

## Theoretische Grundlagen der Raucherentwöhnung

Durch die Leitlinien zur Raucherberatung und -entwöhnung werden Standards für kompetente, wissenschaftlich gesicherte und erfolgreiche Therapien vorgegeben. In Deutschland sind 2 **Leitlinien** verfügbar:

- ▶ die Behandlungsempfehlung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie
- ▶ die S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neuroheilkunde (DGPPN) (2, www.leitlinien.net).

**I** Da die Tabakabhängigkeit sowohl durch die physische Abhängigkeit vom Nikotin als auch eine psychische Abhängigkeit charakterisiert ist, empfehlen die Behandlungsleitlinien die Kombination einer verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnung mit einer passageren medikamentösen Unterstützung.

### Medikamentöse Unterstützung

Zugelassen sind verschiedene Nikotinersatzpräparate (Nikotinpflaster -kaugummi, -lutsch- und -sublingualtablette; -nasalspray und -inhaler – letztere sind in Deutschland nicht im Handel erhältlich), sowie Bupropion und Varenicline (2, 12).

Ein vorübergehender **Nikotinersatz** vermag die Entzugssymptome zu mildern. Durch eine allmähliche Reduktion des täglich substituierten Nikotins wird der Entwöhnungsprozess erleichtert. Meist wird Nikotin über ein Kaugummi oder ein transdermales Pflastersystem verabreicht. Möglich ist auch die Anwendung von Nikotintabletten, des Inhalers oder eines Nasensprays. Nikotinkaugummi und Nasalspray gestatten einen rasche Befriedigung beim akuten Rauchverlangen, die transdermale Nikotinsubstitution hingegen ermöglicht eine aus lernpsychologischer Sicht wichtige Abkoppelung der Substitution vom bisherigen Zufuhrverhalten und wirkt damit einer Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens entgegen.

**Bupropion**, ein monozyklisches Antidepressivum, dessen Einnahme eine Hemmung der zentralen Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin zur Folge hat, wurde im Jahr 2000 zur Tabakentwöhnung zugelassen. Es führt zu einer Reduktion des Rauchverlangens, ist jedoch von Nebenwirkungen begleitet (Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Schwindel, Tremor), die von manchen Rauchern nicht toleriert werden. Aufgrund des gesteigerten Risikos epileptischer Anfälle ist der Einsatz des Medikaments bei Rauchern mit reduzierter Krampfschwelle kontraindiziert.

Seit 2007 steht in Deutschland **Varenicline**, ein selektiver, partieller nikotinerger Acetylcholinrezeptoragonist für die Behandlung von Rauchern zur Verfügung (3). Durch den Partialagonismus werden nikotinähnliche Wirkungen erzielt, der zusätzliche Konsum von Nikotin bleibt jedoch wirkungslos. Die Erfolgsraten der

ersten Studien zeigen eine Überlegenheit gegenüber Bupropion und Placebo. Die bisher bekannten Nebenwirkungen (Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit) werden in den meisten Fällen toleriert.

Als Medikamente „zweiter Wahl“ ohne Zulassung zur Tabakentwöhnung werden Nortriptylin und Clonidin genannt. Der Einsatz kann erwogen werden, wenn andere Medikamente die Entzugssymptomatik nicht wirkungsvoll unterdrückt haben.

### Psychotherapie für Raucher

In der Behandlung des Rauchers werden sowohl niederschwellige Therapieangebote (motivierende Gespräche, Psychoedukation und Beratung hinsichtlich optimaler Aufhörstrategien), als auch die aufwendigeren „Tabakentwöhnungsgruppen“ mit verhaltenstherapeutischen Ansatz eingesetzt.

Die **verhaltenstherapeutische Behandlung** der psychischen Abhängigkeit hat insbesondere zum Ziel, die Abstinenz zu sichern, indem nicht allein die Abstinenzmotivation langfristig beeinflusst wird, sondern insbesondere bisherige Verstärker und Schlüsselreize ihre Wirkung verlieren (Stimuluskontrolle). Zudem werden Möglichkeiten zur Bewältigung von Versuchungssituationen (z.B. in Rollenspielen) erlernt.

Die verhaltenstherapeutische Selbstkontrollbehandlung kann sowohl in der Gruppe, im Einzelkontakt oder über Medien (Bücher, Videos) vermittelt werden. Als die wirkungsvollste Variante gilt allerdings die **Behandlung in der Gruppe**, durch die eine zusätzliche Motivation zum Rauchstopp geschaffen werden kann (13).

Die Durchführung von Raucherentwöhnungsgruppen ist allerdings personal-, zeit- und kostenintensiv. Die Behandlungen werden daher zumeist für die Dauer von 6–10 Wochen in der Gruppe (für 6–12 TeilnehmerInnen), etwa einmal pro Woche angeboten. Da viele Raucher nicht bereit sind, an Raucherentwöhnungsgruppen teilzunehmen, stellen **Selbsthilfemanuale** eine unverzichtbare Alternative dar (7). Selbsthilfemanuale sind zwar in ihrer Effektivität den gruppentherapeutischen Behandlungen unterlegen, erreichen aber eine größere Zahl von Rauchern.

Auch Beratungstelefone (des Deutschen Krebsforschungszentrums oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Fragen) werden häufig genutzt.

Andere Raucherentwöhnungsverfahren, z.B. die Akupunktur, schneiden im Vergleich mit den langfristigen Abstinenzraten im Rahmen einer Kombinationsbehandlung aus Verhaltenstherapie und transdermaler Nikotinsubstitution schlechter ab (2). Gegen viele suggestiv arbeitende Verfahren ist zudem einzuwenden, dass dem entwöhnungswilligen Raucher hierbei im Gegensatz zur verhaltenstherapeutischen Behandlung keine wirksamen Techniken zur Rückfallbekämpfung vermittelt werden.

## Erfolgsaussichten einer Raucherentwöhnungsbehandlung

Der spontane Entschluss, das Rauchen aufzugeben, führt bei den wenigsten Rauchern zu einer langfristigen Abstinenz (geschätzt werden ca. 3–6% nach 12 Monaten). Der ärztliche Ratschlag ohne weitere Therapie führt bereits zu einer geringen Anhebung der langfristigen Tabakabstinenzquote (6).

Der Wirknachweis für die Nikotinsubstitution wurde in zahlreichen klinischen Studien erbracht. Das Nikotinpflaster ist der Behandlung mit dem Nikotinkaugummi überlegen. Die Wirksamkeit einer Tabakentwöhnungsbehandlung erhöht sich durch den Einsatz von Nikotinersatztherapeutika im statistischen Durchschnitt um den Faktor 1,7 (OR 1,6–1,85). Die äquivalenten Zahlen für Bupropion und Varenicline betragen 2,1 und 2,7.

Allerdings sind die Erfolgsquoten der **alleinigen Anwendung einer Nikotinsubstitution** bescheiden – die langfristigen Abstinenzraten (nach einem Jahr) sind zwischen 5% und 20% anzusiedeln (2, 6, 11, 12).

Dagegen erzielen **Kombinationsbehandlungen aus Verhaltenstherapie und Nikotinersatztherapie** kurzfristige Erfolgsquoten zwischen 60% und 90%. Durch die hohen Rückfallziffern v.a. in den ersten 3 Monaten nach Abschluss der Behandlung betragen die langfristigen Abstinenzquoten (nach einem Jahr) unter Alltagsbedingungen in der Regel nur noch etwa 20–30%. In risikogruppenspezifischen Behandlungsprogrammen (z.B. für Koronarpatienten, Schwangere u.a.) lassen sich auch höhere Erfolge nachweisen (bis zu maximal 50%).

Ärztliche Interventionen in Form von kurzen Beratungs- und Unterstützungsgesprächen erreichen respektable Erfolgsquoten, wenn sie durch eine Nikotinsubstitution und ein Selbsthilfemanual ergänzt werden (4). Durch das konsequente Angebot von Raucherentwöhnungstherapien in Arztpraxen wie in den USA (8) könnten mittelfristig Erfolge in der Bekämpfung der Spätschäden des Rauchens erzielt werden.

## Literatur

1. Batra A, Fagerström KO. Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht* 1997; 43: 277–282
2. Batra A, Schütz CG, Lindinger P. Tabakabhängigkeit. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hrsg.) *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Deutscher Ärzte-Verlag 2006: 91–142
3. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 1
4. Coultas DB. The physician's role in smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 755–68
5. DiChiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci* 1988; 85: 5274–8
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. *Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services; 2000
7. Glynn TJ, Boyd GM, Gruman JC. Essential elements of self-help minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Educ Q* 1990; 17: 329–45
8. Glynn TJ, Manley MW, Pechacek TF. Physician initiated smoking cessation programs: The National Cancer Institute Trials. In: *Advances in cancer control*. Wiley-Liss, 1990b: 11–25
9. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction*. 1991; 86: 1119–27
10. Hoch E, Mühlig S, Häfler M, Lieb R, Wittchen H. How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? *Addiction* 2004; 99: 1586–1598
11. Ringbeck DM. Raucherentwöhnung mit dem Nikotinpflaster – Niedrige Erfolgsquoten unter Alltagsbedingungen. *Fortschr Med*. 1994; 112: 336
12. Silagy C, Lancaster T, Staed L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.
13. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software
14. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M-H. Schmidt, Bern: Huber Verlag, 2. Aufl. 1993
15. Wonnacott S. The paradox of nicotinic acetylcholine receptor upregulation by nicotine. *Trends Pharmacol Sci*. 1996; 11: 216–9

# 11 Sozialer Bereich

## 11.1 Krankheit und Integration

W. Mayer-Berger

### Das Wichtigste in Kürze

Ob ein Patient nach einer Erkrankung wieder in seinen **Beruf** zurückfindet, hängt mehr von psychosozialen Faktoren ab als von somatischen. Die Mehrheit der Patienten, die ihre Arbeit nicht wieder aufnehmen, tun dies aus psychologischen Gründen, nicht aus somatischen. Grundsätzlich geht eine Wiedereingliederung in den Beruf mit einem verbesserten psychischen Wohlbefinden einher und die kardiologische Rehabilitation verbessert die berufliche Wiedereingliederung.

Die körperlichen Beeinträchtigungen sind für die Begutachtung sowie auch die Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit relevant. Zur Beurteilung der Belastbarkeit am Ende der Rehabilitation sowie zum Abgleich der beruflichen Anforderungen mit der körperlichen Situation des Patienten stehen verschiedene Werkzeuge zur Verfügung.

Bei der **privaten Integration** spielen subjektive Wahrnehmung der Schwere der Erkrankung sowie psychische Faktoren eine große Rolle. Wichtige Beratungsgebiete sind hier körperliche Aktivität, Sport und sexuelle Aktivität. Bedeutsam ist hier eine Risikostratifizierung während der Rehabilitation nach dem kardialen Ereignis.

### Krankheit und berufliche Integration

#### Evidenz

Die berufliche Wiedereingliederung wird durch psychosoziale Faktoren (Ängstlichkeit, Depression, soziale Unterstützung) mehr beeinflusst als durch somatische Faktoren (28, 29, 30, 35).

Dennoch ist die somatische Limitierung (Schädigung, Funktionseinschränkung) und Risikostratifizierung von sozialrechtlicher Relevanz und entsprechend den Standards der sozialmedizinischen Beurteilung der Rentenversicherer zu berücksichtigen (15, 38). Sozialrechtlich wurden mit dem Sozialgesetzbuch IX die umfassenden **Begriffe der Teilhabe und Teilhabestörung** eingeführt – entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell –, um der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gerecht zu werden. Parallel zu den gesetzlichen Vorgaben des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements

(nach § 84, SGB IX) ist eine Reihe wissenschaftlicher Evaluationen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBO) in Gang gekommen, deren Ergebnisse in den nächsten Jahren zu erwarten sind.

Die subjektive Krankheitswahrnehmung kann den Grad der Ängstlichkeit und Depressivität bestimmen bzw. verstärken und die berufliche und soziale Wiedereingliederung erheblich beeinträchtigen (7, 12, 17, 18, 23, 32, 34, 39). Partnerschaft, psychologischer und sozialer Rückhalt sowie soziale Netzwerke haben wahrscheinlich einen protektiven Effekt und vermindern das Risiko für zukünftige tödliche und nichttödliche Koronareignisse sowie für die Gesamtsterblichkeit (1, 16, 40).

Nach einem kardialen Ereignis kehren bisher berufstätige Patienten abhängig von der sozialen Schicht, der vorausgegangenen beruflichen Tätigkeit und von der gesellschaftlichen Situation (Arbeitslosigkeit, soziale Sicherungssysteme) in ca. 50–70% der Fälle in den Beruf zurück (19, 26, 37).

Die Wiedereingliederung in den Beruf ist mit einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens assoziiert, und die kardiologische Rehabilitation verbessert die berufliche Wiedereingliederung (4, 6, 11, 13, 22, 24, 29, 30, 31).

Als **Empfehlungen für die Praxis** gelten:

- Die kardiologische Rehabilitation soll eine sozialmedizinische Beratung und Beurteilung einschließen, um eine angemessene und realistische Wiedereingliederung in den Beruf zu fördern.
- Der Lebenspartner sollte in die soziale Beratung abhängig von der individuellen Situation des Patienten mit eingeschlossen werden.

#### Hintergrundinformation

Man schätzt, dass die Mehrheit der Patienten, die nicht in die Arbeit zurückkehren, dies aus psychologischen, und nicht aus körperlichen Gründen tun (28, 35). Als **prognostisch relevante Prädiktoren** für die Erholungsphase bzw. für die Rückkehr zur Arbeit nach Myokardinfarkt haben sich die in Tab. 11.1 aufgeführten Faktoren erwiesen (7, 28).

Diese Faktoren beeinflussen auch das Gesundheitsverhalten und möglicherweise sogar die Pathophysiologie der Erkrankung über neuroendokrine Mechanismen. Einen wichtigen Faktor stellen auch die subjektive Sichtweise der Krankheit (35) und die objektiven Bedingungen der Arbeit dar. Letzteres betrifft das Verhält-

Tabelle 11.1 Prädiktoren von beruflichen Wiedereingliederungsproblemen nach Myokardinfarkt (nach 28)

	Längere Erholungsphase	Niedrigere berufliche Wiedereingliederungsrate
Somatische Variablen		
▶ Ausdehnung des Infarkts	X	X
▶ Demenz		X
Demografische Variablen		
▶ Weibliches Geschlecht	X	
Lebenslauf-Variablen		
▶ Alter über 55 Jahre		X
▶ Frühere Probleme am Arbeitsplatz	X	X
Niedriger sozioökonomischer Status		X
Psychiatrische und Familien-Variablen		
▶ Depression	X	X
▶ Persönlichkeitsprobleme	X	X
▶ Dysfunktionale Familie	X	

nis von Arbeitsanforderung und Entscheidungsfreiheit bzw. von Anstrengung und Belohnung (35).

Selbstverständlich sollten diese prädiktiven Faktoren für das Risiko längerer Arbeitsunfähigkeit und daraus resultierender Erwerbsminderung in der psychosozialen Anamnese zu Beginn der Rehabilitation eine entscheidende Rolle spielen und dokumentiert werden. Patienten mit hohem Risiko bedürfen intensiver individueller Beratung durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte im modularen Teamansatz (35). Die systematische Erfassung hohen Risikos durch Assessmentverfahren steht erst am Anfang der wissenschaftlichen Evaluierung und ist noch entfernt von einem einheitlichen, standardisierten Vorgehen.

Leider sind bisher spezifische Interventionen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung erstaunlich wenig untersucht – gemessen an den gravierenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen durch allein Krankengeldzahlungen und Erwerbsminderungsrenten. Berufsfördernde Maßnahmen (jetzt Maßnahmen zur Teilhabe) haben sich zum Erhalt des Arbeitsplatzes bewährt und sind kosteneffektiv (35).

In den Vereinigten Staaten haben Programme zum „work hardening“ (multidisziplinärer Ansatz), später zum „work conditioning“ (Arbeitstraining) positive Ergebnisse gezeigt (27, 35). Die Verallgemeinerung internationaler Studien zum Effekt psychosozialer Interventionen auf die Rückkehr zur Arbeit leidet unter der Verschiedenheit von Sozial- und Gesundheitssystemen. Insbesondere in Deutschland wird die Durchführung von Studien durch sozialrechtliche Gegebenheiten erschwert (fehlende Kontrollgruppe ohne Rehabilitation). Arbeiter und Personen mit geringerem Bildungsstatus nehmen die Arbeit signifikant weniger häufig auf als Angestellte und Hochqualifizierte (28).

### Einschätzung der Belastbarkeit

Zur Einschätzung der sozialmedizinisch relevanten zumutbaren Belastbarkeit sind die Kriterien Blutdruck, Myokardfunktion, Koronarstatus, Klappenfunktion und Rhythmus wichtig. Eine grobe Einteilung der körperlichen Belastungsstufen ist dabei hilfreich (21, 25, 38): Bei der Beurteilung geht es um die Dauerbelastung, die problemlos über längere Zeit toleriert wird (in der Regel 2/3 der ergometrisch ermittelten maximalen Leistungsfähigkeit).

Die körperliche Belastung durch die Arbeit wird in **4 Schweregrade** unterteilt:

- ▶ Leichte Arbeiten (Stufe I): Tragen von Lasten bis 5 kg überwiegend und bis 10 kg zeitweise. Leichte Handwerkzeuge, leichte Steuerhebel, auch langes Stehen oder ständiges Umhergehen. Beispiel: Lehrer, Sekretärin, Fahrzeugführer ohne Ladearbeiten. Erforderliche Dauerbelastbarkeit ca. 50 Watt.
- ▶ Mittelschwere Arbeiten (Stufe II): Tragen von Lasten bis 12 kg überwiegend und bis 15 kg zeitweise (bzw. Hantieren mit entsprechendem Kraftaufwand). Handhaben von Steuereinrichtungen entsprechend eines Kraftaufwandes von 1–3 kg, unbelastetes Gehen von Treppen und Leitern. Beispiel: Feinpolier, Radio-Fernsehtechniker. Erforderliche Dauerbelastbarkeit über 50–75 Watt.
- ▶ Schwere Arbeiten (Stufe III): Tragen von Lasten bis 25 kg überwiegend und bis 40 kg zeitweise in der Ebene oder mittlere Lasten beim Steigen. Handhaben von Werkzeugen über 3 kg Gewicht, auch Schaufeln, Graben, Hacken. Aber auch: mittelschwere Arbeit entsprechend Stufe II in Zwangshaltung. Höchstdauer der Körperbeanspruchung in diesem

Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen: 7 h. Beispiel: Bäcker, Sägewerker. Erforderliche Dauerbelastbarkeit von 75–100 Watt.

- ▶ **Schwerste Arbeit (Stufe IV):** Tragen von schweren Lasten über 40 kg oder Steigen unter schwerer Last. Schwere Hämmer, schwerstes Ziehen und Schieben. Aber auch: Schwere Arbeiten entsprechend Stufe III in Zwangshaltung. Höchstdauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen: 6 h. Beispiel: Stahlarbeiter, Möbelpacker. Erforderliche Dauerbelastbarkeit über 100 Watt.

FCE (Functional Capacity Evaluation)-Systeme (14) und Belastungstests zur **Evaluation der Leistungsfähigkeit am Ende der kardialen Rehabilitation** (15) können dem Patienten Zutrauen vermitteln und das Gefühl der Fitness unterstützen. Neuerdings wird versucht, mittels formalisierter Abgleichverfahren das Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes und das Fähigkeitsprofil des Patienten durch gezielte Rehabilitation zur Deckung zu bringen (z.B. Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt (IMBA), Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR), Köln). Die klinisch-wissenschaftliche Aufarbeitung beginnt erst. Zur sozialmedizinischen Evaluation und Indikationsstellung zur Rehabilitation liegt der trägerübergreifende Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF vor, wobei insbesondere in der kardialen Rehabilitation die praktische Operationalisierung und Implementierung noch aussteht. Hierzu sind Forschungsaktivitäten im Gange (20).

Zur Fahrtüchtigkeit (insbesondere bei Berufskraftfahrern) gelten die Begutachtungsleitlinien des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Gesundheit (2; Kapitel 11.5).

## Unterschiede zwischen den Geschlechtern

Die meisten Studien zur Wiederaufnahme der Arbeit schließen nur oder überwiegend Männer ein (5). Die Mehrheit der Studien, die das psychosoziale Wohlbefinden zwischen Männern und Frauen nach einem Herzinfarkt vergleichen, legen nahe, dass Frauen die Erkrankung sowohl körperlich als auch psychosozial schlechter bewältigen als Männer (5). Nach Entlassung berichten Frauen häufiger über schlechtere Lebensqualität und Einschränkungen bei der Arbeit (5, 8, 9, 36). Nach Bypass-Operation und nach Anschlussheilverfahren/Anschlussrehabilitation nehmen Frauen ihre berufliche Tätigkeit seltener auf als Männer (19).

! Der Versuch, den Weg zurück in die Arbeit zu ebnen, sollte so früh wie möglich beginnen, da Verzögerungen dazu führen, dass seltener die Arbeit aufgenommen wird. In die soziale Beratung sollen alle beteiligten Personen und Institutionen einbezogen werden. Je nach Gegebenheit kann dies Kranken- oder Rentenversicherung, Arbeitgeber, Arbeitsmedizin, Agentur für Arbeit oder Hausarzt sein (z.B. [www.Web-Reha.de](http://www.Web-Reha.de)).

## Krankheit und private Integration

### Evidenz

Die subjektive Krankheitswahrnehmung kann den Grad der Ängstlichkeit und Depressivität bestimmen bzw. verstärken und die sozialen Aktivitäten erheblich beeinträchtigen (7, 12, 17, 18, 23, 32, 34, 39). Partnerschaft, psychologischer und sozialer Rückhalt sowie soziale Netzwerke haben wahrscheinlich einen protektiven Effekt und vermindern das Risiko für zukünftige tödliche und nichttödliche Koronarereignisse sowie für die Gesamtsterblichkeit (1, 16, 40).

Eine Erhöhung des körperlichen Aktivitätsniveaus wird allgemein als erwünschte Änderung des Lebensstils anerkannt, um die kardiovaskuläre Prognose zu verbessern. Änderung des Lebensstils mit Verbesserung des Risikoprofils ist mit einer Reduzierung von Mortalität und Morbidität verbunden. Regelmäßiges aerobes Training bei mittlerer Intensität reduziert das Risiko von tödlichen und nichttödlichen Koronarereignissen (3).

Als **Empfehlungen für die Praxis** gelten:

- ▶ Die sozialmedizinische Beratung sollte auch Fragen zum alltäglichen Leben beantworten (Freizeitsport, Sexualität, Führen eines Fahrzeugs, Hobby, Fliegen, Reisen).
- ▶ Der Lebenspartner sollte in die soziale Beratung abhängig von der individuellen Situation des Patienten mit eingeschlossen werden.

### Hintergrundinformation

Patienten, die gerade ein kardiales Ereignis oder eine Koronaroperation hinter sich haben, erleben dies als Trauma und der Erholungsprozess ist komplex. Die Mehrheit hat keine relevanten Anpassungsprobleme. Entscheidend für die **Beratung zu sozialen und Freizeitaktivitäten** ist eine **Risikostratifizierung** und praktische Erprobung während der kardiologischen Rehabilitation nach dem Ereignis. Das Risiko lässt sich im hohen, mittleren und niedrigen Bereich einfach einschätzen, und zwar im Wesentlichen nach Anamnese/Vorbefunden, Echokardiographie und Belastungsuntersuchung (3, 15).

**Freizeitsport** kann mit Zunahme der statischen Belastung in die Gruppen I–III, mit Zunahme der dynamischen Belastung in die Gruppen A–C eingeteilt werden. Dabei hat die Niedrigrisikogruppe keine relevanten Einschränkungen, bei Wettkampfsportarten kommen jedoch sowohl für das mittlere wie das niedrige Risiko nur Sportarten der Gruppe I und IIA in Frage (Tab. 11.2) (3).

Von den Patienten, die vor dem Infarkt sexuell aktiv waren, gelingt 5–34% keine Normalisierung (10, 17). Von denjenigen, die die **sexuelle Aktivität** wieder aufnehmen, tun dies 50% innerhalb eines Monats, die weit überwiegende Mehrheit innerhalb von 3–6 Monaten (10, 17). Sexuelle Dysfunktion ist ein häufiges Phänomen nach Myokardinfarkt, was der klinischen Erfah-

Tabelle 11.2 Klassifikation von Sportarten (nach 3)

	A Dynamik niedrig	B Dynamik mittel	C Dynamik hoch
I Statik niedrig	Bogenschießen Bowling Golf Schießsport	Tischtennis Tennis (Doppel) Volleyball	Federball (Badminton) Walking Laufen (Marathon) Alpinski (klassisch)
II Statik mittel	Autorennen Tauchen Reiten Motorradfahren Gymnastik Karate/Judo Segeln	Fechten Leichtathletik (Springen) Eiskunstlauf Laufen (Sprint)	Basketball Biathlon Eishockey Fußball Alpinski (Skating) Laufen (Mittel-/Langstrecke) Squash Tennis (Einzel) Handball
III Statik hoch	Skibob Leichtathletik (Werfen) Rodeln Felsklettern Wasserski Gewichtheben Surfen	Bodybuilding Abfahrtskillauf Ringen	Boxen Kanu/Kajak Radrennfahren Rudern

rung entspricht. Leider ist das Thema nach wie vor tabuisiert. Intensive Krankheitswahrnehmung korreliert signifikant mit sexueller Dysfunktion 3 und 6 Monate nach Infarkt (33). Bezüglich Sexualität ist der Beratungsansatz entsprechend des Risikos zu wählen, ggf. ist psychologische Unterstützung angezeigt.

Die subjektive Überzeugung zu Schwere, Ursache, Kontrollierbarkeit und die angenommenen Konsequenzen der Erkrankung bestimmen folgende Aspekte (35):

- den Grad an Ängstlichkeit und Depressivität,
- verzögerte oder erheblich eingeschränkte soziale und Freizeitaktivitäten sowie
- verzögerte oder gestörte Wiederaufnahme sexueller Aktivität.

**I** Depression nach Herzinfarkt, PTCA oder Bypass-OP korreliert mit Arbeitsunfähigkeit und mangelnder Wiederaufnahme von Alltags-, sozialen und Freizeitaktivitäten (28, 32, 35).

Zur Fahrtüchtigkeit gelten die Begutachtungsleitlinien des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Gesundheit (2; Kapitel 11.5).

## Literatur

1. Barefoot J, Brummett B, et al. Moderators of the effect of social support on depressive symptoms in cardiac patients. *Am J Cardiology* 2000; 86: 438–442
2. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Heft 2000; M 115
3. Börjesson M, Assanelli D, et al. ESC Study Group of Sports Cardiology: recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive sports for patients with ischaemic heart disease. *EJ CPR* 2006; 13: 137–149
4. Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol.* 2000; 55: 341–349
5. Brezinka V, Kittel F. Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Soc Sci Med* 1995; 42(10): 1351–1365
6. Buchwalsky G, Buchwalsky R, Held K. Langzeitwirkung der Nachsorge in einer ambulanten Herzgruppe. Eine Fall-/Kontrollstudie. *Z. Kardiologie*. 2002; 91: 139–146
7. Budde HG, Keck M. Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung. Predictors of return to work after inpatient cardiac rehabilitation under workers compensation plan. *Die Rehabilitation* 2001; 40: 208–216
8. Covinsky K, Chren M, et al. Differences inpatient-reported processes and outcomes between men and women. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 169–174
9. Deshotel A, Planchock N, et al. Gender differences in perceptions of quality of life in cardiac rehabilitation patients. *J Cardiopulm Rehabil* 1995; 15: 143–148
10. Drory Y, Kravetz S, et al. Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: Demographic, psychological and medical predictors. *Cardiology* 1998; 90: 207–211
11. Dugmore LD, Tipron RJ, et al. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart* 1999; 81: 359–366
12. Dusseldorp E, van Elderen T, et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18: 506–519
13. Engblom E, Korpilahti K, et al. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1997; 17: 29–36
14. FCE-Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. DRV-Schriften 2003; Band 44
15. Fletcher GF, Balady GJ, et al. AHA Scientific Statement: Exercise Standards for Testing and Training. *Circulation* 2001; 104: 1694–1740

16. Frasure-Smith N, Lesperance F, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101: 1919–1924
17. Froelicher E, Kee L, et al. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1994; 23: 423–435
18. Haynes SG, Feinleib M, Kaunel WB. The relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham-Study III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 37–58
19. Herzbericht 2002. Ernst Brucknerberger (Hrsg.). Kapitel 7. Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung. [www.herzbericht.de](http://www.herzbericht.de)
20. ICF-Praxisleitfaden, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main, 2. überarbeitete Aufl. 2006, ISBN 3-9807410-7-9
21. Kolenda KD. Sozialmedizinische Beurteilung und Beratung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit. *DMW* 1998; 123: 741–747
22. Karoff M, Roseler S, et al. Intensivierte Nachsorge (INA) – ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach Herzinfarkt und/oder Bypassoperation. *Z Kardiologie* 2000; 89: 423–433
23. Maeland J, Havik O. Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity. *Scand J Soc Med* 1986; 14: 183–195
24. Mark DB, Lam LC, et al. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. *Circulation* 1992; 86: 1485–1494
25. Mayer-Berger W. Rehabilitation-/Sozialmedizinische Beurteilung von Patienten nach Herzklappenersatz. *Mitteilungen 9–10 LVA Rheinprovinz* 2001; 92: 382–388
26. Medizinische Rehabilitation. Werner Müller-Fahrnow (Hrsg.). Die Berliner KHK-Studie. *Juventa* 1994; S. 129–158
27. Mital A, Shrey D, et al. Accelerating the return to work chances of coronary heart disease patients: Part 1–development and validation of a training programme. *Disabil Rehabil* 2000; 11: 604–620
28. Mital A, Desai A, Mital A. Return to work after a coronary event. *J Cardiopulm Rehabil* 2004; 24: 365–373
29. Mittag O, Kolenda KD, et al. Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: Patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1441–1450
30. Myrtek M, Kaiser A, et al. Factors associated with work resumption: A 5 year follow-up with cardiac patients. *Int J Cardiol.* 1997; 59: 291–297
31. Noyez L, Onundu J W, et al. Myocardial revascularization in patients < or = 45 years old: evaluation of cardiac and functional capacity, and return to work. *Cardiovasc Surg* 1999; 7: 128–133
32. Perski A, Osuchowski K, et al. Intensive rehabilitation of emotionally distressed patients after coronary bypass grafting. *J Internal Med* 1999; 246: 253–263
33. Petrie K, Buick D, et al. Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *J Psychosomatic Research* 1999; 47(6): 537–543
34. Petrie K, Weinman J, et al. Role of patient's view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996; 312: 1191–1194
35. Phillips L, Harrison T, Houck P. Return to work and the person with heart failure. *Heart Lung* 2005; 34: 79–88
36. Schumaker S, Brooks M, et al. Gender differences in health-related quality of life among post myocardial infarction patients: brief report., *Women's Health: Research on Gender, Behaviour, and Policy.* 1997; 3: 53–60
37. Sellier P, Varailiac P, et al. Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOP study. *Eur J Cardiovasc Prevention Rehab* 2003; 10: 469–475
38. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 6. Aufl. Heidelberg: Springer 2003, ISBN 3-540-01296-6
39. Thomas SA, Friedmann E, et al. Psychological factors and survival in the cardiac arrhythmia suppression trial (CAST): a re-examination. *Am J Crit Care* 1997; 6: 116–126
40. Welin C, Lappas G, et al. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J International Med* 2000; 247: 629–639

## 11.2 Maßnahmen zur Sicherstellung der Integration (Teilhabe)

N. Gödecker-Geenen

### Das Wichtigste in Kürze

Unter **Teilhabe im Alltag** versteht man bedürftigkeitsabhängige Leistungen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Sie kann auch als soziale Rehabilitation verstanden werden. Damit gemeint sind verschiedene Unterstützungsleistungen, die bereits während der medizinischen Rehabilitation organisiert und geplant werden müssen. Am Beispiel des Personenkreises der alten Menschen in der kardiologischen Rehabilitation werden derartige Teilhabeleistungen dargestellt.

Viele Patienten mit chronischen Erkrankungen sind im Hinblick auf ihr Leistungsvermögen körperlich erheblich beeinträchtigt. Die **berufliche Teilhabe** ist eines der bedeutendsten Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation. Dies ergibt sich auch aus dem gesetzlichen Auftrag: Die medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation sind, wie auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Insbesondere bei Patienten aus Berufen mit körperlicher Belastung stellt die Frage der beruflichen Integration eine wichtige Problematik dar. Patienten benötigen umfassende interdisziplinäre Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Fragestellung. Große Bedeutung hat gerade in diesem Feld die Sozial- und Rehabilitationsberatung.

### Sicherstellung der Teilhabe im Alltag

#### Art der Leistungen

Unter Teilhabeleistungen im Alltag bzw. zum Leben in der Gemeinschaft versteht man insbesondere

- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht,

- Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (1).

Bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation muss der Blickwinkel auch auf die soziale Rehabilitation gelenkt werden. Dabei geht es darum:

- die Fähigkeiten des Klienten/Patienten nach Möglichkeit so voran zu bringen, dass er die Unterstützung und die Dienste für sich erschließen und aus ihnen Nutzen ziehen kann;
- die Fähigkeit zur Nutzung sozialer Netzwerke und Dienstleister zu entwickeln und Lebensstüchtigkeit und Wohlergehen der Klienten zu fördern;
- die Effektivität der Dienste zu steigern, d.h. Dienstleistungen und Unterstützung mit höchster Effizienz zu erbringen (2).

Die umfassende Berücksichtigung des Patienten in seiner Lebens- und Krankheitssituation kann zu einer dauerhaften sozialen Wiedereingliederung führen.

### Teilhabe im Alltag am Beispiel des alten Menschen in der kardiologischen Rehabilitation

Der ältere Mensch soll in der medizinischen Rehabilitation v.a. aktiviert, mobilisiert und auf den Alltag vorbereitet werden (Abb. 11.1). Ein wichtiger Beratungsinhalt ist deshalb die Klärung der häuslichen Situation und der weiteren Versorgung des Patienten. Die pflegenden Angehörigen sollen bei der Versorgung und Betreuung unterstützt und entlastet werden.

Es wird angestrebt, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen die bestmöglichen Hilfen und den Angehörigen größtmögliche Unterstützung und Entlastung zu erschließen.



Abb. 11.1 Ziele der medizinischen Rehabilitation älterer Menschen.

Den Verfahrensablauf im Bereich der Beratung alter Menschen in der kardiologischen Rehabilitation zeigt Abbildung 11.2.

### Klärung der häuslichen Situation

Häufig steht die Klärung der häuslichen Situation nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik im Vordergrund. Geklärt werden muss, ob es möglich ist in der bisherigen häuslichen Umgebung zu leben. Patient und interdisziplinäres Team müssen sich gemeinsam über die zukünftige Situation auseinandersetzen, um geeignete Lösungen zu erarbeiten. Dabei sind Kontakte zu den Angehörigen – wo immer möglich – von größter Bedeutung. Der aufgrund der Erkrankung oder Behinderung bedürftige Patient benötigt im besonderen Maße Hilfe; die Angehörigen aber fühlen sich mit dieser Situation oft überfordert und benötigen ihrerseits Beratung und Unterstützung. Die soziale Beratung in der kardiologischen Rehabilitation zielt dann insbesondere auf die Mobilisierung von internen und externen Ressourcen. Dazu ist es notwendig, mit den Angehörigen und den Betroffenen die Gesamtsituation zu erörtern und einen Versorgungsplan zu erarbeiten und die Umsetzung zu organisieren.

### Weiterführende Unterstützungsleistungen zur Teilhabe im Alltag

Nicht alle Problemlagen und Fragestellungen sind während der kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme zu klären. Häufig ist die Weitervermittlung an Beratungsinstitutionen am Wohnort des Patienten sinnvoll und notwendig, um eine dauerhafte umfassende Begleitung des Patienten zu erreichen. Probleme stehen oft nicht in Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung, werden aber dennoch während der psychosozialen Beratung in der Rehabilitationsklinik thematisiert. Wenn sie schwerwiegend sind, sollten sie im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes berücksichtigt und in den Rehabilitationsplan integriert werden. Der Patient und seine Angehörigen sollen über geeignete Beratungs- und Versorgungseinrichtungen am Wohnort informiert sein, ggf. kann eine Beratungsstelle im Vorfeld einbezogen werden.

In Frage kommen:

- Pflegedienste,
- Altenhilfeeinrichtungen,
- psychosoziale Beratungsstellen,
- Rentenberatungsstellen vor Ort und
- allgemeine soziale Dienste der Kommunen (3).

Zur Sicherstellung der Teilhabe im Alltag sollten stationärer und ambulanter Bereich direkt vernetzt werden.



Abb. 11.2 Verfahrensablauf in der Sozial- und Rehabilitationsberatung.

## Sicherstellung der Teilhabe im Beruf

### Der Eingliederungsprozess

Zur Klärung der Arbeitsplatzsituation dienen in der Regel 2 Zugänge:

- Klärung mit dem Patienten und
- Klärung mit dem Betriebsarzt.

**Klärung mit dem Patienten.** Im Rahmen des ersten Beratungskontakts erfolgt eine umfassende Arbeitsplatz- und Berufsanamnese. Dabei gilt es die Tätigkeit nach Art und Umfang und die besonderen Belastungen zu beschreiben sowie weitere Aspekte, die für die berufliche Wiedereingliederung von Bedeutung sind (Größe des Betriebs, Betriebszugehörigkeit, Betriebsklima u.a.) zu erfassen.

**Klärung mit dem Betriebsarzt.** Bei weiteren Fragen oder Unklarheiten kann eine Kontaktaufnahme mit dem Betriebs- oder Werksarzt sinnvoll und notwendig sein. Mit dessen arbeitsmedizinischen Kenntnissen lässt sich eine Wiedereingliederung des Patienten bereits im Vorfeld beurteilen.

### Maßnahmen der beruflichen Teilhabe

Als Handlungsansätze zur Klärung der beruflichen Situation kommen in Betracht:

- Stufenweise Wiedereingliederung und/oder
- berufliche Neuorientierung.

Die **stufenweise Wiedereingliederung** in den Arbeitsprozess ist eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 74 SGB V) und der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 28 SGB IX) und dient der langsamen Heranführung an die bisherige berufliche Tätigkeit nach schwerer Krankheit oder längerer Arbeitsunfähigkeit. Der Patient arbeitet für einen begrenzten Zeitraum mit geringerer Arbeitszeit, wobei er weiterhin formell arbeitsunfähig bleibt. Der Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkasse erbringen Leistungen zum Lebensunterhalt in Form von Übergangsgeld bzw. Krankengeld.

**Berufliche Neuorientierung.** Stellt sich im Rahmen der medizinischen Reha-Maßnahme heraus, dass der Patient seine bisher ausgeübte Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr verrichten kann, kommen verschiedene Möglichkeiten in Betracht. Der Leistungskatalog der beruflichen Rehabilitation ist im SGB IX geregelt. Er beinhaltet eine Vielzahl von Maßnahmen zur Eingliederung von eingeschränkt belastbaren oder behinderten Personen in den Arbeitsmarkt. Bei der Auswahl der Eingliederungsmaßnahmen sind Eignung, Neigung und bisher ausgeübte Tätigkeit angemessen zu berücksichtigen. Es wird versucht, eine Vernetzung aus der Rehabilitationsklinik zu organisieren, d.h. die Maßnahmen formal und organisatorisch vorzubereiten. Rehabilitati-

onsfachberater der Rentenversicherung beraten in Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und klären die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung und der Berufsförderung im Rahmen des SGB IX.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere

- ▶ Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (z.B. bei der Notwendigkeit einer innerbetrieblichen Umsetzung), einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme,
- ▶ Berufsvorbereitung, einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- ▶ berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung inkl. eines zur Inanspruchnahme dieser Leistungen erforderlichen schulischen Abschlusses sowie
- ▶ Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten WfB (SGB IX, § 33).

Sollte die Umgestaltung des Arbeitsplatzes notwendig sein, erfolgt auch die Vermittlung an das Integrationsamt zur Prüfung, ob Leistungen nach SGB IX für Schwerbehinderte gewährt werden können, z.B. die behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes durch Umrüstung oder weitere Ausstattung (5).

## Ein Fall aus der Praxis

**Zur Situation:** Der 38-jährige Peter K. ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 12 und 9 Jahren. Seine Frau ist halbtags berufstätig als Verkäuferin in einem Supermarkt und versorgt Haushalt und Kinder. Gemeinsam bewohnen sie ein kleines eigenes Haus am Stadtrand einer Kleinstadt, das sie im letzten Jahr vorrangig in Eigenleistung mit Unterstützung von Nachbarn und Freunden gebaut haben. Herr K. erleidet unerwartet einen Herzinfarkt an seinem Arbeitsplatz.

Er ist von Beruf Maurer und übt diese Tätigkeit seit seiner Ausbildung vor 23 Jahren aus. In seiner Berufslaufbahn hat er mehrmals die Firma gewechselt, wie es in der Baubranche so üblich ist. Bis auf kleinere Ausnahmen im Winter war er nie längere Zeit arbeitslos. Zuletzt ist er bei einem mittelständischen Hochbaubetrieb (ca. 40 Mitarbeiter) seit etwa 8 Jahren tätig. Die Krankheit tritt völlig überraschend in sein Leben. Er hatte zwar in letzter Zeit häufiger Schmerzen in Brust und Armen, dies aber auf die Wirbelsäule geschoben, die in seinem Beruf nun mal belastet ist. Die Arbeit, die Familie, das neu gebaute Haus – alles verständliche Faktoren, die zu einem stressbelasteten Leben führten. Das Krankheitsereignis wirft ihn nun völlig aus der Bahn.

Während der Behandlung im Akutkrankenhaus stellt sich dann heraus, dass er unter einer koronaren Herzkrankheit leidet. Mehrere Gefäße im Herzkranzbein sind zu einem hohen Prozentsatz verschlossen. Die Ärzte raten ihm zu einer Bypass-Operation, die be-

reits nach 3 Wochen im Universitätsklinikum der nächsten Großstadt durchgeführt wird. Nach der gelungenen Operation raten ihm die Ärzte schon nach wenigen Tagen zu einer Anschlussheilbehandlung bzw. Anschluss-Rehabilitation und vermitteln ihn zum Sozialen Dienst des Krankenhauses.

**Kontakt mit dem Sozialdienst im Akutkrankenhaus:** Im Rahmen des Erstkontakts mit der Sozialarbeiterin der Klinik hat Herr K. endlich Zeit über seine Situation zu sprechen. Ärzte und Pflegekräfte haben im Klinikablauf oft wenig Zeit für längere persönliche Gesprächskontakte. So erlebt es Herr K. als sehr entlastend, seine Krankheitsgeschichte zu erzählen, aber auch die Sorgen und Nöte, insbesondere im Hinblick auf die Zukunft, anzusprechen. Die Ärzte hätten ihm bereits mitgeteilt, dass eine schwere körperliche Arbeit auf Dauer nicht ausgeübt werden sollte. Wenn er seinen Beruf nicht mehr ausüben könne, stände seine Existenz auf dem Spiel, berichtet Herr K. bereits im ersten Gespräch.

Die Sozialarbeiterin zeichnet dem Patienten zunächst die **weiteren Schritte** im Hinblick auf seine Behandlung auf:

Zunächst soll die Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Fachklinik für Kardiologie eingeleitet werden. Somit lässt sich ein fast nahtloser Übergang vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik gewährleisten. Sie erklärt Herrn K., dass insbesondere die Frage der Berufsausübung und die weiteren Perspektiven im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch den dort vorhandenen Sozialen Dienst thematisiert und die Maßnahmen vorbereitet werden. Die Beraterin erläutert ihm noch das Antragsverfahren und sagt zu, gemeinsam mit dem Stationsarzt die Anschluss-Rehabilitation einzuleiten. Herr K. entscheidet sich für eine Klinik in der Nähe, da er gern den intensiven Kontakt zu seiner Familie behalten möchte.

**Die Anschluss-Rehabilitation:** Die Anschlussheilbehandlung in einer kardiologischen Fachklinik beginnt für Herrn K. sehr zeitnah, nämlich drei Tage nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus. Sie soll 3–4 Wochen dauern. Das größte Problem stellt für ihn aber die berufliche Wiedereingliederung dar. Die körperlich schwere Arbeit als Maurer wird er nicht mehr ausüben können. Diese Problematik bereitet ihm die größte Sorge, denn an der Berufsausübung hängen seine Existenz, die wirtschaftliche Absicherung und ein wesentlicher Lebensinhalt. In mehreren Sitzungen mit der Sozialarbeiterin bespricht er die Gesamtsituation. Auch seine Ehefrau wird in die Beratung mit einbezogen. Beide werden über die Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben (früher berufsfördernde Leistungen) informiert. Ausführlich wird auch die wirtschaftliche Absicherung während der beruflichen Reha-Maßnahme besprochen.

Aufgrund seines Alters wird ihm von Seiten der Ärzte dringend zu einer Umschulung geraten. Herr K. kann sich mittlerweile mit diesem Gedanken anfreunden. Er denkt an ein Berufsbild, das auf seinen Grundberuf im Baubereich aufbaut, etwa den Bauzeichner. Die berufliche Neuorientierung wird bereits in der Reha-Klinik vorbereitet. Die direkte Einschaltung des Rentenversi-