

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

---



D G P R

# Herzgruppe der DGPR

Positionspapier

15.02.2013

## **Impressum**

- Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für  
Prävention und Rehabilitation  
von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)  
Friedrich-Ebert-Ring 38  
56068 Koblenz  
Tel.: 0261 – 30 92 31  
Fax: 0261 – 30 92 32  
E-Mail: [info@dgpr.de](mailto:info@dgpr.de)  
Internet: [www.dgpr.de](http://www.dgpr.de)
- Redaktion: K. Held, B. Bjarnason-Wehrens (2004)  
O. Haberecht, M. Matlik, A. Michelmann  
(Aktualisierung 2012)
- Inhalt (2004): B. Bjarnason-Wehrens, S. Böthig, O. A. Brusis, K. Held,  
M. Matlik, S. Schlierkamp unter Mitarbeit von M. Dürsch,  
B. Krönig, R. Schwenke
- Inhalt (Aktualisierung): O. Haberecht, M. Matlik, A. Michelmann
- Druck: Eigenverlag
- 2., akt. Auflage: April 2012

Konsentiert durch den Ausschuss Phase III  
Verabschiedet vom Präsidium der DGPR am 15.02.2013

## **Inhalt**

1. Präambel .....	4
2. Hintergründe und Rahmenbedingungen.....	5
3. Rehabilitation in Herzgruppen .....	5
3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele.....	5
3.2 Definition „Herzgruppe“ .....	6
3.3 Ziele der Herzgruppe.....	6
4. Inhaltliche Umsetzung der Rehabilitationsziele .....	8
5. Qualitätssicherung.....	11
6. Literatur .....	12
7. Anhang / Anlagen .....	13

## 1. Präambel

Die kardiologische Rehabilitation ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. Der Anspruch auf Rehabilitation und ihre Ziele wurden 2001 im Sozialgesetzbuch (SGB) IX formuliert. Vorrangige Aufgabe der ganzheitlichen Rehabilitation ist die Wiederherstellung und Sicherung der sozialen „Teilhabe“ der von einer Herz-Kreislaufkrankung betroffenen Menschen.

Die Erfolge der kardiologischen Rehabilitation in der Phase I (Frühmobilisation im Akutkrankenhaus), der Phase II (ambulante oder stationäre Rehabilitation: Anschlussheilbehandlung, Anschlussrehabilitation) entsprechend der Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind gut belegt. Sie bedürfen jedoch der nachhaltigen Stabilisierung in der anschließenden Phase III (lebenslange Nachsorge und Betreuung am Wohnort). Hier haben sich Herzgruppen als eine wichtige Versorgungsstruktur etabliert. Sie unterstützen die ganzheitlichen Rehabilitationsmaßnahmen der behandelnden Ärzte vor Ort. Ihnen kommt eine entscheidende Rolle in der Umsetzung von Programmen zur Intensivierten Nachsorge oder zur Integrierten Versorgung sowie in Disease-Management-Programmen (DMP) zu. Sie tragen dazu bei, die in der Akutbehandlung und in der Anschlussheilbehandlung (AHB) sowie Anschlussrehabilitation (AR) erzielten Effekte, insbesondere auch die sekundärpräventiven, langfristig zu erhalten oder sogar zu verbessern. Ziel ist weiterhin die konzeptionelle Neuausrichtung in Lösung der Schnittstellenproblematik Patientenverlust bei Übergang von der Phase II in die Phase III der kardiologischen Rehabilitation. Neue Netzwerkstrukturen und Kooperationspartner wie z.B. Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention können helfen dieses Problem zu lösen.

Mit dem vorliegenden Positionspapier wird das etablierte Konzept „Herzgruppe“ durch die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) als verantwortliche Dachorganisation auf Bundesebene auf der Basis der Deutschen Leitlinien für die Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha 2007) unter Berücksichtigung veränderter gesetzlicher und vertraglicher Vorgaben weiterentwickelt und zukunftsweisend konkretisiert. Damit werden gleichzeitig Qualitätsanforderungen definiert die Grundlage der Anerkennung sind.

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 und eine damit verbundene nachhaltige Lebensstiländerung über die verordnete Teilnahme an der Herzgruppe hinaus. Hier bestehen oft Barrieren, wenn es nicht gelingt, über Bewusstmachung, positives Erleben und Transfer in den persönlichen Alltag gesundheitsförderliche Verhaltensmuster dauerhaft zu vermitteln. Gesundheitswissen muss erweitert, Wahrnehmung, Einstellungen und Motive müssen weiterentwickelt werden. Gesundheitsbildenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Verhältnis- und Verhaltensprävention kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Auch das Medium „Bewegung“ mit der Möglichkeit zur individuellen Ausbildung von Körperwahrnehmung und Körpererfahrung bietet dafür in der Herzgruppe ideale Möglichkeiten. Herzgruppen bieten Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel, dass die Teilnehmer die Krankheit besser bewältigen, eigene Verantwortung für die Gesundheit übernehmen und langfristig ihren Lebensstil verändern.

## 2. Hintergründe und Rahmenbedingungen

Als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist die Herzgruppe im SGB IX (§ 44 Abs. 1, Nr. 3 und 4) verankert. Die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ in der jeweils gültigen Fassung sowie nachgeordnete Vereinbarungen mit den Kostenträgern (Renten- und Unfallversicherungen, Krankenkassen) regeln auf der Grundlage des SGB IX die Zielvorgaben und die Qualitätsanforderungen für die Herzgruppen.

Mit dem vorliegenden Positionspapier werden diese für die praktische Arbeit der Herzgruppen zusammengefasst und konkretisiert. Bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, also einer chronischen, in der Regel fortschreitenden Krankheit ist die konsequente Umsetzung der Sekundärprävention eine unabdingbare Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung der Teilhabe. Vor diesem Hintergrund sind Gesundheitsbildende Maßnahmen ein wichtiger Bestandteil der o.g. Vereinbarungen und damit auch des vorliegenden Positionspapiers.

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

## 3. Rehabilitation in Herzgruppen

### 3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Der gesetzliche Auftrag an die Rehabilitation ist die Wiederherstellung und/oder die nachhaltige Sicherung der sozialen „Teilhabe“ behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen.<sup>1</sup> Die Reduktion von Beschwerden, die Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit, die Stabilisierung des psychischen Empfindens sowie die Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung sind dabei wesentliche Elemente. Bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, also einer chronischen, in der Regel fortschreitenden Krankheit, ist zusätzlich die konsequente Umsetzung der Sekundärprävention eine unabdingbare Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung der Teilhabe. Die gesellschaftspolitische Dimension der Rehabilitation ist der Beitrag zur Kostenstabilität der sozialen Sicherungssysteme.

Die wichtigsten Ziele der kardiologischen Rehabilitation sind in den „Deutschen Leitlinien zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen“ (DLL-Kard-Reha)<sup>2</sup> zusammengefasst:

- **Verbesserung der Lebensqualität**
  - Reduktion der Beschwerden
  - Verbesserung der körperlichen Funktion, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit
  - Stabilisierung des psychischen Befindens (Krankheitsverarbeitung, Umgang mit der Erkrankung im Alltag)
  - Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe (Beruf, Familie, Erhaltung der Selbständigkeit bei alten Patienten)

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu und dem Folgenden Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/5f

<sup>2</sup> Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/6

- **Verbesserung der Prognose**
  - Prävention und Risikoreduktion
  - Reduktion der Morbidität
  - Reduktion der Mortalität
  
- **Beitrag zur Kostenstabilität**
  - Verbesserung der Compliance
  - Reduktion/Verhinderung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte
  - Vermeidung von vorzeitiger Berentung und Pflege

### 3.2 Definition „Herzgruppe“

Aufgabe der Herzgruppen als einem integralen Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten, umfassenden Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen ist es, mit ihren Möglichkeiten zur Erreichung der o.g. Rehabilitationsziele beizutragen.

Die DGPR definiert die Herzgruppe wie folgt:

*„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 somatisch-funktionaler, psychosozialer und edukativer Zielstellungen u.a. durch Bewegungs- und Sporttherapie, Erlernen von Stressmanagementtechniken, Änderungen im Ess- und Genussverhalten und durch psychosoziale Unterstützung Folgen der Herzkrankheit kompensiert und nachhaltige Sekundärprävention angestrebt.“*

Eine wichtige Ergänzung der Herzgruppen der DGPR stellen die Nachsorgeangebote der DGPR dar. Dies sind weiterführende Angebote zur nachhaltigen Absicherung der in der Herzgruppe erzielten Rehabilitationserfolge ohne ärztliche Betreuung und ohne die Notwendigkeit einer Verordnung.

### 3.3 Ziele der Herzgruppe

Die Zielstellungen für die Arbeit der Herzgruppen lassen sich auf der Grundlage der in der DLL-KardReha formulierten Rehabilitationsziele ableiten und begründen. Sie umfassen auch sekundärpräventive Elemente und sind anhand der individuellen Rehabilitationsziele der Teilnehmer angemessen zu konkretisieren. Orientierung für die Festlegung individueller Rehabilitationsziele geben die in der DLL-KardReha zusammengetragenen Empfehlungen für die Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Anlage 1). Die individuellen Rehabilitationsziele der Teilnehmer in der Herzgruppe werden in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst, was wiederum eine Beurteilung der Ergebnisqualität der Arbeit der Herzgruppe ermöglicht.

In Übereinstimmung mit den Zielen der ganzheitlichen Rehabilitation werden somatische, funktionale, psychosoziale und edukative Ziele verfolgt, die in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen. Besondere Bedeutung wird dabei psychosozialen Aspekten und Verhaltensfaktoren (z.B. Krankheitsverarbeitung, 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.

### **Somatisch-funktionale Ziele<sup>3</sup>**

- Verbesserung von krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen
- Verringerung von krankheitsbedingten Beschwerden und Missbefindenszuständen
- Verbesserung/Stabilisierung der kardiopulmonalen Belastbarkeit
- Verminderung der somatischen Risikofaktoren
- Stärkung von physischen Schutzfaktoren
- Stabilisierung der körperlichen und geistigen Belastbarkeit für das Alltagsleben (inkl. Berufsausübung) und die Freizeit
- Krankheitsangepasste Ausübung von Aktivitäten in Alltag (inkl. Beruf) und Freizeit

### **Psychosoziale Ziele<sup>4</sup>**

- Gelingende Krankheitsverarbeitung (Coping)
- Gelingende Wiedereingliederung in Beruf und/oder Alltag
- Reduktion psychischer Risikofaktoren (Ängstlichkeit, Feindseligkeit, Niedergeschlagenheit, Kontrollambitioniertheit, akute Stressbelastungen etc.)
- Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien
- Förderung der individuellen psychosozialen Schutzfaktoren (soziale Unterstützung, Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Krankheits- und Gesundheitsverständnis etc.)
- Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit und Lebensqualität

### **Edukative Ziele<sup>5</sup>**

- Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und ihrer Folgen
- Verbessertes Verständnis wichtiger Untersuchungen und Therapieformen

---

<sup>3</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/12ff sowie Anlage 1

<sup>4</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/24ff sowie Anlage 1

<sup>5</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/20ff sowie Anlage 1

- Vermeidung, Erkennung und Beherrschung akuter Komplikationen und Notfallsituationen (Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und Beherrschung adäquater Reaktionsweisen nach individueller Indikation)
- Prävention, Erkennung und Beeinflussung/Behandlung von Risikofaktoren und Risikoerkrankungen
- Entwicklung einer gesundheitsorientierten Handlungskompetenz und Eigenmotivation zur entsprechenden Lebensgestaltung

In diesem Zielbereich stehen Maßnahmen zur Gesundheitsbildung und die Durchführung von Gesundheitstrainings im Mittelpunkt.

#### **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.<sup>6</sup>

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

Die Inhaltsbereiche sind eng miteinander verknüpft und umfassen stets somatisch-funktionale, psychosoziale und edukative Aspekte, werden aber im Folgenden zur besseren Übersicht getrennt behandelt.

##### **Bewegungs- und Sporttherapie**

- Umfassendes sporttherapeutisches Programm mit Anpassungsphase (d.h. Schaffung der Voraussetzungen für ein körperliches Training), Aufbauphase (Steigerung von Trainingsdauer und -häufigkeit, bei guter Toleranz auch der Trainingsintensität) und Stabilisationsphase (Verstärkung der eigenständigen Aktivität und langfristige Sicherung und Erweiterung des Erreichten) mit
  - Körperwahrnehmungsübungen
  - gezielter funktioneller Gymnastik
  - Training von Ausdauer, Kraftausdauer, Koordination und

---

<sup>6</sup> Vgl. hierzu auch Matlik 2010 und 2012

Hinführung zu verschiedenen Formen der Belastungs- und Trainingssteuerung

- Erlernen von Formen des Ausdauertrainings (Walking, Nordic Walking, Wandern, Ergometertraining, Radfahren, Schwimmen etc.)
- Vermittlung von Spiel- und Bewegungserfahrung
- positivem 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 Übungsstundenaufbau und zur Sportbekleidung
  - Informationen zu Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, zur Herzfrequenz an der Belastbarkeitsgrenze, zur Trainingsherzfrequenz und anderen Belastungsparametern
  - Besprechung der individuellen Trainingsempfehlungen
- Anleitung zum regelmäßigen, eigenverantwortlichen Training (4-5x/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 gesundheitsförderlichen Essverhaltens
- Alltagstransfer (z.B. gemeinsames Einkaufen mit Anleitung, gemeinsame Essenszubereitung, Analyse von Esssituationen, Erarbeitung individueller „Essregeln“ etc.)
- Spezielle, gezielte Ernährungsempfehlungen bei ernährungsabhängigen/-bedingten Risikofaktoren

### **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 (internale Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Sinnzuweisungsfähigkeit)
  - Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein
  - Soziale Aufgeschlossenheit/Beziehungsfähigkeit
- Wissen über die Erkrankung und ihre Risikofaktoren
  - Herz-Kreislaufsystem/Herzerkrankungen
  - 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)
- Vermittlung von praktischen Fertigkeiten für Patienten und ihre Angehörige zur Selbstkontrolle und adäquater Reaktionsweisen, z. B.
  - Blutdruckmessung
  - Pulsmessung
  - Blutgerinnungsmessung
  - Blutzuckermessung
- Notfallsituation und Laienreanimation mit Angehörigen
- Therapietreue (Compliance)

## **Alltag, Freizeit und Lebensstil**

- Krankheitsangepasste Ausübung von Alltagshandlungen, z.B.
  - Selbständige Haushaltsführung
  - 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)
  - Gesundheits- und Krankheitsverständnis
  - Sexualität
  - Werteskala
  - Selbstbeobachtung und Selbstreflexion
  - Positives Erleben und Anwenden von Verhaltensalternativen
  - Möglichkeiten zur Umsetzung von Verhaltensalternativen im Alltag (Alltags-transfer)

## **5. Qualitätssicherung**

Der Qualitätssicherung dienen die Anerkennung und regelmäßige Rezertifizierung der Herzgruppen nach einheitlichen Richtlinien der DGPR (s. Anlage 2).

## 6. Literatur

1. Bjarnason-Wehrens, B., Rauch, B., Halle, M. (Gastherausgeber) (2009): Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. In: Clinical Research in Cardiology Supplements, Band 4, Heft 3. SteinkopffVerlag, Darmstadt
2. Bjarnason-Wehrens, B., Held, K., Hoberg, E., Rauch, B. (Gastherausgeber) (2007): Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. In: Clinical Research in Cardiology Supplements, Band 2, Heft 3. SteinkopffVerlag, Darmstadt
3. Brusis, O. A., Matlik, M., Unverdorben, M. (Hrsg.) (2010): Handbuch der Herzgruppenbetreuung. 7., durchgesehene Auflage, Spitta-Verlag, Balingen
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2011): Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2011. Eigenverlag, Frankfurt/M.
5. Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011): Sport, Bewegung, Gesundheit – Grundlagen und Leitziele für die Praxis gesundheitsorientierter Sport- und Bewegungsangebote in Nordrhein-Westfalen. 2., aktualisierte Auflage, Eigenverlag, Duisburg
6. Matlik, M., Späker, T. (2012): Sport in Herzgruppen. Handbuch zur ganzheitlichen Rehabilitation mit den Mitteln des Sports. Spitta-Verlag, Balingen
7. Matlik, M. (2010): Ganzheitliche Herz-Kreislauf-Rehabilitation mit den Mitteln des Sports. In: Brusis, O. A., Matlik, M., Unverdorben, M. (Hrsg.) (2010): Handbuch der Herzgruppenbetreuung. 7., durchgesehene Auflage, Spitta-Verlag, Balingen. S. 183-189.
8. Rauch, B., Middeke, M., Bönner, G., Karoff, M., Held, K. (Hrsg.) (2007): Kardiologische Rehabilitation. Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR), Georg Thieme Verlag (=Referenz-Reihe Kardiologie), Stuttgart
9. Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001 Teil I Nr. 27, Bonn, 22. Juni 2001.

## **7. Anhang / Anlagen**

- Anlage 1      Ziele und Empfehlungen der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaferkrankungen (DLL-KardReha 2007)
- Anlage 2      Qualitätsstandards der DGPR für Herzgruppen

## Anlage 1

### Ziele und Empfehlungen der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha 2007)

#### Somatisch-funktionale Ziele<sup>7</sup>

Die Empfehlungen der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha) geben eine Orientierung für einige der anzustrebenden Zielwerte bei Patienten mit KHK oder äquivalenten Risikoerkrankungen (z.B. extrakardiale Atherosklerose, Diabetes mellitus) für den somatische-funktionalen Bereich<sup>8</sup>:

- Durchführung eines aeroben der individuellen Belastbarkeit angepassten Ausdauer- und Intervalltrainings an mindestens 3 Tagen pro Woche, am besten jedoch täglich für mindestens jeweils 30 Minuten
- Möglichst häufige körperliche Aktivitäten mit niedriger Intensität (z.B. Treppensteigen, spazieren gehen) im täglichen Alltag
- Durchführung eines der individuellen Belastbarkeit angepassten Kraftausdauer- und Muskelaufbautrainings 2 bis 3-mal pro Woche mit einem Ruhetag nach jedem Trainingstag.
- Bei Fettstoffwechselstörung: Senkung des LDL-Cholesterins auf  $< 100\text{mg/dl}$  ( $< 2,6\text{ mmol/l}$ ) als primäres und Normalisierung der Triglyceride ( $< 150\text{ mg/dl}$ ;  $< 1,7\text{ mmol/l}$ ) und des HDL-Cholesterins Männer:  $> 35\text{ mg/dl}$ ,  $> 0,9\text{ mmol/l}$ ; Frauen:  $> 45\text{ mg/dl}$ ,  $> 1,2\text{ mmol/l}$ )
- Bei arterieller Hypertonie: Senkung der Ruhe-Blutdruckwerte  $< 140/90\text{ mmHg}$ . Bei Patienten mit Diabetes, Niereninsuffizienz und mit chronischer Herzinsuffizienz werden Ruhe-Blutdruckwerte  $< 130/80\text{ mmHg}$  empfohlen, bei Proteinurie über  $1\text{ g pro Tag}$   $< 125/75\text{ mmHg}$ .
- Bei Diabetes mellitus: Steigerung der körperlichen Aktivität, Gewichtsreduktion bei Übergewicht um 5-10%, Beendigung des Rauchens, Blutdruckeinstellung  $< 130/80\text{ mmHg}$ , Normoglykämische Blutzuckereinstellung (kapillär) BZ nüchtern:  $90\text{-}120\text{ mg/dl}$  ( $5,0\text{-}6,7\text{ mmol/l}$ ), BZ 1-2 Std. postprandial:  $130\text{-}160\text{ mg/dl}$  ( $7,2\text{-}8,9\text{ mmol/l}$ ),  $\text{HbA}_{1c}$ :  $\leq 6,5\%$  sowie Optimierung des Fettstoffwechsels (s.o.)
- Metabolisches Syndrom: Korrektur des krankheitsfördernden Lebensstils (Gewichtsreduktion, regelmäßige körperliche Aktivität, Kalorien-reduzierte Kost, Nikotinabstinenz) sowie eine konsequente medikamentöse Therapie zur Behandlung der begleitenden Risikoerkrankungen

#### Psychosoziale Ziele<sup>9</sup>

In diesem Zielbereich stehen psychologische und psychoedukative Maßnahmen im Mittelpunkt.

<sup>7</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/12ff

<sup>8</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007. Ergänzend herangezogen werden für diesen Bereich die Empfehlungen der „Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen“, Bjarnason-Wehrens, B. 2009

<sup>9</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/24ff

Die Empfehlungen der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha) geben eine Orientierung für entsprechende Maßnahmen und Voraussetzungen zur Zielerreichung:

- Hilfe zur Krankheitsverarbeitung
- Unterstützung bei der Reduktion der Risikofaktoren und bei der Entwicklung von Schutzfaktoren
- Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität
- Behandlung von Angststörungen und Depressionen
- Verringerung akuter psychischer Belastungen und Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien
- Verbesserung der sozialen Aufgeschlossenheit und des sozialen Rückhalts
- Förderung einer angemessenen Wiedereingliederung in den Alltag (inkl. Beruf) und Unterstützung bei der krankheitsangepassten Freizeitgestaltung (z.B. Führen eines Fahrzeugs, Weiterführung der Hobbys, Möglichkeiten des Reisens, Gestaltung der Sexualität)

### **Edukative Ziele<sup>10</sup>**

In diesem Zielbereich stehen Maßnahmen zur Gesundheitsbildung und die Durchführung von Gesundheitstrainings im Mittelpunkt. Die Empfehlungen der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha) geben eine Orientierung für entsprechende Maßnahmen und Voraussetzungen zur Zielerreichung:

- Verbesserung der Therapietreue (Compliance) und der aktiven Mitarbeit bei der Krankheitsbewältigung (Adherence) durch u.a.
  - Einflussnahme auf Einstellungen, Werte, Wissen und die Motivation
  - Auseinandersetzung mit den individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepten
  - Stärkung des Vertrauens in die eigene Fähigkeit zur Verhaltensänderung
  - Förderung der positiven Besetzung von Verhaltensänderungen
  - Einbeziehung der Angehörigen
- Beendigung des Rauchens
- Gesunde Ernährung in Orientierung an folgenden Richtlinien (entspricht der s.g. „Mittelmeerkost“):
  - kaloriengerecht
  - ballaststoffreich (> 20 g/Tag)
  - fettarm (gesättigte Fettsäuren < 10% der Gesamtkalorien, Cholesterin < 300 mg/Tag)
  - hoher Anteil an ein- oder mehrfach ungesättigten Fettsäuren, hoher Anteil an Omega-3-Fettsäuren
  - geringer bis moderater Alkoholgenuss (Männer < 30 g/Tag, Frauen < 20 g/Tag)
- Umgang mit Übergewicht mit anzustrebender Gewichtsabnahme bei: BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>, BMI > 27 kg/m<sup>2</sup> und zusätzlichen Risikofaktoren und einer manifesten KHK, Taillenumfang > 102 cm bei Männern und > 94 cm bei Frauen

---

<sup>10</sup> Vgl. hierzu Bjarnason-Wehrens u.a. 2007, III/20ff

## Anlage 2

### Qualitätsstandards der DGPR für Herzgruppen

#### 1. Vertragliche Qualitätsstandards

##### a. *Strukturqualität zur Anerkennung*

Die Anerkennung von neu gegründeten Herzgruppen der DGPR erfolgt entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen in der jeweils aktuellen Fassung. Die Herzgruppen werden durch die Landesorganisationen der DGPR nach einheitlichen Kriterien anerkannt.

Gemäß der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011“ sind dies folgende Kriterien:

- Durchführung der Übungen in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen (Kapitel 2.4).
- Vorhandensein eines netzunabhängigen und tragbaren Defibrillators, eines Notfallkoffers und einer Notrufmöglichkeit mit Telefon oder Handy sowie Gewährleistung der Erreichbarkeit der Gruppe durch den Rettungsdienst (Kapitel 8.1, Anlage).
- Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten z.B. Sportstätte (Größe, Außenanlage, Ausstattung etc.), Gruppenraum (Kapitel 8.1, Anlage).
- Bestimmung der Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf, durch den/die betreuende/n Arzt/Ärztin (Kapitel 10.1).
- Dauer einer Übungsveranstaltung mindestens 60 Minuten (Kapitel 10.3).
- Anzahl der Übungsveranstaltungen bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche (Kapitel 10.3).
- Ständige persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltung (Kapitel 12.2).
- Ärztliche Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen durch auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen (Kapitel 12.2).
- Leitung der Übungen durch eine Übungsleitung, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bietet (Kapitel 13.1).

Entsprechend der „Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Herzgruppen vom 01. September 2011“ zwischen der DGPR und dem vdek sind die weiteren Kriterien:

- Die Herzgruppen haben die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) einzuhalten (§11, Absatz 1).
- Die Herzgruppen verpflichten ihre Mitarbeiter/-innen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen (§11, Absatz 3).
- Die DGPR wird im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf hinwirken, dass ihre örtlichen Herzgruppen den Versicherten der Ersatzkassen entsprechende Nachfolgruppierungen anbieten (§ 2, Absatz 3).

Nach den „Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/in Rehabilitationssport vom 01. Januar 2012“ der BAR sind entsprechende Qualifikationsnachweise für Übungsleiter/innen gefordert:

- Herzgruppenübungsleiter/in der DGPR nach den Ausbildungsrichtlinien der DGPR
- B-Lizenz Übungsleiter/in „Sport in der Rehabilitation – Sport in Herzgruppen“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS bzw. nach den Rahmen-Richtlinien des DOSB
- Eine vergleichbare berufliche Qualifikation

*b. Struktur und Prozessqualität zur Rezertifizierung nach 2 Jahren*

Nach Gründung und Anerkennung einer Herzgruppe ist entsprechend der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ eine fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Angebots gefordert. Sie erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Gruppen verantwortlich sind.

Die Rezertifizierung nach 2 Jahren berücksichtigt die unter Punkt a. Strukturqualität zur Anerkennung aufgeführten Kriterien. Des Weiteren finden die folgenden Punkte Berücksichtigung:

- Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden (Rahmenvereinbarung, Kapitel 8.8).
- Die Landesorganisationen der DGPR stellen dem vdek in regelmäßigen Abständen, mindestens vierteljährlich, ein Verzeichnis der anerkannten Herzgruppen im jeweiligen Bundesland in Dateiform (Excel- oder Access-Format) per E-Mail oder auf Datenträger zur Verfügung (Vereinbarung mit dem vdek zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssport in Herzgruppen der DGPR, §3, Absatz 4).
- Für Rehabilitationsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen (Rahmenvereinbarung, Kapitel 19.1).
- Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren (Rahmenvereinbarung, Kapitel 12.2).
- Umsetzung eines umfassenden rehabilitativen ganzheitlichen Ansatzes mit somatischen, funktionalen, psychosozialen und edukativen Zielen.
- Durchführung, Evaluierung und Abrechnung von mindestens sechs „Gesundheitsbildenden Maßnahmen“ nach dem Konzept der DGPR.
- Verwendung standardisierter Dokumentationsunterlagen
- Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (Kapitel 5.2).

## 2. Zusätzliche DGPR Qualitätsstandards

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen hat auf dieser Grundlage folgende zusätzliche Qualitätsstandards bestimmt:

- Umsetzung eines umfassenden rehabilitativen ganzheitlichen Ansatzes mit somatisch-funktionalen, psychosozialen und edukativen Zielen
- Sicherstellung einer qualifizierten Vertretung von betreuendem Arzt und Übungsleitung
- Approbation und regelmäßige Fortbildungen entsprechend der seitens der Ärztekammer geforderten Fortbildungsrichtlinien (z.B. DGPR /DGSP spezifische Aus-,Weiter - und Fortbildungen)
- regelmäßige Fortbildung (mindestens alle 2 Jahre) der betreuenden Herzgruppenübungsleiter (DGPR spezifische Aus- und Fortbildung)
- Berücksichtigung der ärztlichen Vorbefunde und Kontrolluntersuchungen bei der Festlegung der individuellen Trainingsbelastung, Durchführung von jährlichen Ergometrie-Untersuchungen
- Berücksichtigung der Indikation bzw. Kontraindikation
- Differenzierung nach Belastbarkeit (Übungsgruppe/Trainingsgruppe)
- Verwendung standardisierter Dokumentationen (Anwesenheit, Übungsstunde, Kontrolluntersuchung etc.)
- Gewährleistung der Verwaltungsarbeiten (Abrechnung, Informationsstruktur, Teilnehmerbetreuung etc.)
- Meldepflicht gegenüber der verantwortlichen Dachorganisation
- Durchführung und Evaluierung von „Gesundheitsbildenden Maßnahmen“ entsprechend des Konzeptes der DGPR