



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

## Die Zukunft der Phase III in der Rehabilitation – Lagebericht der Herzgruppen Deutschlands



O. Haberecht

Die Herzgruppen Deutschlands stellen einen wesentlichen Bestandteil in der kardiologischen Rehabilitation Phase III dar. Sind die zurzeit vorgehaltenen ambulanten Herzgruppen in der Lage, das angestrebte Ziel der langfristigen Nachsorge zu gewährleisten oder zu erfüllen?

Im Vorfeld meiner Erörterungen ist es notwendig, sich mit den mittleren Lebenserwartungen der Frauen und Männer zu beschäftigen. Laut Statistischem Bundesamt liegt die durchschnittliche Lebenserwartung 2006/2008 für Frauen bei 82,4 Jahren und für Männer bei 77,2 Jahren. Die demographische Entwicklungstendenz zeigt eine zunehmende Überalterung Deutschlands bis zum Jahr 2060 (1). Das Institut für Gesundheitssystemforschung weist darauf hin, dass die Zahl der Herzinfarkte bis 2050 von jährlich 313 000 auf 548 000 oder um 75 % zunehmen wird. Die Kieler Forscher zeigen einen drastischen Anstieg kostenintensiver Krankheiten auf und kritisieren hiermit die Gesundheitspolitik Deutschlands mit den zurzeit geltenden Rahmenbedingungen. Mit zunehmender Überalterung ist auch erwartungsgemäß eine Zunahme der kardiovaskulären Erkrankungen zu erwarten mit allen ihren Folgen oder festzustellen.

Ergänzend zur Akutdiagnostik und Therapie innerhalb der Krankenhäuser folgt die stationäre oder ambulante Anschlussheilbehandlung bei kardiologischen Erkrankungen und danach weiter-

führend die Nachsorge in den ambulanten Herzgruppen. Allerdings wird eine Verordnung entsprechend Formular 56 „Teilnahme an der Herzgruppe“ nur zu 13 bis 40 % nach Anschlussheilbehandlung umgesetzt.

Weiterhin ist im Rahmen dieser langfristigen Nachsorge das Disease-Management-Programm (DMP) für koronare Herzkrankheit (KHK) eingeführt worden, allerdings sind die Herzgruppen hierin nicht aufgenommen worden. Als weitere Versorgungsstufe im Rahmen der Nachsorge ist die integrierte Versorgung in Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens geplant und partiell umgesetzt. Es bestehen weitere Nachsorgeprogramme: IRENA (intensivierte Rehabilitationsnachsorge), ARENA (ambulante Rehabilitationsnachsorge), KARENA (kardiologische Rehabilitationsnachsorge), MERENA (medizinische Rehabilitationsnachsorgeleistung) und INA (intensivierte Nach-

sorge). Für Rehabilitanden mit vorhandenem Arbeitsplatz besteht darüber hinaus nach § 28 SGBIX die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und damit Festigung des Rehabilitationserfolgs.

Kritisch betrachtet, sind die vorgehaltenen Rehabilitationsstrukturen für kardiovaskuläre Erkrankungen in Deutschland dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht zu einer dauerhaften Nachhaltigkeit der stationären/ambulanten AHB-Erfolge beitragen. In der PIN-1/2-Studie(2) ist feststellbar, dass nach zwölf Monaten die Risikofaktorkonstellation wie zum Zeitpunkt des Akutereignisses ist (2). Auch in der EUROASPIRE-Studie wird deutlich, dass die Ergebnisse der kardiologischen ganzheitlichen Rehabilitation nicht mehr ambulant gesichert werden. Dabei sind 35 % der kardialen Patienten übergewichtig und adipös, 51 % haben eine unzureichend behandelte Fettstoffwechselstörung, 56 % eine arterielle Hy-

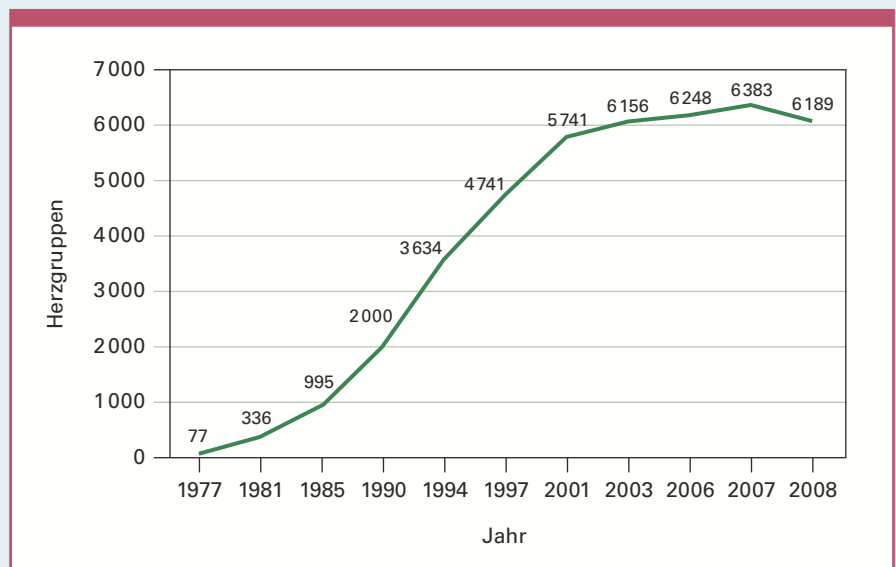


Abb. 1: Entwicklung der Herzgruppen in Deutschland von 1977 bis 2008.

pertonie mit RR > 140/90 mmHg, 25 % einen Diabetes mellitus und 17 % sind weiterhin aktive Raucher (3, 4). Auch die Arbeit „Sekundäre Prävention der koronaren Krankheiten“ von F. Sandhofer bestätigt diese Tendenz. Weiterhin müssen wir feststellen, dass das Endstadium einer koronaren Herzkrankheit, die chronische Herzinsuffizienz, eine zunehmende Tendenz der vollstationären Behandlung zeigt: 2000 waren es 239 694 Patienten, 2007 335 191.

Erwähnenswert ist eine Darstellung der Todesursachenstatistik: Diagnose Herzinfarkt 2003 69 362 Patienten, 2007 61 040 Patienten. Dies spricht letztendlich für eine zunehmend gute Primärbehandlung der Patienten in den Akutkrankenhäusern.

Eine Auswertung des Statistischen Bundesamts bezüglich der Einweisungsdiagnosen in die Krankenhäuser zeigt: 2005 216 000 Fälle mit der Diagnose Angina pectoris und ca. 307 000 Fälle mit der Diagnose Herzinsuffizienz. Diese Diagnosen stellen die häufigsten Ursachen für Krankenseinweisungen dar. In Wertung dieser statistischen Erhebungen ist zwingend die Frage der (Primär-) Prävention zu klären.

Das Prognos-Gutachten der Deutschen Rentenversicherung hat bei 360 000 Patienten nachgewiesen, dass durch Rehabilitation eine Einflussnahme auf die Berufstätigkeitsjahre und die Arbeitsunfähigkeitschreibung erzielt wird. Der Nettoeffekt beträgt 0,3 des Bruttoinlandsprodukts, bei einem Einsatz von 1,1 Milliarden Euro ist also ein erwarteter Gewinn von 5,8 Milliarden Euro erzielbar.

Die ambulanten Herzgruppen sind erstmalig 1965 erwähnt – erste statistische Erfassung 1977. Hier bestanden 77 Herzgruppen, im Jahr 2009 waren es über 6 000. Allerdings müssen wir feststellen, dass ein negativer Entwicklungstrend trotz steigender kardiovaskulärer Erkrankungen besteht. Ursache dafür könnte unter Berücksichtigung der zurzeit geltenden gesetzlichen Rahmenvereinbarung die fehlende Folgeverordnung sein. Seit neuer Rahmenvereinbarung 2003 und der Änderung des Formulars 56 erreichen kaum noch Folgeverordnungen die Herzgruppen. Weiterhin ist feststellbar, dass die Patienten nach Koronarintervention, z. B. Stent-Implantation oder Ballondilatation, nicht die Herzgruppenangebote

Bundesland	Anzahl Herzgruppen
Baden-Württemberg*	755
Bayern	676
Berlin	445
Brandenburg	110
Bremen	54
Hamburg	171
Hessen*	647
Mecklenburg-Vorpommern	168
Niedersachsen	540
Nordrhein-Westfalen	1 415
Rheinland-Pfalz	325
Saarland	117
Sachsen	362
Sachsen-Anhalt	165
Schleswig-Holstein	151
Thüringen	88
Deutschland gesamt	6 189

Tab. 1: Anzahl der Herzgruppen im Jahr 2008 in Deutschland nach DGPR-Landesorganisationen (\* inklusive der nicht in den DGPR-Landesorganisationen organisierten Herzgruppen).

nutzen. Allerdings müssen wir auch eine gewisse Fehlinformation zur Rahmenvereinbarung bundesweit verzeichnen.

#### Gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen

Entsprechend § 44 SGBIX und § 43 SGBV ist die Teilnahme an der ambulanten Herzgruppe von den Krankenkassen als ergänzende Leistung definiert und findet ihre Widerspiegelung in der aktuellen Rahmenvereinbarung des Jahres 2003. Ab 2003 galt die Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports.

Aufgrund des Bundessozialgerichtsurteils zur zeitlichen Begrenzung von Rehabilitationssport gab es in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Verhandlungen in Umsetzung dieses Gerichtsurteils. Diese Vereinbarung wurde zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der Alterssicherung der Landwirte sowie den Trägern der Kriegsofferversorgung und

der DGPR, des Deutschen Behindertensportbundes, der Deutschen Rheumaliga und des Deutschen Osteoporoseverbandes neu verhandelt. Am 12. April 2010 erfolgt die letzte Verhandlung in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, am 28. April 2010 tritt der Arbeitskreis für Rehabilitation und Teilhabe am Rehabilitationssport zusammen, um die neuverhandelte Rahmenvereinbarung in Kraft zu setzen. Ziel ist, diese geänderte Rahmenvereinbarung mit Wirkung ab 1. Oktober 2010 in Kraft treten zu lassen. Diese Verzögerung ist durch die notwendige Änderung des Antragsformulars 56 bedingt. Zeitgleich wird neu verhandelt. Über die Ergebnisse zur Rahmenvereinbarung werde ich Sie im nächsten Bericht im Juli 2010 informieren.

Abschließend stellt sich die Frage, ob das Produkt der ambulanten Herzgruppe mit der reinen Bewegungsorientierung der richtige Weg ist. Meines Erachtens ist die ganzheitliche Rehabilitation mit der Definition für somatische, edukative, funktionale und psychosoziale Ziele der Ansatzpunkt der Herzgruppen Deutschlands. Dass das im Widerspruch zum SGBIX Teilhabe Sport steht, ist ersichtlich und bedarf weitergehender Veränderungen. Wichtig ist aber die Definition der ambulanten Herzgruppe: Sie ist eine ärztlich verordnete und ärztlich geleitete Gruppe, die durch qualifizierte Übungsleiter begleitet wird.

Ich hoffe, mit diesem Artikel Ihr Interesse gefunden zu haben.

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

- 1) Brucknerberger E: Herzbericht 2008
- 2) Halle M, Berg A, Hasenfuss G: Sekundärprävention der koronaren Herzkrankung – körperliches Training als Therapiepeiler. Dtsch Arztebl 2003; 100: 2650-2657
- 3) Kotseva K, Wood D, De BG, De BD, Pyorala K, Keil U: EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009; 16: 121-137
- 4) Kotseva K, Wood D, De BG, De BD, Pyorala K, Keil U: Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in eight European countries. Lancet 2009; 373(9667): 929-940
- 5) Bjarnason-Wehrens B, Held K, Karoff M: Herzgruppen in Deutschland – Status quo und Perspektiven. Herz 2006; 31: 559-565