

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

---



# **Herzgruppe**

**Positionspapier der DGPR**

## Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für  
Prävention und Rehabilitation  
von Herz-Kreislauferkrankungen 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

Druck: Eigenverlag

1. Auflage: Juni 2004 (in der Fassung vom 05.04.2004)

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

Konsentiert in der Sitzung des Ausschusses Phase III vom 2. April 2004  
Verabschiedet vom Präsidium der DGPR am 3. Juni 2004.

# **Inhalt**

**1. Präambel**

**2. Hintergründe und Rahmenbedingungen für das Positionspapier**

**3. Ziele der Rehabilitation in Herzgruppen**

**4. Inhaltliche Umsetzung der Rehabilitationsziele (Inhaltsbereiche)**

**5. Qualitätssicherung**

**6. Literatur**

**7. Anhang/Anlagen**

## **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-Kreislaufkrankungen (DGPR) als verantwortliche Dachorganisation auf Bundesebene auf der Basis 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 / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/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 Stressmanagementtechniken, 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 kardiologischen Rehabilitation ableiten und begründen.<sup>1</sup>

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

### **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

---

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

## 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.<sup>2</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

### Bewegungs- und Sporttherapie

- Umfassendes sporttherapeutisches Aufbauprogramm (d.h. Vorbereitung auf das eigentliche Training und ein gezieltes Aufbautraining) 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.)

---

<sup>2</sup> 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.

- 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 Übungsstundenaufbau und zur Sportbekleidung
  - Informationen zu Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, der Herzfrequenz an der Belastbarkeitsgrenze, der Trainingsherzfrequenz und anderer Belastungsparameter
  - 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 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

### **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)
- 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 Rehabilitationssportgruppen 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 Ordnungsformulars 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 adäquater Qualifikation nach den Richtlinien der DGPR

## 6. Literatur

1. Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001 Teil I Nr. 27, Bonn, 22. Juni 2001.
2. Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (GKV/RV) vom 01.10.2003. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/M., 2003.
3. Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports vom 01. Oktober 2003 (Vereinbarung Rehasport 2003 - VdAK/AEV). Siegburg, 2003.
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, 2003.
5. Richtlinien der DGPR für die Anerkennung und Zertifizierung von Herzgruppen. Eigenverlag, Koblenz, Februar 2001.
6. Sport, Bewegung, Gesundheit – Grundlagen und Leitziele für die Praxis gesundheitsorientierter Sport- und Bewegungsangebote in Nordrhein-Westfalen. LandesSportBund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Duisburg, 2003.
7. Handbuch der Herzgruppenbetreuung. Brusis O.A., Matlik M., Unverdorben M.. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage, Spitta-Verlag, Balingen, 2002.
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 Herzerkrankung. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). Z Kardiol 92:501-521 (2003)
10. Empfehlungen des Koordinierungsausschusses gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 2 SGB V: „Anforderungen“ an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit. Beschluss des Koordinierungsausschusses vom 31.3.2003 für ein DMP KHK, Siegburg, 2003.
11. Siebente Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (7. RSA-ÄndV), Anlage 5. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 16, Bonn, 30. April 2003.
12. Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.. Teil I: Herz Kreislauf 2000; 32:141-5; Teil II: Herz Kreislauf 2000; 32:294-7; Teil III: Herz Kreislauf 2000; 32:378-80; Teil IV: Zkardiol (2002); 91:99-102 sowie Sonderdruck (Teil I – IV), Eigenverlag, Koblenz 2002.

## 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 aufgefordert 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 Möglichkeiten der Träger flexibel gehandhabt werden.

Für die praktische Durchführung sind, entsprechend der Möglichkeiten der Träger, verschiedene Organisationsformen vorstellbar:

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

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 Landessportbünde 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 und dem Nachweis einer mindestens zweijährlichen Teilnahme an einem kardiopulmonalen Reanimationskurs.
- 7.3.5 Nach Maßgaben der DGPR: Kardiologische Prävention und Rehabilitation – Lehrbuch der Ärzte in Herzgruppen, Unverdorben, M., Brusis, O.A., Rost, R., Deutscher Ärzteverlag 1995.
- 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. Brusis, O.A.; Matlik, M.; Unverdorben, M. 6. Auflage, Spitta-Verlag, Balingen, 2002.
- 7.3.8 Rahmenvereinbarung GKV/RV § 10, Abs. 10.1, Satz 1+2:  
Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 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.