

Herzgruppen in Deutschland: Stand und Perspektiven



Dipl. med. Olaf Haberecht
Sprecher Phase III
Präsidiumsmitglied der DGPR
O6449 Aschersleben
Eislebener Strasse 7a



M. Sc. Anja Bärsch-Michelmann
Referentin der Phase III

Zusammenfassung

Eine nachhaltige Lebensstilintervention ist auf Dauer in der Phase III nicht gesichert. Aus diesem Grund ist eine Neuorientierung mit den Zielen der ganzheitlichen Rehabilitation notwendig. Des Weiteren sind Angebote für junge Patienten ebenso nötig wie ein qualifiziertes Angebot für Patienten mit Herzinsuffizienz. Auch sind Lösungen für Patienten zu suchen, die nach Koronarintervention ohne Rehabilitation sich sofort wieder im Arbeitsprozess befinden. Dazu sind Angebotserweiterungen in der Nachsorge von Herz-Kreislaufkrankungen erforderlich. Diese sind allerdings nur in einem Netzwerk bestehend aus Fachgesellschaften und notwendigen Kooperationspartnern möglich. Die Empfehlungen zur wohnortnahen Rehabilitation sind am Bedarf zu orientieren.

Schlüsselwörter: Herzgruppen, DGPR, wohnortnahe Rehabilitation Phase III, aktuelle Situation in den Herzgruppen, Zukunft der Herzgruppen, Neuorientierung

Kardiologische Rehabilitation in Deutschland

In der kardiologischen Rehabilitation soll gewährleistet werden, dass Patienten mit einer chronischen kardiovaskulären Erkrankung oder nach einem akutem kardiovaskulären Ereignis aus eigener Kraft den gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wiedereinnehmen

können [1]. Mit dem Ziel, das Fortschreiten der Erkrankung zu verzögern oder sogar zu verhindern, werden koordinierte Maßnahmen im Sinne einer Lebensstilintervention angeboten. Diese Maßnahmen dienen dazu, eine bestmögliche physische sowie psychische Gesundheit und eine soziale Integration zu schaffen.

Zu den Aufgaben der Rehabilitation gehören unter anderem das Aufhalten des Krankheitsverlaufes sowie die Risikoreduzierung von krankheitsbedingten Folgen (ebd.). Des Weiteren soll bei den Patienten eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität erreicht werden [2]. Die WHO teilt die kardiologische Rehabilitation in drei Phasen ein [2, 3]:

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

In Deutschland existiert ein weltweit einmaliges kardiologisches Rehabilitationssystem. Es bietet eine am langfristigen Erfolg orientierte, umfangreiche Nachsorge für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen an.

Die Phase I in der Rehabilitation beginnt in der Akutklinik im Rahmen der Akuterkrankung. Hier kommt es zu einer Frühmobilisation und zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes, um somit eine auftretende Schädigung so gering wie möglich zu halten [4]. Nach dem Akutkrankenhausaufenthalt erfolgt

nahtlos die Phase II der kardialen Rehabilitation in einer hierfür speziell eingerichteten Rehabilitations-einrichtung (ebd.). Dabei gibt es die Möglichkeit der ambulanten oder stationären Rehabilitation. Sie erfolgt als Frührehabilitation oder als Anschlussrehabilitation. Dem Patient wird in diesem Rahmen die Möglichkeit gegeben, sich aktiv mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen, um sich sozial sowie beruflich wieder in die Gesellschaft einzugliedern [3].

Die Rehabilitation der Phase III wird als lebenslange Nachsorge und Betreuung am Wohnort des Patienten durchgeführt [4]. Der Patient befindet sich bereits wieder in seiner gewohnten Umgebung und soll durch die Teilnahme an einer Herzgruppe unter Einbeziehung eines Herzgruppenarztes und eines entsprechend qualifizierten Übungsleiters die erlernten Verhaltensweisen von der Phase II umsetzen, stabilisieren und im Alltag anwenden. Ziel hierbei ist eine nachhaltige Lebensstilintervention.

Nach Abschluss der Rehabilitationsphase II führen nur ca. 13–40 % der Patienten ihre Rehabilitation in der Herzgruppe fort [5]. Dabei ist die Weiterführung der Rehabilitation von Alter und Geschlecht der Patienten abhängig (ebd.). Jüngere Patienten besuchen weniger die Herzgruppen als Ältere [6]. Weiterhin ist festzustellen, dass Frauen seltener in Herzgruppen gehen als Männer. Grund hierfür könnte die inhaltliche Gestaltung der Herzgruppenarbeit sein, die auf die Männer abgestimmt ist [7, 5]. Die Inhalte der kardiologischen Rehabilitation werden sowohl national durch die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR) sowie international unter anderem durch die European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation klar definiert

[8]. Die Qualität der Rehabilitation wird in vielen externen oder internen Qualitätsprogrammen und fachlichen Zertifizierungen nachgewiesen. Zusätzlich entwickelte die DGPR für die kardiale Rehabilitation die Deutsche Leitlinie, das Positionspapier der DGPR für Herzgruppen und die Empfehlung für Nachfolgegruppen (ebd.).

Geschichtliche Entwicklung der Herzgruppen der DGPR

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. (DGPR) wurde 1958, damals noch als „Verein für Rehabilitation“, gegründet. Erst seit dem Jahr 1990 sind sie unter ihrem heutigen Namen bekannt [9].

In den 70iger Jahren wurde das Hamburger Modell für die kardiologische Rehabilitation entwickelt. Dieses beinhaltet die Rehabilitationsphasen von den Akutkliniken über die Rehabilitationskliniken bis hin zu den einzelnen Herzgruppen in Deutschland, somit eine Verknüpfung der Phasen I bis III (ebd.). Der Verein für Rehabilitation entwi-

ckelte sich seit 1976 zu einem Dachverband, der auf der Bundesebene für alle agierenden Landesorganisationen (LOen) tätig ist [9]. Es bildete sich in jedem Bundesland eine Landesorganisation zur Betreuung der Herzgruppen. Die Ziele und Aufgaben dieser Landesorganisationen wurden erstmals 1982 definiert. Weiterhin entstanden Empfehlungen zu den Inhalten und zur Durchführung der kardiologischen Rehabilitationsphase III, z. B. die Erstellung des Curriculums zur Aus- und Fortbildung der Übungsleiter [9]. Das erste Buch für Herzgruppen erschien 1989 und war ein Ratgeber für die Betreuung in Herzgruppen, eine Neuauflage ist für 2014 geplant. Im Anschluss wurden zu vielen Spezialthemen Broschüren bzw. Bücher erarbeitet und herausgegeben [9]. Zum jetzigen Zeitpunkt ist das übergeordnete Ziel des medizinisch-wissenschaftlichen Dachverbandes die Erforschung und Erarbeitung von Methoden für die Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie die Umsetzung und Bekanntmachung unter Bezugnahme auf die interdisziplinäre Prävention und Rehabilitation [10].

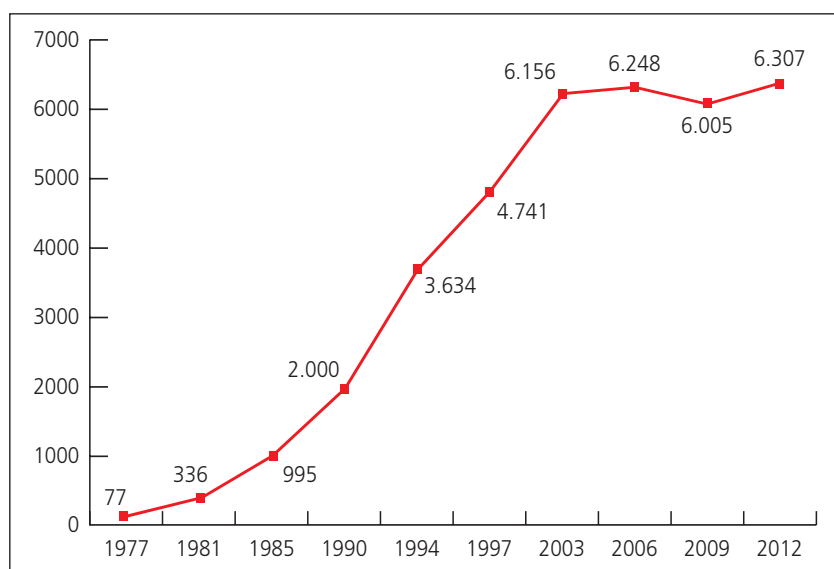


Abb. 1: Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland - bis 2012 [11]

Die Abbildung 1 zeigt die zahlenmäßige Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland seit 1977 bis zum Jahr 2012 [11]. Erkennbar ist nach dieser aktuellen Information der DGPR ein leichter Rückgang der Herzgruppen in Deutschland. Dies stellt eine gegenläufige Entwicklung zur demographischen Entwicklung in Deutschland mit einer zu erwartenden Steigerung der kardiovaskulären Erkrankungen dar. Dennoch gibt es im Jahr 2012 knapp 6000 Herzgruppen in Deutschland.

Die Herzgruppen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten zur unverzichtbaren Versorgungsstruktur in der kardiologischen Rehabilitation Phase III entwickelt.

Definition, Ziele und Aufgaben der Herzgruppen

Die DGPR definiert die Herzgruppen in Deutschland wie folgt [12]:

„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 des ganzheitlichen Konzeptes durch Bewegungs- und Sporttherapie, Erlernen von Stressmanagement-Techniken, Änderungen im Ess- und Genussverhalten und durch psychosoziale Unterstützung Folgen der Herzkrankheit kompensiert und Sekundärprävention angestrebt.“

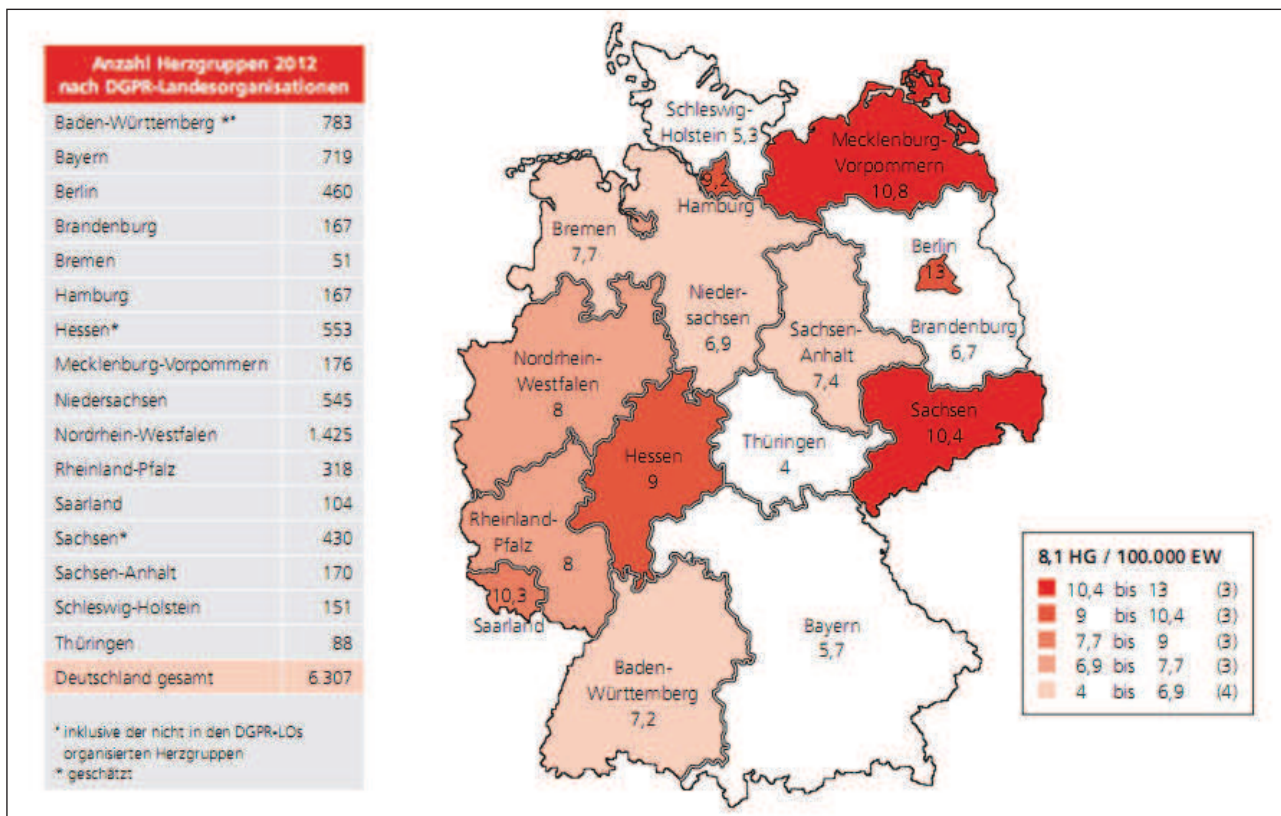
Damit sind die Herzgruppen ein fester Bestandteil in der auf langfristigen Erfolg orientierten, umfangreichen Versorgung von herzkranken Patienten.

Die Ziele der Herzgruppen richten sich nach den Zielen der kardiologischen Rehabilitation und sind

somit der somatischen, funktionellen, edukativen und psychosozialen Ebene zuzuordnen [13].

Dies kann nur durch eine umfassende Nachsorge, den sogenannten „comprehensive cardiac care“ erfolgen [7].

Zurzeit liegt der Schwerpunkt vieler Herzgruppen Deutschlands in der Bewegungs- und Sporttherapie [5, 14]. Zusätzlich werden Kernpunkte im Bereich der Entspannung, Nikotinentwöhnung, Ernährung und psychosozialer Unterstützung angeboten [3]. Entsprechend der Aussage von Halle [14] werden diese Kernpunkte-Komponenten nur zum Teil oder gar nicht in den Herzgruppen angeboten. Somit wird eine ganzheitliche Rehabilitation entsprechend der kardiologischen Rehabilitationsleitlinien nur partiell angeboten, eine Einbeziehung der Angehörigen erfolgt ebenfalls zurzeit nicht.



Anzahl der Herzgruppen 2012

Gesetzliche Grundlagen

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 01.10.2003, in der Fassung vom 01.01.2007, ist durch die BAR in Umsetzung einer Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur zeitlichen Begrenzung vom Rehabilitationssport überarbeitet worden [15]. Diese aktualisierte Rahmenvereinbarung (RV) ist am 01.01.2011 in Kraft getreten.

In der RV wurden für den Bereich "Sport in Herzgruppen" festgelegt, dass im Regelfall von der Krankenkasse der zu finanzierende Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen 90 Übungseinheiten (à 60 Minuten, Punkt 10.3) 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 [16].

Weitere Verordnungen im Rehabilitationssport sind im direkten Anschluss an bereits in Anspruch genommene Erstverordnung möglich, wenn sie im Einzelfall notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Für den "Sport in Herzgruppen" wurden dafür klare Indikationen bzw. Belastungsgrenzen zur Verordnung und weiteren Verordnung festgelegt. Die Rentenversicherung hat ihren Leistungsanspruch auf sechs bzw. im Ausnahmefall 12 Monate, mit einer maximalen dreimal wöchentlichen Verordnung, festgelegt [16].

Als Zugangsvoraussetzung wurden die Indikationen [16] sowie eine maximale Gruppengröße von 20 Teilnehmern sowie die Anwesenheit eines Arztes festgelegt [16].

Die RV ermöglicht den Herzgruppen in Deutschland, den ganzheitlichen und multidisziplinären Therapieansatz umzusetzen. Eine weitere wichtige gesetzliche Grundlage für den Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die „Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssportes“ vom 01.09.2011. Diese wurde zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen auf der einen und der DGPR auf der anderen Seite abgeschlossen. Erstmals wurden in dieser Vereinbarung „Gesundheitsbildungsmaßnahmen“ im Rahmen des Rehabilitationssportes in Herzgruppen aufgenommen und werden gesondert vergütet.

Ergebnisse der DGPR Phase III Studie

Aktuelle Studien belegen, dass die erreichten sekundärpräventiven Effekte der Rehabilitationsphase II nach einem Jahr nicht mehr bestehen. Aus diesem Grund war das Ziel der Untersuchung der DGPR zu überprüfen, wie häufig und in welchem Ausmaß die kardiovaskulären Risikofaktoren bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Herzgruppe auftreten. Ein weiteres Ziel ist die Teilnehmercharakteristika zu analysieren. Mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens wurden die Herzgruppen und Nachfolgegruppen in allen Bundesländern befragt. Die anonyme Befragung der Teilnehmer erfolgte zwischen Juni und November 2010. Insgesamt wurden 15.675 Fragebögen verteilt. Die Rücklaufquote der verwertbar ausgefüllten Fragebögen lag bei 49,18 % (n = 7.709). Der Fragebogen enthielt unter anderem Fragen zur Herzgruppenteilnahme, zur Krankengeschichte sowie zum Risikoprofil des Patienten. Die Studienpopulation umfasste 2.208 Frauen und 5.472 Männer. Der Al-

tersdurchschnitt der Herzgruppenteilnehmer lag bei 69,03 ± 8,5 Jahren (n=7.380), wobei die befragten Frauen im Durchschnitt 68,61 ± 8,6 Jahre (n=2.112) und die Männer 69,2 ± 8,4 Jahre (n = 5.268) alt waren. Das durchschnittliche Alter zwischen Frauen und Männern ist in der deutschlandweiten Befragung fast angeglichen. Die Frauen sind im Durchschnitt ungefähr ein halbes Jahr jünger. Ein signifikanter Altersunterschied konnte in den befragten Herzgruppen nicht dargestellt werden. Die ausgewerteten Daten zeigen hier eine ausgeglichene Altersverteilung zwischen Männern und Frauen. Dies lässt den Rückschluss zu, dass spezielle Herzgruppen für Frauen nicht vorhanden sind. Des Weiteren fehlen Angebote für die jüngeren noch im Arbeitsprozess stehenden Herzpatienten, denn 79,1 % (n = 7.380) der Herzgruppenteilnehmer sind älter als 61 Jahre und nur 15,4 % sind jünger.

Die vorliegenden Daten zeigen außerdem, dass nur 28,6 % (n = 7.680) der Teilnehmer der Herzgruppen weiblich sind. In Studien zur kardiologischen Rehabilitation wird eine 25%ige bis 30 %ige Frauenbeteiligung dargestellt.

Die Zahlen lassen vermuten, dass Frauen die Folgen des kardiovaskulären Akutereignisses gegebenenfalls anders bewerten als Männer, weiterhin könnten die soziale Integration in der Familie oder fehlende frauengerechte Herzgruppenangebote Ursachen für die niedrige Teilnahme sein.

Insgesamt besuchten 98,6 % der Befragten die Herzgruppen und 44,4 % die Nachfolgegruppen. Dieses Antwortverhalten der Studienteilnehmer zeigt deutlich, dass Teilnehmer nicht wissen, in welcher Gruppe sie sich momentan befinden. Die Definition der Herzgruppe oder Nachfolgegruppe und die damit verbundene Leistung sind ihnen

wahrscheinlich nicht bekannt. Einige werden vermutlich beide Fragen mit „ja“ beantwortet haben, obwohl sie die verordnete Herzgruppe oder die freiwillige Nachfolgegruppe besucht haben. Dies zeigt klare Informationsdefizite zum einem zwischen Teilnehmer und Herzgruppe und zum anderen zwischen Teilnehmer und Arzt sowie Übungsleiter.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten die verordneten Übungseinheiten pro Woche erfasst werden. Dabei wurde bei 91,8 % (n = 7.134) der Befragten die Herzgruppe nur einmal pro Woche verordnet. Lediglich 7,8 % hatten eine Verordnung für zweimal wöchentlich [17].

Nach den Empfehlungen der CDC und dem RKI soll eine körperliche Betätigung an mindestens fünf Tagen der Woche für 30 Minuten durchgeführt werden.

Schlussfolgernd ist die wöchentliche Verordnungshäufigkeit für die Teilnahme an der Herzgruppe aus medizinischer Sicht zu gering. Die Verordnungen erfolgen dabei über das Muster 56 „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ oder das Formular G 850 der DRV. Auf diesem kann der Arzt ein -bis zweimal die Woche und dreimal mit Begründung laut der geltenden Rahmenvereinbarung verordnen. Abgesehen von der Tatsache, dass selbst eine dreimalige Verordnung laut CDC- und RKI- Empfehlungen nicht ausreichend wäre, wird die Anzahl von mehrfachen Übungseinheiten pro Woche nur sehr selten verschrieben. Als Ursachen dafür müssen Informationsdefizite sowohl zu den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch zu den vorgehaltenen regionalen Herzgruppenangeboten angesehen werden. Das betrifft einerseits den verordnenden Arzt als auch den genehmigenden Kostenträger, ande-

rerseits auch den Leistungsanbieter.

Nur 2,1 % (n = 7.538) der Herzgruppenteilnehmer rauchen zum Befragungszeitpunkt. Unter den befragten Frauen sind gegenwärtig 1,9% (n = 2.139) und bei den Männern 2,1% (n = 5.378) Raucher [17]. Der Anteil der Raucher in den Herzgruppen Deutschlands ist relativ gering. Der Risikofaktor Nikotin kann das Gesundwerden negativ beeinflussen sowie die Progredienz der Arteriosklerose aufrechterhalten und fördern. Aus diesem Grund ist der geringe Anteil der Raucher in den Herzgruppen positiv zu bewerten. Allerdings ist die Antwort zu hinterfragen und es muss in der Interpretation berücksichtigt werden, dass die an der Befragung teilgenommenen Herzgruppenteilnehmer eine positive Einstellung zur weiteren Rehabilitation haben. Die Raucherverteilung von Frauen und Männern ist fast identisch, so dass sich das Rauchverhalten immer mehr zwischen den beiden Geschlechtern angleicht, was schlussfolgernd auf einen zunehmenden Tabakkonsum von Frauen hinweist.

Rauchen ist Hauptrisiko der arteriosklerotisch bedingten Folgeerkrankungen. Die große Anzahl von 50,7 % (n = 7.538) ehemaliger Raucher bestätigt diese Zusammenhänge.

Die Ergebnisse des pathologischen Taillenumfangs zeigen mit 59,9% ein hohes kardiales Risiko. Hierbei sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männer besonders auffällig. Bei den weiblichen Teilnehmern konnte bei 72,4 % (n = 1.664) ein Taillenumfang \geq 88 cm festgestellt werden mit einem damit verbundenen hohen kardiales Risiko. Knapp die Hälfte (55,2 %, n = 4.318) der Männer hatten ebenfalls ein hohes kardiales Risiko mit einem Taillenumfang \geq 102 cm. In Bewertung des Risiko-

faktors Taillenumfang besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern.

Die hohe Zahl von 73,8 % Übergewichtiger Herzgruppenteilnehmer entsprechend des BMI bestätigen weiterhin das unverändert bestehende Risiko für die Herz-Kreislauferkrankungen. Bezogen auf den Taillenumfang besteht eine höhere Gefährdung bei den Frauen.

In der Herzgruppenbefragung gaben zum Befragungszeitpunkt 46,9 % (n = 6.454) einen normalen, 31,0 % einen hoch-normalen systolischen Wert sowie 22,1% einen systolischen Bluthochdruck an. 84,9 % (n = 6.489) der Befragten gaben einen normalen diastolischen Blutdruckwert an. 7,8 % hatten einen hoch-normalen und 7,2 % einen hypertonen diastolischen Wert. Die DHL empfiehlt, Patienten mit einem hohem kardiovaskulären Risikoprofil und einem „hoch-normalen“ Blutdruck, als potentielle Risikopatienten zu bewerten. In diesem Zusammenhang soll in der kardiologischen Rehabilitation ein Blutdruckwert unter 140/90 mmHg, besser unter 120/80 mmHg angestrebt werden. Entsprechend dieser Empfehlung, muss die prozentuale Anzahl der Risikobewertung von 22,1 % auf 51,1 % der Teilnehmer für den systolischen Bluthochdruckwert und von 7,6 % auf 15,0 % der Befragten für den diastolischen Wert korrigiert werden. Diese neuen Werte spiegeln ein völlig verändertes Risikoprofil wieder und verdeutlichen die Wichtigkeit des Risikofaktors arterielle Hypertonie.

Die kardiovaskulären Risikoerkrankungen: Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Diabetes mellitus können durch ungesunde Essgewohnheiten und Lebensbedingungen (z.B. Bewegungsmangel) entstehen. Die Ergebnisse der Phase III Studie bestätigen den Trend,

dass die beeinflussbaren Risikobegleiterkrankungen immer mehr zunehmen.

So gaben zum Befragungszeitpunkt 73,4% (n=6.795) der Herzgruppenteilnehmer eine Hypertonie an. Eine Fettstoffwechselstörung ist bei 49,7% (n = 4.878) der Studienpopulation vorhanden. Weiterhin hatten 33,3% (n = 4.909) einen Diabetes mellitus.

Die in dieser Studie ermittelten Daten weisen im Allgemeinen auf eine geringe körperliche Betätigung der Herzgruppenteilnehmer hin. Es muss festgestellt werden, dass trotz der kardialen Vorgeschichte und der WHO-Empfehlung zu 2,5 h körperlicher Aktivität pro Woche 41,9% der Befragten (n = 6.823) sich weniger als dreimal wöchentlich (à 30 Minuten) körperlich betätigen. Bei weiteren 37,5% der Teilnehmer drei- bis viermal und bei 20,8% mehr als viermal körperliche Aktivität pro Woche festgestellt wurde. Körperliche Aktivität ist ein Eckpfeiler bei der positiven Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren und ist somit für einen Erfolg der kardiologischen Rehabilitation verantwortlich. In Wertung der Studienergebnisse müssen wir feststellen, dass wir einerseits in den Herzgruppen die motivierten am langfristigen Rehabilitationserfolg interessierten Patienten haben, andererseits müssen wir feststellen, dass wir viele Patienten nicht erreichen. Die gesetzliche Limitierung lt. Rahmenvereinbarung ist bei dieser Beurteilung zusätzlich zu berücksichtigen.

Die hier dargestellten Studienergebnisse lassen die Schlussfolgerungen zu, dass in der Herzgruppe eine zunehmende Überalterung der Teilnehmer besteht. Weiterhin wird deutlich, dass der Frauenanteil wesentlich geringer ist. Zum Befragungszeitpunkt waren die

kardiovaskulären Risikofaktoren bei den befragten Herzgruppenteilnehmern unverändert im hohen Maße ausgeprägt. Dies erhöht das Risiko für ein zweites Akuterereignis. Knapp ein Drittel der Untersuchungsgruppe hatte einen Diabetes mellitus, fast die Hälfte eine Fettstoffwechselstörung sowie 73,6% eine anamnestisch erfragte Hypertonie. Über zwei Drittel der befragten Frauen und ca. die Hälfte der Männer hatten einen erhöhten Bauchumfang und somit ein erhöhtes kardiales Risiko. Positiv in diesem Zusammenhang war die niedrige Raucherquote der Teilnehmer.

Leider muss festgestellt werden, dass im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation Phase III eine leitliniengerechte körperliche Betätigung innerhalb und außerhalb der Herzgruppen zu wenig Beachtung findet, um langfristige Erfolge zu sichern.

Schlussfolgernd und unter Berücksichtigung der oben ausgeführten Argumentation sind Lösungsansätze seitens der DGPR-Phase III geplant und werden umgesetzt.

Dies betrifft die Problematik – Patientenverlust – an den Schnittstellen der Phase I-III, die ganzheitliche Rehabilitation in Herzgruppen mit dem Angebot gesundheitsbildender Maßnahmen, das Angebot der Nachfolgegruppen, eine Ausbildung des Herzgruppenleiters der DGPR, eine ausreichende Finanzierung der Herzgruppen, eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, den Erhalt des jetzigen Angebotes der Herzgruppen und die Schaffung der Voraussetzung für die intensiviertere Herzgruppe der DGPR, Lösungsansätze zur Ärzteproblematik und Lösungsansätze für die Herzinsuffizienzgruppen sowie Angebote für Patienten nach Koronarintervention.

Summary

A sustainable lifestyle intervention is not permanently secured in Phase III.

For this reason, a new direction with the goals of holistic rehabilitation is necessary.

In addition opportunities for young patients are just as necessary as a qualified offer for patients with heart failure.

Also solutions for patients to seek immediately after coronary intervention are without subsequent rehabilitation in the work process.

These range extensions in the follow-up of cardiovascular disease are needed.

However, these are only possible in a network of specialist companies and necessary cooperation partners. The recommendations to community-based rehabilitation are to be based on need.

Keywords: Heart group, DGPR, Rehabilitation Phase III, current situation in the heart group, future of heart group, new orientation

Informieren Sie sich über diese Aktivitäten auf den Internetseiten www.dgpr.de, www.lvsapr.de und den regionalen Internetseiten der Landesorganisationen.

Dipl. med. Olaf Haberecht
Sprecher Phase III
Präsidiumsmitglied der DGPR

M. Sc. Anja Bärsch-Michelmann
Referentin der Phase III
O6449 Aschersleben
Eislebener Strasse 7a