

# Herzgruppen planen, durchführen und auswerten

# 10

*„Die Güte des Werkes ist nicht abhängig vom Werkzeug, sondern von demjenigen, der das Werkzeug bedient.“*

(Unbekannt)

## 10.1 Konzept Herzgruppe

M. Matlik, O. Haberecht, A. Michelmann

### 10.1.1 Herzgruppen als Bestandteil der kardiologischen Rehabilitation

Herzgruppen haben sich als Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten, umfassenden Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bewährt. Sie tragen dazu bei, die Erfolge der kardiologischen Rehabilitation in der Phase I (Frühmobilisation im Akutkrankenhaus) und der Phase II (ambulante oder stationäre Rehabilitation: Anschlussheilbehandlung, Anschlussrehabilitation) in der Phase III (lebenslange Nachsorge und Betreuung am Wohnort) nachhaltig zu stabilisieren oder sogar zu verbessern. Sie unterstützen die Rehabilitationsmaßnahmen der Ärzte vor Ort. Bei der Umsetzung von Programmen zur Intensivierten Nachsorge oder zur Integrierten Versorgung sowie in Disease-Management-Programmen (DMP) kommt ihnen eine wichtige Rolle zu. Die Teilnahme an der Herzgruppe ist gemäß der Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha 2007) für die meisten Indikationen zu empfehlen (2).

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) als die für die Herzgruppen in Deutschland auf Bundesebene fachlich verant-

wortliche Dachorganisation definiert die Herzgruppe wie folgt (1):

*„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.“*

Die DGPR hat auf der Basis der DLL-KardReha 2007 unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben das Konzept Herzgruppe mit ihren Beiträgen zur umfassenden kardiologischen Rehabilitation konkretisiert und Qualitätsanforderungen definiert (1).

Die DGPR versteht die Herzgruppen als konsequente Fortsetzung der Rehabilitation der Phasen I und II. Somit orientiert sich das Konzept „Herzgruppe“ der DGPR an den Zielen der kardiologischen Rehabilitation (2; s. a. Kap. 1):

- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der Prognose
- Beitrag zur Kostenstabilität.

### 10.1.2 Ziele der Herzgruppe und ihre inhaltliche Umsetzung

Vor dem Hintergrund der o.g. Rehabilitationsziele sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse über das Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und insbesondere der koronaren Herzkrankheit einerseits und dem Bedingungsgefüge menschlicher Gesundheit andererseits beschränkt sich die Arbeit der Herzgruppen nicht rein funktionell auf das körperliche Training und die entsprechenden somatischen Effekte. Vielmehr werden immer auch die Ausbildung und die Stärkung einer aktiv wahrgenommenen, dauerhaften individuellen Gesundheitskompetenz im Sinne physischer, psychischer und sozialer Schutzfaktoren gefördert. Da es sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen meist um chronische und fortschreitende Krankheiten handelt, ist die konsequente Umsetzung der Sekundärprävention bzw. Tertiärprävention (s. Kap. 1.3.4) von besonderer Bedeutung<sup>1</sup>. Auch hier kommen psychosozialen Aspekten und Verhaltensfaktoren (z. B. Krankheitsverarbeitung, soziale Unterstützung, Stärkung der Gesundheitsressourcen, adäquates Gesundheitsverhalten) eine besondere Bedeutung zu. Es ergeben sich somit drei zu berücksichtigende Betreuungsebenen: die somatisch-funktionelle, die psychosoziale und die edukative Ebene mit ihren jeweils zu konkretisierenden Therapiezielen (s. Kap. 1.5).

Die Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung ist nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für seine Angehörigen und gegebenenfalls für seine Freunde und Bekannten ein krisenhaftes Ereignis. Daher wird die Rehabilitati-

on als ein Prozess verstanden, durch den der Betroffene die Erkrankung zu bewältigen lernt, durch den aber zugleich seine Umgebung mit den spezifischen Bedürfnissen und Anforderungen des Betroffenen besser umzugehen versteht. Die Einbeziehung von Angehörigen und/oder engen Freunden bei den Aktivitäten der Herzgruppe ist vor diesem Hintergrund unbedingt anzustreben.

Eine Orientierung für die Festlegung individueller Therapieziele geben die in der DLL-KardReha 2007 gegebenen Empfehlungen für die Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2), die im „Konzept Herzgruppe“ der DGPR (2012) zusammengefasst sind (1). Zur Beurteilung der Ergebnisqualität werden die Therapieziele der Teilnehmer in der Herzgruppe anhand geeigneter Dokumentationsbogen (siehe (3): Teilnehmermaterial „Meine Fortschritte ...“) in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst.

Aus den in der DLL-KardReha 2007 in den verschiedenen Betreuungsebenen formulierten Therapiezielen leiten sich für die Arbeit der Herzgruppen fünf Inhaltsbereiche ab. Innerhalb dieser Inhaltsbereiche lassen sich die individuellen Therapieziele der Teilnehmer angemessen konkretisieren (1):

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

Die Inhalte sind eng miteinander verknüpft und werden durch ein multidisziplinäres Betreuungsteam in gegenseitiger Ergänzung und Unterstützung umgesetzt. Dabei werden die somatisch-funktionelle, die psychosoziale und die edukative Betreuungsebene berücksichtigt. In den Herzgruppen wird somit der multimodale interdisziplinäre Ansatz der kardiologischen Rehabilitation konsequent realisiert.

Herzgruppen bieten mit ihren fünf Inhaltsbereichen und den dabei immer berücksichtigten drei Betreuungsebenen Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel, dass die Teilnehmer die Krankheit

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird nur noch von Sekundärprävention gesprochen, da in der kardiologischen Rehabilitation der Begriff in der Regel für beide Bereiche benutzt wird.

Betreuungsebene		
Somatisch-funktionelle Betreuungsebene (2,4)	Psychosoziale Betreuungsebene (2)	Edukative Betreuungsebene (2)
<b>Ziele</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung von krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen</li> <li>• Verringerung von krankheitsbedingten Beschwerden und Missbefindenszuständen</li> <li>• Verbesserung/Stabilisierung der kardiopulmonalen Belastbarkeit</li> <li>• Verminderung der somatischen Risikofaktoren</li> <li>• Stärkung von physischen Schutzfaktoren</li> <li>• Stabilisierung der körperlichen und geistigen Belastbarkeit für das Alltagsleben (inkl. Berufsausübung) und die Freizeit</li> <li>• Krankheitsangepasste Ausübung von Aktivitäten in Alltag (inkl. Beruf) und Freizeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheitsverarbeitung (Coping)</li> <li>• Wiedereingliederung in Beruf und/oder Alltag</li> <li>• Reduktion psychischer Risikofaktoren (Ängstlichkeit, Feindseligkeit, Niedergeschlagenheit, Kontrollambitioniertheit, akute Stressbelastungen etc.)</li> <li>• Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien</li> <li>• Förderung der individuellen psychosozialen Schutzfaktoren (soziale Unterstützung, Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Krankheits- und Gesundheitsverständnis etc.)</li> <li>• Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit und Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und ihrer Folgen</li> <li>• Verbessertes Verständnis wichtiger Untersuchungen und Therapieformen</li> <li>• Vermeidung, Erkennung und Beherrschung akuter Komplikationen und Notfallsituationen (Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und Beherrschung adäquater Reaktionsweisen nach individueller Indikation)</li> <li>• Identifizierung und Beeinflussung/Behandlung von Risikofaktoren und Risikorerkrankungen</li> <li>• Entwicklung einer gesundheitsorientierten Handlungskompetenz und Eigenmotivation zur entsprechenden Lebensgestaltung</li> </ul>
<b>Empfehlungen für Therapieziele</b>		
(bei Patienten mit KHK oder vergleichbaren Risikoerkrankungen, z. B. extrakardiale Atherosklerose, Diabetes mellitus, nach DLL-KardReha 2007) (2)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aerobes, der individuellen Belastbarkeit angepasstes Ausdauer- und Intervalltraining an mindestens 3 Tagen/Woche, am besten täglich für mindestens 30 Min. täglich</li> <li>• Möglichst häufige körperliche Aktivitäten mit niedriger Intensität (z. B. Treppensteigen, spazieren gehen) im Alltag</li> <li>• der individuellen Belastbarkeit angepasstes Kraftausdauer- und Muskelaufbautraining, 2- bis 3-mal/Woche mit einem Ruhetag nach jedem Trainingstag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfe zur Krankheitsverarbeitung</li> <li>• Unterstützung bei der Reduktion der Risikofaktoren und bei der Entwicklung von Schutzfaktoren</li> <li>• Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>• Behandlung von Angststörungen und Depressionen</li> <li>• Verringerung akuter psychischer Belastungen und Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Therapietreue (Compliance) und der aktiven Mitarbeit bei der Krankheitsbewältigung (Adherence) durch u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einflussnahme auf Einstellungen, Werte, Wissen und die Motivation</li> <li>– Auseinandersetzung mit den individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepten</li> <li>– Stärkung des Vertrauens in die eigene Fähigkeit zur Verhaltensänderung</li> </ul> </li> </ul>

**Tab. 10.1:** Betreuungsebenen, Therapieziele und Empfehlungen für individuelle Therapieziele der Herzgruppenarbeit in Orientierung an der Deutschen Leitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha 2007) (2); Fortsetzung auf der nächsten Seite

Betreuungsebene		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senkung von LDL-Cholesterin &lt; 100mg/dl (&lt; 2,6 mmol/l), HDL-Cholesterin (Männer: &gt; 35 mg/dl, &gt; 0,9 mmol/l; Frauen: &gt; 45 mg/dl, &gt; 1,2 mmol/l) und Triglyceride (&lt; 150 mg/dl, &lt; 1,7 mmol/l)</li> <li>• Senkung des Ruhe-Blutdrucks &lt; 140/90 mmHg, bei Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz und chronischer Herzinsuffizienz &lt; 130/80 mmHg, bei Proteinurie &gt; 1 g/Tag &lt; 125/75 mmHg</li> <li>• Bei Diabetes mellitus: Steigerung der körperlichen Aktivität, Gewichtsreduktion bei Übergewicht um 5–10%, Beendigung des Rauchens, Blutdruck &lt; 130/80 mmHg, Normoglykämische Blutzuckereinstellung (kapillär) BZ nüchtern: 90–120 mg/dl (5,0–6,7 mmol/l), BZ 1–2 Std. postprandial: 130–160 mg/dl (7,2–8,9 mmol/l), HbA<sub>1c</sub>: ≤ 6,5% sowie Optimierung des Fettstoffwechsels (s.o.)</li> <li>• Metabolisches Syndrom: Korrektur des krankheitsfördernden Lebensstils (Gewichtsreduktion, regelmäßige körperliche Aktivität, kalorienreduzierte Kost, Nikotinabstinenz) und konsequente Behandlung der Risikofaktoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der sozialen Aufgeschlossenheit und des sozialen Rückhalts</li> <li>• Förderung einer 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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung der positiven Besetzung von Verhaltensänderungen</li> <li>– Einbeziehung der Angehörigen</li> <li>• Beendigung des Rauchens</li> <li>• Gesunde Ernährung in Orientierung an folgenden Richtlinien („Mittelmeerkost“):             <ul style="list-style-type: none"> <li>– kaloriengerecht</li> <li>– ballaststoffreich (&gt; 20 g/Tag)</li> <li>– fettarm (gesättigte Fettsäuren &lt; 10% der Gesamtkalorien, Cholesterin &lt; 300 mg/Tag)</li> <li>– hoher Anteil ein- oder mehrfach ungesättigter Fettsäuren sowie Omega-3-Fettsäuren</li> <li>– geringer bis moderater Alkoholenuss (Männer &lt; 30 g/Tag, Frauen &lt; 20 g/Tag)</li> </ul> </li> <li>• Umgang mit Übergewicht mit anzustrebender Gewichtsabnahme bei: BMI &gt; 30 kg/m<sup>2</sup>, BMI &gt; 27 kg/m<sup>2</sup> und zusätzlichen Risikofaktoren und KHK, Taillenumfang &gt; 102 cm bei Männern, &gt; 94 cm bei Frauen</li> </ul>
Maßnahmen		
Medikamentöse Therapie und Beeinflussung des Lebensstils, insbesondere der körperlichen Aktivität	Psychologische und psychoedukative Maßnahmen	Maßnahmen zur Gesundheitsbildung

Tab. 10.1: Fortsetzung

besser bewältigen, eigene Verantwortung für die Gesundheit übernehmen und langfristig ihren Lebensstil verändern. Mit ihren spezifischen Möglichkeiten unterstützen sie die Teilnehmer bei der Erreichung ihrer Rehabilitations- und Therapieziele.

Die Herzgruppen erfahren eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern. Dies führt bei ihnen jedoch nicht von sich aus zu der notwendigen gesundheitsorientierten Lebensführung und einer nachhaltigen Lebensstiländerung. Hier bestehen bei den Teilnehmern oft erhebliche