

Nachhaltige Sekundärprävention in Herzgruppen

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR) wurde 1958 als „Verein für Rehabilitation“, gegründet. Seit 1990 ist sie als DGPR bekannt und engagiert sich für Herzgruppen.

In den 1970er Jahren wurde das Hamburger Modell für die kardiologische Rehabilitation entwickelt. Es beinhaltete die Rehabilitationsphasen von den Akut- über die Rehabilitationskliniken bis hin zu den einzelnen Herzgruppen in Deutschland und verknüpfte somit die WHO-Phasen I bis III [1].

In jedem Bundesland bildete sich eine Landesorganisation für die wohnortnahe Betreuung von Patienten in den Herzgruppen, Ziele und Aufgaben dieser Landesorganisationen wurden erstmals 1982 definiert.

Derzeit ist das übergeordnete Ziel des medizinisch-wissenschaftlichen Dachverbandes die Erforschung und Erarbeitung von Methoden zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie die Umsetzung und Bekanntmachung mit Bezug auf die interdisziplinäre Prävention und Rehabilitation [2]. Abb. 1 zeigt die zahlenmäßige Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland von 1977 bis 2012 [3].

In Deutschland existiert ein weltweit einmaliges kardiologisches Rehabilitationssystem, das eine am langfristigen Erfolg orientierte umfangreiche Nachsorge für Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen anbietet, und in drei Phasen gegliedert ist:

- Phase I: Akutversorgung
- Phase II: Implementierung nachhaltiger Lebensstilmodifikationen (stationär oder ambulant)
- Phase III: Langzeitprävention, wohnortnah

Lebenslange Nachsorge am Wohnort der Patienten

Die Rehabilitation der Phase III wird als lebenslange Nachsorge und Betreuung am Wohnort des Patienten durchgeführt [4]. Wenn der Patient sich bereits wieder in seiner gewohnten Umgebung befindet, sollen durch seine Teilnahme an einer Herzgruppe – diese wird von einem Herzgruppenarzt und einem entsprechend qualifizierten Übungsleiter geleitet –, die erlernten Verhaltensweisen von der Phase II nachhaltig umgesetzt, stabilisiert und im Alltag angewendet werden. Wie aber sieht es aber in der Praxis beim Übergang der Phasen I bis III in den Alltag aus?

Aus der Phase I gehen nur 50% der Patienten zur ambulanten oder

stationären Rehabilitation. Von diesen 50% aus der Rehabilitationsphase II führen schließlich nur ca. 13% bis 40% der Patienten ihre Rehabilitation in der Herzgruppe fort [5]. Dabei ist die Weiterführung der Rehabilitation von Alter und Geschlecht der Patienten abhängig. Jüngere Patienten besuchen seltener die Herzgruppen als ältere [6]. Auch Frauen gehen seltener in

Herzgruppen als Männer, da die inhaltliche Gestaltung der Herzgruppenarbeit auf die Männer abgestimmt ist [5, 7].

Die Inhalte der kardiologischen Rehabilitation werden sowohl national durch die DGPR wie auch international u.a. durch die European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR) klar definiert [8]. Dabei wird die Qualität der Rehabilitation in vielen externen oder internen Qualitätsprogrammen und fachlichen Zertifizierungen nachgewiesen. Zusätzlich entwickelte die DGPR für die kardiologische Rehabilitation eine Deutsche Leitlinie und definierte die Herzgruppen in Deutschland wie folgt [9]:

„Die Herzgruppe ist eine Gruppe von Patienten mit chronischen Herz-Kreislaufkrankheiten, die sich auf ärztliche Verordnung unter Überwachung und Betreuung des anwesenden Herzgruppenarztes und einer dafür qualifizierten Fachkraft regelmäßig trifft. Gemeinsam werden im Rahmen somatisch-funktionaler, psychosozialer und edukativer Zielstellungen u.a. durch Bewegungs- und Sporttherapie, Erlernen von Stressmanagementtechniken,



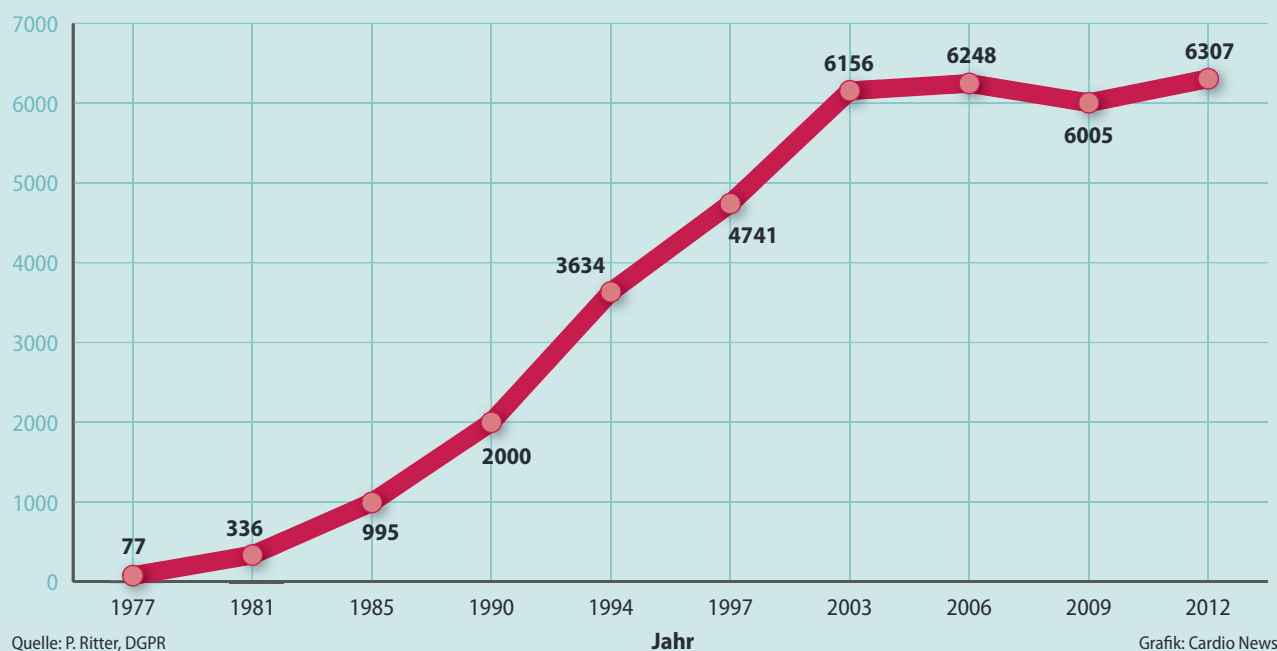
Anja Bärsch-Michelmann, M.Sc.
DGPR-Referentin,
Aschersleben
© Bärsch-Michelmann



Dipl. med. Olaf Haberecht, DGPR-Präsidiumsmitglied
Aschersleben
© Haberecht

» ABB. 1

Die Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland



Die Anzahl der Herzgruppen in Deutschland ist anfangs stark gewachsen, stagniert nun jedoch seit einiger Zeit.

Änderungen im Ess- und Genussverhalten und durch psychosoziale Unterstützung Folgen der Herzkrankheit kompensiert und nachhaltige Sekundärprävention angestrebt.“

Damit sind die Herzgruppen ein fester Bestandteil in der auf langfristigen Erfolg orientierten, umfangreichen Versorgung von herzkranken Patienten. Ihre Möglichkeiten tragen außerdem zur Erreichung der individuellen Rehabilitationsziele bei. Gekennzeichnet sind die Herzgruppen in Deutschland als ärztlich betreute und gleichzeitig begleitende Selbsthilfegruppe [10]. Die Patienten sollen eine kompetente Selbstverantwortung für ihre Erkrankung erlernen und übernehmen.

Schwerpunkt vieler Herzgruppen ist Bewegungs- und Sporttherapie

Die Ziele der Herzgruppen richten sich nach den Zielen der kardiologischen Rehabilitation und sind somit der somatischen, funktionellen, edukativen und sozialen Ebene zuzuordnen [11].

Zurzeit liegt der Schwerpunkt in vielen Herzgruppen in Deutschland in der Bewegungs- und Sporttherapie [5, 12]. Zusätzlich werden Kernpunkte im Bereich der Ent-

spannung, Nikotinentwöhnung, Ernährung und psychosozialer Unterstützung angeboten [10]. Nach der Aussage von Halle werden diese Komponenten nur zum Teil oder gar nicht in den Herzgruppen umgesetzt [12]. Die DGPR-Herzgruppen bieten deshalb gesundheitsbildende Maßnahmen unter Einbeziehung der Angehörigen an.

Die Rehabilitation in den Herzgruppen ist eine ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V §43 in Kombination mit dem SGB IX §44 [5]. Die „Rahmenvereinbarung für Rehabilitationssport und Funktionstraining“ vom 01. Oktober 2003 in der Fassung vom 01. Januar 2011 ist durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur zeitlichen Begrenzung vom Rehabilitationssport überarbeitet worden [13].

Die in der Rahmenvereinbarung genannte Anzahl der Übungseinheiten ist nur ein Richtwert; es kann nach individueller Prüfung des Einzelfalls davon abgewichen werden. Für den Bereich „Sport in Herzgruppen“ wurde festgelegt, dass im Regelfall von der Krankenkasse der zu finanzierende Leistungsumfang des Rehabilitations-

sports in Herzgruppen 90 Übungseinheiten beträgt, die innerhalb von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können. Die Übungseinheiten sollten ein- bis zweimal wöchentlich in der Herzgruppe stattfinden, mit Begründung dreimal pro Woche (s. Kas-ten), [14].

Klare medizinische Indikationen und Belastungsgrenzen

Weitere Verordnungen im Rehabilitationssport sind im direkten Anschluss an bereits in Anspruch genommene Übungseinheiten möglich, wenn sie im Einzelfall notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Für den „Sport in Herzgruppen“ wurden dafür klare medizinische Indikationen bzw. Belastungsgrenzen (kleiner 1,4 Watt/kg KG) festgelegt. Die Rentenversicherung hat ihren Leistungsanspruch auf sechs bzw. im Ausnahmefall 12 Monate, mit einer maximalen dreimal wöchentlichen Verordnung, festgelegt [15]. Nach der Verordnung besteht die Möglichkeit in sogenannten Nachfolgegruppen – diese sind ohne ständig ärztliche Präsenz – die Nachhaltigkeit zu sichern [16].

Diese Rahmenvereinbarung und die Vereinbarung zur Finanzierung der Herzgruppen helfen, den ganzheitlichen und multidisziplinären Therapieansatz in Deutschland zu verwirklichen.

» *Dipl. med. Olaf Haberecht*
Präsidiumsmitglied und Sprecher der DGPR Phase III
Anja Bärsch-Michelmann, M.Sc.
Referentin der DGPR Phase III
Ameosklinikum
06449 Aschersleben
Eislebener Straße 7a
OHab.med@aschersleben.ameos.de
abae.med@aschersleben.ameos.de

» Mehr Informationen im Internet unter: www.herzgruppenservice.de und www.dgpr.de

Literatur bei den Verfassern

» AUF EINEN BLICK

Rahmenbedingungen zur Teilnahme in der Herzgruppe

■ Verordnung gesetzliche Krankenversicherung

Erstverordnung:

1. Formular 56 „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining“ die Teilnahme an der Herzgruppe
2. Erstverordnung
 - a. 24 Monate / 90 Übungseinheiten (Erwachsene)
 - b. 24 Monate / 120 Übungseinheiten (Kinder)
 - c. 1-2x / wöchentlich, mit Begründung 3x wöchentlich
3. Bewilligung durch die Krankenkasse

Weitere Verordnung:

1. Nach Ablauf der Erstverordnung kann ggf. eine weitere Teilnahme mittels des Formulars 56 verordnen.

2. Weitere Verordnung (nach Erstverordnung)

- 12 Monate / 45 Übungseinheiten (Erwachsene)
 - Ergometrie < 1,4 Watt/kg
 - 1-2x wöchentlich, mit Begründung 3x wöchentlich
3. Bewilligung durch die Krankenkasse
 4. Hierfür müssen die Versicherten (unter Beachtung des Punktes 2) keine Fragebogen ausfüllen.
Bei einem erneuten stationären Aufenthalt gelten die Richtlinien der Erstverordnung.

■ Verordnung Deutsche Rentenversicherung Bund

- Zeitraum: 6 Monate, mit Begründung 12 Monate
- Verordnungshäufigkeit maximal 3x pro Woche
- Antrag per Formular DRV G 850