



Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft
für Prävention
und Rehabilitation von Herz-
Kreislauferkrankungen e. V.
(DGPR)

Korrespondenzadresse:
Deutsche Gesellschaft für
Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauferkrankungen
e. V.
Friedrich-Ebert-Ring 38
56058 Koblenz
Tel.: +49(0)261-309231
Fax: +49(0)261-309232
E-Mail: info@dgpr.de
Internet: www.dgpr.de

Herzgruppe

Positionspapier der DGPR

B. Bjarnason-Wehrens, S. Böthig, O. A. Brusis, K. Held, M. Matlik,
S. Schlierkamp unter Mitarbeit von M. Dürsch, B. Krönig, R. Schwenke

Erarbeitet im Auftrag und herausgegeben vom Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR)

1. Präambel

Die kardiologische Rehabilitation ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten (*Leitlinie DGK, Nationale Versorgungs-LL, DMP-KHK*). Der Anspruch auf Rehabilitation und ihre Ziele wurden 2001 im Sozialgesetzbuch (SGB) IX aktualisiert.

Die Erfolge der kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO sind gut belegt, sie bedürfen jedoch der Stabilisierung in der anschließenden Phase III. Hier haben sich Herzgruppen als eine wichtige Versorgungsstruktur etabliert, die in der Rahmenvereinbarung von 2003 durch die Rehabilitationsträger bestätigt und auf eine neue Grundlage gestellt wurde.

Herzgruppen haben sich nicht nur als ein Instrument der Nachsorge nach vorangegangener Anschlussheilbehandlung (AHB/AR), sondern auch als Partner niedergelassener Ärzte in der Sekundärprävention und in der Behandlung von Patienten mit chronischen Herz-Kreislaufkrankheiten bewährt, sodass ihnen eine wichtige Rolle in Disease-Management-Programmen zukommt.

Mit dem vorliegenden Positionspapier wird das etablierte Konzept „Herzgruppe“ durch die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) als verantwortliche Dachorganisation auf Bundesebene auf der Ba-

sis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung veränderter gesetzlicher und vertraglicher Vorgaben weiterentwickelt und zukunftsweisend konkretisiert.

Die bisherige Arbeit der Herzgruppen erfährt eine Bestätigung durch die hohe Akzeptanz des Angebotes bei den Teilnehmern. Dies bedingt jedoch nicht von sich aus eine gesundheitsorientierte Lebensführung über die Teilnahme an der Herzgruppe hinaus. Hier bestehen oft Barrieren, wenn es nicht gelingt, über Bewusstmachung, positives Erleben und Transfer in den persönlichen Alltag gesundheitsfördernde Verhaltensmuster dauerhaft zu vermitteln. Gesundheitswissen muss erweitert, Wahrnehmung, Einstellungen und Motive müssen weiterentwickelt werden. Das Medium „Bewegung“ mit der individuellen Ausbildung von Körperwahrnehmung und Körpererfahrung bietet dafür in der Herzgruppe ideale Möglichkeiten. Herzgruppen bieten Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel die eigene Verantwortlichkeit des Teilnehmers für seine Gesundheit zu stärken und ihn zur langfristigen, selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensstiländerung – z.B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe auf eigene Kosten – zu motivieren.

2. Hintergründe und Rahmenbedingungen

Im SGB IX (§ 44 Abs. 1, Nr. 3 und 4) werden der Rehabilitationssport und das Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation festgelegt. Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) haben die Rehabilitationsträger und die Leistungserbringer die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. 10. 2003“ (im Folgenden „GKV/RV“ genannt) geschlossen, mit der die „Gesamtvereinbarung zum Rehabilitationssport und zum Funktionstraining vom 1. 1. 1994“ abgelöst wird.

Mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) wurde die „Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports“ (im Folgenden „VdAK/AEK“ genannt) vom 1. 10. 2003 getroffen. Analoge Vereinbarungen mit den Primärkassen wurden auf Landesebene abgeschlossen.

In den o.g. Vereinbarungen werden auf der Grundlage des SGB IX die Zielvorgaben und die Qualitätsanforderungen für Herzgruppen aktualisiert und weiterentwickelt. Mit dem vorliegenden Positionspapier werden diese für die praktische Arbeit der Herzgruppen zusammengefasst und konkretisiert.

Als Partner der Vereinbarungen ist die DGPR für die Erarbeitung dieses Konzeptes verantwortlich.

3. Rehabilitation in Herzgruppen

3.1 Definition

Aufgabe der Herzgruppen als einem integralen Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten, umfassenden Versorgung von Herzpatienten ist es, mit ihren Möglichkeiten zur Erreichung der

allgemeinen Rehabilitationsziele beizutragen. Die DGPR definiert die Herzgruppe folgendermaßen:

„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 psycho-soziale Unterstützung Folgen der Herzkrankheit kompensiert und Sekundärprävention angestrebt.“

3.2 Ziele

Auch für die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation in Herzgruppen gelten als

Allgemeine Ziele der Rehabilitation

- Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung einer Verschlimmerung oder Minderung der Folgen von Behinderung
- Beitrag zur Wiederherstellung und zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit
- Förderung der Selbstbestimmung/der Selbstverantwortung (Hilfe zur Selbsthilfe)
- Förderung der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie Vermeidung oder Entgegenwirkung möglicher Benachteiligungen
- Steigerung der Lebensqualität
- Reduktion der Morbidität und der Mortalität.

Die konkreten Zielstellungen für die Arbeit der Herzgruppen lassen sich auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung und der Rahmenvereinbarungen aus den Leitlinien und Empfehlungen zur kar-

diologischen Rehabilitation ableiten und begründen.¹

Die Arbeit der Herzgruppe richtet sich nach rehabilitativen und sekundärpräventiven Zielen aus und muss individuell gestaltet sein. Dies setzt die Festlegung individuell angemessener Ziele voraus, die in vorgegebenen Abständen geprüft und angepasst werden. Diese dienen wiederum zur Beurteilung der Ergebnisqualität.

In Übereinstimmung mit den Zielen der ganzheitlichen Rehabilitation der Phase II werden somatische, funktionale, psychosoziale und edukative Ziele verfolgt, die in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen. Besondere Bedeutung wird dabei im Rahmen des Rehabilitationssports psychosozialen Aspekten und Verhaltensfaktoren (z. B. Coping, soziale Unterstützung, Gesundheitsverhalten) beigemessen. Entsprechend dem salutogenetischen Modell wirken sich Gesundheitseinschränkungen/Gesundheitsbedrohungen – je nach Ausprägung der psychischen und sozialen Ressourcen des Betroffenen – stärker oder schwächer aus.

Somatische Ziele

- Verbesserung von krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen und Anleitung zur eigenständigen Durchführung funktioneller Übungs- und Trainingsformen
- Verbesserung/Stabilisierung der kardiopulmonalen Belastbarkeit
- Positive Beeinflussung der somatischen Risiko- sowie Schutzfaktoren
- Aufbau und Verbesserung der Körperwahrnehmung.

¹ Vergleiche hierzu insbesondere das SGB IX, § 1–4, die Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der DGK sowie die Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil I–IV) der DGPR.

Funktionale Ziele

- Stabilisierung der körperlichen und geistigen Belastbarkeit für die Berufsausübung und das Alltagsleben
- Förderung der krankheitsangepassten Ausübung von Alltagshandlungen
- Förderung der krankheitsangepassten Ausübung von Freizeitaktivitäten.

Psychosoziale Ziele

- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien
- Förderung der individuellen psychosozialen Schutzfaktoren
- Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit.

Edukative Ziele

- Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und ihre Risikofaktoren
- Entwicklung einer gesundheitsorientierten Handlungskompetenz
- Anpassung des Ess-, Ernährungs- und Genussverhaltens
- Erwerb von praktischen Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und adäquater Reaktionsweisen
- Motivation zur gesundheitsorientierten Verhaltensänderung
- Entwicklung einer umfassenden Therapietreue (Compliance)
- Beherrschung von Notfallsituationen

4. Inhaltliche Umsetzung der Rehabilitationsziele

Die dargestellten Rehabilitationsziele der Herzgruppen beschreiben die durch das Angebot angestrebten Veränderungen im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden. Sie sind jeweils individuell festzulegen, zu gewichten und in Form individuell überprüfbarer Teilziele zu vereinbaren. Sie weisen die Richtung für die konkrete inhaltliche Gestaltung und Organisation

der Abläufe im Rahmen der einzelnen Übungsveranstaltungen sowie begleitender Maßnahmen, müssen also sowohl bei der Rahmenplanung für das Angebot als auch mit wechselnder Schwerpunktsetzung bei der konkreten Planung der einzelnen Übungsveranstaltung Berücksichtigung finden.² Für die Herzgruppen werden aus dem Zielkatalog fünf Inhaltsbereiche abgeleitet:

- Bewegungs- und Sporttherapie
- Ernährung, Ess- und Genussverhalten
- Stressbewältigung und Entspannung
- Krankheitsbewältigung
- Alltag, Freizeit und Lebensstil.

Bewegungs- und Sporttherapie

- Umfassendes sporttherapeutisches *Aufbauprogramm* (d. h. Vorbereitung auf das eigentliche Training und ein gezieltes Aufbau- und Überleitungstraining) und Überleitung zu einer *Stabilisationsphase* verbunden mit einer Verstärkung der eigenständigen Aktivität
 - Körperwahrnehmung
 - gezielte funktionelle Gymnastik
 - Muskelaufbautraining, z. B. präventive Rückenschule
 - Hinführung zum Geh- und Lauftraining oder zu anderen Formen des Ausdauertrainings (Walking, Wandern, Ergometertraining, Radfahren, Schwimmen etc.)
 - Vermittlung von Spiel- und Bewegungserfahrung
 - Positives Erleben von körperlicher Aktivität
 - Erarbeitung und Einübung spezieller Trainingsprogramme bei krankheitsbedingten

Bewegungseinschränkungen (z. B. nach Operation) und/oder Begleiterkrankungen (z. B. pAVK).

- Kenntnisse zur Sportausübung
 - Informationen zum Übungsaufbau und zur Sportbekleidung
 - Informationen zu Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, der Belastbarkeitsgrenzfrequenz, der Trainingspulsfrequenz und anderer Belastungsparameter
 - Besprechung der individuellen Trainingsempfehlungen
- Anleitung zum regelmäßigen, eigenverantwortlichen Training (4–5×/Woche mindestens täglich 30 min) in Form von Gehen, Walking, Jogging, Radfahren oder anderen Ausdauerbelastungsformen entsprechend der individuellen Belastbarkeit
- Anleitung zu einer aktiveren Alltagsgestaltung
- Anleitung zu bewegungsaktiver Freizeit- und Urlaubsgestaltung
- Integration gemeinsamer Aktivitäten wie Spaziergänge, Wanderungen, Radtouren etc., zunächst unter Anleitung, später als selbständige Gruppentreffen

Bei den folgenden vier Bereichen ist die Einbeziehung des Lebenspartners anzustreben:

Ernährung

- Aufarbeitung des individuellen Ernährungs-, Ess- und Genussverhaltens
- Grundlagen einer herzgesunden Ernährung und eines gesundheitsfördernden Essverhaltens
- Alltagstransfer (z. B. gemeinsames Einkaufen mit Anleitung, gemeinsame Essenszubereitung, Analyse von Esssituationen, Erarbeitung individueller „Essregeln“ etc.)
- Spezielle, gezielte Ernährungsempfehlungen bei ernährungsabhängigen/-bedingten Risikofaktoren.

² Vgl. hierzu auch Matlik, M.: Ganzheitliche Herz-Kreislauf-Rehabilitation mit den Mitteln des Sports. In: O. A. Brusis, M. Matlik, M. Unverdorben: Handbuch der Herzgruppenbetreuung, 6. überarb. und erw. Aufl., Spitta Verlag, Balingen 2002, S.183–189.

Stressbewältigung und Entspannung

- Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien, z. B.
 - Realistische Selbsteinschätzung
 - Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
 - Adäquater Umgang mit belastenden Umweltsituationen und individuellen Dispositionen (Kontrollambitioniertheit, Selbstüberforderungstendenzen, Ärgerbereitschaft etc.)
- Erlernen von Entspannungstechniken.

Krankheitsbewältigung

- Krankheitsverarbeitung (Coping), z. B.
 - Reflexion des individuellen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses
 - Anpassung des Selbstbildes und der Lebensziele
 - Abbau von Angst und reaktiver Depression
- Individuelle psychosoziale Schutzfaktoren, z. B.
 - Bewusstsein der Eigenverantwortlichkeit
 - Vertrauen in die individuelle Gestaltungsfähigkeit (interne Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Sinnzuweisungsfähigkeit)
 - Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein
 - Soziale Aufgeschlossenheit/Beziehungsfähigkeit
- Wissen über die Erkrankung und ihre Risikofaktoren
 - Herz-Kreislaufsystem/Herzkrankungen
 - Risikofaktoren, Schutzfaktoren
 - Besprechung und Dokumentation des individuellen Schutz- und Risikoprofils
 - Medikamente und ihre Wirkungen und Nebenwirkungen
 - Diagnostik/invasive Diagnostik und Interventionen

- Gesundheitsorientierte Handlungskompetenz
 - Bestehende Netzwerke und deren Angebote (Beratung, Hilfestellungen, Information etc.)
 - Bestehende Informationsquellen (z. B. Internet)
 - Hilfsmittel (z. B. Herztagebuch, Teilnehmerbegleitbogen, Bewegungslogbuch)
- Praktische Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und adäquater Reaktionsweisen, z. B.
 - Blutdruckmessung
 - Pulsmessung
 - Blutgerinnungsmessung
 - Blutzuckermessung
- Notfallsituation und Laienreanimation mit Angehörigen
- Therapietreue

Alltag, Freizeit und Lebensstil

- Krankheitsangepasste Ausübung von Alltagshandlungen, z. B.
 - Selbständige Haushaltsführung
 - Sexualität
 - Treppensteigen
 - Autofahren
 - etc.
- Krankheitsangepasste Ausübung von Freizeitaktivitäten, z. B.
 - Gartenarbeit
 - Freizeitsport
 - Reisen
 - Kulturelle Aktivitäten
 - etc.
- Strategien zur gesunden Lebensführung bei chronischer Erkrankung („Den alten Lebensplan verlassen und sich trotzdem sicher fühlen.“ Hilfestellung bei der neuen Lebensplanung und Umstellung des Lebensstils/der Lebensplanung)
 - Selbstbeobachtung und Selbstreflexion
 - Positives Erleben und Anwenden von Verhaltensalternativen
 - Möglichkeiten zur Umsetzung im Alltag (Alltagstransfer)
 - Werteskala

Zur Umsetzung siehe Vorschläge und Empfehlungen im Anhang.

5. Qualitätssicherung

Der Qualitätssicherung dienen die Anerkennung und Zertifizierung der Herzgruppen nach einheitlich vereinbarten Richtlinien. Die DGPR hat bereits vor Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung vom 1. 10. 2003 Richtlinien dazu veröffentlicht, die aufgrund der veränderten Gesetzgebung und Vereinbarungen hiermit fortgeschrieben werden.

5.1 Anerkennungskriterien

Die Anerkennung von neu gegründeten Herzgruppen erfolgt entsprechend der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. 10. 2003“ (Anlage 7.3.1 und 7.3.2).

- 5.1.1 Verpflichtung des betreuenden Arztes zur ständigen Anwesenheit während des Übungsbetriebes. Sicherstellung einer qualifizierten Vertretung. Vollapprobation der betreuenden Ärzte.
- 5.1.2 Durchführen des Rehabilitationssports durch einen speziell qualifizierten Übungsleiter (Anlage 7.3.4)
- 5.1.3 Netzunabhängiger tragbarer Defibrillator.
- 5.1.4 Adäquat bestückter Notfallkoffer (Anlage 7.3.5)
- 5.1.5 Notrufmöglichkeiten mit Telefon oder Handy
- 5.1.6 Zugehörigkeit zu einer Organisation entsprechend der Rahmenvereinbarung (Anlage 7.3.3).

5.2 Zertifizierungskriterien

Nach Gründung und Anerkennung einer Herzgruppe ist entsprechend der Rahmenvereinbarung § 8.7 eine fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports gefordert. Sie erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Reha-

bilitationssportgruppen verantwortlich sind. Diese Qualitätsüberprüfung und -sicherung findet ihren Ausdruck in einer Zertifizierung der Gruppe, die in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird (Siehe GKV/RV 19, 1+2, sowie VdAK/AEK 13 Abs. 1+2).

Für die Zertifizierung von Herzgruppen sind die unter 5.1 Anerkennungskriterien aufgeführten Punkte regelmäßig zu bestätigen sowie folgende Punkte zu überprüfen:

- 5.2.1 Indikationsgerechte Zuweisung (Anlage 7.3.6)
- 5.2.2 Berücksichtigung der absoluten Kontraindikation (Anlage 7.3.5)
- 5.2.3 Definition der individuellen Belastbarkeit der Teilnehmer (Anlage 7.3.7)
- 5.2.4 Gruppengröße (Anlage 7.3.8)
- 5.2.5 Dauer der Gruppenstunde, mindestens 60 min, Empfehlung 90 min (Anlage 7.3.9)
- 5.2.6 Adäquate Übungsmöglichkeiten
- 5.2.7 Verpflichtung der Mitarbeiter zur Einhaltung des Sozialdatenschutzes (SGB X), des allgemeinen Datenschutzes (BDSG) und Beachtung der Schweigepflicht (StGB 203)
- 5.2.8 Benutzung des vorgeschriebenen Verordnungsformulars sowie der Anwesenheitsliste
- 5.2.9 Verwendung standardisierter Dokumentationsbogen für
 - den wöchentlichen Gebrauch durch den Übungsleiter und/oder Herzgruppenarzt (Anlage 7.3.10)
 - die regelmäßig mindestens jährlichen ärztlichen Kontrolluntersuchungen (Anlage 7.3.11)
- 5.2.9 Zugang zur Teilnehmerkartei durch Arzt und Übungsleiter
- 5.2.10 Übungsleiter mit gültiger Übungsleiterlizenz „Sport in Herzgruppen“ oder adä-

quater Qualifikation nach den Richtlinien der DGPR.

6. Literatur

1. Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) (2001) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bundesgesetzblatt. Jahrgang 2001, Teil I, Nr. 27, Bonn
2. Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (GKV/RV) (2003) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/M
3. Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports (2003) (Vereinbarung Rehasport 2003 – VdAK/AEV), Siegburg
4. Empfehlungen zur Leistungsdauer des Rehabilitationssports bei Herzkrankheiten der DGPR und der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 24. Juli 2003, Siegburg
5. Richtlinien der DGPR für die Anerkennung und Zertifizierung von Herzgruppen (2001) Eigenverlag, Koblenz
6. Sport, Bewegung, Gesundheit (2003) Grundlagen und Leitziele für die Praxis gesundheitsorientierter Sport- und Bewegungsangebote in Nordrhein-Westfalen. LandesSportBund Nordrhein-Westfalen (Hrsg), Duisburg
7. Brusis OA, Matlik M, Unverdorben M (2002) Handbuch der Herzgruppenbetreuung, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Spitta, Balingen
8. Nationales Programm für Versorgungsleitlinien (NPL) Nationale Versorgungsleitlinie Koronare Herzkrankheit. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (äzq, in Vorbereitung)
9. Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronisch koronaren Herzkrankung (2003) Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). Z Kardiol 92:501–521
10. Empfehlungen des Koordinierungsausschusses gemäß § 137f, Abs. 2, Satz 2 SGB V (2003) „Anforderungen“ an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit. Beschluss des Koordinierungsausschusses vom 31.3. 2003 für ein DMP KHK. Siegburg
11. Siebente Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (7. RSA-ÄndV), Anlage 5. Bun-

desgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I, Nr. 16, Bonn

12. Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. Teil I: Herz Kreislauf (2000) 32:141–145; Teil II: Herz Kreislauf (2000) 32:294–297; Teil III: Herz Kreislauf (2000) 32:378–380; Teil IV: Zkardiol (2002) 91:99–102 sowie Sonderdruck (Teil I–IV). Eigenverlag, Koblenz

7. Anhang

7.1 Arbeitshilfen

Die DGPR und ihre Landesorganisationen haben für die verschiedenen Inhaltsbereiche Arbeitshilfen für Übungsleiter und Teilnehmermaterialien entwickelt. Dazu gehören z. B.

- Herztagebuch
- Bewegungslogbuch
- Teilnehmerbegleitbogen
- Einzelbroschüren.

Diese dienen den Übungsleitern als Hilfe zur Umsetzung der Rehabilitationsziele und der entsprechenden Inhaltsbereiche bei ihrer Arbeit in der Herzgruppe und/oder fördern die Entwicklung der Selbstverantwortung und der Selbstwirksamkeit bei den Teilnehmern.

Ziel z.B. des *Herztagebuches* ist es, den Wissensstand über die Erkrankung und die Möglichkeiten einer gesundheitsorientierten Lebensführung zu erhöhen sowie die Selbstverantwortung des Teilnehmers zu steigern. Mit Unterstützung des Übungsleiters und/oder des betreuenden Arztes trägt der Teilnehmer sein individuelles Schutz- und Risikoprofil ein und formuliert kurz- und langfristige Rehabilitationsziele. Der Teilnehmer wird motiviert, ein Tagebuch über seine Schutz- und Risikofaktorensituation zu führen und alle Werte, die im Beobachtungszeitraum erhoben werden, einzutragen. In regelmäßigen Abständen sollte der Teilnehmer dazu auf-

gefordert werden, selbst ein Resümee zu ziehen: „Wie war die Entwicklung in den letzten Wochen/Monaten? Was haben mir die letzten Wochen/Monate gebracht? Was habe ich verändert? Was nehme ich mir für die nächsten Wochen/Monate vor?“ Für die Unterstützung und Motivation des Teilnehmers ist eine Bewertung der Eintragungen durch den Übungsleiter und/oder den betreuenden Arzt unerlässlich.

In das *Bewegungslogbuch* trägt der Teilnehmer seine aktuelle Belastbarkeit (in Watt und Watt/kg/Körpergewicht), Trainingspulsfrequenz, Trainingsempfehlungen und Belastungsdauer ein. Darüber hinaus führt er Buch über seine körperliche Aktivität außerhalb der Herzgruppe, inklusive Alltagsaktivitäten. Dies ermöglicht ihm, seine persönliche Leistungsentwicklung von Beginn an zu verfolgen und den Effekt des regelmäßigen Trainings für sich festzuhalten.

7.2 Vorschläge und Empfehlungen zur Umsetzung

Auf Basis der Vorgaben der Rahmenvereinbarung soll während der „ersten“ Regelförderzeit das Programm für neue Herzgruppenteilnehmer in drei aufeinander aufbauenden Phasen: *Adaptationsphase* (8 ÜE), *Aufbauphase* (50–60 ÜE), und *Stabilisationsphase* (20–30 ÜE) durchgeführt werden. Die zeitliche Gestaltung kann entsprechend den Möglich-

keiten der Träger flexibel gehandhabt werden.

Für die praktische Durchführung sind, entsprechend der Möglichkeiten der Träger, verschiedene Organisationsformen vorstellbar (s. u. Übersicht).

Ausgehend von den 5 Zielbereichen bilden Bewegungs- und Sporttherapie den Schwerpunkt mit mindestens 70% des Gesamtvolumens. Über die Bewegung als Motivationsträger sind in jeder Einheit die übrigen 4 Zielbereiche zu integrieren. Die inhaltliche Gestaltung muss durch eine Verflechtung von körperlichen Aktivitäten, Wahrnehmungsschulung, edukativen und psychosozialen Elementen gekennzeichnet sein.

7.3 Anlagenkatalog zur Qualitätssicherung

7.3.1

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. 10. 2003 (GKV/RV), § 8.2 Satz 2: Bei Herzgruppen wird die Anerkennung auch durch die Landesorganisation der DGPR ausgesprochen.

7.3.2

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports vom 1. 10. 2003 (Vereinbarung Rehabilitationssport 2003/VdAK/AEV), § 1 Abs. 3, Satz 1: Die Vereinbarung gilt für die Träger von Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehindertensportverbände dem DBS, über die Landes-

sportbünde dem DSB oder über die Landesorganisationen für kardiologische Prävention und Rehabilitation der DGPR angeschlossen sind sowie für Versicherte der Ersatzkassen.

§ 3 Abs. 1: Die Trägerverbände des Rehabilitationssports verpflichten sich, die ihrem jeweiligem Verband angeschlossenen Rehabilitationssportgruppen zu prüfen und die Anerkennung auszusprechen. Abweichungen können auf Landesebene vereinbart werden.

7.3.3

Anlage zur Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport/Funktionstraining (GKV/RV) Bereich 1, Bereich 2, Bereich 3.1, 3.3, Bereich 4.1, Bereich 5, Bereich 6.1.4.5, Bereich 8, Bereich 9.

Vereinbarung Rehasport 2003/VdAK/AEV § 3: Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen.

§ 2 Satz 2: Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien. Das Verfahren wird zwischen den Vereinbarungspartnern auf Landesebene gesondert geregelt und orientiert sich an den Inhalten der Anlagen zur Rahmenvereinbarung (GKV/RV).

7.3.4

Ausbildung und Fortbildung der Übungsleiter: Die Fortbildung der Übungsleiter entspricht den Empfehlungen der DGPR und des DSB oder des DBS und umfasst die Lizenzerneuerung alle 2 Jahre unter Nachweis von insgesamt 15 anerkannten Übungseinheiten

Herzgruppe A	Herzgruppe B	Intensive Einleitung für neue Herzgruppenteilnehmer mit Stabilisationsphase	Intensivkurs für neue Herzgruppenteilnehmer
1×/Woche à 60–90 min + mind. 4 Workshop à 1–3 UE (bis max. 90 ÜE)	2×/Woche à 60–90 min + mind. 4 Workshop à 1–3 ÜE (bis max. 90 ÜE)	6 Monate 2×/Woche à 60–90 min + mind. 4 Workshops à 3–4 ÜE, anschließend 3–6 Monate 1×/Woche à 60–90 min (bis max. 90 ÜE)	2–3×/Woche à 60–90 min + Workshop 1×/Monat à 2–4 ÜE (bis max. 90 ÜE)
Ausschöpfung der Regelförderzeit nach:			
24 Monaten	12 Monaten	9–12 Monaten	6 Monaten

und dem Nachweis einer mindestens zweijährlichen Teilnahme an einem kardiopulmonalen Reanimationskurs.

7.3.5

Nach Maßgaben der DGPR (1995) Kardiologische Prävention und Rehabilitation – Lehrbuch der Ärzte. In: Unverdorben M, Brusis OA, Rost R. Herzgruppen. Deutscher Ärzteverlag.

7.3.6

Vereinbarung Rehasport 2003/VdAK/AEV § 5 Abs. 3, sowie Rahmenvereinbarung (GKV/RV) § 4.4.3: Chronische Herzkrankheiten.

7.3.7

Handbuch der Herzgruppenbetreuung (2002) Brusis OA, Matlik M, Unverdorben M (2002) 6. Auflage. Spitta-Verlag, Balingen.

7.3.8

Rahmenvereinbarung GKV/RV § 10, Abs. 10.1, Satz 1+2: Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätz-

lich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. Siehe auch Vereinbarung Rehasport 2003/VdAK/AEV § 4, Abs. 2.

7.3.9

Rahmenvereinbarung GKV/RV § 10.3, Satz 1: Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 min, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 min betragen. Von der DGPR wird eine Dauer von 90 min empfohlen.

7.3.10

Wöchentliche Kurzanamnese zu Beginn der Gruppenstunde (durch den Übungsleiter oder Arzt) über

- Medikamentenveränderung
- Befindlichkeitsveränderung
- Ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf
- Interkurrente Erkrankungen und Beschwerden.

7.3.11

Jährliche ärztliche Untersuchungen

- Umfassende Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Funktionseinschränkungen in Alltag und Beruf, der Aktivitäts-, Ernährungs- und der Stressanamnese
- Umfassende körperliche Untersuchung, BMI
- Ruhe-EKG
- Belastungstest mit Belastungs-EKG
- Echokardiographie zur Bestimmung der linksventrikulären Funktion (fakultativ)
- Laborchemisch erfassbare, relevante Risikofaktoren: z. B. Lipidprofil, HbA1c, etc.

7.3.12

Qualifizierter Herzgruppenarzt: Der Herzgruppenarzt muss in Besitz einer gültigen Vollapprobation sein. Es ist wünschenswert, dass der Arzt mindestens einmal alle 2 Jahre eine fachbezogene Fortbildung über Rehabilitationssport und Bewegungstherapie, Verhaltensbeeinflussung, Risikofaktoren etc. absolviert. Zur Fortbildung nach dem Curriculum der DGPR wird dringend geraten.

Prof. Dr. med. Bernhard Rauch zum „Präsident Elect“ gewählt

Prof. Dr. med. Bernhard Rauch (56), Ludwigshafen ist im Rahmen der DGPR-Jahrestagung vom 4. bis 6. Juni 2004 in Berlin von der Mitgliederversammlung einstimmig zum „Präsident Elect“ gewählt worden. Rauch ist damit designierter Nachfolger des noch bis Mitte 2005 amtierenden derzeitigen Präsidenten Prof. Dr. med. Marthin Karoff, Ennepetal.

Rauch, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie, mit Fachkunde Rehabilitation/Sozialmedizin und langjähriges Mitglied der DGPR ist seit 2002 am Institut für Herzinfarkt-

forschung im Herzzentrum Ludwigshafen tätig. Von 1993 bis 2001 stand er als Ärztlicher Direktor der Herz-Kreislaufklinik in Waldkirch vor und war in dieser Funktion auch Ausrichter der 28. DGPR-Jahrestagung in Freiburg.

Aufgrund seiner Expertise und langjährigen Erfahrung auf dem Gebiet der Rehabilitations- wie Akutkardiologie wurde Rauch im vergangenen Jahr vom DGPR-Präsidium mit der Koordinierungsfunktion für die derzeit in der Entwicklung befindliche *Deutsche Leitlinie (der DGPR) zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-*

Kreislauferkrankungen beauftragt. Zuvor hatte er – gemeinsam mit dem Ärztlichen Geschäftsführer der DGPR, Prof. Dr. med. Klaus Held – bereits an der *Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzkrankung* mitgewirkt, die von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) in Kooperation mit der DGPR und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) entwickelt und veröffentlicht wurde [Z Kardiologie 92:501–521 (2003)].

DGPR-Wissenschaftspreis der LV 1871

Auszeichnungen für Dr. med. Stefan Blankenberg und Dr. med. Patrick Most

BERLIN. Der mit 15 000 Euro dotierte Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR), ausgeschrieben in Zusammenarbeit mit der Lebensversicherung 1871 von München, ist im Rahmen der DGPR-Jahrestagung zum viertenmal verliehen worden. Ausgezeichnet wurden zu gleichen Teilen Dr. med. Stefan Blankenberg von der Medizinischen Klinik und Poliklinik II der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und Dr. med. Patrick Most vom Labor für kardiologische Stammzell- und Gentherapie der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg.

Die Arbeiten von Blankenberg und Most wurden von der Jury unter insgesamt neun eingereichten hochqualifizierten Bewerbungen mit identischer Höchstpunktzahl bewertet.

Innovative Ansätze durch neuen Risikomarker GPx-1

Die Arbeitsgruppe um Blankenberg konnte mit der im New England Journal of Medicine veröffentlichten Arbeit „Glutathione Peroxidase 1 Activity and Cardiovascular Events in Patients with Coronary Artery Disease“¹ erstmals die Glutathionperoxidase (GPx)-1-Aktivität als starken und unabhängigen Risikoprädiktor für kardiovaskuläre Ereignisse be-

stimmen. Der neue Marker eröffnet innovative Ansätze in der Diagnostik, Prävention und Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen.

Bezüglich der Pathogenese von Atherosklerose rückte in den letzten Jahren neben entzündlichen Prozessen verstärkt auch das oxidative Geschehen in den Focus. So besitzen zelluläre antioxidative Enzyme wie die Glutathionperoxidase-1 oder Superoxiddismutase (SOD) eine zentrale Funktion beim Abfangen schädlicher Sauerstoffradikale. In-vitro-Daten und Daten aus Tiermodellen ließen vermuten, dass diese Enzyme die Gefäße vor artherosklerotischen Veränderungen schützen. Unklar war bisher deren Relevanz für den menschlichen Organismus.

Die Forscher versuchten, die experimentellen Ergebnisse für die klinische Prognose nutzbar zu machen und etablierten zunächst eine Messmethode zur routinemäßigen Bestimmung der intraerythrozytären GPx-1-Aktivität. In der prospektiven Untersuchung wurde bei 636 Patienten mit Verdacht auf Koronarer Herzerkrankung (KHK) vor Koronarangiographie die intraerythrozytäre Glutathionperoxidase sowie Superoxiddismutase bestimmt. Im Nachverfolgungszeitraum nach Koronarangiographie von im Mittel 4,7 (Maximum 5,4) Jahren stellte GPx-1 einen der stärksten univariaten Prädiktoren eines zukünftig auftretenden kardiovaskulären Ereignisses dar, während SOD keine Assoziation mit der Prognose zeigt. Dabei war das Risiko invers assoziiert mit steigenden Quartilen der GPx-1-Aktivität (P trend <0,0001). Patienten innerhalb des höchsten Quartils der GPx-1-Aktivität hatten ein um 71% vermindertes Risiko [Hazard

Ratio=0,29 (95% KI 0,15–0,58; P<0,0001)] gegenüber Patienten im niedrigsten GPx-1-Quartil. Die Risikoprädiktion war zudem unabhängig von allen klassischen Risikofaktoren. Verglichen mit etablierten Lipidprädiktoren wie LDL- oder HDL-Cholesterin, Inflamationsmarkern wie C-reaktives Protein oder auch Homozystein imponierte GPx-1 als der stärkste univariate Prädiktor und blieb im Modell aller vorgenannten Risikofaktoren als einziger Marker unabhängig signifikant.

Die GPx-1-Aktivität, welche von exogenen und endogenen Faktoren reguliert wird, kann, so die Folgerungen der Autoren, künftig nicht nur zur Risikostratifizierung und Identifizierung von Hochrisikopatienten dienen, sondern auch selbst zum Ziel der kardiovaskulären Prävention werden. Denkbar ist eine Selenapplikation, welche die Aktivität von GPx-1 beeinflussen könnte.

Werden die Ergebnisse der Arbeit in weiteren prospektiven Studien validiert, kann die GPx-1-Aktivitätsmessung im Rahmen der kardiovaskulären Prävention Einzug in die klinische Routine halten.

Präklinische Studie zur Gentherapie der Herzinsuffizienz

Die Heidelberger Arbeitsgruppe um Dr. Patrick Most² ist bei der Entwicklung einer Gentherapie der Herzinsuffizienz einen weiteren Schritt vorangekommen. Die Ergebnisse der vorgelegten Arbeit „Cardiac adenoviral S100A1

¹ Originalpublikation:

Stefan Blankenberg, MD; Hans J Rupprecht, MD; Christoph Bickel, MD; Michael Torzewski, MD; Gerd Hafner, MD; Laurence Tiret, PhD; Marek Smieja, PhD; François Cambien, MD; Jürgen Meyer, MD; Karl J. Lackner, MD. Glutathione Peroxidase 1 Activity and Cardiovascular Events in Patients with Coronary Artery Disease N Engl J Med 2003; 349:1605–1613

² Mitglieder der Autorengruppe:

Dr. med. Patrick Most, Prof. Dr. med. Hugo A. Katus, Mirko Völkens

gene delivery rescues contractile function of failing myocardium“ belegen erstmals den therapeutischen Effekt eines adenoviralen S100A1-Gentransfers in einem Herzinsuffizienzmodell der Ratte in vivo und in vitro.

S100A1, ein kalziumbindendes Protein vom EF-Hand-Typ, weist eine muskelspezifische Expression mit höchsten Konzentrationen im Herzmuskel auf. Anhand transgener und adenoviraler Genadditionsmodelle konnten bisherige Untersuchungen die positiv inotrope und lusitrope Wirkung einer kardial-spezifischen Überexpression von S100A1 in vivo und in vitro belegen. In Übereinstimmung damit wiesen S100A1 defiziente Herzen eine verminderte Funktion auf und entwickelten unter gesteigerter Nachlast eine Herzinsuffizienz.

Ziel der weiteren Arbeit war daher, den therapeutischen Effekt einer Normalisierung der S100A1-Proteinkonzentration im Tiermodell der Herzinsuffizienz zu untersuchen.

Den Forschern gelang es, durch einen adenoviral intrakoronaren S100A1-Gentransfers die

Konzentration des Proteins im insuffizienten Herzmuskel zu normalisieren und die kontraktile Funktion des insuffizienten Myokards auf das Niveau gesunder Herzen bzw. isolierter gesunder Herzmuskelzellen zu steigern.

Umfassende Analysen der gestörten β -adrenergen Stimulierbarkeit sowie der veränderten Kalzium- und Natriumhomöostase – wesentliche Charakteristika der Herzinsuffizienz – zeigten eine Rekonstitution der sympathomimetischen Stimulation sowie eine Normalisierung der intrazellulären Kalziumtransienten, der Funktion des sarkoplasmatischen Retikulums und der Natriumkonzentration durch S100A1-Gentransfer. Darüber hinaus konnte eine Wiederherstellung der verminderten Energieproduktion und eine Inhibition des reaktivierten fetalen Genexpressionsmusters nach S100A1-Gentransfer nachgewiesen werden.

Als ein wesentlicher molekularer Mechanismus zur Erklärung der positiven Effekte eines S100A1-Gentransfers konnte die Steigerung der Aktivität der sar-

koplasmatischen Kalziumpumpe (SERCA2) durch S100A1 identifiziert werden. In insuffizienten Herzmuskelzellen weist S100A1 u. a. mit SERCA2 eine Kolo-kalisation auf, die mit einer kalzium-abhängigen Interaktion beider Moleküle einhergeht. Zusätzliche Studien sollen nun die weiteren molekularen Aspekte der positiven Wirkung einer S100A1 Gen-therapie klären.

Ingesamt ebnet die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung den Weg zur Entwicklung einer S100A1-Gen-therapie der humanen Herzinsuffizienz, die in naher Zukunft unter Verwendung optimierter viraler Gentransferstrategien (z. B. adeno-assoziiertes Virus) ihre klinische Anwendung finden soll.

Der DGPR-Wissenschaftspreis wird getragen von der Lebensversicherung 1871 von München. Das Unternehmen bietet unter anderem Versorgungskonzepte für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mit lebensverkürzenden Vorerkrankungen an und wurde selbst dafür in der Vergangenheit mehrfach ausgezeichnet.