

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



Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e. V.
Fr.-Ebert-Ring 38 • 56068 Koblenz

Deutsche Rentenversicherung Bund
Frau Dr. med. Susanne Weinbrenner
Leiterin Geschäftsbereiches Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin,
Leitende Ärztin der DRV Bund
10704 Berlin

Telefon (02 61) 30 92 31
Telefax (02 61) 30 92 32
Internet: www.dgpr.de
e-mail: info@dgpr.de

Fr.-Ebert-Ring 38
56068 Koblenz

Koblenz, 05.08.2021

Nachrichtlich: Herrn Dr. med. Johannes Falk, Leiter des Dezernats 0430 - Reha-
Qualitätssicherung, Epidemiologie, Statistik, DRV Bund, 10704 Berlin

**Betrifft: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung
therapeutische Versorgung (KTL) - Informationen über Änderungen der
Berechnung zur Bewertung ab dem Jahr 2022**

Bezug: Ihr Brief vom 20.05.2021

Sehr geehrte Frau Dr. Weinbrenner,

mit großer Verwunderung haben die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR) die Informationen zur Veränderung der Bewertungen der KTL ab dem Jahr 2022 gelesen.

Im Folgenden wollen wir als DGPR detailliert auf einige, für uns wesentliche Punkte eingehen.

In Tabelle B auf Seite 3 des o. g. Schreibens ist die Leistungsdauer (d) in Stunden pro Woche angegeben, die ab dem 01.01.2022 für das Erreichen bestimmter Qualitätspunkte erbracht werden muss. Für kardiologische Fachabteilungen werden dort zwischen 32,33 und 42 Stunden an therapeutischen Leistungen (nach KTL) für das Erzielen von 100 Qualitätspunkten gefordert. Nimmt man die ebenfalls täglich anfallenden Ruhezeiten, z. B. vor und nach den Mahlzeiten, vor und nach Entspannungsübungen, vor und nach Wärmeanwendungen oder vor und nach einer Massage, in die vorgenannte Kalkulation auf, so bedeutet dies, dass ein Patient in der kardiologischen Rehabilitation zwischen 40 und 50 Stunden pro Woche (an 5 ½ Tagen) mit Therapie beschäftigt ist.

Nach einer ersten Abstimmung im Präsidium der DGPR ist dieses Stundenkontingent bei der weit überwiegenden Mehrzahl unserer Patienten nicht realisierbar und darüber hinaus kontraproduktiv bzgl. des Rehabilitationserfolges.

Dies gilt insbesondere für die akut erkrankten und frisch operierten Patienten, die ihre kardiologische Rehabilitation im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung (AR, AHB) absolvieren. In den kardiologischen Fachabteilungen (FA) stellen AR und AHB die Mehrzahl der Patienten. Diese Unterscheidung in chronisch erkrankte Patienten, die sich im Heilverfahren (HV) befinden und AHB/AR-Patienten nach einer akuten Intervention oder Operation können wir in den uns bisher zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht erkennen. Beide Patientengruppen in der hier vorgestellten Weise gleichermaßen mit dem von Ihnen erwarteten Therapievolume zu belegen, ist in unseren Augen nicht zielführend.

Nach Auskunft der Kolleginnen und Kollegen, die 2019 am Experten-Workshop der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Revision der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) in der Rehabilitation beteiligt waren, wurde damals genau diese Aufteilung in HV- und AHB-Patienten, in akut und chronisch Erkrankte sowie eine altersbezogene Abstufung der wöchentlichen Therapiestunden angeregt. Bedauerlicherweise ist genau diese klinisch notwendige Differenzierung letztlich ohne weitere Begründung nicht erfolgt. Von Seiten der DGPR empfehlen wir eine solche Abstufung ebenfalls nachdrücklich. Die aktuelle Vorgabe, die für alle Patienten gleich ist, wird der großen Mehrzahl der Patienten in den kardiologischen FA mit überwiegender AHB/AR nicht gerecht.

Ein weiterer, für uns wesentlicher, Aspekt ist, dass das subjektive Befinden der Rehabilitanden eine entscheidende Rolle für die Effektivität und den Erfolg der Rehabilitation spielen. Dies schließt Lebensqualität und Wohlbefinden mit ein. Angebote zur Stressreduktion sind ein evidenter Bestandteil der kardiologischen Rehabilitation. Diese positiven Effekte würden durch den **Stressaufbau aufgrund des Überangebots an Therapien in der Rehabilitation** konterkariert. Darüber hinaus brauchen die Patienten (forderungsfreie) Zeit, um sowohl das erlebte, zum Teil lebensbedrohliche Ereignis wie auch dessen Folgen zu verarbeiten.

Die wissenschaftliche oder empirische Basis für die jetzige Ausweitung der therapeutischen Wochenstunden ist uns nicht bekannt. Im Rahmen der Ausarbeitung der aktuellen S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation, an der auch die DRV Bund inhaltlich maßgeblich beteiligt war, haben wir versucht, die Evidenz für viele Bereiche der kardiologischen Rehabilitation auf der Basis der aktuell publizierten Literatur zusammenzutragen. Die ausschließlich quantitativ orientierte Ausdehnung der Therapie lässt sich unseres Erachtens wissenschaftlich nicht begründen.

In dem o. g. Schreiben wird ebenfalls nicht erläutert, nach welchen Kriterien und welche Anteile der Therapie hauptsächlich ausgedehnt werden sollen. Möchten Sie die Bewegungsanteile stärken oder die Entspannungsübungen? Sollten die Schulungsmaßnahmen ausgedehnt werden oder "einfach von allem etwas mehr"? Wird die DRV-Bund auch die ETM an die neunten quantitativen Vorgaben anpassen? Daher bitten wir Sie dringend um eine Erklärung, wie Sie die jetzt vorgegebenen Stundenzahlen inhaltlich, wissenschaftlich oder empirisch begründen.

Auf Basis unserer S3-Leitlinie gehen wir davon aus, dass die kardiologische Rehabilitation in der aktuellen Form eine wirksame Komplextherapie darstellt. Eine höhere Dosis könnte die Wirksamkeit der Therapie reduzieren, sondern sich sogar nachteilig für die Patienten auswirken.

In diesem Zusammenhang möchten wir auf ein aktuelles Beispiel aus dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verweisen. Dort war versucht worden, die Mindestmengen für bestimmte Leistungen anzuheben. Sowohl vor dem Landessozial- als auch vor dem Bundessozialgericht hatte diese ausschließlich quantitative Leistungsausdehnung keinen Bestand, weil die wissenschaftliche Begründung, d. h. der belegbare Zusammenhang zwischen der quantitativen Ausweitung der Therapie und einem besseren Ergebnis durch die Therapie, nicht erbracht werden konnte.

Darüber hinaus ist auch für 2022 zu erwarten, dass die Pandemie in sensiblen Bereichen wie Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken Hygienemaßnahmen sowie Abstandsregelungen notwendig machen wird. Daher ist eine Steigerung der Therapieangebote zum momentanen Zeitpunkt auch aus diesem Grund nicht angemessen und wahrscheinlich auch nicht umsetzbar.

Zusammenfassend sind wir sehr erstaunt, dass wir als Fachgesellschaft in diese wichtigen Beratungen von Seiten der DRV nicht einbezogen wurden. Wir sind darüber hinaus verwundert, dass die Therapieausweitung, wie sie jetzt vorgegeben wird, von allen Kolleginnen und Kollegen, die Sie 2019 im Vorfeld konsultiert hatten, in ihrer pauschalen Form damals übereinstimmend abgelehnt wurde.

Daher bitten wir Sie, den Termin für die Einführung zum 01.01.2022 – insbesondere wegen der nicht absehbaren Pandemie-Bedingungen – auszusetzen und die inhaltlichen Punkte erneut zu diskutieren. Sehr gerne sind wir von Seiten der DGPR bereit, uns an der Veränderung der vorliegenden Fassung zum Wohle unserer Patienten inhaltlich zu beteiligen und stehen für Rückfragen sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Bernhard Schwaab
Präsident

apl. Prof. Dr. med. habil. Axel Schlitt
1. Vizepräsident

Dr. rer. medic. habil. Annett Salzwedel
Vorsitzende der Kommission
Qualitätssicherung

PD Dr. med. Kurt Besthorn
Vorsitzender der Kommission
Forschung und Wissenschaft