacht hat, jedoch der Großteil der Patient(inn)en diese noch immer in einer stationären Einrichtung absolviert. Es wird hierzu eine sehr große Bandbreite an Antworten geliefert. Diese reichen von keinem (vgl. Interview 1, Interview 8, Interview 7, Interview 5, Interview 11) bis zu fünf Prozent (Interview 12, Zeile 179), die eine ambulante Phase 2 gemacht haben, über 40 Prozent (Interview 4, Zeile 82), die aus einer stationären Einrichtung kommen. In einem Interview wird sogar festgehalten, dass die meisten (Interview 9, Zeile 67) Teilnehmenden die Phase 2 stationär absolviert haben.

den Phase 2 und Phase 3

Zur Zeitspanne, die zwischen Abschluss der Phase 2 und dem Beginn der Phase 3 liegt, sollte vorerst erwähnt werden, dass es dazu zwei unterschiedliche Angaben bezüglich der Festlegung in den Richtlinien gibt. In einer der beiden Aussagen wurde formuliert, dass diese nicht weiter als sechs Monate auseinander liegen dürfen, da ansonsten der/die Patient/in sein/ihr Recht diese Behandlung in Anspruch zu nehmen (vgl. Interview 2) verliert.

Jedoch werden diese Vorgaben nicht ganz strikt von den Versicherungen eingehalten, denn Manchmal ist es auch schon länger her, dass sie den Infarkt oder den Zwischenfall gehabt haben [ë] [sie] suchen einfach an, das wird auch öfter bewilligt (Interview 5, Zeile 91).

Abgesehen von der maximalen Dauer, die zwischen den beiden Phasen liegen darf, wird die Zeitspanne, die tatsächlich verstreicht, bevor die Phase 3 begonnen werden kann, sehr stark von der Bearbeitung des Antrages durch den/die Begutachter/in beeinflusst. Diese hängt weiters sehr stark von der Erstellung des Abschlußberichtes nach der Phase 2 durch das jeweilige Institut ab. Das ist auch der Grund dafür, dass diese Dauer sehr variiert. Der Prozess kann jedoch auch schwer beschleunigt werden, da ein Antrag erst dann gestellt werden kann bzw. bearbeitet wird, wenn die vorhergehende Phase abgeschlossen ist. Diese bürokratische Hürde macht es nahezu unmöglich einen nahtlosen Übergang zu schaffen.

Eines der Institute hat bis vor kurzem den Teilnehmenden die Möglichkeit angeboten, direkt nach Ende der Phase 2 ohne bewilligten Antrag mit der Rehabilitation der nächsten Phase zu beginnen. Das war mit den Versicherungsträgern abgeklärt und die Bewilligung erfolgte rückwirkend auf die bereits konsumierten Leistungen. Falls der Antrag nach zwei bis drei Wochen noch immer nicht positiv beantwortet wurde, wurde das Programm abgebrochen und das Institut übernahm die Kosten. Diese Möglichkeit gibt es nun nicht mehr, da erst eine Phase abgeschlossen werden muss, bevor die nächste Phase beantragt werden kann (vgl. Interview 3).

Die Aussagen der Befragten bezüglich der Zeitspanne zwischen den Phasen variieren stark. Einige sprechen von einem nahtlosen Übergang (A)ie können wirklich dann nächsten Tag mit der Phase 3 anfangen (Interview 12, Zeile 185)), andere wiederum von A Monate [, die] dazwischen liegen (Interview 9, Zeile 72). Der Großteil bewegt sich allerdings im Bereich zwischen drei und vier Wochen.

Die Anfahrsstrecke und die Zeit, die dafür aufgebracht werden muss, sind ein wichtiger Punkt im Bereich der ambulanten Versorgung, welche auch als wohnortnahes Angebot beschrieben wird. Eine eindeutige Definition von wohnortnah gibt es dazu nicht, jedoch ist die Toleranz der Teilnehmenden in Bezug darauf sehr verschieden. Eine Definition dazu geben Quittan & Fialka-Moser (2005, S 6), die die Strecke mit einer Distanz von 30 Kilometern bzw. einer einfachen Wegzeit von 45 Minuten festlegen, da sich ein langer Anfahrtsweg negativ auf den Rehabilitationserfolg auswirken könnte.

In den Befragungen wurde auch erläutert, dass die Teilnehmenden in der Phase 2 eine weitere Anreise in Kauf nehmen, welche ihnen dann für die Phase 3 allerdings zu weit ist (vgl. Interview 3), was wiederum auf die Anzahl der Einheiten, die an einem Tag konsumiert werden, bezogen werden kann.

Die durchschnittliche Entfernung von Wohnort und ambulanter Einrichtung liegt zwischen 20 und 45 Kilometern, wobei es Spitzen von ca. 70 Kilometer (Interview 4, Zeile 97) gibt. Ein Institut gab an, dass die weiteste Anfahrsstrecke, die sie jemals hatten, bei 150 Kilometer (Interview 12) lag.

5.2.15 Abrechnungsstrukturen mit den Sozialversicherungen

Die Situation in Österreich gestaltet sich im Moment so, dass die anfallenden Kosten einer Rehabilitation von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden. Im Falle eines akuten Ereignisses schließt dies die Behandlung im Akutkrankenhaus und die Rehabilitation in einer stationären Einrichtung ein. Zusätzlich bieten zwei Sozialversicherungen - die Pensionsversicherungsanstalt mit ihrem Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), beide in Wien - seit vielen Jahren die Möglichkeit an, anschließend an den stationären Aufenthalt, eine weiterführende ambulante Behandlung in diesem Bereich in Anspruch zu nehmen. Auch in manchen Instituten, die privat geführt werden, kann eine solche Behandlung auf Kosten der Sozialversicherungen von Patient(inn)en in Anspruch genommen werden, jedoch ist hier keine klare Struktur bezüglich der Verrechnung zu erkennen. Tendenziell ist es allerdings die Pensionsversicherung, die ihren Versicherten diese Leistungen auch außerhalb des Vertrages mit dem Hauptverband ermöglicht. Diese Situation sollte allerdings etwas kritisch betrachtet werden, da eine Behandlung in diesen

...r Menschen ermöglicht wird, die erwerbstätig sind. ...en haben dadurch keine Möglichkeit eine solche Behandlung in Anspruch zu nehmen. Eine Ausnahme stellt hier die Pensionsversicherung der Beamten dar, die auch für ihre Pensionist(inn)en die Behandlung ermöglicht, jedoch ebenfalls Mitversicherte ausschließt.

Seit 1. Mai 2007 läuft im Bereich der ambulanten kardiologischen Rehabilitation ein Pilotprojekt, bei dem ein Vertrag mit dem Hauptverband und sechs Einrichtungen, die eine solche Behandlung anbieten, geschlossen wurde. Somit können diese Institute nun mit allen Sozialversicherungsträgern, die diesen unterzeichnet haben abrechnen.

Jenen Patient(inn)en, die für diese Maßnahme geeignet sind, wird nun eine Alternative zur stationären Rehabilitation der Phase 2 angeboten, welche sie auf Kosten der Versicherung in Anspruch nehmen können. Weiters können diese Institute auch eine Phase 3 anbieten, deren Kosten ebenso nach Bewilligung vom zuständigen Sozialversicherungsträger übernommen werden. Da laut Angaben im Interview 3 alle Sozialversicherungsträger, ausgenommen die Vorarlberger Gebietskrankenkasse, diesen Vertrag unterzeichnet haben, haben in diesen Instituten auch Mitversicherte, Pensionist(inn)en und andere die Möglichkeit bei Bedarf diese Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Vertraglich wurde mit dem Hauptverband eine Pauschale von 35 Euro pro Einheit für alle Inhalte des Angebotes vereinbart. Dies gilt von den Trainingseinheiten bis zu den theoretischen Patient(inn)enschulungen in den verschiedenen Bereichen.

Alle anderen Abrechnungsstrukturen, die andere Einrichtungen mit manchen Versicherungen oder Krankenkassen haben, sind nicht auf Grundlage eines Vertrages geregelt, sondern stellen Sonderleistungen der jeweiligen Sozialversicherungsträger dar.

Die in der Pilotstudie integrierten Institute sind das Institut für Bewegungstherapie in Graz, das Centrum für Lebensstilmedizin in Linz, das Reha-Sport-Institut in Feldkirch, das Institut für Präventiv- und Rehabilitationsmedizin ñ Cardio-Vital-Wels, das physikalische Ambulatorium der Stadtwerke in Bruck an der Mur und das Ambulatorium Nord in Salzburg.

Zusätzlich bieten die SVA und das ZAR ebenfalls eine ambulante kardiologische Rehabilitation an, welche direkt mit der Sozialversicherung abgerechnet wird. Das Angebot der ZAR kann von allen Patient(inn)en genutzt werden, deren Versicherungsträger die Kosten übernimmt. Nach Angaben der SVA beschränkt sich ihr Angebot auf die eigenen Versicherten.

Institute sind sehr unterschiedlich. Das Zentrum für ... in Wien, das Herzkreislaufzentrum Klagenfurt und das DAVID Gesundheitszentrum in Krems arbeiten nur mit der Pensionsversicherung zusammen. Somit können alle Erwerbstätigen das Angebot nutzen.

Der Herzverein in Weiz und das Physiotherapiezentrum B. Stefan Ltd. können mit keinem Sozialversicherungsträger abrechnen. Die gesamten Kosten für die Therapie müssen vom Patienten/von der Patientin selbst getragen werden.

Um einen besser Überblick zu schaffen, wird hier nun eine regionale Zusammenfassung ohne Rücksicht auf die jeweiligen Abrechnungsstrukturen geliefert. In Wien besteht in drei Instituten die Möglichkeit eine Rehabilitation der Phase 3 auf Kosten der Sozialversicherung in Anspruch zu nehmen. Je zwei Institute stehen in Oberösterreich und in der Steiermark zur Verfügung und in Niederösterreich, Kärnten, Salzburg und Vorarlberg jeweils nur eines. In den Bundesländern Tirol und Burgenland existiert kein Institut, in dem die Bevölkerung ein solches Angebot nutzen könnte.

Die bewilligte Dauer der Behandlungen reicht von sechs Monaten bis zu einem Jahr. Dazu gibt es wieder unterschiedliche Richtlinien, wobei diese nur teilweise genauer definiert wurden. Im Vertrag mit dem Hauptverband ist verankert, dass eine Phase 3 für 9 Monate mit 67,5 Einheiten oder für 12 Monate mit 90 Einheiten genehmigt werden kann, wobei eine Tendenz hin zu neun Monaten festgestellt werden kann (vgl. Interview 6). Die Behandlung in der SVA dauert grundsätzlich sechs Monate, aber sie kann bei gegebenem Anlass auf ein Jahr verlängert werden. In den Instituten, die nur mit der Pensionsversicherung Abrechnungsstrukturen haben, ist die Phase 3 auf 12 Monate mit ca. 100 Einheiten festgelegt. Dazu wird noch die zusätzliche Möglichkeit beschrieben, dass nach diesem Jahr ein zweiter Antrag gestellt werden kann. Dieser wird entweder abgelehnt, die Hälfte der Kosten müssen von den Teilnehmenden selbst getragen werden oder die Kosten für ein weiteres Jahr werden vollständig übernommen. Die Entscheidung darüber wird von dem/der Begutachter/in in der Pensionsversicherung getroffen, deswegen ist es immer gut, wenn man einen guten Draht zum Begutachter hat. Öfter mit ihm telefonieren, da geht das schon viel leichter. (Interview 2, S 204)

5.2.16 Kosten für die Teilnehmenden

Im Vertrag mit dem Hauptverband wurde festgelegt, dass für die Patient(inn)en durch die Behandlungen keine weiteren Kosten anfallen dürfen. Somit müssen alle Leistungen, die

mit den Zahlungen der Sozialversicherung an die

In den anderen Einrichtungen, die nicht in die Pilotstudie integriert sind, gibt es unterschiedliche Finanzierungsmodelle. Teilweise fallen keine Kosten für die Teilnehmenden an. In zwei Instituten wird ein Selbstbehalt von den Patient(inn)en eingehoben und in zwei weiteren sind die gesamten Kosten von den Behandelten selbst zu übernehmen.

Die Abrechnungsbeträge des Zentrums in Klagenfurt gestalten sich anders, denn dort zahlt die Versicherung nur etwa 25 Euro. Zusätzlich wird ein Selbstbehalt von ungefähr vier Euro pro Einheit oder 32 Euro im Monat von den Teilnehmenden eingehoben. Das zweite Institut, in dem ein Teil der Kosten von den Patient(inn)en selbst getragen werden muss, ist das LKH Krems. Auch dort bewegt sich der Selbstbehalt im Bereich von vier Euro pro Einheit. Aus dem Interview ging die Höhe des Betrages, der von der Sozialversicherung bezahlt wird, nicht hervor.

Die Lassnitzhöhe bietet die Therapie nur privat an und somit gehen die gesamten Kosten zu Lasten der Teilnehmenden. Trotz der Erfüllung aller Voraussetzungen die von der AGAKAR gefordert werden, wie der Status einer Krankenanstalt, der Bereitstellung von Kardiolog(inn)en und Übungsleiter(inn)en usw., gibt es keine Möglichkeit die Kosten mit einem der Sozialversicherungsträger abzurechnen.

Der Herzverein Weiz ist ein weiterer Sonderfall. Auch hier gibt es keine Abrechnungsstrukturen mit den Sozialversicherungen, jedoch wird versucht die anfallenden Kosten so gering als möglich zu halten. Es wird ein Raum benutzt, der gratis zur Verfügung gestellt wird. Die größte finanzielle Einsparung wird wahrscheinlich dadurch erreicht, dass die Ärzte sich kostenlos zur Verfügung stellen, um das Training mitzubetreuen. Jedes der Institute gibt an, dass keine Verpflichtungen auf Seiten der Teilnehmenden bestehen, um eine Finanzierung der Rehabilitation durch die Sozialversicherungsträger zu gewährleisten. Es ist weder eine regelmäßige Frequenz zu erbringen, noch gibt es sonst irgendwelche Regeln, die sie einhalten oder Leistungen, die sie erbringen müssen. Jedoch gibt es in den Einrichtungen verschiedene Abläufe, wenn sich in einem Rehabilitationsprozess keine Regelmäßigkeit erkennen lässt, wobei natürlich Abwesenheit auf Grund von Urlaub, Krankheit oder ähnlichem nicht als problematisch betrachtet werden sollte. Die deutlichsten Aussagen dazu wurden im Interview 2 gemacht: *Wenn ich sehe, dass diese Regelmäßigkeit nicht gegeben ist [ë] dann ruf ich ihn mal an, und sag ihm, dass es von der Versicherung erwünscht ist [ë] Und es bringt ja auch nichts für ihn, für seine Gesundheit, da ist ein Training zu wenig und*

finanzielle Einbuße, weil ich ihn abschließe, aber es ist im In einem anderen Institut kann man eine sehr ähnliche vorgehensweise teststellen, jedoch wird dort angegeben, dass der Abbruch nach Meldung der Problematik vom Kostenträger oder vom Institut veranlasst wird. Diese Benachrichtigung an die Versicherung sollte laut Interview 3 erfolgen, wenn die Anwesenheitsfrequenz unter 75 Prozent fällt, wobei von der/dem Befragten angemerkt wird, dass ihm/ihr nicht klar ist, auf welchen Zeitraum sich diese Anweisung bezieht. Wir sind ja kein Spaßinstitut, dass die nur zum Radfahren kommen und dann wieder heimgehen, sondern wir haben ja ein gesamtes Schulungsprogramm zu absolvieren (Interview 3, Zeile 538).

Für den Fall, dass sich die Teilnehmenden zu den Einheiten anmelden, aber nicht erscheinen, wird teilweise angegeben, dass ihnen die Kosten für eine halbe Einheit verrechnet werden. Diese werden dann allerdings nicht von der Sozialversicherung übernommen, sondern müssen von den Patient(inn)en selbst erstattet werden (vgl. Interview 4). Auch im Interview 3 gibt es eine Äußerung dazu, in der die Annahme aufgestellt wurde, dass es allgemein so eine Struktur gibt, wo sich die Zentren organisieren und sagen, ok, wenn sich der nicht bis dahin abmeldet, wird das verrechnet, zum Beispiel zum halben Tarif (Interview 3, Zeile 111).

Die Abrechnung läuft meist direkt mit den Sozialversicherungsträgern und die Teilnehmenden müssen nur die Anzahl der konsumierten Einheiten mit ihrer Unterschrift bestätigen. Nur in seltenen Fällen wird das Geld zuerst von den Patient(inn)en eingehoben, welche es dann wieder zurückerstattet bekommen. Das ist jedoch abhängig von der jeweiligen Versicherung und dort dann meist eine übliche Handlungsweise (vgl. Interview 3).

Eine finanzielle Belastung für alle Teilnehmenden stellen natürlich die Kosten für An- und Abreise zur Rehabilitationsstätte dar. Durch die geringe Dichte des Angebots kommt es teilweise zu weiten Anfahrtstrecken und somit zu einem hohen Zeit- und Kostenfaktor, der ebenfalls eine Belastung für die Patient(inn)en darstellen kann. Die Patient(inn)en werden für diesen finanziellen und zeitlichen Aufwand, der natürlich bei einer Behandlung in stationären Einrichtungen wegfällt, bei Inanspruchnahme eines ambulanten Angebotes in keiner Weise entschädigt.

Ein weiterer Punkt, der die Teilnehmenden finanziell belastet, ist die Beschaffung von Trainingsgeräten für zu Hause. In den Interviews wurde immer wieder erwähnt, dass es ein Ziel der Rehabilitation ist, die Leute zu einem lebenslangen und teilweise auch selbstständigen Bewegen zu motivieren. Diese Anweisungen beziehen sich oft auf ein

durchgeführt werden soll, da es leicht zu dosieren ist. In der Gruppe schon viel Erfahrung damit gesammelt wurde. Dies bedeutet jedoch, dass ein eigenes Ergometer besorgt werden muss, welches natürlich von den Teilnehmenden selbst zu bezahlen ist. Auch durch die weitere Anschaffung von Trainingsgeräten, wie Thera-Band, Bällen oder anderen Handgeräten, können noch zusätzliche Kosten entstehen.

Außerdem wird zum Großteil von den Instituten angegeben, dass sie Pulsuhren zur Verfügung stellen, wobei jedoch die meisten Patient(inn)en bereits eigene besitzen. Es bestehen hier teilweise Kooperationen mit Händlern, bei denen die Teilnehmenden diese zum Einkaufspreis beziehen können, um Kosten zu sparen.

5.2.17 Zugang zum Klientel

Es werden unterschiedliche Strategien beschrieben, mit denen die Institute auf sich und ihr Angebot aufmerksam machen. Diese reichen von Marketing mit Hilfe von Laufzetteln, Zeitungsartikeln und Broschüren, die an stationäre Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, oder Krankenhäuser ausgeschickt wurden, über Informationsveranstaltungen bis hin zu Kooperationen mit anderen Einrichtungen oder Mundpropaganda. Es wurde allerdings zweimal in den Interviews erwähnt, dass die Institute keine Werbung machen dürfen (vgl. Interview 2).

Anders gestaltet sich die Situation, wenn das Institut auch eine Phase 2 anbietet, da dadurch ganz andere Schnittstellen benötigt werden. Eines dieser Institute gab auch an, dass etwa 60-70 Prozent der Phase 2 Patient(inn)en eine Phase 3 dort anschließen. Das heißt, man füllt sich die Phase 3 aus dem eigenen Haus (Interview 3, Zeile 171).

Es folgt eine kurze Darstellung der verschiedenen Strukturen in den Instituten in diesem Bereich:

Im ersten Interview ergab die Befragung, dass Laufzettel in stationären Rehabilitationszentren aufliegen und auch eine Zusammenarbeit mit Ärzten in diesen Einrichtungen besteht.

Im nächsten wurde angegeben, dass einerseits die Patient(inn)en durch Mundpropaganda geworben werden, andererseits gibt es Rundschreiben an die niedergelassenen Ärzte, welche die Informationen weiterleiten und dann auch immer wieder Patient(inn)en ins Institut schicken. Der Versuch, in stationären Einrichtungen Plakate aufzuhängen und Broschüren aufzulegen, stellte sich als erfolglos heraus (vgl. Interview 2).

h Zuweisung und Antragstellung über die Kardiologie im die Einrichtung. Jedoch werden sie auch immer öfter nach dem stationären Aufenthalt durch eine Überweisung der Hausärzte/der Hausärztinnen ans Institut weitergeleitet (vgl. Interview 3).

Im Interview 4 wird angegeben, dass sie die Leute von den Krankenhäusern im Ort kommen und dass schon auch Informationsbroschüren vom betreffenden Institut bei Ärzt(inn)en und in anderen Einrichtungen aufliegen und die stationären wissen schon auch, dass es uns gibt (Zeile 153).

Die nächste Befragung zeigte, dass es viel versprechend ist, wenn die Betreuer/innen zusätzlich zur ambulanten Einrichtung auch in einem Phase 2 Institut tätig ist, und so bereits im Vorfeld ein persönlicher Kontakt zu den Patient(inn)en hergestellt werden konnte. Dort machen jene nämlich direkt auf die Möglichkeit aufmerksam, dass die Teilnehmenden von demselben Personal in der Nähe ihres Wohnortes weiter betreut werden können. Nur in seltenen Fällen wurden Patient(inn)en von anderen Internisten in das Institut überwiesen. Auch hier wird angegeben, dass Informationsmaterial im eigenen Haus aufliegt. Aber nicht an die Ordinationen ausgesendet wird, da dies zu wenig Reaktionen zur Folge hatte (vgl. Interview 5).

Auch im nächsten Institut wird erneut darauf hingewiesen, dass es sehr wohl Informationsbroschüren gibt, um auf sich aufmerksam zu machen. Der Schwerpunkt wird jedoch anderweitig gesetzt. Einerseits liegt er auf der Zusammenarbeit und dem persönlichen Kontakt mit den Ärzten in den Akutkrankenhäusern, andererseits auf dem Umstand, dass ein Teil des Personals in beiden Einrichtung beschäftigt ist. Somit entsteht die Gelegenheit, auf die Möglichkeit die Rehabilitation ambulant fortzuführen, aufmerksam zu machen (vgl. Interview 6).

Im Interview 7 liegt das Hauptaugenmerk in Bezug auf die Informationsverbreitung, auf Broschüren, welche bei allen praktischen Ärzten und vielen anderen Ärzten in der Umgebung aufliegen. Zusätzlich dazu betreibt das Institut auf einer jährlichen Sportveranstaltung, ähnlich einer Sportmesse, die im Ort stattfindet, immer einen Stand.

Dieses Institut baut wieder auf die direkte Verknüpfung des Akutkrankenhauses mit der ambulanten Rehabilitation über das Personal, wodurch die Patient(inn)en von denselben Menschen weiter betreut werden können. Es arbeiten ein Arzt und auch noch weiteres Personal - hier wurde die Profession nicht genauer angegeben - in den beiden Einrichtungen (vgl. Interview 8).

Das nächste gibt an, dass der Zugang zum Institut zu einem Teil über Ärzte/Ärztinnen und zum anderen über die Eigenmotivation der Patient(inn)en selbst stattfindet, was von

ung der Homepage zurückgeführt wird. Es existieren
ings liegen diese nur im Haus selbst auf. Es wird
weiter erläutert, dass die Einrichtung selbst keine Informationsveranstaltungen anbietet,
jedoch gibt es in der Umgebung themengerechte Veranstaltungen, bei denen die Leute
über das Angebot des Institutes informiert werden (vgl. Interview 9).

Das nächste Zentrum gibt eine sehr breite Palette an Werbemitteln an. Diese reichen von
der Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen, über die Platzierung von
Zeitungsartikeln, andere Medienarbeit und Aufklärung durch Kolleg(inn)en. Es gab auch
schon Informationsveranstaltungen, jedoch haben sich diese als wenig erfolgreich
herausgestellt, weshalb sie auch keine mehr organisiert werden (vgl. Interview 10).

Die Teilnehmenden der Phase 3 finden in diesem Institut ihren Weg in die Einrichtung
hauptsächlich über Internist(inn)en, Rehabilitationszentren, Hausärzte/Hausärztinnen oder
über das Krankenhaus, an das das Institut angeschlossen ist. Es werden somit teilweise
Patient(inn)en, die bereits im Krankenhaus eine Behandlung gehabt haben, dort auch auf
die Therapiemöglichkeit im hauseigenen Institut aufmerksam gemacht. Es befinden sich
auch Informationsbroschüren im Institut, allerdings sind laut den Aussagen bei der
Befragung neue geplant (vgl. Interview 11)

In der letzten Einrichtung wird die größte Bedeutung der Überweisung durch den Arzt
zugeschrieben, wobei auch angegeben wird, dass der Anteil derer, die über
Mundpropaganda gewonnen werden, auch immer größer wird. Dazu wird weiter angeführt,
dass es auch darum geht, dass die Information über die Möglichkeit einer ambulanten
Rehabilitation die Patient(inn)en überhaupt erst erreicht. Zusätzlich arbeiten das Institut
auch mit Informationsbroschüren. Mit manchen Ärzt(inn)en in den Landeskliniken gibt es
eine Art von Kooperation, wodurch die Patient(inn)en über die möglichen Therapieformen
informiert werden (vgl. Interview 12).

In jenen Instituten, die auch eine Phase 2 anbieten, wird ein Großteil der Plätze für die
Phase 3 durch die Absolvent(inn)en der Phase 2 gefüllt. Es wird angegeben, dass etwa
60-70 Prozent der Teilnehmenden aus der Phase 2 die nächste Phase dort anschließen
(vgl. Interview 3). Eine Phase 2 dauert etwa ein Monat und wenn diese jedes Monat
angeboten wird, dann ergibt sich daraus ein beträchtlicher Teil an neuen Phase-3-
Patient(inn)en. Somit liegt hier der Schwerpunkt auf der Schnittstelle zwischen dem
Akutkrankenhaus und dem ambulanten Rehabilitationszentrum, welche meist über
Ärzte/Ärztinnen und anderes Personal geknüpft wird.

Weiter wurde auch angesprochen, dass die Möglichkeit dieses Angebot bzw. die
Information über die Existenz der ambulanten Rehabilitation nicht weit genug verbreitet ist.

ent(inn)en wissen nicht bzw. werden auch nicht genug. Diese Option für sie gibt. An bestimmten Schnittstellen funktioniert die Informationsweiterleitung nicht, denn die Information über die bestehenden Angebote sollte direkt im Spital vom Arzt/von der Ärztin oder in der Rehabilitation an den Patienten/die Patientin weitergegeben werden.

Dazu wird weiter erläutert, dass dafür eine viel bessere Marketingstrategie entwickelt werden müsste und dass dies die Aufgabe der AGAKAR wäre. Wenn sich diese allerdings dazu nicht im Stande fühlt oder es nicht als ihre Angelegenheit betrachtet, dann müsste eine eigene Marketingfirma beauftragt werden, da diese Vorgehensweise in jeder kleineren Firma üblich bzw. auch der professionellere Weg ist (vgl. Interview 2).

An dieser Stelle wird allerdings auch angemerkt, dass es nicht unbedingt im Interesse der stationären Einrichtungen liegt, das Produkt der ambulanten Betreuung populärer zu machen.

5.2.18 Auslastung der Rehabilitation in den Instituten

Einen wichtigen Punkt in der Befragung stellte die momentane Nutzung des Angebotes dar. Hierzu geben zehn der Befragten an, dass sie momentan in diesem Bereich ausgelastet sind und zwei geben an, dass sie Probleme in diesem Bereich haben. Bei genauerer Beschreibung wurde allerdings ergänzt, dass es dabei große Unterschiede zwischen Sommer- und Wintermonaten gibt und in Instituten mit offenen Gruppen im Sommer Kurse abgesagt werden müssen, da zu wenig Anmeldungen vorliegen. Weiters variiert die Nutzung in Bezug auf Trainingseinheiten und Schulungsangebote. Die Institute geben dazu an keine Probleme bei den aktiven Angeboten zu haben. Der Bereich der Psychokardiologie wird jedoch zum Beispiel von den Teilnehmenden sehr in Frage gestellt, da sie laut eigenen Angaben nicht psychisch krank sind (vgl. Interview 8). Die Vormittagskurse werden grundsätzlich auch besser besucht, da die Patient(inn)en oft noch im Krankenstand bzw. schon in Pension sind.

Trotz der guten aktuellen Auslastung wurde nur in zwei Einrichtungen die Frage, ob es denn mehr Nachfrage gibt, als sie anbieten können, mit „Ja“ beantwortet. Eines davon erklärt, dass es nicht im Interesse des Instituts liegt das Angebot weiter auszubauen, da die Therapie keine Massenabfertigung sein soll (vgl. Interview 9). Die andere Einrichtung ist gerade dabei ihre Kapazitäten durch Ausbau des Angebotes anzupassen (vgl. Interview 6).

achfrage erklären soll, ist das Problem, dass die den Instituten nicht funktioniert. In einem weiteren interview wurde in diesem Zusammenhang erwähnt, dass momentan kein Vertrag mit einem Sozialversicherungsträger besteht und dass das der Grund für die niedrige Auslastung ist (vgl. Interview 7).

Dadurch, dass die ambulante kardiale Rehabilitation zum Teil ein sehr junges Tätigkeitsfeld ist, hat sie sich auch in den letzten Jahren sehr stark entwickelt. Das zeigt auch die Tatsache, dass acht Institute eine Zunahme der Nutzung angeben. Diese Veränderung wird aber einerseits mit der Möglichkeit eine Phase 2 ambulant anzubieten, welche seit 1. Mai 2007 durch den Vertrag mit dem Hauptverband besteht, in Verbindung gebracht. Andererseits werden die neuen Abrechnungsstrukturen mit allen Sozialversicherungsträgern dafür verantwortlich gemacht. Nur eines der Institute führt seinen Zuwachs auf eine bessere Zusammenarbeit mit stationären Instituten zurück. Ein anderes beschreibt sehr wohl eine positive Entwicklung, jedoch gibt es an bei weitem noch nicht ausgelastet zu sein.

In diesem Zusammenhang werden auch die Kapazitäten, bezogen auf die Anzahl der Patient(inn)en, die eine Einrichtung hat, als begrenzt definiert. Es wird von einem Optimum und einem Maximum gesprochen, die erreicht werden können. Das Maximum ergibt sich durch die Grenzen die durch Personal und Räumlichkeiten entstehen, wobei sich das Optimum mehr daran orientiert, wie flexibel ein Institut bei guter Auslastung bleiben kann (vgl. Interview 4).

In Instituten mit offenen Gruppen ergibt sich auch die Herausforderung dafür zu sorgen, dass die Kurse immer ausgelastet sind. Dazu wird angegeben, dass diese teilweise überbucht werden. Somit wird davon ausgegangen, dass nicht alle Teilnehmenden, die sich angemeldet haben, erscheinen. Das hat zur Folge, dass für den nicht besetzten Platz kein Geld eingenommen wird, da in diesem Fall keine Kosten verrechnet werden dürfen. Durch die so entstandenen Verluste kam es dazu, dass die Patient(inn)en die Hälfte der Kosten in so einem Fall selbst zu bezahlen haben.

Hier entstehen finanzielle Belastungen für die Institute, da laut Angaben in den Interviews die Pauschale, die pro Teilnahme und Einheit verrechnet werden kann, vom Hauptverband sehr knapp berechnet wurde und beinahe eine Auslastung von 100 Prozent voraussetzt, um Kosten, wie beispielsweise Anfangsinvestitionen oder die Instandhaltung, abzudecken.

enden ihre Therapie nicht bis zum Ende fertig machen, gibt es in allen Bereichen. Es stellt eine besondere Herausforderung für die Institute dar, dies zu verhindern. Teilweise wird dieser Bereich sehr vernachlässigt bzw. gestalten sich die Bemühungen einen Ausstieg der Teilnehmenden zu verhindern sehr individuell.

Auch die Höhe der Dropoutrate ist sehr breit gestreut, wie man an den folgenden Passagen sehen kann: Das Problem haben wir im Grunde genommen nicht [ë] ein oder zwei Prozent vielleicht (Interview 12, Zeile 293) bis Vielleicht 20 Prozent (Interview 4, Zeile 165). Ergänzend sollte erwähnt werden, dass sich die Zahlen, die hier benutzt werden, nur auf Schätzungen der Interviewpartner/innen stützen.

Gründe für einen Abbruch der Rehabilitation

Diese liegen oft in den persönlichen Charakterzügen der Teilnehmenden begründet. Es gilt jedoch auch auf Seiten der Anbieter immer für eine optimale Organisation und Struktur des Produktes zu sorgen.

Zu den persönlichen Umständen, die bei einem Patienten/einer Patientin zum Abbruch der Rehabilitation führen können, gibt es mehrere Aussagen in den Interviews. Meistens werden dazu berufliche oder zeitliche Gründe angegeben(vgl. Interview 4).

Teilweise wurden auch strukturelle Mängel in Bezug auf die Gestaltung des Programms angegeben, die ein Auslöser für den Abbruch der Rehabilitation sein könnten. Es wurden auch mögliche Verbesserungsvorschläge genannt, durch die diese Gegebenheiten neu gestaltet werden können.

Ein Punkt, der in diesem Zusammenhang in Frage gestellt wurde, ist die durchgehende Dauer der Behandlung über ein Jahr. Vor allem die Sommermonate werden hier als problematisch betrachtet, da die Leute sehr viele Möglichkeiten haben im Freien etwas zu machen. Somit wird es schwierig die Teilnehmenden dazu zu bewegen, trotzdem zweimal pro Woche in die Einheiten zu kommen. Als mögliche Veränderung wurde die Überlegung angestellt, die Zeitspanne zu verkürzen und das Programm auf zweimal sechs Monate mit drei Monaten Pause dazwischen umzugestalten (vgl. Interview 10).

Die Probleme, die diese Veränderungen mit sich bringen könnten, werden zu einem anderen Zeitpunkt in der Arbeit diskutiert.

Abbruchs

Programm zu verhindern, werden, vor allem in jenen Instituten, die eine Dropoutrate zwischen ein und fünf Prozent angeben, folgende Strategien erwähnt:

Die Trainingseinheiten werden nicht in Form von geschlossenen Gruppen geführt, sondern es besteht die Möglichkeit sich individuell Termine zu vereinbaren. Dies führt dazu, dass Patient(inn)en aufeinander treffen, die sich in verschiedenen Stadien ihrer Rehabilitation befinden. Auf diesem Weg kann den Teilnehmenden vermittelt werden, wie ihr Genesungsprozess verlaufen kann bzw. wie leistungsfähig sie durch diese Behandlung wieder werden können (vgl. Interview 12).

Im Gegensatz dazu wird in einer anderen Einrichtung angegeben, dass sich in den geschlossenen Gruppen ein wichtiger sozialer Prozess stattfindet, der für eine hohe Motivation innerhalb der Gruppe sorgt (vgl. Interview 6).

In einem anderen Interview wird angegeben, dass sich durch die geschlossenen Gruppen auch Fixtermine ergeben, die ebenfalls zu einer regelmäßigen Teilnahme motivieren, da die Teilnehmenden sie in ihren Wochenrhythmus aufnehmen. (vgl. Interview 5).

Einen hohen Einfluss auf die Motivation wird auch dem betreuenden Personal zugeschrieben. Dieses hat die Möglichkeit direkt zu motivieren bzw. hat es starken Einfluss darauf, wie wohl sich die Patient(inn)en fühlen (vgl. Interview 2, 3, 11).

Als weitere Möglichkeiten werden die Vergabe von Hausaufgaben an die Trainierenden, Vorträge über die Bedeutung eines kontinuierlichen Trainings und allgemein das Gesamtpaket der Betreuung gesehen.

In Bezug auf das betreuende Personal wird vor allem dem/der Übungsleiter/in ein wichtiger Stellenwert eingeräumt. Es wird als deren Aufgabe gesehen die Trainingstherapie so zu gestalten, dass er/sie die Patient(inn)en an das Programm bindet (vgl. Interview 10).

Eines der Institute, welches auch eine Phase 2 anbietet, gibt an, ~~Ä~~ wenn die Leute einmal ein Monat bei uns waren, dann ist das so, dass die meistens bleiben [ë] ein Monat müssen wir sie eben wirklich motivierenó(Interview 6, Zeile 276).

In Einrichtungen, die eine Ausstiegsrate eher im Bereich von 10-20 Prozent angeben, wird als Motivationsstrategie zum Beispiel die Aufklärung über die Krankheit bzw. über den Nutzen der Therapie angeführt (vgl. Interview 1). Ein Institut gibt an, dass diese Aufgabe

liegt. Andere Bereiche werden dazu nicht erwähnt (vgl.

Als ein Motivationsfaktor werden hier auch die Ergebnisse der Zwischenuntersuchung, die dem Patienten/der Patientin objektive Werte in Bezug auf ihren Fortschritt bringen können, angeführt und von demselben Institut wird auch der Spaßfaktor in der Einheit eingebracht (vgl. Interview 10).

Unter den Instituten mit hoher Dropoutrate gab es nur ein einziges, das dem betreuenden Personal eine wesentliche Rolle in der Bindung der Patient(inn)en an das Programm beimaß (vgl. Interview 10).

Das Institut mit dem höchsten Anteil an Aussteiger(inne)n, welcher mit etwa 20 Prozent angegeben wurde, meinte dazu in der Befragung, *Wenn jemand keine Motivation mehr hat, was sollen wir dann machen, dann können wir ihn natürlich auch nicht überreden* (Interview 4, Zeile 159).

Das Institut auf der Lassnitzhöhe stellt auf Grund seines Angebotes eine Ausnahme dar. Es gibt eine sehr geringe Ausfallsquote an, welche auf die Einzelbetreuung oder die Betreuung von Kleingruppen zurückgeführt wird. Ein Ausstieg aus dem Programm kommt nach Aussagen im Interview nur infolge einer zu starken finanziellen Belastung zustande.

5.2.20 Nachhaltigkeit

Als Teil des Abschlusses der Phase 3 wird in den Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention (2005, S 309) angegeben:

Anlassung einer Abschlußuntersuchung beim zuweisenden Internisten oder Spitalsambulanz und Bericht des Zentrums über den Behandlungserfolg bzw. die weiteren Trainingsvorgaben nach Abschluss der Phase 3 und Empfehlungen für die Phase 4 (Herzgruppen, etc.)

Bei der Erhebung der Daten für die vorliegende Arbeit spielten diese Bereiche ebenfalls eine große Rolle. Besonders interessant waren dabei einerseits die Maßnahmen, mit denen die Teilnehmenden zu einem lebenslangen Sporttreiben motiviert werden, andererseits welche Informationen über weiterführende Sportangebote weitergegeben werden bzw. in welcher Form dies geschieht.

te die Teilnehmenden zu einem nen zu motivieren

Hier soll ein Überblick über die jeweiligen Handlungsweisen der Institute gegeben werden, wodurch sich auch teilweise die Wichtigkeit der einzelnen Bereiche erkennen lässt. Zunächst wird nur eine objektive Darstellung der Angaben geliefert, wobei eine Interpretation dieser Aussagen im nächsten Kapitel folgt.

Grundsätzlich müssen laut den Richtlinien der AGAKAR alle Teilnehmenden eine Enduntersuchung mit einem Abschlussgespräch absolvieren. Diese soll auch für eine weitere Trainingsempfehlung genutzt werden.

Es wird in allen Interviews angegeben, dass die Institute Trainingsempfehlungen für ein selbstständiges Training zu Hause an die Teilnehmenden weitergeben. Diese werden in einigen Einrichtungen schon während der laufenden Rehabilitation vermittelt, da ein Ziel des betreuten Programms jenes ist die Teilnehmenden an die Durchführung eines eigenständig geführten Trainings zu gewöhnen. Im Interview 6 wird diese Tätigkeit als der Hauptinhalt der Arbeit beschrieben, da die Leute auf Grund dieser Bestrebungen ins Institut kommen.

Von den 12 befragten Instituten geben zehn an die Trainingsempfehlungen nicht nur mündlich zu thematisieren, sondern den Leuten auch schriftliche Anleitungen mitzugeben. Teilweise werden sie im Rahmen der Enduntersuchung mit den Ergebnissen übergeben, oder auch schon während des Trainings in Form eines Trainingstagebuchs, das aus vorgefertigten Unterlagen besteht in die Trainierenden ihre Tätigkeiten zu Hause eintragen sollen. In diesem Fall wird das Protokoll immer wieder ein- oder zweimal pro Monat im Zuge der Einheiten im Institut kontrolliert (vgl. Interview 11). Es wird auch angegeben, dass es an Hand der Leistungsfähigkeit ersichtlich ist, ob die Teilnehmenden auch die Anweisungen für das Heimtraining befolgen (vgl. Interview 3). Auch über die Auswahl der Kräftigungsübungen gibt es eine Angabe, da diese ebenfalls so getroffen wird, dass es kein Problem ist, sie selbstständig zu Hause nachzumachen.

Von den Befragten gaben auch drei an nach Ende der Rehabilitation noch Kontakt zu den Patient(inn)en zu haben. Sie bieten den Teilnehmenden weiterhin an ihnen bei Fragen zu Verfügung zu stehen bzw. sie bei der Auswertung der mit Hilfe der Polaruhr gesammelten Daten zu unterstützen. Zweimal wurde auch angegeben, dass die Institute durch persönlichen Kontakt, zum Beispiel via Email, versuchen die Personen nach Ende des Rehabilitationsprozesses weiterhin zu Bewegung zu motivieren.

Der Großteil der Institute informiert die Teilnehmenden auch über weiterführende Angebote in anderen Einrichtungen. Nur in einem wurde behauptet gar keine derartigen

Instituten werden hauptsächlich Informationen über den Herzverband weitergegeben, allerdings auch über andere Vereine und Institute. In Bezug auf den Herzverband werden wiederholt die Bedenken geäußert, dass deren Angebot nicht das richtige für die Patient(inn)en ist. Im Detail wird einmal geäußert, dass der Herzverband eher für ältere Menschen als für die eigene Klientel geeignet ist. An anderer Stelle wird auch in Frage gestellt, ob denn die Durchführung einer Einheit, so wie sie beim Herzverband üblich ist, wirklich als Training bezeichnet werden kann. Andere positive Aspekte des Herzverbands werden dabei jedoch nicht in Frage gestellt.

Der Kontakt zum Herzverband wird allgemein als sehr unterschiedlich definiert, da einerseits von einer Zusammenarbeit mit diesem gesprochen wird und andererseits ein konkurrenzähnliches Verhalten von Seiten des Herzverbandes beschrieben wird, worauf eine angestrebte Gemeinschaftsarbeit abgebrochen wurde.

Diese Aufklärung über die Vielfalt der anschließenden Trainingsmöglichkeiten erfolgt in sechs Instituten auf mündlicher Basis, drei geben an diese Informationen auch schriftlich weiterzugeben, teilweise wird der Kontakt mit den Vereinen sogar als Zusammenarbeit definiert.

5.2.22 Weiterführende Angebote der Institute

Da die Einrichtungen sehr unterschiedlich aufgebaut sind, gehen auch die Angebote an weiterführenden Bewegungsaktivitäten sehr weit auseinander. In zwei Befragungen wird angegeben, dass die Teilnehmenden nach Abschluss der Phase 3 keine Möglichkeit haben in der Einrichtung weiter zu trainieren. Drei bieten den Teilnehmenden anschließend die Option an dasselbe Programm weiter zu machen, wobei in diesem Fall die Kosten selbst zu tragen sind. Das Angebot findet dann meist in längeren Abständen, etwa einmal pro Woche oder pro Monat statt, wird allerdings zum selben Tarif von 35 Euro pro Einheit abgerechnet. Das Ziel dabei ist es den Menschen eine Begleitung zum eigenständigen Training zu bieten, da hier oft noch Verunsicherung herrscht. In drei Instituten ist es auch möglich eine Phase 4 anzuschließen und eine weitere Einrichtung befindet sich gerade im Aufbau dieser Methode. Diese gestaltet sich so, dass der Aufbau der Trainingseinheiten genau derselbe ist, wobei jedoch keine Anwesenheit des Arztes notwendig ist.

Ein größeres Angebot an Bewegungsaktivitäten wird in den letzten drei Befragungen beschrieben. Hier wird von einem Programm speziell für diese Zielgruppe gesprochen, dass entwickelt wurde, weil auf Seiten der Teilnehmenden ein so starker Wunsch



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

selben Einrichtung fortzusetzen. In einer Befragung welches Koordinations- und Gleichgewichtstraining, Sturzprophylaxe, Nordic walking und andere propriozeptive Inhalte umfasst. In einer weiteren reicht die weiterführende Palette an Maßnahmen von Rückengymnastik, einem umfangreichen Fitnessprogramm, Ernährungsumstellung über ein eigenes Programm für Senioren, welches Osteoporoseprophylaxe, Muskelabbau, Gelenkschutz und Sturzprophylaxe beinhaltet, bis zur Lebensstilmodifikation.

Die Institute wurden vorgestellt und in einem weiteren Schritt wurden die Aussagen der Befragten nach den verschiedenen Themen miteinander verglichen. In diesem Kapitel soll nun eine Verbindung zwischen den Inhalten hergestellt werden, um einen Bezug zwischen den einzelnen Themen aufzeigen zu können. Weiter werden diese mit Vorgaben aus der Literatur verglichen.

5.3.1 Organisation

Die ambulante kardiale Rehabilitation ist in Österreich ein sehr junges Arbeitsfeld, dadurch kann noch bei Weitem nicht von einem optimalen Ausbau derselben gesprochen werden. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung, im Frühjahr 2008, waren 13 Einrichtungen in diesem Bereich tätig. Hier kann zurzeit nicht von einem flächendeckenden Angebot, wie es anfangs geplant war, gesprochen werden. Zusätzlich konzentrieren sich diese Institute auf bestimmte Gebiete, was ebenfalls keine wünschenswerte Entwicklung ist. In einer Studie von Benzer, Mayr und Abbühl (2003, S 781), welche sich mit Bedarf und Angebot in der kardialen Rehabilitation beschäftigt, wird ebenfalls angegeben, dass das bestehende Angebot an kardiologischer Rehabilitation in Österreich für die stationäre Phase 2 ausreichend, jedoch für die ambulante Phase 2 und insbesondere für die Phase 3 ungenügend ist.⁶

Eine starke Präsenz des Angebotes kann in der Steiermark festgestellt werden. Dort gibt es zwei Institute in Graz und in Bruck an der Mur, die auch einen Vertrag mit dem Hauptverband haben und zwei weitere in ländlicher Gegend, die keine Abrechnungsstrukturen mit der Sozialversicherung haben. In Niederösterreich existieren zwei aktive Institute, die keinen Vertrag aber Vereinbarungen mit der Pensionsversicherung haben. Da sich beide in Krems befinden, kann auch hier von keiner guten Verteilung gesprochen werden. In Oberösterreich gibt es zwei Institute mit Vertrag, wobei eines in der Landeshauptstadt Linz und das andere in Wels, ebenfalls einer größeren Stadt, liegt. Es sind beide gut über die Autobahn zu erreichen, was auch eine weitere Anreise ermöglichen würde. Wien hat drei Einrichtungen, die alle mit der Pensionsversicherung zusammenarbeiten. In Salzburg und Vorarlberg gibt es jeweils ein aktives Institut mit einem Vertrag. In Kärnten existiert nur eine Einrichtung, die ebenfalls mit der Pensionsversicherung abrechnen kann und sich auch in der Landeshauptstadt befindet. Im Burgenland und in Tirol gibt es kein solches Unternehmen, was auch in einer Befragung kritisiert wurde. Da frag ich mich schon, gibt es zwei Gesellschaften, haben

erapiert werden als die im Westenó(Interview 6, Zeile

Um diese geographische Aufteilung etwas besser zu veranschaulichen, folgt in der Abbildung 1 eine grobe Darstellung der Verteilung der Institute in Österreich.

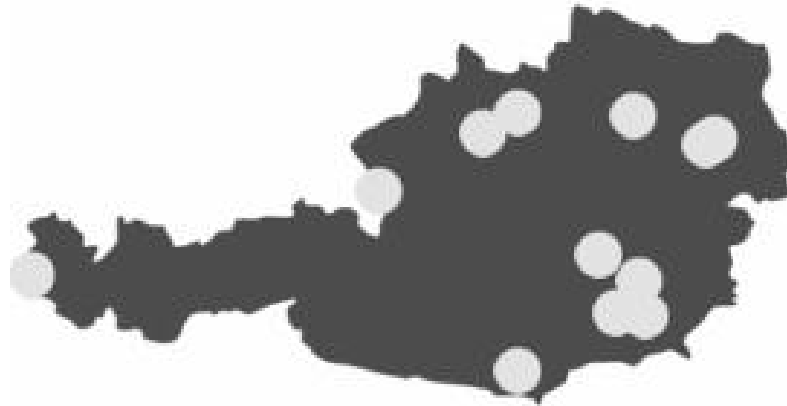


Abbildung 1: Verteilung der ambulanten kardialen Institute in Österreich

Auffällig war in diesem Zusammenhang die Aussage, dass es in der Steiermark eine Beschränkung auf drei Institute gibt, die an der Pilotstudie teilnehmen dürfen. Im Moment sind es zwei, die darin integriert sind. Die anderen zwei haben Bestrebungen auch an der Studie teilzunehmen. In Interview 6 wird vermutet, dass so das momentane Ungleichgewicht im Bezug auf die Verteilung der Institute aufgehoben werden soll.

Es wird auch in den Interviews mehrmals erwähnt, dass sich die Entwicklung der Institute immer weiter von einer flächendeckenden Struktur entfernt und sich viel mehr auf wenige Einrichtungen in den Ballungszentren beschränkt. Besonders im Bereich der Phase 2 besteht nur vereinzelt - in den sechs Instituten die einen Vertrag haben - die Möglichkeit diese ambulant zu machen, da hier einerseits höhere Anforderungen an das Institut gestellt werden, andererseits die Kosten für eine private Behandlung den finanziellen Rahmen der Patient(inn)en überschreiten würden.

Die Strukturen befinden sich teilweise erst im Aufbau, das kann man vor allem auch dadurch erkennen, dass es sehr wohl mehr akkreditierte Institute gibt. Diese bekommen jedoch vorerst keinen Vertrag, was wiederum dazu führt, dass sie keine Patient(inn)en haben. Die aktuellen Verträge sind ebenfalls im Rahmen eines Pilotprojektes bis 2010 befristet. Das bedeutet, dass es keine Gewähr dafür gibt, dass diese nach Ablauf der Frist

Vereinbarungen sind ebenfalls nicht abgesichert. Somit
ko ein.

Für den Fall, dass sich das Pilotprojekt als erfolgreich herausstellt und auch mit anderen Instituten ein Vertrag geschlossen wird, können jedoch in kurzer Zeit einige Institute, die bereits akkreditiert sind, den Betrieb (wieder) aufnehmen. Dies würde eine flächendeckende Entwicklung sehr beschleunigen und aus diesem Grund sollte ein solches Ziel auch nicht ganz aus den Augen verloren werden.

Eine weitere Hürde stellt die Bedingung dar, dass die Institute in Form einer Krankenanstalt geführt werden müssen, um einen Vertrag mit dem Hauptverband zu bekommen. Zumindest müssen sie dies zum Zeitpunkt der Akkreditierung erfüllen. Das bedeutet zum einen, dass die Einrichtungen bereits im Vorfeld viel investieren müssen ohne mit einer sicheren Zusage rechnen zu können. Zum anderen wird hier impliziert, dass alle Einrichtungen die Bedingungen erfüllen müssen, um eine Phase 2 anbieten zu können. Der Bedarf an einem so dichten Angebot in Bezug auf die Phase 2 zusätzlich zum stationären Angebot, das es in Österreich gibt, sollte hinterfragt werden.

Ein Ansatz dazu könnte sein, eine Differenzierung unter Berücksichtigung des geplanten Angebotes in Bezug auf die Anforderungen, die ein Institut erfüllen muss, zu machen. Es könnten unterschiedliche Auflagen für die Durchführung einer Phase 2 oder 3 entwickelt werden und somit wäre es realistischer eine Phase 3 flächendeckend auszubauen und die Phase 2 nach dem jeweiligen Bedarf anzubieten.

5.3.2 Institute

Die Organisationsformen der Einrichtungen gestalten sich momentan noch sehr unterschiedlich. Angefangen vom Trainingsraum in der Ordination über Trainingszentren bis hin zum Ambulatorium ist alles vertreten. Das ist allerdings nur noch für die Einrichtungen, die bereits akkreditiert sind, möglich. Die Anforderungen in den Richtlinien wurden, wie bereits erwähnt, sehr in die Höhe geschraubt. Das würde für die Anbietenden teilweise einen kompletten Umbau ihrer Einrichtung bedeuten, da es viele Vorschriften in Bezug auf das Gebäude gibt. Es ist somit fraglich, wohin sich das Ganze entwickeln wird, da sich eine Förderung des Angebotes in Richtung der Krankenanstalten und Ambulatorien erkennen lässt.

Weitere Überlegungen wurden bezüglich ambulanter Zentren angestellt, die nicht nur den Bereich der kardialen Rehabilitation abdecken, sondern auch andere Gebiete wie zum Beispiel die Orthopädie mit einschließen. Als Argument gegen die ambulanten

dass sie auf Grund ihrer personellen und räumlichen nicht die optimale Behandlung bieten können. Dazu gibt Benesch (1998, S 226) an, dass auf die unterschiedlichen individuellen Bedürfnisse wie zum Beispiel der Krankheitsverarbeitung, einer individuellen psychosozialen Risikointervention, weitergehenden Schulungen und Multimorbidität nicht genügend eingegangen werden kann. Diese Annahme dürfte jedoch schon etwas veraltet sein, denn wenn man die Richtlinien betrachtet, werden diese Bereiche sehr wohl abgedeckt.

5.3.3 Zusammenarbeit zwischen den Instituten

Die Schnittstellen zwischen den Einrichtungen sind ein wichtiger Punkt, der auch bei den Befragungen immer wieder angesprochen wurde. Eine gute Kooperation zwischen Ärzt(inn)en, Akutkrankenhäusern, stationären Einrichtungen und den ambulanten Instituten ist eine Voraussetzung für die optimale Versorgung der Patient(inn)en. Sie wird in diesen auch als die größte Herausforderung an die ambulanten Leiter/innen definiert, aber auch als essentiell auf dem Weg zur optimalen Auslastung der Institute. Weiter wird dieses Problem in der Literatur darauf zurückgeführt, dass es keine Anreize für die Kardiolog(inn)en gibt mehr im Bereich der Prävention tätig zu werden, solange sie auf Grundlage der durchgeführten Maßnahmen entschädigt werden (vgl. Benzer & Oldridge 2001).

Im Laufe der Interviews wurden immer wieder Schwachstellen in diesem Bereich thematisiert. Es wurde aber auch versucht Verbesserungsansätze zu finden. In diesem Zusammenhang wurde als langfristiges Ziel ein klarer schematischer Ablauf wie in der Physiotherapie formuliert. Der Vergleich wurde vor allem deswegen hergestellt, da es auf diesem Gebiet ein üblicher Ablauf ist, jemandem im Fall einer Erkrankung automatisch die angemessene Therapie in einer wohnortnahen Einrichtung zu verschreiben. Was die kardiale Rehabilitation betrifft, sind diese Schemata allerdings noch nicht verankert. Vielmehr ist es hier damit verbunden, ob der/die Patient/in sich in einer Behandlung bei einem/einer Arzt/Ärztin befindet, der/die hinter dieser Behandlung steht. Auf Grund dieser Gegebenheiten kämpfen die Institute nach wie vor mit großen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung ihrer Kund(inn)en. Diese momentane Situation erfordert es natürlich umso mehr, dass weiterhin viel an der Verbesserung dieser Strukturen gearbeitet wird.

Die in den Interviews angegebenen Gründe für diese Probleme sind sehr unterschiedlich und betreffen beinahe alle beteiligten Interessensgruppen. Als ein großes Problem wird die Vermarktung des Produktes dargestellt. Mehrere Male wurde angegeben, dass es

ist, dass diese Form der Behandlung existiert. Hier ist /die Patient/in gemeint. Auch im Kreis der Ärzt(inn)en ist zum Teil diese Art der Rehabilitation nach wie vor unbekannt. Es müsste somit mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit den Patient(inn)en der Zugang zu diesem Angebot erleichtert wird. Eine bessere Aufklärung sollte besonders in den Akutkrankenhäusern stattfinden, da man dort den Großteil der Zielgruppe erreichen kann. Durch die Entwicklung zu sehr kurzen Spitalsaufenthalten nach bestimmten Ereignissen die keinen komplizierten Eingriff erfordern sehr wenig Zeit, um den Patienten/die Patientin zu erreichen. Wenn somit der/die Betroffene die nötigen Informationen nicht in diesem sehr kurzen Zeitfenster erhält oder nicht in ein stationäres oder ambulantes Rehabilitationszentrum überwiesen wird, besteht eine erhebliche Gefahr, dass er/sie über die Möglichkeiten der weiterführenden Angebote nicht aufgeklärt wird. Auch Benzer & Oldridge (2001) schreiben diesem Zugang eine wichtige Bedeutung zu. Sie geben weiters an, dass dies die Aufgabe der Mitarbeiter/innen in den jeweiligen Instituten ist.

Dieser Zeitdruck basiert vor allem auf der Tatsache, dass ein Antrag auf eine ambulante Phase-2-Behandlung innerhalb von zwei Monate erfolgen muss, da der/die Betroffene ansonsten ihren Anspruch auf eine ambulante Rehabilitation verliert. Erwähnenswert dazu ist besonders der Unterschied zu einer stationären Behandlung, da diese Regelung nur für den ambulanten Bereich gilt. Für den Fall eines Antrags auf eine stationäre Behandlung bleibt den Patient(inn)en mehr Zeit, wobei keine exakte Zeitangabe gemacht wurde.

Ein großer Teil der Patient(inn)en plant, meist aus beruflichen Gründen keine stationäre Rehabilitation. Werden die Betroffenen nun auch nicht über die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung aufgeklärt, verlassen diese das Spital nach einem Eingriff ohne anschließende Behandlung, die allerdings einen wichtigen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf haben kann.

Daraus folgt, dass die Informationsweiterleitung über mögliche Behandlungen bereits im Krankenhaus stattfinden sollte. Eine weitere Variante wäre eine Aufklärung durch die niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen, die jedoch laut den Angaben in den Interviews auch nicht optimal funktioniert. Hier besteht teilweise die Angst auf Seiten der Ärzte/Ärztinnen, dass der/die Patient/in auf Grund der Behandlung in einem anderen Institut mit einem/einer anderen Arzt/Ärztin dort weiter betreut wird und sie somit eine/n ihrer Kund(inn)en verlieren. In einem anderen Interview wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der/die betreuende Arzt/Ärztin in ihrem Institut lediglich die Drehscheibe zwischen Sportwissenschaftler/in und zuweisendem Arzt/zweisender Ärztin ist (vgl. Interview 10), womit sich solche Befürchtungen auflösen sollten.

Die Herzgruppen in Deutschland voran, die eine Hausarzt/ärztin genau definieren. Der betreuende Arzt für den Patienten nach dem Herzinfarkt oder der Herzoperation bleibt ohne Einschränkungen der Hausarzt. Der ärztliche Betreuer der Herzgruppe hat lediglich die Aufgabe, das bewegungstherapeutische Programm, das vom Übungsleiter durchgeführt wird, zu überwachen und gegebenenfalls bei Notfällen einzugreifen (Brusis, 2002, S 33). Weiter wird auch ein ständiger Kontakt zwischen diesen gewünscht, da so eine Verunsicherung der Patient(inn)en vermieden werden kann.

Ein anderer Punkt ist, dass die Meinungsbildner/innen unter den Ärzt(inn)en dem ganzen sehr skeptisch gegenüber stehen, was für eine Verbreitung des Programms ebenfalls nicht sehr förderlich ist. Das Problem der Konkurrenz taucht in diesem Zusammenhang immer wieder auf, wobei durch eine gründliche Aufklärung über das Angebot und das Programm viele Missverständnisse beseitigt werden könnten.

Auch in der Literatur wird ein Ausbau der ambulanten Strukturen immer wieder thematisiert. So geben Schüller & Huber (2002, S 46) an, dass auf Grund des demographischen Wandels der Gesellschaft (Überalterung) und des entsprechend erhöhten Handlungsbedarfs für chronisch Kranke der Ruf nach Flexibilisierung der Strukturen und auf Dauer der Rehabilitation immer lauter wird. Eine Antwort darauf liegt in der Etablierung ambulanter Rehabilitationsmodelle und Maßnahmen.

Besonders gut funktioniert der Übergang zwischen Akutkrankenhäusern und ambulanten Einrichtungen, wenn sie Überschneidungen im Bereich des Personals aufweisen. Somit kann die Aufklärung der Patient(inn)en direkt vor Ort durch die Personen, von denen sie dann auch anschließend weiter behandelt werden, erfolgen. Der wird am Kathetertisch beispielsweise schon informiert, welche Einrichtungen zur Auswahl stehen (Interview 3, Zeile 177). Eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Personal von zwei verschiedenen Einrichtungen wird ebenfalls als sehr nützlich angesehen. Diese Verknüpfungen nehmen den Patient(inn)en nicht nur die Angst auf eine völlig unbekannte Einrichtung zu zugehen, sondern geben ihnen viel mehr die Möglichkeit sich in eine Behandlung durch Menschen einzulassen, mit denen sie bereits positive Erfahrungen gemacht haben. Hier besteht bereits ein Vertrauen, das entscheidende Barrieren aus dem Weg räumen kann.

Zwei Institute sind räumlich an die jeweiligen Krankenhäuser angeschlossen, wodurch eine gute Zusammenarbeit gewährleistet wird. Viele Patient(inn)en werden auf die direkt anschließende Therapie im hauseigenen Institut bzw. im gegenüberliegenden Gebäude aufmerksam gemacht. Eines davon gibt dazu weiters an, dass es aus diesem Grund auch Patient(inn)en mit risikoreicheren Indikationen behandeln kann.

stationären Rehabilitationszentren wird zum Teil als gute Zusammenarbeit zum anderen Teil als verbesserungswürdig angesehen. Eine direkte Überweisung findet im Rahmen der SVA statt, die ein eigenes stationäres Rehabilitationszentrum betreibt, von dem die Teilnehmenden anschließend in die ambulante Therapie nach Wien überwiesen werden. Ein weiteres gibt an, eine gute Zusammenarbeit mit einer nahe liegenden stationären Einrichtung zu haben. Ein Teil dieser Zusammenarbeit, besteht darin, dass das ambulante Institut einmal im Monat einen eine/n Mitarbeiter/in in das stationäre schickt, um einen Vortrag für die Patient(inn)en zu halten.

Weiters wird auch in einer Befragung eine personelle Überschneidungen zwischen ambulantem und stationärem Institut angegeben. Diese ermöglicht es die Teilnehmer(inn)en, die auf Grund der Wohnortnähe in Frage kommend, direkt auf das weiterführende Angebot aufmerksam zu machen (vgl. Interview 5).

Auf der anderen Seite wird als Ursache, dass die stationären Rehabilitationszentren eine Zusammenarbeit teilweise ablehnen, ebenfalls auf ein konkurrenzorientiertes Denken zurückgeführt. Sie befürchten, dass es ein Verlust für sie ist, rein wirtschaftlich gesehen (Interview 2, 136), da die Teilnehmenden an ambulanten Programmen im folgenden Jahr nicht mehr zu ihnen kommen. Es wird jedoch an anderer Stelle angegeben, dass es grundsätzlich keine Überschneidung der Klientel gibt, da einerseits durch die Indikation nur ein Teil der Erkrankten für eine ambulante Behandlung geeignet ist und andererseits die wohnortnahe Versorgung Personen ansprechen soll, für die zum Beispiel aus beruflichen Gründen kein vierwöchiger Aufenthalt in einer stationären Einrichtung in Frage kommt. Damit wird auch diesen Personen die Möglichkeit eröffnet eine Rehabilitation zu machen und es besteht keine Gefahr einer Überschneidung der Zielgruppe.

Eine zusätzliche Eingrenzung der möglichen Teilnehmer/innen für die Phase-3-Einrichtungen bedingt sich durch die Regelung, dass alle Personen eine Phase 2 gemacht haben müssen, um in die Phase 3 eintreten zu können. Somit beschränkt sich der Teilnehmer/innenkreis auf jene aus stationären Einrichtungen, weil laut Angaben in den Interviews ein/e Patient/in, der/die eine ambulante Phase 2 gemacht hat zu 60-70 Prozent die Phase 3 im selben Institut anschließt. Des Weiteren kann auch davon ausgegangen werden, dass die übrigen 30-40 Prozent die Behandlung nicht in einer anderen Einrichtung fortsetzen, sondern vielmehr an dieser Stelle aufhören. Eine Bestätigung dieser Annahme wird durch die Tatsache geliefert, dass in allen Instituten die nur ein Phase 3 anbieten, der Anteil an Teilnehmenden aus ambulanten Phase-2-Einrichtungen als kaum vorhanden angegeben wird.

man erst etwas ändern, wenn die ambulanten Phase-2-
nehmenden haben, und somit gezwungen sind einen
Teil der Phase 3-Patient(inn)en auf andere Institute zu verweisen.

5.3.4 Vereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern

Die Abrechnungsstrukturen gestalten sich sehr verschieden, da nur ein Teil der Institute in die bereits erwähnte Pilotstudie integriert sind. Ein anderer Teil hat Vereinbarungen mit den Pensionsversicherungen und zwei Institute arbeiten nur auf privater Basis. Somit entsteht eine Struktur, die auch Auswirkungen auf einen gleichberechtigten Zugang für alle in Österreich lebenden Menschen hat.

Auf Grund der unterschiedlichen Abrechnungsstrukturen mit den Sozialversicherungsträgern kommt es in den ambulanten und wohnortnahen Angeboten zu einem eingeschränkten Zugang für die Betroffenen. Diese Gegebenheiten wirken sich vor allem in Bezug auf Berufstätige, Pensionisten und Mitversicherte aus. Die prägnantesten Differenzen liegen darin, ob jemand erwerbstätig oder bereits in Pension ist, bzw. ob er/sie selbstständig ist oder war. Grundsätzlich kann man sagen für Menschen, die noch im Berufsleben sind, übernimmt die jeweilige Pensionsversicherung die Kosten, und für jene die sich schon zur Ruhe gesetzt haben die Krankenversicherung. Die Gruppe der Mitversicherten, wie zum Beispiel Ehefrauen und Kinder, werden ebenfalls auf Kosten der jeweiligen Krankenversicherung behandelt. Eine große Veränderung ist eingetreten, als der Vertrag mit dem Hauptverband unterzeichnet wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt war es nur Menschen, die erwerbstätig und somit bei der Pensionsversicherung versichert waren, möglich eine ambulante Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Durch den Vertrag, dem sich fast alle Versicherungen angeschlossen haben, ist nun auch Pensionisten und Mitversicherten ein Zugang zu dieser Behandlung ermöglicht worden, allerdings wieder nur in jenen sechs Einrichtungen, die in die Pilotstudie aufgenommen wurden, und in jener der SVA. Vier Institute geben an nur mit der Pensionsversicherung abrechnen zu können, womit ein Zugang nur Erwerbstätigen ermöglicht wird.

Es wurde im Handbuch für medizinische Rehabilitation (2003/2004) allerdings angegeben, dass 1992 die Pflichtaufgabe für medizinische Rehabilitation in den Krankenversicherungen geschaffen wurde, um allen Menschen diese Behandlung zu ermöglichen. Diese Angaben beziehen sich jedoch nur auf die Phase 2.

dass es in Bezug auf die Pensionsversicherung und die Rente keine Unterschiede gibt. In den meisten Fällen wird die Rente betreffend die Dauer der bewilligten Rehabilitationsphasen gibt. Es wird dazu angegeben, dass die Behandlung von der Krankenversicherung üblicherweise für ein halbes Jahr bewilligt wird, jedoch bei der Pensionsversicherung ein Jahr, was ebenfalls eine Begünstigung der Erwerbstätigen beinhaltet. Diese Tatsache kann auf das Ziel zurückgeführt werden die Betroffenen in eine Erwerbsfähigkeit zurückzubringen, und kann nur mit wirtschaftlichen Interessen begründet werden.

Die Einforderung eines Selbstbehaltes von den Teilnehmenden erfolgt in zwei der befragten Institutionen. Der Anteil liegt bei vier Euro bzw. 32 Euro im Monat. Diese Möglichkeit haben nur Einrichtungen, die keinen Vertrag mit dem Hauptverband haben, da in den anderen festgelegt wurde, dass die gesamten Kosten der Behandlung durch die Zahlungen von den Sozialversicherungen abgedeckt werden müssen und keine finanzielle Belastung für die Teilnehmenden entstehen darf.

Ein weiteres Institut gibt an Überlegungen bezüglich eines Selbstbehaltes anzustellen, da dadurch die Motivation der Teilnehmenden gesteigert und die Wertigkeit des Programms erhöht werden könnte. Es wird weiter als erzieherische Maßnahme angesehen. Vor diesem Hintergrund werden auch im Hauptverband Überlegungen angestellt dies umzusetzen (vgl. Interview 10).

Der aktuelle Betrag der für die Einheiten im Vertrag festgelegt ist, liegt, wie schon erwähnt bei 35 Euro. Es wird hier kein Unterschied in Bezug auf den Inhalt der Einheiten gemacht. Somit bezieht sich dieser auf Trainingsstunden, psychokardiologische Schulungen und alle andere Inhalte die im Zuge der Rehabilitation angeboten werden. Dieser Tarif ist laut den Befragungen sehr knapp bemessen und deckt die anfallenden Kosten für Personal, Strom, Heizung, Gebäudeinstandhaltung und die Rückzahlungen für zu anfangs investiertes Kapital erst bei sehr hoher Auslastung ab.

5.3.5 Personal

Die Anforderungen an die ambulanten Einrichtungen bestehen aus Anwesenheit eines Übungsleiters/ einer Übungsleiterin und eines Arztes/ einer Ärztin bei allen Einheiten. Eine einzige Ausnahme besteht in der Phase 2 bei therapeutischen Behandlungen, die nach dem Vertrag auch ein Physiotherapeut ohne AGAKAR-Diplom durchführen darf, jedoch ist auch hier die Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin erforderlich.

bereits die unterschiedlichen Aufgaben des Arztes/der Ärztin folgen soll.

Grundsätzlich sind Personen mit Herzerkrankungen eine Klientel, dass ein gewisses Potential an gesundheitlichen Risiken mit sich bringt. Gerade in der Phase 2 liegen die Ereignisse oder Eingriffe in naher Vergangenheit und es kann als sehr sinnvoll betrachtet werden, dass das ärztliche Personal ständig zur Stelle ist bzw. gerade im Bereich des Trainings die Überwachung der Patient(inn)en übernimmt.

In der Phase 3 handelt es sich allerdings um Teilnehmende, die wieder leistungsfähiger sind, gelernt haben mit ihrer Krankheit richtig umzugehen und ein Körperbewusstsein entwickelt haben. Ob es nun unvorstellbar ist, auch nach Betrachtung der verschiedenen Angaben in den Interviews, die Einheiten, insbesondere jene mit theoretischen Inhalten, in der Phase 3 ohne ständige Anwesenheit des Arztes/der Ärztin durchzuführen, sollte überlegt werden. In den stationären Instituten ist laut den Angaben in den Befragungen nicht immer ein Arzt während der Einheiten anwesend.

Die aktuelle Situation ist klar definiert und im Großteil der Befragungen wird den Ärzt(inn)en eine bedeutende Rolle zugeschrieben, die unterschiedliche Bereiche abdeckt. Jedoch variieren die Antworten in Bezug auf die Aufgaben sehr stark, was teilweise keine optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen darstellt. Diese Anwesenheit kann den Patient(inn)en Sicherheit geben, ermöglicht eine gute Beratung, ständige Betreuung, etc., und sollte im Hinblick darauf nicht aus den Augen verloren werden.

Ein weiteres Problem ist die Beschäftigung von Sportwissenschaftler(inne)n, welches sich aus zwei Gründen ergibt: Einerseits ist es diesen nicht erlaubt mit Kranken zu arbeiten bzw. dürfen sie nicht im Bereich der Therapie beschäftigt werden und andererseits wird in den Interviews angegeben, dass sie alle Sportwissenschaftler angestellt und nicht auf freiberuflicher Basis beschäftigt haben, weil Sporttrainer oder Übungsleiter in freiberuflicher Tätigkeit nicht mehr erlaubt ist (Interview 3). Es ergeben sich durch die unklare Definition des Berufsfeldes der Sportwissenschaftler/innen Probleme denen natürlich Institute versuchen zu entgehen. Es könnte sich in diesem Bereich eine Verdrängung der Sportwissenschaftler/innen durch Physiotherapeuten ergeben. Im Interview 3 wird die Situation so beschrieben, dass der Sportwissenschaftler hinter dem Arzt versteckt wird. Dass heißt der Arzt ist sowieso anwesend und dann kommt diese Situation, ich stehe im Prinzip nur drinnen und sage, da tut sich was (Zeile 288).

... Schwerpunkt auf der männlichen Seite, und nur zu einem geringen Anteil befinden sich Frauen in den Gruppen. Einen Erklärungsansatz dazu liefert Sudek (2006) in Bezug auf das in Deutschland übliche Vorgehen. Darin wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen der Rehabilitationsbedürftigkeit und dem bei Frauen erst in einem höheren Alter auftretenden Herz-Kreislauf-erkrankungen. Genauer wird dazu angegeben, dass es primäres Ziel der Rentenversicherung ist die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und zu erhalten. Jedoch geht dieses Ziel ab einem bestimmten Alter verloren. Da u.a. die Inzidenzraten bei Frauen – insbesondere für die rehabilitativ sehr bedeutsame Diagnosegruppe der ischämischen Herzkrankheiten – ihren Höhepunkt erst in späteren Lebensphasen erreichen, resultiert daraus eine stark überwiegende Anzahl männlicher Patienten (Sudek, 2006, S 20).

Ein weiterer Punkt durch den der Anteil an Frauen reduziert wird, ergibt sich dadurch, dass ein Teil der Institute nur mit der Pensionsversicherung abrechnen können. Somit wird Mitversicherten nicht ermöglicht diese Behandlung in Anspruch zu nehmen. Diese Tatsache betrifft wiederum viele Hausfrauen, die selbst nicht erwerbstätig sind und mit ihren Ehemännern mitversichert sind.

5.3.7 Inhalt des Rehabilitationsprogramms

Moderne kardiologische Rehabilitationsprogramme sollten eine ganze Palette von multifaktoriellen Leistungen enthalten, die auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten eingehen, einschließlich Bewegungstraining, Erziehung und Beratung über die Reduktion des koronaren Risikos, Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, medizinische Überwachung und Nothilfe (falls erforderlich) sowie Interventionen für eine bessere psychosoziale Funktion (Benzer & Oldridge, 2005, S 213).

Grundsätzlich wird das Programm in Österreich diesen Ansprüchen gerecht. Eine mögliche Überlegung wäre jedoch die Durchführung des Angebotes abwechslungsreicher zu gestalten, da es für die Teilnehmenden motivierender sein könnte. Dadurch, dass es auf ein Ausdauertraining am Ergometer aufgebaut ist, was auch in den Richtlinien verankert ist, gibt es wenig Spielraum in Bezug auf die Gestaltung. Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, werden die Empfehlungen zur Durchführung des Trainings sehr offen gehalten. Somit ist es möglich auch ein Ausdauertraining sehr abwechslungsreich zu gestalten, was sich wiederum positiv auf die Motivation der Teilnehmenden auswirkt.

als mögliche Übungs- und Trainingsform, und schreibt einen psychologischen und motivationalen Faktor zu. Es wird empfohlen, dieses zur Verbesserung bzw. Erhaltung der konditionellen Grundeigenschaften einzusetzen.

Die Methode des Spiels wird in den Interviews nur einmal angesprochen und kann so einen Bereich darstellen, der noch ausgebaut werden könnte bzw. vielleicht von den anbietenden Instituten erst entdeckt werden muss.

Die Vielfalt der Schulungen ist sehr groß und es wird auch angegeben, dass diese an die Bedürfnisse der Patient(inn)en angepasst wird.

Auch die Bewegungsrehabilitation im häuslichen Umfeld sollte jedoch als Alternative vertreten werden, und zwar weil sie weniger kostet, praktischer ist und das Potenzial aufweist, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu fördern (Debusk, Haskell, Miller Berra & Taylor 1985, nach Benzer & Oldridge 2001, S 214). Es wird auch in den Befragungen mehrmals darauf hingewiesen, dass die Teilnehmenden bereits während der Rehabilitation angehalten werden, begleitend zu den Einheiten in den Instituten selbstständig ein Training durchzuführen. Die Versuche in diese Richtung bestehen entweder aus Befragungen der Teilnehmenden, was sie zu Hause gemacht haben, oder sogar durch ein auszufüllendes Protokoll, welches dann in regelmäßigen Abständen kontrolliert wird. Dieser Bereich weist nach Angaben in den Interviews noch viel Potential zur Verbesserung auf, da er noch sehr unausgereift und unstrukturiert wirkt.

In einer Studie von Kanning (2007, S 442) wird erläutert, dass sich durch psychosoziale und sportpsychologische Interventionen einige für die Aufrechterhaltung wichtige Determinanten positiv beeinflussen lassen. Weiter gibt Benesch (1998, S 226) an, dass aus der pädagogischen Psychologie bekannt sein sollte, dass Verhaltensänderungen eine mindestens halbjährige Intervention und Betreuung von Betroffenen erforderlich macht. Dadurch wird der Phase 3 Rehabilitation eine große Bedeutung zugeschrieben. Nur in dieser werden die Betroffenen für einen diesen Angaben entsprechenden Zeitraum betreut.

Weiter wird angegeben, dass Herzerkrankte die einerseits lernen die besprochenen Aktivitäten in ihren Alltag einzubauen und andererseits die Möglichkeit aufgezeigt wird, wie sie bei eventuellen Barrieren regulativ eingreifen können, ein höheres Aktivitätsniveau aufweisen. Es scheint ebenfalls zielführend zu sein, wenn Teilnehmenden die Fähigkeit zur Selbstregulation vermittelt wird und greifbare Empfehlungen zu regulativen Maßnahmen besprochen werden (vgl. Kanning 2007). Eine mögliche Umsetzung wird in Tabelle 1 dargestellt.

Gesprächsführung
Hinweise zur verbale Unterstützung einer KHK-P. <u>Selbstregulationsmechanismus</u> fördern, indem • Bewegungsvorgaben expliziert werden, • die Selbstbeobachtung geschult wird. <u>Planungshilfen</u> geben, indem die Überlegungen unterstützt werden • eine geeignete Lieblingsaktivität zu finden • die Aktivität zeitlich im Alltag verankern, • sich Alternativen zu überlegen, falls etwas dazwischen kommen sollte. <u>Strategien für den Alltag</u> besprechen: • Thema Kontrolle: KHK-P. mögliche Störungen zu antizipieren und realistische Lösungen einzuplanen. • Thema Selbstverstärkung: KHK-P. ermuntern, sich durch externe Anreize oder durch die Aktivität selbst zu belohnen

Tabelle 4: Hinweise zur Gesprächsführung (Kanning 2007, S 444)

5.3.8 Dropout

Wie im Vergleich bereits dargestellt, gestalten sich die Bemühungen die Teilnehmenden an das Programm zu binden sehr unterschiedlich. Eine bestimmte Ausfallsquote wird von einem Teil der Institute als üblich hingenommen, wobei andere eine sehr niedrige Quote angeben, allerdings nicht begründen worauf diese beruht.

Auffällig war auch die Reaktion auf die Frage zu den Dropouts, welche darauf schließen ließen, dass sich viele noch keine Gedanken darüber gemacht haben auf welcher Höhe ihre Ausstiegsrate liegt bzw. wie sie diese reduzieren können.

Eine hohe Wirksamkeit in Bezug auf die Vermeidung von Dropouts, wird dem betreuenden Personal zugeschrieben. Dies verdeutlicht auch Buchwalsky (1998, S 220) in seiner Aussage, dass ~~A~~ das Engagement und die Motivation dieses Reha-Teams entscheidend ist für die Ergebnisse. Nur mit ihrem Charisma und mit ihrer Vorbildfunktion können die Mitarbeiter die Patienten überzeugen und in ihrem Risikoverhalten beeinflussen.ó

Dazu wurde auch die Organisation der Gruppen angesprochen. Diese werden entweder offen oder geschlossen geführt. Bei geschlossenen wird auf die soziale Komponente verwiesen, da sich die Teilnehmenden einander verpflichtet fühlen in die Gruppe zu kommen. Dazu geben Reuß, Lagerström, Seibert & Matilk (2002, S225) an, dass ~~A~~ die

slauf-Rehabilitation die Gruppe gegenüber der von großer Bedeutung ist, da eine vernünftensbeeinflussung in und durch die Gruppe nachweislich erfolgreicher ist.ó

Auch die Tatsache, dass sich durch geschlossene Gruppen fixe Punkte im Wochenablauf der Betroffenen ergeben wird als motivierend beschrieben. Auf der anderen Seite geben jene Institute, die die Gruppen offen gestalten an, dass die individuelle Gestaltung der Trainingszeiten einen positiven Effekt auf die Trainierenden hat.

Es wurde in keinem der Interviews eine eindeutige Strategie formuliert, die die Teilnehmenden vor einem Dropout bewahren soll.

5.3.9 Empfehlungen für anschließende Aktivitäten in anderen Organisationen

In den meisten Einrichtungen findet eine Aufklärung der Teilnehmenden über weiterführende Angebote statt. Jedoch kann in den Instituten eine Entwicklung festgestellt werden selbst eine Durchführung solcher Programme zu planen bzw. bereits anzubieten, da es von den Teilnehmenden gewünscht wird.

Die Teilnahme in einer Gruppe des Herzverbandes wird mehrmals als ungeeignet angegeben, da es sich dort laut den Befragungen um eine andere Altersgruppe handelt bzw. die Trainingsbelastungen als zu gering angesehen werden, um wirklich einen Effekt auf die Leistungsfähigkeit zu erzielen. Leider scheint auch Angst gegenüber Fitnessstudios auf Seiten der Teilnehmenden sehr groß zu sein. Somit fallen schon zwei bedeutende Möglichkeiten eines weiterführenden Trainings weg.

Die Einschätzung der Interviewten geht dahin, dass die Teilnehmenden das Training in Eigenregie durchführen oder damit aufhören. Hier wäre also noch ein wichtiger Ansatzpunkt in der Rehabilitation, der einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Patient(inn)en hat.

Auf Grundlage der Befragungen kann festgestellt werden, dass in Bezug auf die Organisation der ambulanten kardialen Rehabilitation in Österreich noch nicht von einem Optimum gesprochen werden kann.

Einen wichtigen Punkt stellt die mangelnde Flächendeckung des Angebotes dar. Diese kann darauf bezogen werden, dass sich das Angebot erst im Aufbau befindet und somit natürlich noch keine bestmögliche Struktur vorhanden ist. Andererseits sind sich wohl auch die Sozialversicherungsträger noch nicht sicher, ob den Ausbau und Förderung des Angebotes sich positiv auf den finanziellen Aufwand, der im Rahmen der Rehabilitation entsteht, auswirken wird. Um dies herauszufinden wurde ein Pilotprojekt gestartet in dem sechs Einrichtungen integriert wurden, welche alle eine Phase 2 und 3 anbieten. Dazu geben auch Benzer und Oldridge (2001) an, dass eine Ausbau der Präventions- und Rehabilitationsangebote stark von den Untersuchungsergebnissen zu möglichen finanziellen Einsparungen und den anderen Vorteilen solcher Interventionen abhängt.

Zusätzlich kann eine Tendenz in Richtung solcher Institute, die beide Phasen anbieten können, erkannt werden und weg von Einrichtungen, die nur eine Phase 3 anbieten. Es sollte an dieser Stelle jedoch bedacht werden, dass es einen viel höheren Bedarf an einer Rehabilitation der Phase 3 gibt. Somit wird in diesem Bereich ein viel dichteres Netz benötigt als für die Phase 2. Weiters würde sich ab einer gewissen Anzahl an Instituten die eine Phase 2 anbieten auch eine Konkurrenz zwischen den ambulanten Instituten und auch mit den stationären Einrichtungen entwickeln, was zum aktuellen Zeitpunkt des Aufbaus noch berücksichtigt werden könnte.

Zur Auslastung der aktiven Institute kann grundsätzlich zusammengefasst werden, dass besonders jene, die in direktem Kontakt mit Akutkrankenhäusern, niedergelassenen Ärzt(inn)en oder stationären Einrichtungen stehen, keine Probleme in diesem Bereich haben. Dieser Kontakt ist unterschiedlich gegeben, wobei Überschneidungen des ärztlichen Personals als besonders zielführend betrachtet werden, jedoch auch das restliche Team großen Einfluss auf die Motivation der Patient(inn)en haben kann.

Einen wichtigen Punkt in diesem Zusammenhang stellen auch die Abrechnungsstrukturen mit den Sozialversicherungen dar. Diese sind momentan nur mit jenen Instituten vertraglich geregelt, die Teil der Pilotstudie sind. Teilweise gibt es auch Vereinbarungen zwischen gewissen Einrichtungen und der Pensionsversicherung, die jedoch nur auf Entgegenkommen der Kostenträger beruhen. Eine klare Strukturierung kann nicht festgestellt werden und wird auch von den Interviewten kritisiert.

Teil bereits sehr umfangreich und schließt neben den
Inhalte mit ein. Er wird somit dem Anspruch eines
multifaktoriellen und multidisziplinären Ansatzes gerecht, wie er auch mehrfach in der
Literatur gefordert wird. Teilweise sollte den theoretischen Schulungen noch etwas mehr
Bedeutung zugeschrieben werden, da sie einen wesentlichen Beitrag zur
Verhaltensänderung und Lebensstilmodifikation liefern.

Die langfristige Bindung der Teilnehmenden an sportliche Aktivitäten wird ebenfalls als
eine der Hauptaufgaben in der Rehabilitation gesehen. Dies findet einerseits in den
Trainingseinheiten statt, durch Bewusstmachung des möglichen Gewinns an
Lebensqualität durch eine konsequente Weiterführung der Bewegungsaktivitäten, aber
auch durch Empfehlungen und Kontrollen eines eigenständigen Heimtrainings. Hier
werden die Teilnehmenden teilweise angehalten Protokolle über Art und Ausmaß zu
führen, welche dann in regelmäßigen Abständen besprochen werden, um einen
Grundstein für die Tätigkeiten nach Ende des Rehabilitationsprogramms zu legen. Diese
Maßnahme wird sehr gut angenommen und scheint auch zielführend zu sein.

In welchem Ausmaß sich der Ausbau der ambulanten Rehabilitation gestalten wird, kann
nicht ermittelt werden, da die Ziele der Sozialversicherungsträger nicht klar sind. Ein
flächendeckendes Angebot würde erhebliche Kosten verursachen, was vor dem
Hintergrund der finanziellen Probleme der Kostenträger gegen einen Ausbau spricht. Es
wird sich somit erst nach Auswertung der Pilotstudie zeigen, wie es zukünftig weiter geht.

Es wurde auch in den Interviews erwähnt, dass es bereits Bestrebungen der stationären
Einrichtungen gibt auch eine ambulante Behandlung anzubieten. Ob dies nun eine
Entwicklung hin zu ambulanter Betreuung mit sich bringen würde, wie es in vielen
anderen Ländern der Fall ist, oder lediglich der Eröffnung neuer ambulanter Einrichtungen
entgegenwirken wird ist abzuwarten.

Aguado, K. (2000). Empirische Fremdsprachenerwerbsforschung. Ein Plädoyer für mehr Transparenz. In K. Aguado (Hrsg.), *Zur Methodologie in der empirischen Fremdsprachenforschung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Arbeitsgruppe Kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (2005). Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich. Beschluss der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft von April 2005 [Elektronische Version]. *Journal für Kardiologie* 2005; 12 (11-12), S 303-309. Zugriff am 18. Mai 2008 unter <http://www.kup.at/kup/pdf/5507.pdf>

Benesch, L. (1998). Ambulante versus stationäre Rehabilitation nach stattgehabtem Myokardinfarkt ñ Contra ambulante Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Kardiologie*. 87; Supplement 2, 225-227.

Benzer, W., Mayer, K. & Abbühl, B. (2003). Kardiologische Rehabilitation in Österreich. Eine Bedarfsanalyse. *Wiener klinische Wochenzeitschrift*. 115/21-22, 780-787.

Benzer, W. & Oldridge, N., B. (2001). Aktuelle Konzepte in der kardiologischen Rehabilitation. Medizinische Überlegungen und Endpunktbewertungen [Elektronische Version]. *Journal of clinical and basic cardiology*, 4 (3), 211-220. Zugriff am 18.11.2007 unter <http://www.agakar.at/literatur/publik/ccrdeutsch.pdf>.

Benzer, W. in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der ÖKG (2008). Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich ñ Update 2008 [Elektronische Version]. *Journal für Kardiologie*, 15 (9-10), 298-309.

Bjarnason-Wehrens, B., (2005). Rehabilitation und Prävention. In: R. Rost (Hrsg.), *Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Physiotherapeuten und Sportmediziner* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Bjarnason-Wehrens, B., Böhtig, S., Brusis, O., A., Held, K., Matilik, M. & Schierkamp, S. (2004) Herzgruppe. Positionspapier der DGPR. *Zeitschrift für Kardiologie* 93, 839-847.

Brusis, A., O., (2002). Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit. In: A. O. Brusis, M. Matlik, M. Unverdorben (Hrsg.), *Handbuch der Herzgruppenbetreuung* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 39-51). Balingen: Spitta Verlag GmbH & Co . KG.

Brusis, A., O., (2002). Stadien der kardiologischen Rehabilitation. In: A. O. Brusis, M. Matlik, M. Unverdorben (Hrsg.), *Handbuch der Herzgruppenbetreuung* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 25-34). Balingen: Spitta Verlag GmbH & Co . KG.

Buchwalsky, R. (1998). Ambulante versus stationäre Rehabilitation nach stattgehabtem Myokardinfarkt ñ Einführung. In: *Zeitschrift für Kardiologie*. 87; Supplement 2, 220-221.

Dietz, R., Rauch, B., (2003). Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ñ Herz- und Kreislaufforschung (DGK). *Zeitschrift für Kardiologie*. 92, S. 501-521.

ndheitstraining Herz-Kreislauf-System. In L. Vogt & A.
Prävention. *Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer,*
arbeitete Auflage). Köln. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Graf, C., Bjarnason-Wehrens, B. & Löllgen, H. (2004). Ambulante Herzgruppen in Deutschland ñ Rückblick und Ausblick [Elektronische Version]. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 55(12), 339-346.

Grande, G. (2008). Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt [Elektronische Version]. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 51, 36-45.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2003/2004). Handbuch für medizinische Rehabilitation [Elektronische Version]. Zugriff am 17.11.2008 unter <http://www.sozialversicherung.at/media/15054.PDF>.

Kalusche, D., Büttner, H., J. , mit Beiträgen von Neumann, F.-J., Bubenheimer, P. & Jander, N. (2004) Klinik der koronaren Herzerkrankung II: Akute Koronarsyndrome. In: H. Roskamm, H.-P. Bestehorn, F.-J. Neumann & D. Kalusche (Hrsg.) *Herzkrankheiten. Pathophysiologie. Diagnostik. Therapie. (Gebundene Ausgabe) (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe)* (S. 497-530). Berlin: Springer

Kanning, M. (2007). Körperlich-aktive Herzerkrankte: Strategien zur Aufrechterhaltung von Aktivität. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 58 (12), 441-445.

Karoff, S., Röseler, S., Lorenz, C. & Kittel, J. (2000) Intensivierte Nachsorge (INA) ñ ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach Herzinfarkt und/oder Bypassoperation. *Zeitschrift für Kardiologie*, 89, 423-433.

Kempf, H.-D-, Reuß, P. (2000). Praxisbuch Herzgruppe. Stuttgart: Thieme Verlag.

Kolb, M. (2007). Spiele für den Herz- und Alterssport. (Schriftenreihe des Behinderten-Sportverbandes NW, aktiv dabei, Band 3) Aachen: Meyer & Meyer Verlag

Krieger, C. (2008). Leitfaden-Interviews. In W.-D. Miethling & M. Schierz (Hrsg.), *Qualitative Forschungsmethoden in der Sportpädagogik* (Beiträge zu Lehre und Forschung im Sport, 163, S. 45-63).

Lagerström, D. (2002). Programmaufbau in den Übungs- und Trainingsgruppen. In: A. O. Brusi, M. Matlik, M. Unverdorben (Hrsg.), *Handbuch der Herzgruppenbetreuung* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 39-51). Balingen: Spitta Verlag GmbH & Co. KG.

Lamnek, S.(2005). Qualitative Sozialforschung (4. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Löllgen, H., Dickhuth, H.-H. & Dirschedl, P.(1998) Serie: Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung ñ Vorbeugung durch körperliche Bewegung. *Deutsches Ärzteblatt* 95. Zugriff am 20.11.2007 unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=11800>.

Mayring, P. (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung (3. überarbeitete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

soziale Aspekte der kardialen Rehabilitation. In H. Saner (Hrsg.), *Kardiale Rehabilitation* (2. Aufl.). Stuttgart; New York: Thieme Verlag.

Oswald, E. (1990) Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt. In W. Hilbert, *Rehabilitation nach Herzinfarkt*. Wien: Fakultas-Universitätsverlag.

Pott-Klindworth, M. (2004). Soziale Unterstützung in Herzsportgruppen. (Reihe Bewegungslehre und Bewegungsforschung Band 22). Immenhausen bei Kassel: Prolog Verlag.

Quittan, M. Wiesinger, G., F. (2001). Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-erkrankungen. In V. Fialker-Moser (Hrsg.), *Kompodium der physikalischen Medizin und Rehabilitation*. (167-181). Wien: Springer Verlag.

Quittan, M. & Fialka-Moser, V. (2005). Rehabilitation in Österreich. In V. Fialker-Moser (Hrsg.), *Kompodium der physikalischen Medizin und Rehabilitation* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). (167-181). Wien: Springer Verlag.

Roskamm, H. & Gick M. mit Beiträgen von Bubenheimer, F.-J., Jander, N. & Schnellbacher, K. (2004). Klinik der koronaren Herzerkrankung III: Der Herzinfarkt im chronischen Stadium. In: H. Roskamm, H.-P. Bestehorn, F.-J. Neumann & D. Kalusche (Hrsg.) *Herzkrankheiten. Pathophysiologie. Diagnostik. Therapie. (Gebundene Ausgabe) (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe)* (S. 531-554). Berlin: Springer Verlag.

Reuß, P., Lagerström, D., Seibert, H. & Matlik, M. (2002). Programmaufbau in der Herzgruppe. In A. O. Brusi, M. Matlik, M. Unverdorben (Hrsg.), *Handbuch der Herzgruppenbetreuung* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S 219-244). Balingen: Spitta Verlag GmbH & Co . KG.

Saner, H. (2002). Ambulante kardiale Rehabilitation in der Schweiz. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 53 (5), 130-134.

Saner, H. (1993). Stand der kardialen Rehabilitation. In H. Saner (Hrsg.), *Kardiale Rehabilitation* (S 1-12). Stuttgart; New York: Thieme Verlag.

Schmidt, C. (2007). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick: *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*. (Orig.-Ausg., 5. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Schuler, G., Hambrecht, R. (1998). Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung ñ Die Rolle der Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*, 95/20, 1233-1240.

Schüle, K. & Jochheim, K.-A. (2000). Rehabilitations-Propädeutik. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.) *Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S 39-56). Jena: Urban & Fischer Verlag München.

Schüle, K., Huber, G. (2000). Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Jena: Urban & Fischer Verlag München.

Strödter, D. (2004). Sekundärprävention bei KHK und Postinfarktpatienten. Strategien und Resultate, Gesichertes und Ungesichertes. (2. Auflage). Bremen: UNI-MED.

Sudek, G. (2006). Motivation und Voalition in der Sport- und Bewegungstherapie. (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, 13). Hamburg: Czwalina Verlag.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Kontraindikationen für die Bewegungstherapie in der
[deutsche Version]. *Österreichische Zeitschrift für Sportmedizin*

Tschirdewahn, B.; Pathophysiologie. In O., A. Brusis & H. Weber-Falkensammer (Hrsg.) *Handbuch
der Herzgruppenbetreuung*. Spitta Verlag, Köln: 1999.

Abbildungen:

Abbildung 1: Verteilung der ambulanten kardialen Institute in Österreich .. 73

Tabellen:

Tabelle 1: Risikofaktoren für Herzinfarkt und optimale Werte zur Prävention (Gabriel & Wick 2006, S 68) ... 6

Tabelle 2: Beeinflussbare Risikofaktoren (Gabriel & Wick 2004, S 69) .. 8

Tabelle 3: Phasen und Stundeninhalte der Bewegungs- und Sporttherapie im Aölnner Modelló(* für Übungsgruppe nur lokale Ausdauer) (Lagerström 2002, S 227) .. 24

Tabelle 4: Hinweise zur Gesprächsführung .. 104

Herz-Kreislaufkrankungen wird in den letzten Jahren immer häufiger diskutiert. Dies liegt zum einen an der demographischen Veränderung der Bevölkerung und zum anderen an den dadurch steigenden Kosten für die Behandlung der Betroffenen.

In Österreich wird der Großteil der Patient(inn)en nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus in einer stationären Einrichtung therapeutisch behandelt. In den letzten Jahren gibt es allerdings Bemühungen auch eine flächendeckende ambulante Rehabilitation aufzubauen.

Mit Hilfe von qualitativen Interviews werden in der vorliegenden Arbeit der Aufbau und die Organisation der ambulanten Betreuung in Österreich untersucht.

LEBENS LAUF

Name: Christine Stelzhammer
Geburtsdatum: 1981-04-11
Geburtsort: Braunau/Inn

Schulbildung:

1987-09 - 1991-07 Volksschule in Altheim (OÖ)
 1991-09 - 1995-07 Hauptschule in Altheim (OÖ)
 1995-09 - 2000-06 Bundesoberstufenrealgymnasium in Ried/Innkreis (OÖ), Matura

Berufliche Weiterbildung:

2000-10 Beginn des Studiums für Sportwissenschaften an der Universität Wien
 2002-03 - 2002-06 Ausbildung zur Aerobic- und Fitnesstrainerin, USI, Wien, Diplom
 2005-03 Ausbildung zur Spielpädagogin, Freiraum GmbH
 2005-9 Ausbildung zur Trainerin für soziale Kompetenz, Freiraum GmbH
 2006-01 Ausbildung zum Young City Expert, Freiraum GmbH
 2006-01 Teilnahme am Seminar „Grenzen setzen“ Freiraum GmbH
 2006-01 Teilnahme am Workshop „Kreative Techniken“ Freiraum GmbH
 2007-2008 Weiterbildungen im Bereich Gesundheitssport (Entspannungstraining, „Gesundes Laufen“), ASKÖ Wien
 2008-10 Beginn des Lehrgangs „Suchtprävention in der Jugendarbeit“ ISP, IFP, Wien extra

Beruflicher Werdegang:

2004 Sale4u Vertriebsgmbh Wien ñ Aufbau und Leitung eines Teams
 2005 Freiraum GmbH Wien ñ Betreuung von Projektwochen
 2005 Freiraum GmbH Wien ñ Betreuung des Feriencamps

antín

Betreuung des Projekts *Asprich Sportó*

2007 Henkel CEE GesmbH - Empfangstätigkeiten

2007 ASKÖ Wien - Leitung von Gesundheitsprogrammen

2007 ASKÖ Wien - Durchführung von Schulsportstunden

2007 ASKÖ Wien - Sportliche Betreuung des Projekts *Asprich Sportó*

2007 Junge Hotels Austria - Planung und Durchführung von Seminaren
mit dem Thema *As* Soziales Lernen und Teamfähigkeit

2008 ASKÖ Wien ñ Repräsentation des Dachverbandes auf
verschiedenen Veranstaltungen

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als die der angewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht, noch von anderen Personen vorgelegt.

Christine Stelzhammer

Wien, Oktober 2008