

Stellungnahme

**der DGPR zur Studie im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung
von Kranken- und Rentenversicherung zur ambulanten/stationären
kardiologischen Rehabilitation:**

**A. vom Orde et al: „Behandlungsergebnisse der kardiologischen
Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen – Ein Ver-
gleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen“ (8)**

Autor für die DGPR: Prof. Dr. med. Klaus Held, Ärztlicher Geschäftsführer

23. Dezember 2003

**Sind ambulante und stationäre Rehabilitation „vergleichbar“ –
oder nicht eher verschiedene Wege zum selben Ziel?**

Die strukturierte Rehabilitation erfolgte in Deutschland über Jahrzehnte ausschließlich in stationären Einrichtungen. Erst in den letzten Jahren wurde aufgrund gesundheitspolitischer und gesetzlicher Vorgaben die teilstationäre und ambulante Variante der Rehabilitation entwickelt („Flexibilisierung“), die anfangs im Teilgebiet der kardiologischen Rehabilitation von emotional gefärbten Auseinandersetzungen begleitet war (5), die unter anderem um die Fragen kreisten, ob diese „flexibilisierte“ Form als eine (konkurrierende) Alternative oder als Ergänzung der bewährten stationären Rehabilitation zu verstehen sei.

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) hat diese Entwicklung seit ihrem Beginn durch verschiedene Stellungnahmen und Empfehlungen begleitet und nachhaltig beeinflusst (2-4). Dabei wurden die in der stationären Rehabilitation gewachsenen Standards der Struktur- und Prozessqualität auf die teilstatio-

näre und ambulante Form übertragen, deren Ergebnisse seitdem in mono- und multizentrischen Studien belegt wurden.

Der direkte Vergleich der stationären mit der teilstationär/ambulanten Rehabilitation wurde von der Arbeitsgruppe von T. Schott in dem vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und der gesetzlichen Krankenversicherung geförderten „Modellvorhaben kardiologische Rehabilitation“ (1) vorgenommen, das in mehreren Publikationen vorgestellt wurde (6-8).

In einer gemeinsamen Presseerklärung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), des VDR und der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 15. August 2002 werden unter der Überschrift „Rehabilitation: ambulant wie stationär gleich wirksam, wenn die Qualität stimmt“ zwei Studien zum Vergleich ambulant vs. stationär aus den Indikationsbereichen Kardiologie und Orthopädie zusammengefasst. Darin werden unter anderem folgende Aussagen getroffen:

„Patienten, die eine ambulante (wohnnah) Rehabilitation durchführen, erreichen gleichwertige Behandlungsergebnisse wie vergleichbare Patienten in stationären Rehabilitationskliniken.“

„Im Ergebnis wurde insgesamt eine hohe Versorgungsqualität festgestellt. Zwischen den Rehabilitationsformen fanden sich dabei keine bedeutsamen Unterschiede.“

„Im Hinblick auf die direkten Kosten der Maßnahme wurde die ambulante Rehabilitation als kostengünstiger bewertet.“

In noch weiterer Verkürzung „ambulante und stationäre Rehabilitation gleichwertig, aber ambulant kostengünstiger“ fand diese Studie ein breites Medienecho und öffentliche Aufmerksamkeit.

Die Zusammenfassung legt den Schluss nahe, die ambulante Rehabilitation sei in erster Linie eine billigere Variante der stationären Rehabilitation. Lässt aber die gesundheitsökonomische Analyse der Studie diesen Schluss tatsächlich zu?

Nach intensiver kritischer DGPR-interner Auseinandersetzung mit dieser Studie hat Herr Prof. Dr. K. Wegscheider, Universität Hamburg, auf Veranlassung der DGPR ein umfangreiches methoden-kritisches Gutachten er-

stellt, das die Standards moderner bio-medizinischer Forschung zugrunde legt.

Diese Gutachten und seine Folgerungen wurden am 2. Oktober 2003 von Herrn Dr. Schott, Herrn Prof. Dr. Wegscheider und Vertretern des VDR und der DGPR in Berlin gemeinsam diskutiert. Dabei kamen Problembereiche wie Repräsentativität, Adjustierungsverfahren, Voraussetzungen von Äquivalenzschlüssen und Anforderungen an Kosten/Wirksamkeitsanalysen zur Sprache, die zum Teil strittig diskutiert wurden.

Dabei ist zu beachten, dass wesentliche Rahmenbedingungen der Studie von den Förderern bestimmt und verantwortet wurden.

Weitgehender Konsens bestand in folgenden Punkten:

Am Beispiel dieser Studie richten sich kritische Fragen an gängige methodische Standards der Rehabilitationsforschung, deren Qualität entsprechend den Anforderungen moderner bio- und sozialmedizinischer Forschung weiter entwickelt und verbessert werden sollten. Dazu werden anhand der im Gutachten von Prof. Wegscheider genannten Kriterien konkrete Vorschläge vorgelegt werden.

Die Vergleichbarkeit der verschiedenen Rehabilitationsformen kann unter den für die Studie der Arbeitsgruppe von Herrn Dr. Schott bestehenden Bedingungen wissenschaftlich nicht allgemeingültig beurteilt werden:

- ein Gesamtkostenvergleich der beiden Versorgungsformen konnte bei dem gewählten Studienansatz nicht geleistet werden.
- die Aussage, ambulante und stationäre Rehabilitation seien gleich wirksam, lässt sich aus der Studie nicht mit einem höheren Evidenzgrad ableiten.

Übereinstimmend wird weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf gesehen: allerdings nicht zum in Anbetracht des hohen Standardisierungsgrades wenig sinnvollen „Leistungsvergleichs“, sondern vielmehr zu den Fragen, welche Patienten von welcher Form der Rehabilitation besonders profitieren, wie die potentiellen Vorteile der beiden Reha-Formen besser genutzt und wie die Rehabilitation insgesamt besser in die Versorgung chronisch Kranker integriert werden kann.

Mit dieser Stellungnahme möchte die DGPR einen Beitrag zur Fortentwicklung der Forschung in der deutschen Rehabilitation leisten, die sich aktuellen Forderungen an Evidenz-basierte Medizin zu stellen hat. Zugleich soll eine Fortsetzung der „Flexibilisierung“ der Rehabilitation in wissenschaftlich begleiteten Modelluntersuchungen angestoßen werden.

Literatur:

1. Badura, B., Schott T., vom Orde A., Iseringhausen O. f. d. Projektgruppe: Modellvorhaben kardiologische Rehabilitation – Endbericht Universität Bielefeld, Fakultät f. Gesundheitswissenschaften. Oktober 2001
2. DGPR: Stellungnahme zur Frage der ambulanten Durchführung von Phase II der kardiologischen Rehabilitation. Herz/Kreisl.1991;23,VIII
3. DGPR: Empfehlungen der DGPR zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation (AHB). Herz/Kreisl. 1997;29,X-XIII
4. DGPR: Bericht der von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR) eingesetzten Begleitkommission zum Kölner Modell der ambulanten Rehabilitation in der Phase II. Herz/Kreisl. 1997;29:232-237
5. Held, K.: Ambulante Rehabilitation - Alternative oder Ergänzung?. Erfahrungen aus der Kardiologie. In: Ambulante Rehabilitation flexibel gestalten. Forum Maternus Kliniken AG, Bad Oeynhausen März 2001
6. Iseringhausen, O., Schott T., vom Orde A.: Die Qualität der Organisation kardiologischer Rehabilitation - Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. Rehabilitation 2002;41,130-139
7. Schott, T., Iseringhausen O., vom Orde A.: Kontinuität und Prozessqualität in der Behandlung der chronischen Herzerkrankung. Der Zugang zur Rehabilitation und die Schnittstelle zum Alltag. Rehabilitation 2002; 41,140-147
8. Vom Orde, A., Schott T., Iseringhausen O.: Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen. Ein Vergleich stationärer und ambulanter Behandlungsformen.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. med. Klaus Held
Ärztlicher Geschäftsführer
c/o Deutsche Gesellschaft für Prävention
und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)
Friedrich-Ebert-Ring 38, 56068 Koblenz
Telefon 0261 – 30 92 31, Telefax 0261 – 30 92 32
E-Mail: info@dgpr.de