

- die Beratung und Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, einschließlich der sozialmedizinischen Begutachtung erwerbstätiger Patienten
- die Einbeziehung des Lebenspartners in die Beratungen.

Die Aufgaben lassen sich in vier Bereiche einteilen: somatisch-funktioneller, psychischer, sozialer und edukativer Bereich. Im optimalen Fall werden alle vier Bereiche in allen Phasen der Rehabilitation berücksichtigt und bauen jeweils auf den Rehabilitationserfolgen der Vorphase auf.

Die kardiologische Rehabilitation steht zwar unter ärztlicher bzw. medizinischer Leitung, die Aufgaben werden aber durch ein interdisziplinäres Therapeutenteam (multiprofessionelle sektoren- und disziplinenübergreifende Versorgung) bewältigt, zu dem Psychologen, Physiotherapeuten, Ernährungs- und Sporttherapie-fachkräfte, Ergotherapeuten, Gesundheitspädagogen, Pflegedienstmitarbeiter, Sozialberater und gegebenenfalls andere Fachkräfte gehören können.

1.5 Einordnung der Herzgruppen in das System der kardiologischen Rehabilitation

M. Matlik

1.5.1 Die Herzgruppen als integraler Bestandteil der kardiologischen Rehabilitation

Die Erfolge der kardiologischen Rehabilitation in der Phase I und II sind gut belegt (28). Sie bedürfen jedoch der nachhaltigen Stabilisierung in der anschließenden Phase III, der lebenslangen Nachsorge und Betreuung am Wohnort. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei den meisten Herzkrankheiten um eine chronische Erkrankung handelt. 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, indem sie den von einer Herz-Kreislauf-Erkrankung Betroffenen eine langfristige Betreuungsstruktur mit Gleichbetroffenen bieten (31). Mit Einführung des Neunten Sozialgesetzbuches im Jahr 2001 ist die verordnete Teilnahme an der Herzgruppe als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Anspruchsleistung, die von den Rehabilitationsträgern vorzuhalten ist (§ 44 Abs. 1 SGB IX). Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entwickelte „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.

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR), die für die Herzgruppen verantwortliche Fachorganisation, definiert die Herzgruppe wie folgt (31):

„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-funktioneller, 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 stellen die weiteren Nachsorgeangebote der Anbieter von Herzgruppen dar. Dies sind weiterführende Angebote zur nachhaltigen Absi-

cherung der in der Herzgruppe erzielten Rehabilitationserfolge ohne ärztliche Betreuung und ohne die Notwendigkeit einer Verordnung.

1.5.2 Ziele der Herzgruppe

Die Zielstellungen für die Arbeit der Herzgruppen lassen sich auf der Grundlage der in der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha) (28) formulierten Rehabilitations- und Therapieziele ableiten und begründen. Sie umfassen auch sekundärpräventive Elemente und sind anhand der individuellen Therapieziele der Teilnehmer angemessen zu konkretisieren. Orientierung für die Festlegung individueller Therapieziele geben die in der DLL-KardReha zusammengetragenen Empfeh-

Somatisch-funktionelle Ziele	Psychosoziale Ziele	Edukative Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und ihrer Folgen • Verbessertes Verständnis wichtiger Untersuchungen und Therapieformen • 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 <p>In diesem Zielbereich stehen Maßnahmen zur Gesundheitsbildung und die Durchführung von Gesundheitstrainings im Mittelpunkt.</p>

Tab. 1.13: Ziele der Herzgruppenarbeit in Orientierung an der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha) (28)

lungen für die Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In Übereinstimmung mit den Zielen und Aufgaben der ganzheitlichen kardiologischen Rehabilitation in der Phase II werden somatisch-funktionelle, 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, da sich entsprechend dem salutogenetischen Modell Gesundheitseinschränkungen/Gesundheitsbedrohungen je nach Ausprägung der psychischen und sozialen Ressourcen des Betroffenen stärker oder schwächer auswirken.

1.5.3 Inhaltliche Umsetzung der Ziele

Die dargestellten Ziele der Herzgruppen beschreiben die durch das Angebot angestrebten Veränderungen im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden. Sie werden jeweils individuell festgelegt, gewichtet und mit dem einzelnen Teilnehmer der Herzgruppe in Form individuell überprüfbarer Teilziele vereinbart.

Aus den in der DLL-KardReha formulierten Zielen und Aufgaben werden für die Arbeit der Herzgruppen fünf Inhaltsbereiche abgeleitet (31):

- Bewegungs- und Sporttherapie
- Ernährung, Ess- und Genussverhalten
- Stressbewältigung und Entspannung

Bereich	Inhalte
Bewegungs- und Sporttherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Sporttherapeutisches Programm • Kenntnisse zur Sportausübung • Anleitung zum regelmäßigen, eigenverantwortlichen Training • Anleitung zu einer aktiveren Alltagsgestaltung • Anleitung zu bewegungsaktiver Freizeit- und Urlaubsgestaltung • Weitergehende Gruppenaktivitäten wie Spaziergänge, Wanderungen, Radtouren etc.
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien • Erlernen von Entspannungstechniken
Krankheitsbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Krankheitsverarbeitung (Coping) • Aufbau/Stärkung individueller psychosoziale Schutzfaktoren • Wissen über die Erkrankung und ihre Risikofaktoren • Gesundheitsorientierte Handlungskompetenz • Vermittlung von praktischen Fertigkeiten für Patienten und ihre Angehörige zur Selbstkontrolle und adäquater Reaktionsweisen • Notfallsituation und Laienreanimation mit Angehörigen • Therapietreue (Compliance)
Alltag, Freizeit und Lebensstil	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsangepasste Ausübung von Alltagshandlungen • Krankheitsangepasste Ausübung von Freizeitaktivitäten • Strategien zur gesunden Lebensführung bei chronischer Erkrankung

Tab. 1.14: Die Inhaltsbereiche der Herzgruppenarbeit (nach 31)

- Krankheitsbewältigung
- Alltag, Freizeit und Lebensstil.

Die Inhaltsbereiche sind eng miteinander verknüpft und umfassen stets somatisch-funktionelle, psychosoziale und edukative Aspekte. Die Einbeziehung des Lebenspartners bei den entsprechenden Maßnahmen wird angestrebt.

Die Herzgruppe wird durch ein interdisziplinäres Team vergleichbar dem der Phase II betreut, wobei der Herzgruppenarzt und eine für die Leitung speziell qualifizierte Fachkraft die Gesamtverantwortung tragen.

Chronisch progrediente Erkrankungen wie es die meisten Herzkrankheiten sind, bedürfen einer lebenslangen Rehabilitation. Die Herzgruppen und ihre nachgeordneten Angebotsstrukturen sind dafür eine Versorgungsstruktur. Für viele Teilnehmer ist die Herzgruppe unabhängig von der Kostenübernahme durch den

Rehabilitationsträger ein dauerhafter Bestandteil ihres Lebens (32). Sie finden dort Unterstützung, Anregungen und Hilfen bei der Krankheitsbewältigung und bei der Verbesserung der Lebensqualität. Die Teilnehmer werden bei der Stabilisierung ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit und bei der dauerhaften Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens im Sinne der Sekundärprävention begleitet (32). Die Herzgruppe leistet somit einen wesentlichen Beitrag zu einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die eine soziale Teilhabe im Sinne des SGB IX nachhaltig sichert. Mit der zu erwartenden demografisch bedingten Zunahme von kardiovaskulären Erkrankungen und der zunehmenden Entwicklung von längerfristigen ambulanten Nachsorgesystemen nimmt die Bedeutung einer solchen wohnortnahen Versorgungsstruktur weiter zu.

1.6 Die historische Entwicklung der Herzgruppen²

H.-H. Engelhardt, M. Matlik

1.6.1 Die koronare Herzkrankheit in der Geschichte

1931/1932 wurde von dem Physiologen Friedrich Hermann Rein (Göttingen) aufgrund experimenteller Untersuchungen und von Franz Büchner (Freiburg) aus pathologisch-anatomischer Sicht der Begriff der Koronarinsuffizienz geprägt. Ihre damaligen Ausführungen haben auch heute noch Gültigkeit. Büchner schrieb damals: *„Eine akute Koronarinsuffizienz liegt dann vor, wenn bei akuter Mehrbelastung des Herzens die für die aktuelle Herzleistung notwendige Blutmenge nicht durch das Koronarsystem gefordert werden kann, wenn also*

ein akutes Missverhältnis zwischen Blutbedarf und Blutangebot im Herzen besteht“. Der Begriff „koronare Herzkrankheit“ und die Auffassung, dass die Herzschmerzen als Folge einer Ischämie (Minderdurchblutung oder vollständiger Durchblutungsausfall eines Gewebes) des Herzmuskels entstehen, haben sich im deutschsprachigen Raum erst ab den 50er-Jahren durchgesetzt.

Die koronare Herzkrankheit ist aber keine Entdeckung der Neuzeit. Befunde an gut erhaltenen ägyptischen Mumien ergaben, dass diese Krankheit bereits einige tausend Jahre v. Chr. Menschen betroffen hat. Eine für die Angina pectoris charakteristische Beschreibung stammt von Erasistratos (etwa 300 v. Chr.). William Heberden (1710–1801) hat in seinem historischen Vortrag vor dem Royal College of Physicians am 21.7.1768 auf der Basis von über 20 Krankengeschichten das Krankheits-

² Dieses Kapitel greift in wesentlichen Teilen auf die im Literaturverzeichnis angeführten Quellen 33,34,35 zurück.