



ARZTBOGEN

**ZUR AUSWAHL VON REHABILITATIONSZIELEN UND
ZUR ERGEBNISMESSUNG**

KARDIOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

**ABTEILUNG FÜR
QUALITÄTSMANAGEMENT UND SOZIALMEDIZIN (AQMS)
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG I. BR.**



BITTE BEI REHA-BEGINN AUSFÜLLEN (S.2-7):

Bitte leserlich in Blockschrift & genau in die Kästchen schreiben!



1. ALLGEMEINE ANGABEN

2 **Alter:** Jahre 3 **Geschlecht:** männlich weiblich

4 **Aufnahmedatum:** . . 200

5 **Art der Maßnahme:** AR / AHB allg. Reha / HV sonstige

6 **Kostenträger:** GKV BfA private KV
 LVA sonstige

7 **Rentner:** ja nein

8 **Rentenantrag gestellt:** ja nein

9 **Arbeitsunfähigkeit (AU) bei Aufnahme:** ja nein

10 **wenn ja, wie lange:** seit Tagen

11 **AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten:** Tage

Fallgruppen Kardiologie ♦

Art der kardiologischen Erkrankung

- K1 Koronare Herzkrankheit (KHK) K2 Angina Pectoris
K3 Kardiomyopathie K4 Myokarditis
K5 Arterielle Hypertonie K6 Herzklappenerkrankung (nicht operiert)
K7 Sonstige Herzkrankheit: _____

Falls AR / AHB, bitte Folgendes angeben:

Datum des Akutereignisses bzw. der OP (Monat.Jahr)

- K8 Z.n. Herzinfarkt..... ⇨ .
- K9 Z.n. PTCA..... ⇨ .
- K10 Z.n. Bypass-OP..... ⇨ .
- K11 Z.n. Klappen-OP..... ⇨ .

✘



2. REHA-DIAGNOSEN

Diagnosen <i>Bitte in jedem Fall die ICD-10 Codierung angeben!</i>	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM z.B.: F 43.91 <i>Bitte leserlich in <u>Blockschrift</u> & genau <u>in die Kästchen</u> schreiben!</i>	Seitenlo- kalisation <small>R = rechts L = links B = beidseits</small>	Diagnosezusätze	
			Diagnosesicherheit <small>A = Ausgeschl. Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose</small>	Behandlungs- ergebnis <small>0 = 1-3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert</small>
¹⁴ 1.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
¹⁵ 2.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
¹⁶ 3.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
¹⁷ 4.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
¹⁸ 5.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>



K-Score
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <small>K12</small> K-Score (kardiale Situation): </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: right;"> Punkte (dazu bitte <u>Anlage 1</u> ausfüllen!) </div> </div>





3. EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. ZU REHA-BEGINN

19 **3.1 Reha-Motivation:** sehr hoch keine

20 **3.2 Subjektive Angaben vs. objektive Befunde:**
dissimuliert adäquat aggraviert

21 **3.3 Bestehen der Symptome der Haupterkrankung: (Jahre) ca.** < 1 J. 1-2 J. 3-5 J. 6-10 J. > 10 Jahre
 nicht beurteilbar Akutereignis

3.4 Gesundheitszustand



Die folgenden numerischen Rating-Skalen sind graduiert wie Schulnoten
(1 = keine Beeinträchtigung/ gesund; 6 = maximale Beeinträchtigung/ krank).
Bitte kreuzen Sie das Ihrer Einschätzung entsprechende Kästchen an.

22 **Somatische Gesundheit**

1 2 3 4 5 6

23 **Schmerzen**

1 2 3 4 5 6

24 **Funktionsfähigkeit im Alltag**

1 2 3 4 5 6

25 **Funktionsfähigkeit im Beruf**

1 2 3 4 5 6

26 **Psychisches Befinden**

1 2 3 4 5 6

27 **Soziale Integration**

1 2 3 4 5 6

28 **Gesundheitsverhalten**

1 2 3 4 5 6

29 **Krankheitsbewältigung**

1 2 3 4 5 6



keine
Beeinträchtigung

maximale
Beeinträchtigung



3.5 Komorbiditätsscore (KoMo-Score, AQMS)

Geben Sie bitte bezüglich jeder der 14 aufgeführten Begleiterkrankungen an, **ob Sie beim Patienten vorhanden ist**, und **wenn ja, wie schwer** Sie sie einstufen (**linker Spaltenblock**). Falls eine der Begleiterkrankungen vorhanden ist, geben Sie bitte auch an, wie **stark der Patient** Ihrer Einschätzung nach durch die jeweilige Erkrankung hinsichtlich seiner Aktivitäten bzw. der Partizipation (Teilhabe) im Sinne der ICF **eingeschränkt ist** (**rechter Spaltenblock**).

Bitte bearbeiten Sie **jede Zeile (= jede Erkrankung)**, in dem Sie das jeweils Zutreffende ankreuzen. Dies gilt auch für den Fall, dass eine dort aufgeführte Begleiterkrankung beim jeweiligen Patienten die Haupterkrankung abbildet (z.B. „Herzinfarkt“ bei einem kardiologischen Patienten). ★

	Vorhanden ?					Wenn „ja“ bei „Vorhanden“: Einschränkung der Aktivitäten/Partizipation durch die jeweilige Erkrankung?			
	Nein	Ja				Nein	Ja		
		leicht	mittel	schwer		leicht	mittel	schwer	
30 Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31 Herzinfarkt (in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32 Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 Periphere vaskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34 Erkrankung der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35 Gastrointestinale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36 Erkrankung der Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37 Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39 Muskuloskeletale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41 Onkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42 Depressivität, Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43 Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BITTE BEI REHA-BEGINN UND BEI REHA-ENDE AUSFÜLLEN (S.6-7):

4. REHABILITATIONS-ZIELE



Bitte wählen Sie bei Reha-Beginn aus der folgenden Liste möglicher Rehabilitationsziele ca. **3 - 7 Ziele** aus und beurteilen Sie **bezüglich dieser ausgewählten Ziele** bei Reha-Ende die Veränderung gegenüber dem Zustand bei Aufnahme (von **1 = sehr deutliche Verbesserung** bis **7 = sehr deutliche Verschlechterung**).

Bereiche	Bei Reha- Beginn ausfüllen:		Bei Reha-Ende ausfüllen:							
	Ziel?		Falls ja: Veränderung bei Reha-Ende							
	ja	nein	Sehr deutliche Verbesserung 1	2	3	unverändert 4	5	6	Sehr deutliche Verschlechterung 7	
44 Herz-Kreislauf-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Symptome des Bewegungsapparats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Schmerzhäufigkeit und -intensität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Beeinträchtigung durch Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Mobilität (i. S. von „sich effektiv in der Alltagsumgebung fortbewegen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Funktionsfähigkeit im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Depressivität ♦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 Vitale Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 Kognitive Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 Familiäre Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 Allgemeine soziale Integration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 Krankheitsinformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 Umsetzung des Wissens über die Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 Allgemeine Lebensbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/ Hilfsmittelbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63 Therapiefolgestörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ERGEBNISPARAMETER (EBENE DER KÖRPERFUNKTIONEN)

Bitte deutlich und genau in die Kästen schreiben!

+

Parameter	Einheit	Wert bei Aufnahme- untersuchung	Wert bei Abschluß- untersuchung
K13 maximale symptomlimitierte Leistung	Watt	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K14 Trainingsleistung	Watt	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K15 Blutdruck	mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K16 Gesamtcholesterin	mg %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
K17 LDL-Cholesterin	mg %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

◆

BITTE BEI REHA-ENDE AUSFÜLLEN (S.7-8):

6. ALLGEMEINE ANGABEN

64 Entlassdatum: ..200 Dauer der Reha-Maßnahme
insgesamt (Tage):

◆

7. ARBEITS-/LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Nur bei erwerbstätigen Pat.

65 Arbeitsfähig bei Entlassung: ja nein

66 Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann:

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

67 Beurteilung des zeitlichen Umfangs, indem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann:

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

*

Ab hier bitte wieder für alle Patienten ausfüllen!

8. EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. BEI REHA-ENDE

68 **8.1 Reha-Motivation:** sehr hoch keine

69 **8.2 Subjektive Angaben versus objektive Befunde:**
dissimuliert adäquat aggraviert

8.3 Gesundheitszustand:

Die folgenden numerischen Rating-Skalen sind graduiert wie Schulnoten
(d.h. 1 = keine Beeinträchtigung/ gesund; 6 = maximale Beeinträchtigung/ krank).
Bitte kreuzen Sie das Ihrer Einschätzung entsprechende Kästchen an.

70 Somatische Gesundheit	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 Schmerzen	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Funktionsfähigkeit im Alltag	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 Funktionsfähigkeit im Beruf	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 Psychisches Befinden	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 Soziale Integration	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 Gesundheitsverhalten	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 Krankheitsbewältigung	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶	keine Beeinträchtigung			maximale Beeinträchtigung		

78 **9. Wie bewerten Sie das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung insgesamt ?**

(0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet)

sehr schlecht ausgezeichnet
0 5 10

BITTE NUR AUSFÜLLEN, FALLS PAT. WÄHREND DER STUDIE ZUM DROP-OUT WIRD:

79 **10. Gründe für die Nichtteilnahme im Studienverlauf (Mehrfachnennungen möglich):** ◀

Pat. verweigert die weitere Studienteilnahme Abbruch der Maßnahme Verlegung anderes.....

80 **KOMMENTARE:**

ANLAGE 1: K-SCORE ZUR EINSCHÄTZUNG DER SCHWEREGRAD DER REHA-FALLGRUPPEN IN DER KARDIOLOGIE

Der K-Score erfasst die kardiale Situation und wird zur Erfassung des Schweregrads des jeweiligen Falles bestimmt.

Der **K-Score (kardiale Situation)** ergibt sich aus folgenden vier Parametern:

1. Schwere des klinischen Verlaufs der AHB-Indikation
2. Trainingsleistung
3. Ejektionsfraktion
4. Integrierte Betrachtung von koronarer Gefäßbeteiligung, pulmonaler Hypertonie und Cardiac-Index.

Je nach Ausprägung der Parameter werden jeweils 1 Punkt, 2 Punkte oder 3 Punkte vergeben (höhere Punktzahl = höherer Schweregrad). Damit liegt der Summenscore über alle vier Parameter zwischen 4 und 12. Bitte kreuzen Sie in den Zeilen 1. –

4. dem Zustand des Patienten entsprechende Parameter an und addieren Sie die Punktwerte.

In der vierten Zeile tragen drei unterschiedliche Parameter (koronare Gefäßbeteiligung, pulmonale Hypertonie und Cardiac-Index) zur Einschätzung bei, die Sie bitte ebenfalls einzeln markieren – die Gesamteinschätzung wird jedoch in dem Kästchen rechts daneben angekreuzt. Bitte beachten Sie, dass diese Teilparameter nicht alle aus einer Spalte stammen müssen. Der behandelnde Arzt/Ärztin gewichtet die Teilparameter vor dem Hintergrund des individuellen Falls und legt zusammenfassend eine Gesamtbewertung fest. In der Regel wird die koronare Gefäßbeteiligung den Ausschlag geben.

Bezüglich des Parameters „Klinischer Verlauf der AHB-Indikation“ sind im folgenden Indikatoren für einen als „schwer“ einzuschätzenden Verlauf wiedergegeben:

Herzinfarkt / PTCA	Bypass- / Klappenoperation
große Infarktausdehnung bzw. –narbe	Zustand nach ausgedehntem Herzinfarkt
Postinfarkt-(Dressler)-Syndrom	Angina pectoris
komplexe Herzrhythmusstörungen	klinisch manifeste Herzinsuffizienz
Angina pectoris	ausgeprägte Linksherzhypertrophie
Angina pectoris bei Verdacht auf Re-Stenose	postoperative Wundheilungsstörung
klinisch manifeste Herzinsuffizienz	postoperatives Durchgangssyndrom
Ventrikelaneurysma	Postkardiotomiesyndrom
	postoperative Pleuraergüsse
	komplexe Herzrhythmusstörungen

Bitte bearbeiten Sie umseitige Tabelle zum K-Score vollständig, indem Sie auf jeder Zeile ein Kreuz setzen und tragen Sie den Summenscores auf S. 3 des Arztbogens ein!

Kardiale Situation (K-Score)



Bitte jede Zeile bearbeiten !

Hinweise zur Bearbeitung finden Sie auf der vorhergehenden Seite

	leicht 1 Punkt	mittel 2 Punkte	schwer 3 Punkte
1. Klinischer Verlauf der AHB-Indikation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	im Falle der Kombination verschiedener Krankheitsentitäten oder im Falle der oben aufgeführten komplexen Verläufe <input type="checkbox"/>₃
2. Leistung (Watt im Belastungs-EKG)	> 100 <input type="checkbox"/> ₁	50 – 100 <input type="checkbox"/> ₂	< 50 <input type="checkbox"/> ₃
3. Ejektionsfraktion	> 45 % <input type="checkbox"/> ₁	45 – 30 % <input type="checkbox"/> ₂	< 30 % <input type="checkbox"/> ₃
4. Gefäßbeteiligung/ pulmonale Hypertonie (mmHg)/ Cardiex-Index l/min/KÖF	<input type="radio"/> ₁₁ 1 <input type="radio"/> ₁₂ < 40 <input type="radio"/> ₁₃ > 3 } <input type="checkbox"/> ₁ (Bitte auch die ○ ankreuzen)	<input type="radio"/> ₂₁ 2 <input type="radio"/> ₂₂ 40-80 <input type="radio"/> ₂₃ 2 – 3 } <input type="checkbox"/> ₂ (Bitte auch die ○ ankreuzen)	<input type="radio"/> ₃₁ 3 <input type="radio"/> ₃₂ > 80 <input type="radio"/> ₃₃ < 2 } <input type="checkbox"/> ₃ (Bitte auch die ○ ankreuzen)
K-Score = Summe der Punkte	$\Sigma =$ _____ Punkte → Eintrag S. 3 Arztbogen		



ABT. QUALITÄTSMANAGEMENT UND SOZIALMEDIZIN, UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
 (Score erstellt von: Dr. Benesch, Fachklinik Rhein-Ruhr Essen, PD Dr. Völler, Klinik am See Rüdersdorf,
 Dr. Willemsen, Schüchtermann Klinik Bad Rothenfelde, 2000)

