

Positionspapier des LVS/PR zur Entwicklung von Insuffizienzgruppen

Ausgehend von der Fortbildungsveranstaltung „Herzgruppe – auch eine Chance für Menschen mit Herzleistungsschwäche“ hat sich die Mitgliederversammlung mehrheitlich zur Bildung von speziellen **Insuffizienzgruppen (IG)** neben den bestehenden Übungsgruppen, Trainingsgruppen und gemischten Gruppen auf der Basis der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 i. d. F. vom 01. Januar 2007 ausgesprochen.

Die Effektivität und Sicherheit eines individuell dosierten und überwachten Bewegungstrainings bei Patienten mit CHF ist durch Untersuchungen, Trainingsstudien und praktischen Erfahrungen aus unserer Sicht umfangreich bestätigt um jetzt diesen Schritt, auch ohne zentrale Vorgaben, zu gehen.

Das Hauptziel dieser Gruppen sehen wir in der Verbesserung von Alltagsaktivitäten und Lebensqualität als Ergebnis einer Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, einer Reduktion der Symptomatik und einer insgesamt bessere Prognose.

Bei der inhaltlichen Umsetzung werden vorwiegend **alltagsrelevante** Übungsformen zur Schulung der motorischen Hauptbeanspruchungsformen Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit angewendet. Fester Bestandteil jeder Übungseinheit ist das Erlernen und Üben individuell ausgerichteter Heim/Haus-Übungsprogramme. Im Sinne der Ganzheitlichkeit der Rehabilitation sind Angebote zur Lebensstiländerung sowohl übungsbegleitend wie auch ergänzend anzubieten.

- **Die Arbeit mit speziellen Insuffizienzgruppen (IG) ist beim LVS/PR mit dem Vordruck „Antrag auf Anerkennung einer IG“ anzuzeigen. Diese Gruppenangebote richten sich vorwiegend an Patienten mit NYHA III und III+.**
- **Die Einbeziehung von Patienten mit NYHA I/II+ in Übungs- und gemischte Gruppen ist der Entscheidung des betreuenden Arztes vorbehalten.**
- **Der Landesverband beauftragt Herrn Dr. med. Charrier zur Bildung einer zeitweiligen Arbeitsgruppe „Herzinsuffizienz“.**

Die nachfolgend aufgeführten Punkte sind auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung als **verbindliche** Empfehlung zu verstehen um den handelnden Personen Sicherheit zu geben und um gegenüber den Kostenträgern rechtssicher argumentieren zu können.

1. Indikationen und Kontraindikationen für Insuffizienzgruppen

Indikation

- NYHA III und III+
- EF < 40%
- 2x stationäre Behandlung/Jahr wegen CHF (*Im folgenden Text wird CHF = chronic heart failure oder congestive heart failure als englische und internationale übliche Abkürzung für Herzinsuffizienz verwendet*)
- Stabiler Verlauf der CHF über 4 Wochen medikamentöser Therapie

Kontraindikation

- Dekompensierte CHF (NYHA IV)
- Instabile A.P.
- Akute Myokarditis
- Hochgradige ventrikuläre Rhythmusstörungen-nicht AICD gesichert
- Nicht korrigierte hämodynamisch wirksame Vitien
- Pulmonale Genese der Luftnot
- Andere Ursachen, die eine Kontraindikation zu einer Bewegungstherapie darstellen

2. Verordnungsunterlagen

Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport (Muster 56). Rückseite: Rehabilitationssport in Herzgruppen

Häufigkeit mindestens 2x besser 3x/Woche, als Begründung „**IG**“ (Insuffizienzgruppe) einsetzen

3. Basisdiagnostik

- Herz-Echo
- Belastungs-EKG mit Bestimmung des Trainings- und Maximalpulses
- NT-ProBNP
- Kontrolle der CHF-Medikamente

4. Erweiterte Basisdiagnostik (fakultativ)

- *Spiroergo (50% VO₂-peak in Watt)*

5. Verlaufsdiagnostik/ - dokumentation (in jeder Übungseinheit)

- Tagesanamnese (RR, HF, Gewicht)
- Belastungsprotokoll (HF, Borg-Werte, Last, Wdh., Umfang)
- CHF Medikamente

6. Kontrolldiagnostik

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| - 6-min Gehtest | aller 12 Wochen |
| - Fragebogen zur Herzinsuffizienz | aller 12 Wochen |
| - Klinische Untersuchung | aller 12 Wochen |
| - NT-ProBNP | aller 24 Wochen |
| - <i>Spiroergo</i> | <i>fakultativ</i> |

7. Organisationsform

Anzustreben ist ein tägliches Üben der betroffenen Patienten, wobei mindestens 2x besser 3x/Woche ein Gruppentraining unter Anleitung und über mindestens 60' abzusichern ist. Für die restlichen Wochentage sind die Patienten zur selbständigen Durchführung von Haus/Heimprogrammen zu befähigen.

Für die Vorbereitungs- und Aufbauphase wäre ein Üben in **geschlossenen** Gruppen die optimale Lösung (Patienten sammeln, Warteliste).

In aller Regel wird es sich aber auch bei den IG um **offene** Gruppen mit ständig neuen Zugängen handeln. Dabei ist für neue Patienten grundsätzlich durch individuelles Betreuen der stufenweise Aufbau über die Vorbereitungs- und Aufbauphase abzusichern.

8. Teilnehmerzahl

Über die Anzahl der Teilnehmer entscheiden Arzt und Übungsleiter gemeinsam in Abhängigkeit von Raumgröße, Geräteausstattung, pädagogisch-didaktischer und fachlich-methodischer Erfahrung des Übungsleiters. Mehr als 12 Teilnehmer sollten vermieden werden.

9. Notfallmanagement

- Notfallkoffer mit der durch den LVS/PR empfohlenen Basisausstattung
- Netzunabhängiger Defibrillator mit EKG-Monitor oder AED

10. Empfohlene Geräte

- Ergometer (drehzahlunabhängig) vorzugsweise mit Monitoring
- Laufband vorzugsweise mit Monitoring
- Pulsuhren
- Blutdruckmessgeräte

11. Qualifikation von Übungsleiter und Arzt

- ÜL:
- gültige Lizenzen für Übungsleiter „Sport in Herzgruppen“ und als Ersthelfer
 - bei Einsatz eines AED ist gültiger Nachweis erforderlich
 - Ausbildung in einem medizinischen Beruf und Kenntnisse in der Funktionsdiagnostik sind vorteilhaft

- Arzt: - (allgemein) approbierter Arzt mit anwendungsbereiten Kenntnissen in der Ersten Hilfe, der HLW und in der Anwendung des Defibrillators
- Erfahrungen in der Diagnostik und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Sichere Kenntnisse und Erfahrungen (bei Nachweis regelmäßiger Fortbildung) hinsichtlich Rhythmusstörungen

12. Qualitätssicherung

- Ergänzend zur einheitlichen Dokumentation in Herzgruppen sind die Basisdiagnostik und die Kontroll-/Verlaufsdiagnostik auswertbar zu dokumentieren und entsprechende Formblätter zu entwickeln.
- Neben der Erfassung von Puls- u. Blutdruckwerten sind unbedingt Borg-Werte und das Gewicht zu erfassen. Aufzeichnungen zu Last/Gewicht, Wdh. und zeitlichem Umfang sind sinnvoll.
- Ärzte und Übungsleiter verpflichten sich zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch und einer offenen Ergebnisdiskussion sowie bei Bedarf zur zeitweiligen Mitarbeit in der Arbeitsgruppe des LVS/PR „Herzinsuffizienz“
- Wissenschaftliche Evaluation durch eine universitäre Einrichtung ist anzustreben

13. Folgeverordnung

Für Patienten mit CHF sind Folgeverordnungen sicherlich der Regelfall. Grundlage dafür ist die **Empfehlung zur Leistungsdauer des Rehabilitationssports bei Herzkrankheiten der DGPR und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 24.Juli 2003 i.d.F. vom 01.Januar 2007, Pkt.2.1, 2.2 oder 3.**

14.Schlussbestimmung

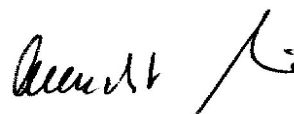
Das Positionspapier wird allen Trägervereinen von Herzgruppen, dem Sächsischen Behinderten- und Versehrtenverband e.V., der DGPR und den Rehabilitationsträgern im Land Sachsen schriftlich zugestellt.

Eine Veröffentlichung erfolgt auf der Homepage des LVS/PR.

Nach Ablauf der Überarbeitungszeit als verbindliches Arbeitspapier durch den Vorstand des LVS/PR in Kraft gesetzt am 13.06.2008.



Dr. med. C. Altmann
Vorsitzender LVS/PR



Dr. med. A. Charrier
AG Herzinsuffizienz

Anlage:

Beispiel für den Therapieaufbau
Herzinsuffizienzfragebogen