



Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)

Die Zukunft der Phase III in der Rehabilitation – Lagebericht der Herzgruppen Deutschlands, Teil III



O. Haberecht

In der hier erfolgenden abschließenden Darstellung für die Herzgruppen Deutschlands unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen 2011 verweise ich auch auf die vorherigen Ausgaben „Diabetes, Stoffwechsel und Herz“ 3/2010 und 6/2010. Aus diesem Grund stelle ich eine Übersicht der geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen dar:

1. Rahmenvereinbarung

Punkt 4.2 Verordnung Deutsche Rentenversicherung

- Zeitraum der Verordnung 6 Monate, mit Begründung 12 Monate
- Verordnungshäufigkeit maximal 3 x pro Woche
- Antrag per Formular DRV

Unter Pkt. 4.4.2 wird der Rehabilitationssport in Herzgruppen für die gesetzliche Krankenversicherung geregelt:

- Erstverordnung – indikationsgerechte Verordnung per Formular 56 (gültig ab 01.07.2011), erneute Erstverordnung nach abgeschlossener Akutbehandlung; Verordnungszeitraum: 24 Monate 90 Übungseinheiten, Häufigkeit 1–2 x wöchentlich, mit Begründung 3 x wöchentlich
- Wiederholungsverordnung: indikationsgerechte Verordnung, diese Weiterverordnung erfolgt nach Erstverord-

nung; Verordnungszeitraum: 12 Monate 45 Übungseinheiten, Häufigkeit: 1–2 x wöchentlich, mit Begründung 3 x wöchentlich; Voraussetzung zur Wiederholungsverordnung ist die in der Ergometrie nachgewiesene Belastungsfähigkeit $< 1,4 \text{ W/kg KG}$

- Kinderherzgruppe: Verordnungszeitraum: 24 Monate 120 Übungseinheiten

Die Herzgruppen Deutschlands

Bei der Umsetzung der neuen Rahmenvereinbarung war ein Kritikpunkt die nicht zeitnahe Zurverfügungstellung des jetzt angepassten Formulars 56. Dieses ist ab dem 01.07.2011 in Kraft getreten und die bisher bestehenden alten Formulare verlieren ihre Gültigkeit. Wesentliche Änderungen des Formulars 56 bestehen dahingehend, dass für den Rehabilitationssport in Herzgruppen der Zeitraum und die Übungseinheiten hier festgelegt sind (s. 4.4.2).

Weiterhin gibt es Richtwertregelungen, die Änderungen in der Verordnungshäufigkeit ermöglichen, das heißt die Richtwerte können sowohl über als auch unterschritten werden. Die Weiterverordnung regelt sich nach dem erhobenen ergometrischen Befund mit einer Belastungsgrenze $< 1,4 \text{ W/kg KG}$. Die bisher übliche Anforderung eines echokardiographischen Befunds entfällt.

Bessere finanzielle Situation der Herzgruppen

Nachdem diese Hürde der Verordnung geregelt worden ist, haben die Herzgruppen der DGPR eine neue Vereinbarung

zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Herzgruppen mit dem VDEK abgeschlossen. Dabei wird sich die finanzielle Situation der Herzgruppen ab dem 01.09.2011 verbessern, die Herzgruppenteilnahme wird mit 7,00 Euro pro Teilnahme finanziert bei einer definierten maximalen Gruppengröße von 20 Teilnehmern.

Neu ist, dass gesundheitsbildende Maßnahmen mit 7,50 Euro pro Teilnahme honoriert werden bei einer maximalen Gruppengröße von 30 Patienten. Die Finanzierung der Kinderherzgruppen erfolgt pro Teilnahme mit 7,50 Euro. Diese Vereinbarung regelt weiterhin die Modalitäten der Anerkennung von Herzgruppen unter Berücksichtigung qualitätssichernder Maßnahmen.

Risikominimierung durch Lebensstiländerung

Durch die geänderte Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung der Herzgruppen und in konkreter Umsetzung der Rahmenvereinbarung ist es uns jetzt gelungen, das Risiko eines erneuten Akutereignisses durch Gesundheitsbildungsmaßnahmen mit einer dadurch erreichbaren nachhaltigen Lebensstiländerung zu minimieren.

Im Positionspapier der DGPR wird die Herzgruppe wie folgt definiert: „Die Herzgruppe ist eine Gruppe von Patienten mit chronischen Herz-Kreislauf-Krankheiten, 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 Konzepts durch Bewegungs- und

Sporttherapie, Erlernen von Stressmanagementtechniken, Änderungen im Ess- und Genussverhalten und durch psychosoziale Unterstützung Folgen der Herzkrankheit kompensiert und Sekundärprävention angestrebt.

Zielsetzung des Positionspapiers nun umsetzbar

Unter den jetzt geänderten Rahmenbedingungen ist es möglich, die Zielsetzung des Positionspapiers der DGPR zur Herzgruppe umzusetzen. Insbesondere die gesundheitsbildenden Maßnahmen unter Einbeziehung der Angehörigen werden realisiert.

Zu diesen geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen wird es durch die DGPR Phase III/BAG Informationen an alle Beteiligten der Herzgruppen bundesweit geben.

Zu wenige Teilnehmer in Herzgruppen

Nach dieser Kurzdarstellung der gesetzlichen Rahmenbedingung ist es notwendig, auf die Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland noch einmal einzugehen. Unverändert müssen wir feststellen, dass nur 13 bis 40 % der Patienten nach Abschluss der Rehabilitationsphase II die weitere Rehabilitation in den Herzgruppen fortsetzen. Dieser negative Trend spiegelt sich in der zahlenmäßigen Entwicklung der einzelnen Bundesländer wider, trotz nachweislicher Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland.

Risikoprofil der kardiologischen Patienten

Die EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) Study zeigt dabei, dass 35 % der Patienten übergewichtig und adipös sind, 51 % haben einen unzureichend behandelten Fettstoffwechsel, weitere 56 % eine arterielle Hypertonie. Die Häufigkeit des Diabetes mellitus als Begleiterkrankung beträgt 25 % und 17 % sind aktive Raucher. Dies spiegelt das Risikoprofil der Gesellschaft wider. Aus diesem Grund und der ständig stei-

genden Lebenserwartung, der demographischen Entwicklung, wird eine weitere Zunahme der kardiovaskulären Erkrankungen prognostiziert.

Die PIN (Post Infarction Care)-Studien in Deutschland zeigen, dass nach 12 Monaten eine unveränderte Risikokonstellation wie zum Zeitpunkt des Akutereignisses besteht. Dies bedeutet, dass eine nachhaltige Risikobeeinflussung nicht gesichert werden kann.

Gegenläufige Entwicklung

Aufgrund der hier dargelegten Daten ist es notwendig, eine Ursachenanalyse für die gegenläufige Entwicklung der kardiovaskulären Erkrankungshäufigkeit und Teilnahme an Herzgruppen zu suchen. Dabei ist eine Schnittstellenanalyse zwingend erforderlich.

Die EUROASPIRE-III-Studie zeigt, dass im Mittel 45 % der Patienten in Europa eine Empfehlung zur kardiologischen Rehabilitation erhalten hatten, wobei nur 34 % daran teilnahmen. Die Situation in Deutschland stellt sich folgendermaßen dar: 57,8 % der Patienten erhalten eine Empfehlung zur kardiologischen Rehabilitation, eine Umsetzung dieser Empfehlung erfolgt nur von 50 %.

Die ECRIS (European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey) Study verdeutlicht, dass die Rekrutierung rehabilitationsbedürftiger Patienten, insbesondere unter dem Gesichtspunkt von koronar intervenierten Patienten, anders zu betrachten ist. Dabei wird empfohlen, Netzwerkstrukturen aufzubauen. In Deutschland bedeutet das eine Vernetzung der Akutmedizin, der Rehabilitation Phase II (stationär oder ambulant) und Rehabilitation Phase III unter Einbeziehung der Deutschen Herzstiftung.

Forderung nach intensivierter Rehabilitation

Kehren wir zurück zur Teilnahme in den Herzgruppen, müssen wir feststellen, dass nach einer Rehabilitation nur 13 bis 40 % eine Herzgruppe aufsuchen. Eine kritische Bewertung dieser Zahlen bedeutet, darüber nachzudenken, dass neue Konzepte im Rahmen der ganzheitlichen Rehabilitation umzusetzen sind.

Es ist eine intensiviertere Rehabilitation in der Phase III in Herzgruppen im Sinne der ganzheitlichen Rehabilitation in Deutschland zu fordern. Eine wesentliche neu zu bedenkende Tatsache ist, dass koronar intervenierte Patienten kaum in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden. Bestätigt werden diese Ausführungen durch die aktuelle IST-Analyse der Herzgruppen 2010.

Verordnungsdaten in Herzgruppen

Von Juni bis November 2010 fand in den deutschen Herzgruppen eine Befragung statt. Insgesamt wurden 15 675 Fragebögen verteilt mit einer Rücklaufquote von 49,18 % (n = 7 709). In dieser Befragung konnten unter anderem Daten zu den Verordnungsarten in den Herzgruppen erfasst werden. Die gewonnenen Ergebnisse der Befragung zeigen, dass 98,6 % der Befragten (n = 7 134) die Herzgruppen und 44,4 % (n = 3 507) die Nachfolgruppengruppen besuchten.

Insgesamt konnte bei 30,6 % der Teilnehmer eine weitere Verordnung festgestellt werden, die Frage konnte allerdings fast die Hälfte (41,5 %) der Befragten nicht beantworten. Dieses Antwortverhalten der Studienteilnehmer zeigt sehr deutlich, dass ihnen die Definition der Gruppen nicht bekannt war. Eine Ursache dafür dürften Unkenntnisse zur damals geltenden Rahmenvereinbarung und Durchführungsbestimmung sein. Das betrifft nicht nur den Patienten, sondern auch den verordnenden Arzt. Bei 91,8 % der Befragten (n = 7 454) wurde die Herzgruppe nur 1 x pro Woche verordnet. Lediglich 7,8 % hatten eine Verordnung für 2 x wöchentlich und 0,5 % für 3 x pro Woche.

30 Minuten Bewegung an fünf Tagen der Woche

Entsprechend den Empfehlungen zur körperlichen Betätigung soll an mindestens fünf Tagen der Woche für 30 Minuten eine körperliche Aktivität durchgeführt werden. Dies wird weder durch die Verordnungszahl für die Teilnahme an der Herzgruppe noch durch eigene körperliche Aktivität erreicht, wobei in der Bewertung zu berücksichtigen



ist, dass diese Angaben von aktiven Herzgruppenmitgliedern gemacht worden sind. Eine der Ursachen könnte darin liegen, dass dem Patienten zu wenige Angebote unterbreitet werden, andererseits kann auch die Verordnungshäufigkeit auf dem Formular 56 eine Ursache für o.g. Tendenz sein. Auf Nachfrage wussten wenige verordnende Ärzte, dass auch eine Verordnung 3 x wöchentlich mit Begründung möglich war. Weiterhin kannte man das regionale Angebot der Herzgruppen nicht. Als Kostenträger gaben in der Phase-III-Studie 94,4 % der Teilnehmer (n = 6 137) die Krankenkasse und lediglich 4,6 % die Deutsche Rentenversicherung an.

Nachhaltigkeit durch Netzwerkstrukturen sichern

Die Frage „Haben Sie nach einem Akutereignis an einer ambulanten/stationären Herzrehabilitation teilgenommen?“ bestätigten gut die Hälfte (53,7 %) der Befragten. Zudem hatten 5,8 % eine Rehabilitationsmaßnahme der Phase II nur zum Teil besucht. 40,4 % nahmen nicht an einer Rehabilitation Phase II teil.

Diese Teilergebnisse zeigen recht deutlich, dass vermehrter Aufklärungsbedarf notwendig ist, diesem wird sich die Phase III/BAG stellen. Weiterhin ist eine Aufgabe, die Sicherung der Nachhaltigkeit durch neue abgestimmte Netzwerkstrukturen zu erreichen.

Durch die Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen besteht meines Erachtens die Möglichkeit eines Neuanfangs.

Aus diesem Grund möchte ich schon heute Ihr Interesse auf den nächsten Bericht zu den medizinischen Daten der aktuellen IST-Analyse wecken.

*Dipl.-Med. Olaf Haberecht
Klinikum Aschersleben-Staßfurt GmbH
Eislebener Straße 7a
06449 Aschersleben
E-Mail: o.haberecht@kkl-as.de*

-
- 1) Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (Hrsg.): Herzgruppe. Positionspapier der DGPR. Eigenverlag, Koblenz, 2004
 - 2) Bjarnason-Wehrens B, Held K, Karoff M: Herzgruppen in Deutschland – Status quo und Perspektiven. Herz 2006; 31: 559-565
 - 3) Ritter P: Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland – bis 2010. Interner Bericht der DGPR, 2011
 - 4) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. Vom 1. Januar 2011. Eigenverlag, Frankfurt/Main, 2011
 - 5) Verband der Ersatzkrankenkassen (Hrsg.): Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Herzgruppen. unveröffentlichtes Manuskript, Berlin, 2011
 - 6) Bjarnason-Wehrens B: Kardiologische Rehabilitation – was können wir von Europa lernen? herzmedizin 2011, 28: 76-82