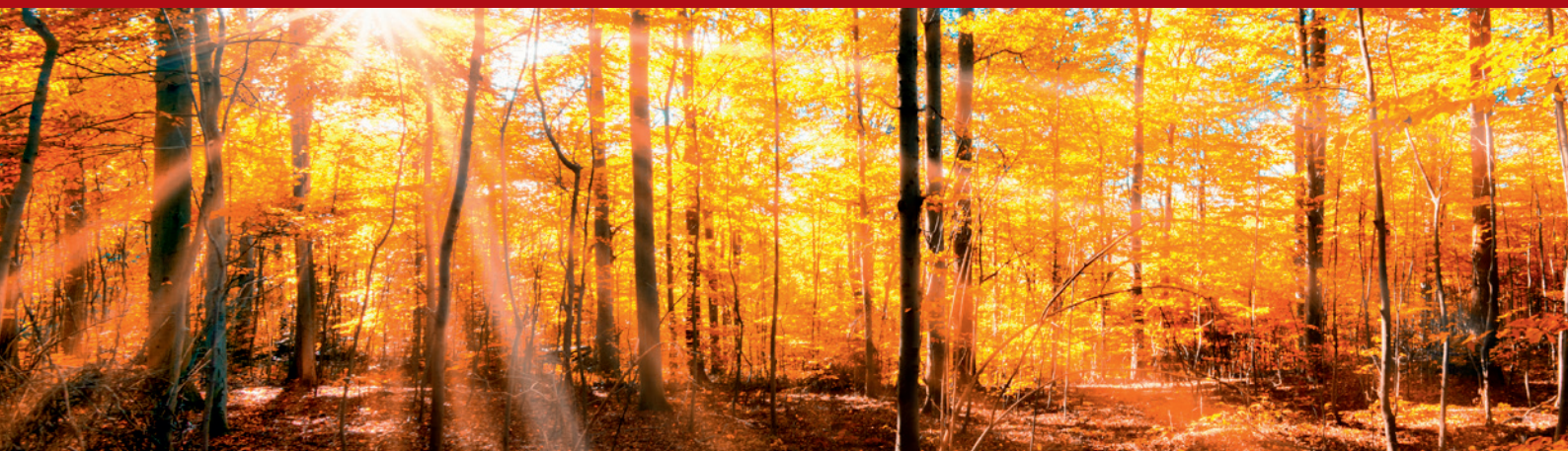




LVPR
Sachsen-Anhalt/
Thüringen

HERZGRUPPE

Newsletter



SEHR GEEHRTE LESER DER LANDESVERBANDSZEITUNG DER BUNDESLÄNDER SACHSEN-ANHALT UND THÜRINGEN FÜR HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN,

mit der heutigen Ausgabe möchten wir uns dem Thema der epidemiologischen Entwicklung der Herzinsuffizienz stellen und dies insbesondere auf Grundlage der aktuellen Entwicklungen, von Leitlinienempfehlungen und von „neuen“ Positionspapieren unseres Dachverbandes, der DGPR. Dieses Thema ist ebenfalls Inhalt des Herzwochenmonats der Deutschen Herzstiftung im November: www.herzstiftung.de/service-und-aktuelles/herztermine-und-veranstaltungen/herzwochen

Als Landesverband ist es unser Ziel Sie über unsere verbandsinternen Aufgaben und deren Umsetzung zu informieren, dies auch in Bezug auf unsere gesellschaftspolitischen Funktionen in Kooperation mit den Kostenträgern und Verbänden.

Ziel dieser Sonderausgabe ist es, Sie auf die aktuelle Situation zur Herzinsuffizienz in Deutschland und seinen Bundesländern hinzuweisen. Gleichzeitig möchten wir Sie über die gesellschaftlichen und kostenträgerseitigen Rahmenbedingungen in Kenntnis setzen.

Auf der Basis der S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation und der Nationalen Versorgungsleitlinie zur

Herzinsuffizienz (NVLL), den dort kommunizierten klaren Empfehlungen zur Bewegungstherapie (Evidenz IA) und Gesundheitsbildung, sind Rahmenbedingungen geschaffen worden, die für uns als Landesorganisation Handlungsbedarf definieren. So hat die DGPR als Fachgesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen die aktuellen Positionspapiere „Die Herzinsuffizienzgruppe“ sowie „Curriculum Herzinsuffizienztrainer der DGPR“ erstellt und mit den Kostenträgern als Basis unserer Verbandsarbeit verhandelt.

In Umsetzung der bestehenden Rahmenbedingungen und als Gründungsvoraussetzung zur Bildung von Herzinsuffizienzgruppen führten wir am 04./05.09.2020 eine fachspezifische Weiterbildung zu diesem Thema entsprechend der Positionspapiere durch.

Darüber berichten wir in dieser Ausgabe, aber auch über die Fortbildung im Rahmen der Gesundheitsbildenden Maßnahmen am selbigen Tag mit Patienten und Angehörigen.

Ziel der Ärzte- und Übungsleiterweiterbildung war es, Voraussetzungen für die Neugründung von Herzinsuffizienzgruppen in unseren Bun-

desländern zu schaffen. Dies stellt gleichzeitig eine Verhandlungsbasis mit den Kostenträgern in 2020 dar. Der avisierte Termin 22.10.2020 wurde aus Krankheitsgründen seitens der Kostenträger verlegt, wird aber in diesem Jahr noch stattfinden. Wir werden darüber informieren und Ihnen zeitnah die Ergebnisse mitteilen.

Zwischenzeitlich beeinflusst die „Coronapandemie“ unser tägliches Leben und der Lock Down Light die Rahmenbedingungen der Gesellschaft.

Aus diesem Grund wurde auch empfohlen die Herzgruppentätigkeit wiederholt zu pausieren. Eine sicherlich nicht schöne Situation für unser gemeinsames Ziel durch die Herzgruppenteilnahme eine nachhaltige Lebensstilintervention als Risikomanagement für die Progredienz der Erkrankung.

Es ist deshalb erforderlich neue Wege für die wohnortnahe Rehabilitation zu suchen und als Basis unserer Arbeit umzusetzen.

Andererseits müssen wir gemeinsam die und unsere Gesundheitskompetenz verbessern um unser gemeinsames Ziel einer nachhaltigen Lebensstilintervention zu erreichen. Die bisher vorgehaltenen Struktu-



ren sind aus diesem Grund verbesserungswürdig und reformbedürftig. So planen wir für 2021 unsere Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte/Übungsleiter zu den Themen Rehabilitation und Prävention. Letzteres mit Ausbildung von Präventionscoaches.

Wir planen den strukturellen Aufbau von Herzinsuffizienzgruppen und wir werden dem Thema Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ein großes Augenmerk widmen.

Gerade in der Gesundheitskompetenz sehen wir einen großen Handlungsbedarf und Notwendigkeit für unsere Arbeit.

Dazu werden wir mit den Kostenträgern gemeinsame Anstrengungen finden um dieses Ziel zu erreichen gemeinsam mit einem Netzwerk Verbündeter.

Dazu ist es uns gelungen einen wissenschaftlichen Beirat zu gründen um mit dessen Expertise neue Wege zu finden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Olaf Haberecht

Vorsitzender LVPRST/TH

In Umsetzung der Gründung von Herzinsuffizienzgruppen im Bundesland Sachsen-Anhalt mit Bezug zur bereits bestehenden jahrelangen Kooperation mit den AMEOS Kliniken Ost führten wir ein Interview mit dem neuen Regionalgeschäftsführer Herrn Frank-Ulrich Wiener durch. Anbei ein Auszug aus dem geführten Interview zwischen Herrn Wiener und dem Landesverbandsvorsitzenden Herrn Haberecht:

O. Haberecht: Sehr geehrter Herr Wiener, seit Jahren kooperiert der Landesverband mit dem AMEOS Klinikum Aschersleben-Staßfurt. In der Ära des RGF Dr. L. Timm wurde eine Erweiterung der Zusammenarbeit mit der AMEOS Region Ost besprochen und vereinbart. Wie sehen Sie die Entwicklung der Zusammenarbeit aus ihrer Sicht und welche neuen Wege sehen Sie als Ziel einer zukünftigen Zusammenarbeit?

F.-U. Wiener: Die bekannten Faktoren der demographischen Entwicklung als auch die schlechte epidemiologische Situation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind letztendlich nichts Neues. Sie haben uns schon längere Zeit als Krankenhausträger dazu bewogen die bisherige Kooperation mit dem LVPR zu erweitern, anzupassen und zu entwickeln um damit zu einer Nachhaltigkeit zur Lebensstilintervention beizutragen. Eine sinnvolle Ergänzung zu den Therapieempfehlungen aus dem Klinikbereich. Das gemeinsame Ziel ist dabei das Angebot der wohnortnahen Rehabilitation zu verbessern, ich meine damit die Herzgruppen, andererseits dazu beizutragen dass Klinik und nachfolgende Rehabilitation empfohlen und genutzt wird. Wie wir aus der Studienlage wissen besteht hier Handlungsbedarf.

Deswegen besteht ein wesentlicher Fokus unserer Zusammenarbeit in gemeinsamen Fort- und Weiterbildungen rund um die Themen Kardiovaskuläre Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsbildung.

Andererseits sehen auch wir die zunehmende Progredienz der Herzinsuffizienz bei bekannter demographischer Situation und aus diesem Grund werden wir aktiv

die Gründung und den Aufbau von Herzinsuffizienzgruppen unterstützen. Wie ich weiß ist dies ein neues Aufgabengebiet ihres Landesverbandes und meines Erachtens zwingend notwendig.

O. Haberecht:

Das hört sich ja sehr interessant an und freut uns und besonders mich als Interessenvertreter der Herzpatienten. Aber besteht darin nicht auch hier ein Widerspruch zum ökonomischen Ansatz von Krankenhausträgern?

F.-U. Wiener: Unabhängig der Ökonomie, die wir ja als Krankenhausträger immer in den Augen behalten, finden Sie diese Ausrichtung auch in den definierten AMEOS Spezifika „Unsere Mission“, „Unsere Vision“, „Unsere Werte“ und „Unser Weg“. Diese Ausrichtungen sind letztendlich Ausdruck unserer Firmenphilosophie und mit Bezug auf die Rehabilitation ein Ausdruck für die Unterstützung ein Basis zur Nachhaltigkeit notwendiger Lebensstilintervention. Dies spielt auch eine Rolle in der betrieblichen als auch kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Über ein regionales Netzwerk und innerbetriebliche Ansätze zum BGM sehen wir unsere Aktivitäten.

O. Haberecht: Herr Wiener, ich möchte mich für das klärende und zielführende offene Interview bei Ihnen bedanken.

Auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit, ich glaube es ist notwendig Ihnen in meiner Funktion als Interessenvertreter der Patienten aber auch in meinem Namen Ihnen Dank zu sagen für ihre Unterstützung.

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE

CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

1. DEFINITION DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ

Pathophysiologisch: Bei der Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Organismus mit ausreichend Blut und Sauerstoff zu versorgen, um einen stabilen Stoffwechsel unter Ruhe- oder Belastungsbedingungen zu gewährleisten. Durch begleitende Veränderungen versucht der Organismus die Dysfunktion von Herz- und Skelettmuskulatur und Niere zu kompensieren.

Klinisch: Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie z.B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf dem Boden einer kardialen Funktionsstörung bestehen. Bei einer asymptomatischen linksventrikulären Dysfunktion besteht eine objektivierbare kardiale Dysfunktion ohne begleitende Symptomatik.

2. FORMEN DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ

Herzinsuffizienz kann nach verschiedenen Kriterien differenziert werden:

- » nach dem Ort des Auftretens:
Linksherzinsuffizienz, Rechtsherzinsuffizienz oder globale Herzinsuffizienz;
- » nach dem zeitlichen Verlauf: chronische Herzinsuffizienz (entwickelt sich über einen längeren Zeitraum) oder akute Herzinsuffizienz (tritt nach einem akuten Ereignis auf, z. B. nach massivem Herzinfarkt oder schweren Herzrhythmusstörungen);

» nach der Ursache der funktionellen Störung:

- verminderte linksventrikuläre Pumpfunktion: Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (Heart Failure with reduced Ejection Fraction, HFrEF),
- gestörte Füllung des Herzens bei erhaltener Pumpfunktion: Herzinsuffizienz mit erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion (Heart Failure with preserved Ejection Fraction, HFpEF)

3. RISIKOFAKTOREN

Als wichtigste Risikofaktoren für das Auftreten einer Herzinsuffizienz gelten: Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Rauchen, starker Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und Adipositas. Auch familiäre Dispositionen für Kardiomyopathien sowie bestimmte Arzneimittel und Therapieverfahren für die Behandlung von Tumorerkrankungen erhöhen das Risiko der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.

4. THERAPIEPLANUNG

Empfehlungen zu körperlicher Aktivität und Training:

- » Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll empfohlen werden, körperlich aktiv zu sein.
- » Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll eine langfristige strukturierte Trainingsintervention empfohlen und ggf. vermittelt werden.
- » Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es notwendig, Voraussetzungen zu schaffen, um strukturierte Trainingsprogramme speziell für Patienten mit Herzinsuffizienz (in Herzinsuffizienz-Gruppen) flächendeckend zu implementieren.
- » Das Trainingsprogramm bei Patienten mit Herzinsuffizienz soll auf einem Ausdauertraining basieren, das um ein dynamisches Krafttraining ergänzt werden kann.
- » Die individuelle Intensität eines strukturierten Ausdauertrainings von Patienten mit Herzinsuffizienz sollte pulsfrequenzgesteuert nach den Ergebnissen einer (Spiro-) Ergometrie festgelegt werden.

Abbildung 4: Therapieoptionen bei chronischer Herzinsuffizienz

Kausale Therapie	Nicht-medikamentöse Therapie	Medikamentöse Therapie	Apparative und operative Therapie
KHK Vitien Arrhythmien Anämie ...	Schulungen Körperliches Training Modifikation des Lebensstils	prognoseverbessernd symptomorientiert	CRT ICD VAD/TAH Herztransplantation
- Beachtung, ggf. Behandlung von Komorbiditäten - regelmäßige Verlaufskontrollen - Beachtung psychosozialer Aspekte		- Selbstmanagement/Selbstfürsorge - palliativmedizinische Versorgungsplanung	

Quelle: <https://www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-herzinsuffizienz/3-auflage/kapitel-1>

S3-LEITLINIE ZUR KARDIOLOGISCHEN REHABILITATION BEI PATIENTEN MIT CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ

Hier finden Sie aktuelle Empfehlungen aus der S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (anbei ein Auszug für Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz):

INDIKATION UND DURCHFÜHRUNG EINER KARDREHA BEI PATIENTEN MIT CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ (CHI)

Empfehlung zur <u>Indikation</u> einer KardReha bei Patienten mit CHI	Empfehlungsstärke Evidenzgrad Konsens
Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (NYHA I-III) und bei stabilisierten Patienten nach Dekompensation soll eine kardiologische Rehabilitation durchgeführt werden (6, 150-154), da hierdurch eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (155-157), der funktionalen Kapazität (156, 158, 159) und der Lebensqualität erzielt wird (156-159).	↑↑ 1+ 100 %
Empfehlungsstärke nach AWMF (100); Evidenzgrad. n. SIGN (5); Konsens beteiligter Fachgesellschaften; (Kap. 1.11.6 und 1.11.10)	

Empfehlungen zur <u>Durchführung</u> einer KardReha bei Patienten mit CHI (Teil 1)	Empfehlungsstärke Evidenzgrad Konsens
Bei Patienten mit chronischer Myokardinsuffizienz (NYHA I-III) und bei stabilisierten Patienten nach kardialer Dekompensation soll die kardiologische Rehabilitation möglichst früh nach der Krankenhaus-entlassung beginnen (Phase II Reha) (150-153, 157, 160).	↑↑ 1+ 100 %
Die kardiologische Rehabilitation soll zentrumsbasiert (ambulant, stationär oder gemischt), multidisziplinär und unter fachkardiologischer Verantwortlichkeit und Supervision stattfinden (12, 153, 157, 158, 161-163).	↑↑ 1+ 100 %
Die kardiologische Rehabilitation soll auf der Basis eines individuell angepassten strukturierten und überwachten Trainingsprogramms stattfinden (151-153, 157, 158, 164). (Kapitel 5.2.3).	↑↑ 1+ 100 %
Empfehlungsstärke nach AWMF (100); Evidenzgrad. n. SIGN (5); Konsens beteiligter Fachgesellschaften; (siehe Kap. 1.11.6 und 1.11.10)	

Empfehlungen zur <u>Durchführung</u> einer kardiologischen Rehabilitation bei Patienten mit CHI (Teil 2)	Empfehlungsstärke Evidenzgrad Konsens
Die kardiologische Rehabilitation soll über das Trainingsprogramm hinaus (siehe Kapitel 5.2.3) folgende individuell angepasste Komponenten enthalten:	
a) Konsequentes <u>Management der kardiovaskulären Risikofaktoren</u> und Risikoerkrankungen einschließlich der nachhaltigen Etablierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Therapie (151-153)	↑↑ 1++ 100 %
b) <u>Edukative Elemente</u> : Schulung der Patienten im Verständnis und im Umgang mit der eigenen Erkrankung (z.B. Selbstmonitoring, Wirkung der medikamentösen Therapie, Besonderheiten der ICD- und CRT-Systeme) (Kapitel 5.8.3)	↑↑ 1+ 100 %
c) <u>Psychologische Unterstützung</u> und bei Bedarf psychologische Intervention (z.B. zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sowie der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung, Überwindung krankheitsbedingter Depression und Angst etc.) (siehe Kapitel 3.3 und 5.3)	↑↑ 4 (EK) *) 100 %
Empfehlungsstärke nach AWMF (100); Evidenzgraduierung nach SIGN (5); Konsens der beteiligten Fachgesellschaften; (siehe Kap. 1.11.6 und 1.11.10); *) EK, Expertenkonsens	

Durch die S3-Leitlinie wurde die Basis für eine kontinuierliche und ganzheitliche Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschaffen. Mit ihren Empfehlungen aus Fachkreisen soll diese Leitlinie die Schnittstellenproblematik der kardiologischen Rehabilitation verbessern.

Ein Ziel ist es, dem Patientenverlust in den drei Phasen der kardialen Rehabilitation – Phase I (im Krankenhaus), Phase II (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussrehabilitation (AR)), Phase III (wohntnahe Rehabilitation als lebenslange Nachsorge) – entgegenzuwirken.

Weitere Informationen finden Sie unter:

https://www.lvpr.info/images/S3_LL_KardRehaDACH_Langfassung_final_Version1.1_2020_01_21SBa.pdf

HERZGRUPPEN FÜR PATIENTEN MIT HOHEM KARDIOVASKULÄREM EREIGNISRISIKO – HERZINSUFFIZIENZGRUPPEN

Aktuell stehen in Deutschland knapp 7000 Herzgruppen zur Verfügung. Patienten mit hohem kardiovaskulärem Ereignisrisiko, schwer herzinsuffiziente Patienten, bringen für die normale Herzgruppe keine ausreichende Belastbarkeit mit und benötigen eine angepasste Herzgruppe mit einer intensiveren Betreuung.

Die DGPR hat deshalb im Jahr 2018 ein Positionspapier erarbeitet, das die Grundlagen, Rahmenbedingungen und Voraussetzungen enthält, um Herzgruppen für Patienten mit hohem kardiovaskulärem Ereignisrisiko (Herzinsuffizienzgruppen) zu etablieren.

Voraussetzung für die Aufnahme eines Bewegungstrainings ist die Kenntnis der körperlichen Belastbarkeit, die sich aus dem Belastungs-EKG ergibt und aus der sich eine Trainingsherzfrequenz errechnen lässt.

Trainingsmöglichkeiten in einer Herzinsuffizienzgruppe bietet als Grundlage ein individuell dosiertes, grundsätzlich ärztlich überwacht, aerobes Ausdauertraining (z. B. Fahrrad-Ergometertraining, Gehen, Walken, Radfahren). Bei geringer Belastbarkeit ist die Intervallmethode der Dauermethode vorzuziehen.

Ergänzend soll ein individuell dosiertes, dynamisches Krafttraining durchgeführt werden. Ein Beweglichkeits- und ein Koordinationstraining ergänzen das Programm. Zusätzlich werden spezielle Atemübungen zur Kräftigung der Atemmuskulatur und Entspannungsübungen durchgeführt.

Mit der Nachsorgemöglichkeit in Herzinsuffizienzgruppen kann ein Beitrag geleistet werden, die Mortalität zu senken und Rehospitalisationen zu vermeiden. Kardiale Überlastungssituationen können deutlich reduziert werden.

Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter:

https://www.lvpr.info/images/2019_08_15_Positionspapier_DGPR_Herzinsuffizienz_Endfassung_fuer_GKV.pdf
https://www.lvpr.info/images/2019_07_08_Curriculum_Herzinsuffizienztrainer_DGPR.pdf

VERGÜTUNGSVEREINBARUNG MIT DEM VDEK

In der Vergütungsvereinbarung mit dem vdek, die seit dem 01.01.2020 gültig ist, wurden die Herzinsuffizienzgruppen bereits mit aufgenommen.

DIE ERSATZKASSEN VERGÜTEN DEN REHABILITATIONSSPORT:

- » in Herzgruppen mit einem Betrag von 8,80 Euro je Übungsveranstaltung und teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten.
- » in Herzinsuffizienzgruppen mit einem Betrag von 16,60 Euro je Übungsveranstaltung und teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten.

DIE ERSATZKASSEN VERGÜTEN BEI FOLGENDEN GESUNDHEITSBILDUNGSMASSNAHMEN:

- A) Vortrag „Krankheitsbewältigung bei arterieller Hypertonie“
- B) Vortrag „Risikofaktor Psyche bei KHK-Patienten, Stressformen“
- C) Vortrag „Kardiovaskuläre Risikofaktoren“
- D) Vortrag „Ernährung bei KHK“
- E) Vortrag „Körperliche Aktivität und Training in der Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen“
- F) Vortrag „Koronare Krankheitsbilder“

- G) Vortrag „Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen“
- H) Vortrag „Risikofaktor Rauchen“

die Teilnahme mit einem Betrag von 8,80 Euro je Maßnahme und teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten. Die vorgenannten Maßnahmen A) bis H) können je Verordnung jeweils einmal abgerechnet werden.

HERZGRUPPEN MIT SPEZIELLEN FRAGESTELLUNGEN - DIE HERZINSUFFIZIENZGRUPPEN DER DGPR

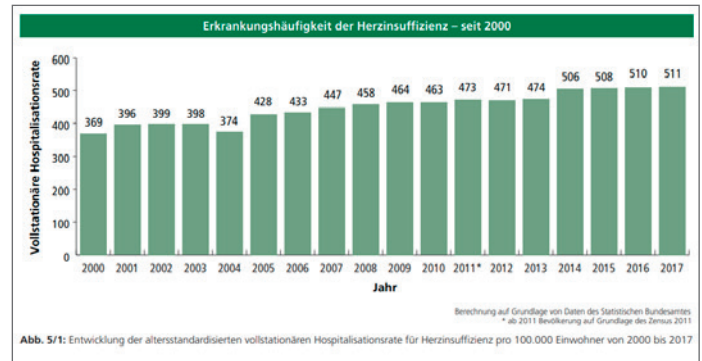
H. Löllgen und O. Haberecht

I. EPIDEMIOLOGIE DER HERZINSUFFIZIENZ

(Deutscher Herzbericht 2018)

Statistisch wird die Herzinsuffizienz in seiner klinischen Bedeutung als systolische als auch diastolische Herzinsuffizienz erfasst unter Berücksichtigung der NYHA Klassifikation Stadium I-IV.

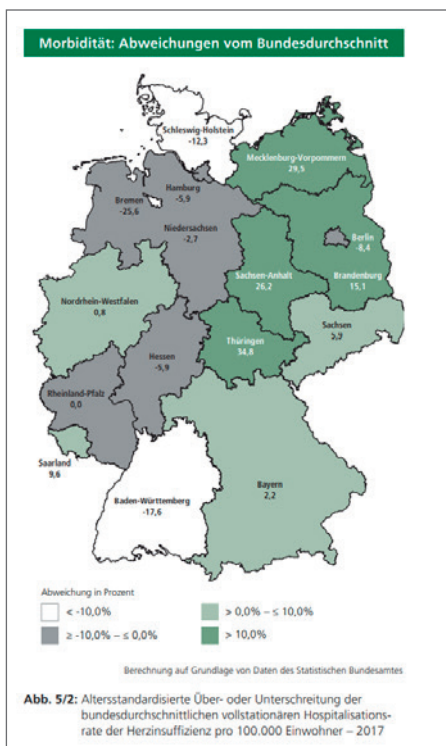
In der Abbildung 5/1 (DHS 2018) wird die Entwicklung der vollstationären altersstandardisierten Hospitalisationsrate pro 100.000 EW dargestellt. Nachweislich ist ein weiterer Anstieg im Vergleich der Jahre 2016/2017 sowohl im Männerbereich auf 562,8 (2016: 552,7) als auch im Frauenbereich auf 559,8 (2016: 551,7).



II. HERZINSUFFIZIENZ: MORBIDITÄT (Deutscher Herzbericht 2018)

Die Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist seit Jahren signifikant zunehmend. In der altersstandardisierten Hospitalisationsrate wird im Vergleich der Jahre 2016/2017 ein Anstieg von 2% pro 100.000 EW festgestellt. Dies bedeutet ein Zuwachs von 9.089 Patienten.

In der anhängenden Bilddokumentation der Abb. 5/2 der DHS (2018) wird die Bundeslandspezifität, in der Abb. 2/2 der DHS (2018) die Morbidität ausgewählter Herzerkrankungen in den Bundesländern und in der Abb. 2/1 die Morbiditätsentwicklung ausgewählter Herzkrankheiten insbesondere der Herzinsuffizienz dargestellt.



Morbidity of selected heart diseases in the federal states										
Land	ischämische Herzkrankheiten		davon: akuter Myokardinfarkt		Herzklappenkrankheiten		Herzrhythmusstörungen		Herzinsuffizienz	
	absolut	pro 100tsd. Einw.	absolut	pro 100tsd. Einw.	absolut	pro 100tsd. Einw.	absolut	pro 100tsd. Einw.	absolut	pro 100tsd. Einw.
Baden-Württemberg	70.263	646	25.634	232	11.534	104	51.852	477	48.338	421
Bayern	91.615	708	30.471	233	14.281	108	67.875	524	70.341	522
Berlin	31.375	932	8.023	237	4.469	131	18.862	557	16.039	468
Brandenburg	24.055	814	7.950	268	3.676	120	18.068	623	18.064	588
Bremen	3.954	579	2.014	294	613	84	2.896	416	2.806	380
Hamburg	10.308	620	3.904	231	1.769	104	8.717	522	8.389	481
Hessen	43.087	687	15.471	244	6.912	108	34.910	557	31.549	481
Mecklenburg-Vorpommern	16.199	855	4.694	249	2.356	121	10.389	558	13.025	662
Niedersachsen	59.606	710	22.938	271	9.620	112	47.632	570	44.227	497
Nordrhein-Westfalen	158.925	867	48.850	263	22.218	118	113.639	619	99.857	515
Rheinland-Pfalz	32.445	754	11.514	265	4.704	108	24.763	579	23.230	511
Saarland	9.539	845	3.464	305	1.150	100	6.105	545	6.748	560
Sachsen	24.797	509	9.663	197	4.458	86	23.743	487	29.187	541
Sachsen-Anhalt	24.303	896	7.436	272	3.275	116	15.901	594	18.692	645
Schleswig-Holstein	24.672	782	7.604	241	4.063	124	18.609	592	14.738	448
Thüringen	19.056	742	6.409	248	2.727	104	14.172	558	18.652	689
Deutschland	644.199	748	216.039	248	97.825	111	478.133	556	463.882	511

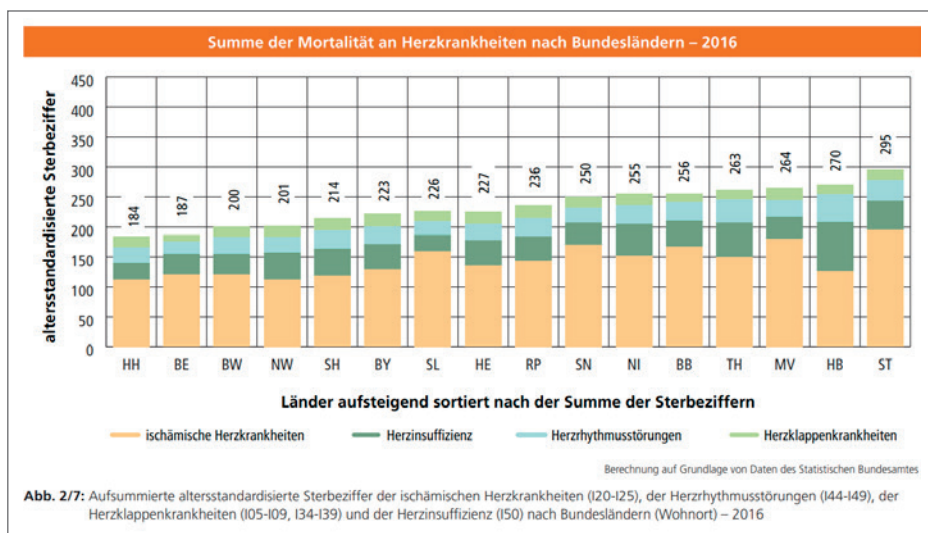
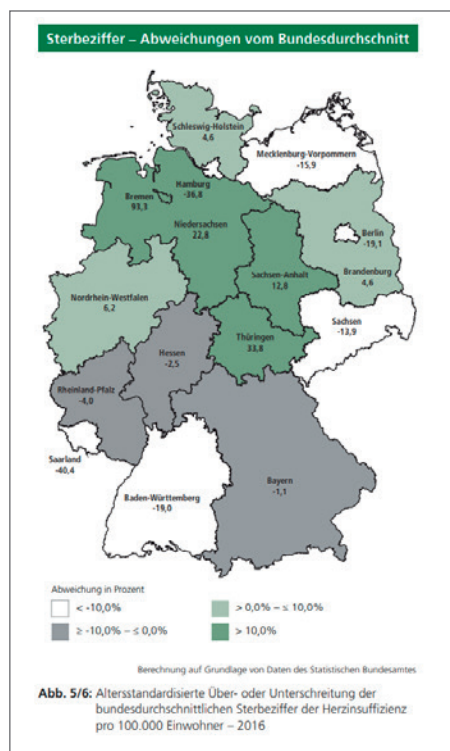
Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Tab. 2/2: Erkrankungszahlen und vollstationäre altersstandardisierte Hospitalisationsrate der ischämischen Herzkrankheiten (ICD I20-I25), Herzklappenkrankheiten (ICD I05-09, I34-39), Herzrhythmusstörungen (ICD I44-I49) und Herzinsuffizienz (ICD I50) nach Bundesländern (Wohnort) – 2017

Fortsetzung auf S. 8 ►

III. MORTALITÄT DER HERZINSUFFIZIENZ

Die Mortalitätsentwicklung zeigt im Verlauf der Jahre wechselnde Dynamik. Einem kontinuierlichem Abfall der vergangenen Jahre stand 2015 ein deutlicher Anstieg gegenüber (+ 47.414 Pat.). 2016 wurde ein Abfall von 14,9% festgestellt. Dies entspricht 40.344 Patienten als wahrscheinlicher Ausdruck der verbesserten leitliniengerechten Therapie. Allerdings sind sehr regionale Unterschiede in den einzelnen Erkrankungsgruppen feststellbar (s. ABB. 5/6 und 2/7 DHS 2018).



Diese abzuzeichnenden Entwicklungen haben dazu geführt, dass die DGPR als Dachgesellschaft der Landesorganisation und als Fachgesellschaft Positionspapiere als Grundlage für die Gründung von Herzinsuffizienzgruppen entwickelte.

Im Jahre 2019 wurden diese „neue“ Herzgruppe von der DGPR eingeführt, nämlich die Herzinsuffizienz-Gruppen als Patienten mit besonderen Risiken und Trainingsbedingungen. In diesem Rahmen müssen sich Übungsleiter und betreuende Ärzte über die Grundlagen und Trainingsbedingungen entsprechend der Rahmenbedingungen laut Curriculum Struktur Informieren und ausbilden lassen. Jeder Patient muss dabei eine Risikoabschätzung haben, eine Bestimmung des Schweregrades seiner Leistungsfähigkeit mittels Ergometrie und Echokardiographie sowie eine daraus resultierende Trainingsempfehlung wie zum Beispiel neben der Herzinsuffizienzgruppe und/oder mit einem Rezept für Bewegung. Grundlage für diese Entscheidungen sind Kenntnisse zur Definition, Ursachen und Wirksamkeit der Herzinsuffizienz sowie daraus resultierende Trainingsgrundsätze.

Die Wirksamkeit einer Therapie mit körperlichem Training bei HI ist inzwischen durch viele Studien belegt. Neben der Abklärung der Ursache sind der Schweregrad und ein mögliches Risiko abzuklären. Hierzu liegen eine Reihe von Tabellen und Schemata vor, die jeder für die Betreuung haben sollte, um das Training individuell zu gestalten.

HERZINSUFFIZIENZ: EINTEILUNGEN WARUM?

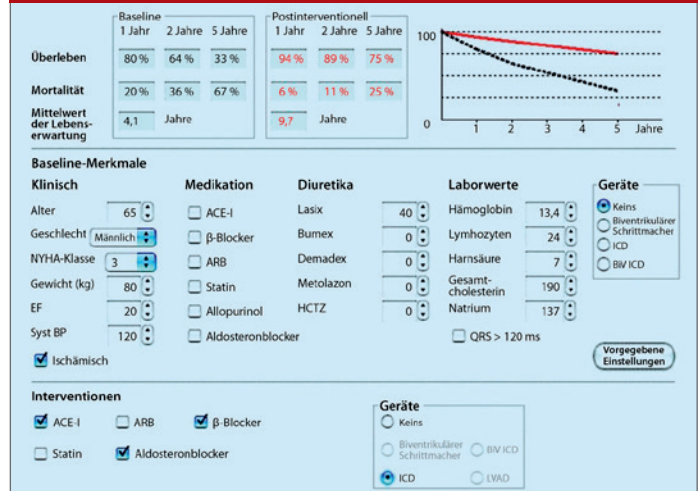
- » Abschätzung des zukünftigen Risikos
- » Planung für die Herzgruppenarbeit
- » Belastbarkeit und Beanspruchung
- » Empfehlungen für das häusliche Training („Home Based“ Training)
- » Beachtung der Medikamente und Begleiterkrankungen

EINTEILUNGEN DER HERZINSUFFIZIENZ – NYHA-KLASSIFIKATION UND DIE ACC-STADIEN

HERZFUNKTION - WEITERE EINTEILUNGEN

ACC Stadien	NYHA Klassen
A: Pat. mit hohem Risiko, aber manifeste HI	I: Keine Einschränkung ohne PA
B: Strukturelle Herzerkrankung ohne Einschränkung	II: Milde Symptome bei normaler PA
C: Frühere/aktuelle Symptome Herzinsuffizienz mit struktureller Herzerkrankung	III: Deutliche Symptome bei Aktivität des tägl. Lebens ohne Symptome in Ruhe
D: Fortgeschrittene Herzinsuffizienz, stat. Behandlung, Transplantation, Palliativ-St.	IV: Schwere Erkrankung, Symptome bereits in Ruhe

RISIKOABSCHÄTZUNG BEI HERZINSUFFIZIENZ MIT VERSCHIEDENEN SCORE (z.B. Seattle Score)



(<https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-018-0444-3/figures/3>)

DIE „BORG-RPE-SKALA“ ZUR SCHÄTZUNG DES ANSTRENGUNGSEMPFINDENS



Vor einer Belastungsuntersuchung wird der Proband/Patient über die Skala des Anstrengungsempfindens informiert. Man kann die Skala auch dem Probanden vor dem Belastungstest zum Lesen geben mit der entsprechenden Anleitung. Die Skala des Anstrengungsempfindens wird während der Belastung in Augenhöhe gehalten. Der Proband soll in der Endphase, also noch während der Belastung, angeben, wie anstrengend das Fahrradfahren (oder Laufen etc.) für ihn ist. **Er soll eine Zahl nennen**, die beschreibenden Worte dienen zur Orientierung für das Ausmaß der Anstrengung.

ERGOMETRIE

Zur Einteilung des Schweregrades, zur Belastbarkeit bzw. Beanspruchung und zur Dosierung des Trainings: Niedrige Leistungsfähigkeit: 30-39% der maximal erzielten Leistung, mittlere Leistungsfähigkeit: 40-54%, und hohe Leistungsfähigkeit mit 55-70% der maximal erreichten Ergometerbelastung (Watt).

- » Ergometrische Belastungsuntersuchungen sind in Klinik und Praxis wichtig bei der Diagnostik latenter kardiapulmonaler und metabolischer Erkrankungen und bei der Therapieüberwachung.
- » Kontraindikationen sind akute und schwere Erkrankungen des Herzens, der Lunge und der übrigen internen Organe. Neben objektiven Abbruchkriterien (beispielsweise pathologische EKG- oder Blutdruckänderungen) sind subjektive Symptome zu beachten (Schwindel, Ataxie, progrediente Angina pectoris, progrediente Luftnot). Die maximale Leistungsfähigkeit („physical capacity“) oder Fitness gilt als prognostische Kenngröße für Morbiditäten und Mortalitäten unterschiedlicher Genese.
- » Schon im submaximalen Leistungsbereich können pathologische Veränderungen wie auch Trainings- und Therapieeffekte sichtbar werden. Atemfrequenz-, Herzfrequenz- und Laktatleistungskurven liefern mehr und bessere Informationen als frühere „Schwellenkonzepte“ („physical working capacity“ und Laktatschwellen).
- » Ergometrische Messwerte können Freizeitsportlern, aber auch Patienten wichtige Anhaltspunkte für die Trainings- beziehungsweise Therapieplanung und deren Überwachung liefern.

(<https://www.dgsp.de>)

(Deutsches Ärzteblatt / Jg. 115 / Heft 24 / 15. Juni 2018)

Fortsetzung auf S. 10 ►

TRAININGSEMPFEHLUNGEN ZUR PRÄVENTION UND BEI KRANKHEITEN

Die **Trainingsempfehlungen** sind im Hinblick auf Umfang und Art des Trainings an Hand des Schweregrades der Herzinsuffizienz individuell zu gestalten:

Allgemeine Empfehlung: Aufwärmen immer 3-5 Minuten, Abkühlen nach Sport auch 3-5 min., Beweglichkeitstraining ("Gymnastik") täglich.

	Häufigkeit/ Woche	Intensität	Dauer der Trainingseinheit	Art des Trainings	Art der Aktivität	Krafttraining
Prävention Allgemein	Moderate Intensität 5/W	Moderate Intensität 40-65 % HRmax RPE 10-13	Moderate Intensität > 30 min/Trainings- einheit oder 150 min/W	» Ausdauer » Kraft	» Laufen » Walking » Radfahren » Schwimmen » Skaten » Langlauf-Ski	70 % of 1RM > 2-3/W 10-15 reps 1-3 sets
	Hohe Intensität 3/W	Hohe Intensität 65-85 % HRmax RPE > 13-16	Hohe Intensität > 25 min/Trainings- einheit oder 75 min/W			
Koronare Herzerkrankung	Moderate Intensität 3-5/W	Moderate Intensität 50-80 % VO ₂ max or 40-70 % HRmax RPE 12-15 evtl.: HITT ^o	Moderate Intensität 40-60 min/Trainings- einheit	» Ausdauer » Kraft	» Laufen » Radfahren » Nordic Walking » Skaten » Schwimmen » Aerobics	60-75 % of 1RM > 2/W 8-12 reps 2-3 sets
	Hohe Intensität 3/W		Hohe Intensität >20min/Trainings- einheit HITT ^o : siehe unten			
Herzinsuffizienz	3-5/W	Niedrig – moderat 40-60 % VO ₂ max RPE 11-15 HITT ^o : mit 90% 4 min und 3 min Pause	15-60 min/ Trainingseinheit HITT ^o : siehe unten	» Ausdauer » Kraft » Kombination » Atemmuskeltraining (30% des max. insp. Druckes)	» Jogging » Nordic Walking » Radfahren » Aerobes Training » Langlaufski » eBike	60-75 % of 1RM 2-5/W 8-12 reps 2-3 sets RPE lokal 13-15

(<https://www.dgsp.de/seite/389565/efsma-trainingsempfehlungen.html>)

Der wissenschaftliche Beirat hat die Aufgabe seine wissenschaftliche Expertise zum Ausbau der Herzgruppen einzubringen mit dem Ziel bedarfsgerechte Strukturen zu entwickeln, Forschungsgrundsätze umzusetzen, die Gesundheitskompetenz in der Primär- und Sekundärprävention unterstützend zu vermitteln, Netzwerkstrukturen betrieblicher und kommunaler Gesundheitsförderung laut Präventionsgesetz aufzubauen und das Betriebliche Gesundheitsmanagement weiterzuentwickeln.

Im vorläufigen wissenschaftlichen Beirat unterstützen uns mit ihrer Fachkompetenz:

- » Herr Dr. Michael Boschmann
- » Prof. Dr. med. Klaus-Michael Braumann
- » Prof. Dr. med. Harald Lapp
- » Prof. Dr. Klaus Völker
- » Prof. Dr. med. Herbert Löllgen

Die Gesamtpräsentation finden Sie in unserem Mitgliederbereich. Im November 2020 werden seitens des LVPR SA/TH Verhandlungen mit den Kostenträgern zur Finanzierung der Herzinsuffizienzgruppen geführt.

ÜBER PROF. DR. MED. HERBERT LÖLLGEN

- » Fellow des American College of Cardiology (FACC) (Wissenschaftliches Mitglied)
- » American Heart Association (FAHA) Fellow EMBS
- » Fellow und Corresponding Member der FIMS (Fed. Int. Sports Med.)
- » European Cardiologist



» Aktuelle Tätigkeit:

Niedergelassen als Kardiologe und Sportkardiologe in Remscheid

- » **Ehrenpräsident** der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (seit 2012)

» Sein Slogan:

Bewegung auf Rezept, Bewegung als Medikament

ERFAHRUNGEN DES SPORTVEREINS LOKOMOTIVE ASCHERSLEBEN e.V. MIT GESUNDHEITSBILDENDEN MASSNAHMEN

Sowohl die Teilnehmer der Herzgruppen unseres Vereins als auch ihre Angehörigen und Mitglieder unserer orthopädischen REHA - Sportgruppen erkennen zunehmend die Bedeutung Gesundheitsbildender Maßnahmen. Seit einigen Jahren organisieren wir mit Unterstützung des LVPR zwei mal jährlich eine halbtägige Veranstaltung. Die Themenauswahl ist vielseitig und konzentriert sich auf aktuelle medizinische Wissensvermittlung sowie auf praktische Übungen im Umgang mit der Herzdruckmassage und dem AED-Einsatz, in diesem Jahr lag der Schwerpunkt auf dem Covid 19 - Umgang und möglichen sportlichen Aktivitäten im Krisenzeitraum,

Ein Vortrag beinhaltete einen Situationsbericht zu Covid 19 und die entsprechenden News, gehalten durch den Chefarzt der pulmonologischen Abteilung des AMEOS-Klinikums Dr. med. Klaus Thoms. Stress und seine Folgen war das Thema des Vortrages von Dipl.-Med. Olaf Halberstedt, Facharzt für Innere Medizin und Sport, Vorsitzender des Landesverbands für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen Sachsen-Anhalt/Thüringen und Vereinsarzt unseres Sportvereins.

Nach den Vorträgen im Konferenzsaal des Sport- und Reiterhotels Nordmann Stangrade, in dem genügend Platz für die Einhaltung vorgegebener Hygienemaßnahmen gegeben war, fanden die sportlichen Aktivitäten wie Nordic Walking und Atemtechnik-Training im Waldgebiet Stangerode unter dem Motto „Der Wald dein Arzt“ statt. Über zwei Stunden erstreckte sich ein anspruchsvoller Marsch vom Hotel bis zu einem mittelalterlichen Gerichtsplatz mit Walking-Stöcken. Waldwege mit Steigungen und schlammigem Untergrund waren eine Herausforderung. Ausdauer sowie das Aneignen der Stocktechnik waren angesagt. Damit alle 30 Akteure, also $\frac{2}{3}$ der Veranstaltungsteilnehmer, am Ziel ihren Kreislauf normalisieren konnten, zeigte der Großmeister Chu Tan Guang wie

Atemtechnik den Körper entspannen und zu neuer Energie führen kann,

Diese Übungen sind von jedem machbar und in allen Sportgruppen anwendbar,

Von anfänglich 20 Teilnehmern an den Veranstaltungen Gesundheitsbildende Maßnahmen hat sich die Teilnehmerzahl kontinuierlich erhöht. Trotz vieler Ängste und Sorgen einiger Sportler um ihre Gesundheit in Corona-Zeiten stieg die Teilnahme auf 45 Personen.

Nicht zuletzt spielt dabei die soziale Komponente eine entscheidende Rolle.

Wer dem Waldmarsch aus gesundheitlichen Gründen nicht gewachsen war, wurde mit den hotel eigenen Geländefahrzeugen zum Zielpunkt gebracht.

So konnte mit allen Teilnehmern das gemeinsame Mittagessen aus dem Gulasch- Kessel, mit Salat-, Bröt- und Getränke- angebot als Abschluß der Veranstaltung stattfinden.

H. Bethge
Abteilungsleiter





ÄRZTE- UND ÜBUNGSLEITERFORTBILDUNG 04.–05.09.2020 IN STANGERODE

Vom 4. bis 5. September fand wieder unsere Fortbildung für Ärzte und Übungsleiter, dieses Mal zum Thema die „Herzinsuffizienzgruppe der DGPR“ und in memoriam Hartwig Gauder, in Stangerode statt.

Nachdem am Freitag theoretische Grundlagen zum Thema Herzinsuffizienz (Dr. med. Franz, Prof. Dr. med. Lapp), Herzgruppen mit Herzinsuffizienz (Prof. Dr. med. Löllgen), Herzschrittmacher/ICD (Prof. Dr. med. Völker) und dem plötzlichen Herztod (Dipl.-Med. Haberecht) vermittelt wurden, fand nach einer Safari ein gemeinsames Abendessen am Rügerich im Freien statt.

Im Anschluss spielte Chu Tan Cuong im Gedenken an unseren sehr ge-

schätzten Referenten und Motivator Hartwig Gauder, der im April diesen Jahres verstorben war, Saxophon. Beim Titel All By Myself wurde jedem warm ums Herz und die Schweigeminute währenddessen sollte den Dank des Verbandes für seine tatkräftige Unterstützung noch einmal zum Ausdruck bringen.

Am Samstagmorgen ging es um das Thema „Der Wald dein Arzt“. Großmeister Chu Tan Cuong begrüßte die Teilnehmer mit seiner Atemtechnik am Waldesrand, danach führte Nicole Habich die Teilnehmer unter Anleitung zum ‚Nordic walking‘ zu einer Waldlichtung. Dort angekommen stellte Nadine Henke verschiedene Achtsamkeitsübungen vor. Dabei ging es um die intensive Wahrnehmung

der Gerüche im Wald und das intensive Fühlen und Betrachten verschiedener Gegenstände aus der Umgebung. Die Teilnehmer haben sich gut auf die verschiedenen Übungen eingelassen und sie für sich ausprobiert.

Nachfolgend hielt Olaf Haberecht das Referat „Wie werde ich mein eigener Trainer?“, ein beliebtes Thema Hartwig Gauders, in Interaktion mit dem Sohn von Herrn Gauder.

Des Weiteren wurde am Samstag über Herzgesunde Ernährung (Dr. med. Boschmann), Bewegungstherapie, Die Herzinsuffizienzgruppe der DGPR (Dipl.-Med. Haberecht) und über Komorbiditäten bei Herzinsuffizienz und Covid-19 (Dr. med. Thomas) referiert.

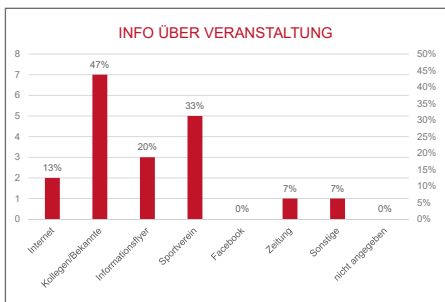
Wir danken an dieser Stelle dem Reit- und Sporthotel Nordmann für ihren Einsatz für eine gelungene Veranstaltung sowie unseren Referenten für Ihre interessanten Vorträge und praktischen, abwechslungsreichen Übungen.

Sarah Geib
Geschäftsstellenleitung



AUSWERTUNG DER EVALUATIONSBÖGEN ZUR ÄRZTE- UND ÜBUNGLEITERFORTBILDUNG 04.–05.09.2020

» Insgesamt waren 36 Personen an der Veranstaltung beteiligt, 15 Personen gaben einen **Feedbackbogen** ab



» Die Befragten nannten am häufigsten den Informationsflyer als **Informationsquelle** über die Veranstaltung, am zweithäufigsten wurde der Sportverein ausgewählt.

» 60% der Befragten hatten in der Zusammenfassung von 6 verschiedenen Aspekten (Zielerreichung, Themenauswahl, Themenanzahl, Zeit der Themen, Audiovisuelle Infrastruktur, Qualität der Vorträge) einen sehr guten **Gesamteindruck** von der Fortbildung, 33% bestätigten uns einen guten Gesamteindruck und 7% machten keine Angabe.

» Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit 7 Aspekte der **Organisation** einzeln einzuschätzen (Gesamtorganisation/Wahl des Termins/Wahl des Ortes bzw. Räumlichkeit/Moderation der Veranstaltung/Auswahl der Vortragenden/Programmgestaltung/Zeit für Fragen & Diskussion). Die Zusammenfassung aller Aspekte ergibt, dass 77% der Teilnehmenden die Organisation insgesamt als sehr gut einstufen und 18% insgesamt als gut.

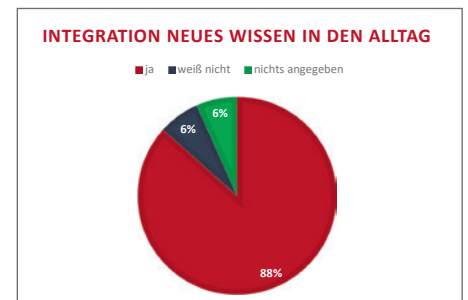
» 87% der Befragten nutzten die Gelegenheit **positive Dinge** zur Veranstaltung zu äußern, 13% schrieben dagegen nichts in die angebotenen Zeilen. Besonders gut gefallen hat den 13 Personen, die sich dazu geäußert haben:

- Veranstaltungsort
- Abendveranstaltung und Rahmenprogramm
- Praktische Übungen
- Themenvielfalt
- Lockerer Veranstaltungsrahmen
- Waldbaden
- Organisation
- Vorträge
- Familiäre Stimmung
- Referenten
- Trainingsplanung
- Thema Ernährung

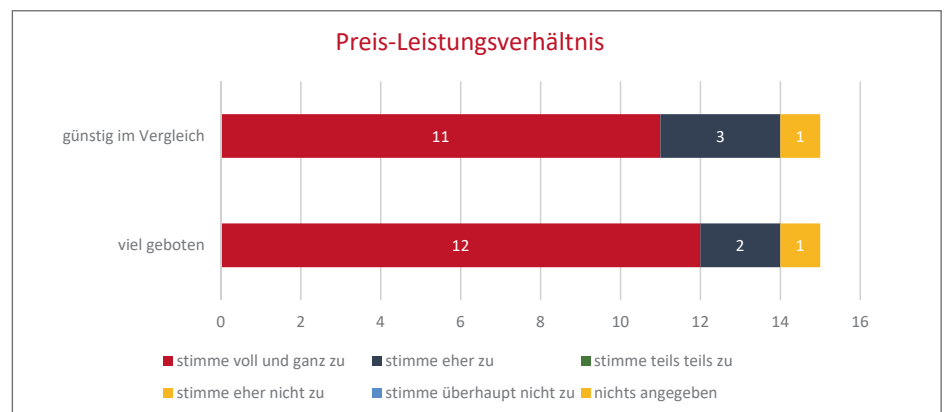
» Von den 15 Feedbackgebenden entschieden sich 15 auf die Aussage „**Die Fortbildung empfehle ich weiter**“ eine Antwort zu geben. 14 stimmten der Aussage voll und ganz zu und 1 stimmte eher zu.

» 27% der Befragten ließen uns wissen, was aus ihrer Sicht nicht optimal war. 73% der Befragten teilten uns keine **Verbesserungshinweise** mit. Von den 4 Personen, die Verbesserungshinweise gaben, wurden folgende Dinge genannt:

- Zu viel medizinische Fachbegriffe, Ausrichtung für Ärzte
- Schlechtes WLAN
- Vortrag mit englischer Präsentation
- Praktische Aktivitäten nach jeder theoretischen Einheit



» 88% der Befragten meinen, dass Sie das auf der Fortbildung erlangte Wissen/Denkprozesse im **Alltag** verwenden können. Bei den drei vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurde „nein“ von keiner der befragten Personen gewählt.



VIELEN DANK AN ALLE TEILNEHMENDEN UND REFERENTEN FÜR IHRE TEILNAHME UND GESTALTUNG EINER WUNDERBAREN FORTBILDUNG! VIELEN DANK FÜR ALLE FEEDBACKGEBENDEN, OHNE FEEDBACK IST ES NICHT MÖGLICH SICH ZU VERBESSERN!



DIE ATEMTECHNIK „NOI CONG CHU TAN“ VORGESTELLT

Chu Tan Cuong

Chu Tan Cuong ist Großmeister des Kung-Fu und Wahlhallenser seit er 1981 aus Vietnam nach Deutschland kam. Sozusagen von Ha Noi nach Ha Neu! Neben einem Jura-Studium an der MLU in Halle absolvierte er auch die Musikhochschule in Weimar. Seit nunmehr 30 Jahren leitet er eine eigene Kampfsportschule im Süden von Halle. Aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten hat er die Kampfsportart des Kung-Fu bereits Anfang der 80er Jahre an die europäische Anatomie und Mentalität angepasst und mit „Vo-Dao-Vietnam“ eine neue eigene Stilrichtung begründet. Seine damalige Trainingsstätte hat er in diesem Jahr vollständig zu einem modernen Gesundheitszentrum ausgebaut und sich somit einen Lebenstraum erfüllt. Chu Tan Cuong ist Inhaber von 6 Welt- und 8 Guinness-Rekorden und wurde vor allem durch mehrere Auftritte im deutschen Fernsehen über die Grenzen von Sachsen-Anhalt hinaus bekannt. Wie er selbst immer betont, basieren seine hier gezeigten Ausnahmeleistungen ausnahmslos immer auf seiner ganz speziellen Atemtechnik, die er von Beginn an als festen Bestandteil seines Trainingsprogramms gelehrt und ständig weiterentwickelt hat. Heute stellt diese Atemtechnik „Noi Cong Chu Tan“ das Herzstück seines Gesundheitskonzeptes dar.

Die tragende Säule dieses Konzeptes besteht in der Motivierung von Menschen, hin zu einem bewussten und gesunden Lebensstil. Denn, so betont er oft, nur wer selbst gesund ist, kann seiner Familie und anderen Menschen helfen. Seine Atemtechnik zeichnet sich dadurch aus, dass sie immer und überall anwendbar ist, sogar unabhängig vom jeweiligen Gesundheitszustand und Lebensalter, denn atmen

kann und muss Jeder. Die Verbindung von bewusster Konzentration auf die Atemtechnik mit zielgerichteten körperlichen Bewegungen sind hierbei Mittel und Ziel zugleich. Um leistungsfähig, aktiv und erfolgreich zu sein, braucht der Mensch diesen Zustand der Einheit von Körper und Geist. Auf dem Hintergrund dieser fernöstlichen Philosophie beobachten wir z.Zt. einen zunehmenden

Prozess der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen im Bereich des Gesundheitswesens. Aufgrund der ständig steigenden Belastungen unseres immer schneller werdenden Alltags wird vermehrt nach Angeboten gesucht, die psychische Erkrankungen vermeiden helfen. Dafür stellt die Atemtechnik „Noi Cong Chu Tan“ ein ausgezeichnetes Mittel dar.

Die wesentlichen Ergebnisse im Kampf um die Erreichung dieses großen Zieles der Einheit von Körper und Geist beim „Noi Cong Chu Tan“ sind:

1. die Stärkung der Selbstdisziplin und des Durchhaltevermögens sowie
2. die Schulung von Körperbeherrschung und der Selbstkontrolle.

So kann ein Mensch das Gefühl der Ohnmacht gegenüber Ärger und Stress bzw. Hilflosigkeit in einer Situation bzw. des sich Ausgebrannt-Fühlens oder der Unausgeglichenheit schrittweise abbauen.

Die z.Zt. zu beobachtende Zunahme vor allem psychischer Erkrankungen ist ursächlich auch auf solche negativen Erlebnisse wie Ungerechtigkeiten, Verunsicherung durch Arbeitslosigkeit, finanzielle Einbußen, fehlende Zukunftsperspektiven und heute auch noch zum Teil durch Corona bedingten Verlust sozialer Kontakte zurückzuführen. Auch diese Faktoren lassen sich mit Hilfe seiner Atemtechnik besser verarbeiten und positive Energien werden aufgebaut.

Neben der beschriebenen Verbindung körperlicher Aktivität mit bewussten Atemübungen ist bei allen Übungen der stete Wechsel zwischen Entspannung und Anspannung genauso wichtig wie das Atmen selbst. Übrigens dieser Wechsel zwischen Entspannung und Anspannung bildet die Grundlage unseres Lebens überhaupt. Diese elektrischen Impulse sind es nämlich, die für den Beginn unseres Herzschlages im Mutterleib verantwortlich sind.

Welche Wirkung allein dieser Unterschied auf unseren Körper hat, kann man in einem einfachen Experiment sofort erfahren: Schlagen Sie sich einmal mit der rechten Faust auf den angewinkelten linken Unterarm – das tut

weh. Spannen Sie jetzt die Muskeln des linken Armes an und schlagen noch einmal zu. Spüren Sie den Unterschied? Die Anspannung bremst den Schmerz. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Das Beherrschen der Atemtechnik „Noi Cong Chu Tan“ und ihre tägliche Anwendung gibt uns neue Kraft, Ausdauer, Selbstvertrauen und somit neuen Lebensmut. Wir werden wieder offen für neue Herausforderungen.

Wirkung der Atemtechnik auf

- » **den Kopf:** Er wird frei für neue Ideen, die Konzentration erhöht sich.
- » **den Körper:** Die körperliche Fitness verbessert sich, Gleichgewichtssinn und Koordination werden gefördert, denn körperliche Aktivität stärkt nicht nur die Knochen und Muskeln. Durch das Ansprechen unterschiedlichster Muskelgruppen wirken die Übungen auch gegen Rücken- und andere Schmerzen des Bewegungsapparates und die so häufig auftretenden Verspannungen.
- » **die Gesundheit:** Besonders Herz und Lunge werden durch den bewussten Atemrhythmus gestärkt. Auch unsere Widerstandskraft

gegen jede Art von Krankheitserregern erhöht sich, d.h. wir werden weniger anfällig gegenüber Erkältungen und auch Viren. Außerdem denken wir daran, unser Herz ist ein fühlendes Organ, wenn wir also durch die bewusste Atemtechnik Stress vermeiden lernen und dadurch insgesamt ruhiger werden, stärken und schützen wir vor allem auch unser Herz. Eine gut belüftete Lunge schützt uns vor allem vor Atemwegsinfektionen und eine gut durchblutete Lunge ist auch gut durchblutet, d.h. der Sauerstoffgehalt im Blut steigt und somit unsere Immunabwehr.

Durch die bewusste Anwendung der Atemtechnik „Noi Cong Chu Tan“, die tägliche Ausführung vorausgesetzt, können wir also die Selbstheilungskräfte unseres Körpers fördern, indem wir innere und äußere Faktoren, die sie an ihrer uneingeschränkten Wirkung behindern, aus dem Weg räumen.

Ist die Atemtechnik deshalb ein Wundermittel? JAIN!

„Die Technik kann ich Ihnen mitgeben“, sagt Chu Tan Cuong, „das Wunder können nur Sie selbst vollbringen.“



ENTGLEISUNG DER HERZSCHWÄCHE: SO KÖNNEN BETROFFENE SICH SCHÜTZEN

SCHUTZ VOR GRIPPE UND COVID-19 IST FÜR HERZPATIENTEN BESONDERS WICHTIG.
VIELE KLINIKEINWEISUNGEN LASSEN SICH VERHINDERN

(Frankfurt a. M., 15. Oktober 2020)

Eine deutliche Gewichtszunahme, Kurzatmigkeit oder sogar Atemnot: Mit diesen Symptomen kündigt sich eine Verschlechterung der Herzschwäche (Herzinsuffizienz) an. Die Erkrankung kann einen dramatischen Verlauf nehmen bis hin zur notfallmäßigen Klinikeinweisung: Rund 465.000 Patienten werden jährlich stationär in eine Klinik aufgenommen, weil ihre Herzschwäche entgleist ist. Die Ursachen sind vielfältig, doch in vielen Fällen lässt sich ein Krankenhausaufenthalt verhindern. „Eine Herzdekompensation, also eine Entgleisung der Herzschwäche, ist häufig die Folge eines zusätzlichen Ereignisses“, betont Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. Dies könnten Herzrhythmusstörungen, ein plötzlicher Blutdruckanstieg, aber auch Infektionskrankheiten wie Grippe oder Covid-19 sein, ergänzt der Ärztliche Direktor des Agaplesion Bethanien-Krankenhauses, Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB) Frankfurt am Main. „Häufig sind auch Fehler bei der Medikamenteneinnahme Ursache für eine Verschlechterung der Krankheit“, wie der Kardiologe betont. Über die Ursachen und Therapie der Volkskrankheit Herzschwäche informiert die Deutsche Herzstiftung anlässlich der bundesweiten Herzwochen unter

dem Motto „Das schwache Herz“ mit Infos für Betroffene unter www.herzstiftung.de/herzwochen2020

WARUM CORONAVIREN DAS HERZ ANGREIFEN

Dass sowohl Grippe- als auch Coronaviren für Herzpatienten gefährlich werden können, hat mehrere Gründe. Zum einen bleiben die Viren nicht ausschließlich in den Atemwegen, sondern breiten sich im ganzen Körper aus und können auch das Herz angreifen. Zum anderen ist die Lunge speziell bei Patienten mit Herzschwäche besonders anfällig. „Bei einer Herzschwäche kann sich aufgrund der verringerten Pumpleistung Blut in die Lungen zurückstauen“, erklärt Voigtländer. Dadurch werde das Organ anfälliger für Infektionen – auch für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2. So zeigte eine weltweite Studie, für die die Covid-19-Verläufe von mehr als 10.000 Patienten in 920 Kliniken ausgewertet wurden, dass Patienten mit Herzschwäche ein deutlich höheres Risiko für einen schweren Verlauf der Krankheit haben und wesentlich häufiger beatmet werden mussten als Patienten ohne eine Vorerkrankung des Herzens (1).

SO SCHÜTZEN SICH HERZSCHWÄCHE-PATIENTEN VOR EINER ENTGLEISUNG

Damit es gar nicht erst zu einer Entgleisung der Herzschwäche und damit zu einer Klinikeinweisung kommt, sollten Patienten mit Herzschwäche ihre Medikamente konse-

quent einnehmen und auf mögliche Warnzeichen achten. Wichtig ist beispielsweise, dass Betroffene regelmäßig ihr Gewicht kontrollieren und den Blutdruck messen, um Blutdruckkrisen zu verhindern. Da eine Covid-19-Infektion bei Herzkranken zu schweren Verläufen führen kann, kommt der Gripeschutzimpfung in der Zeit der Pandemie eine noch größere Bedeutung zu als zuvor. Dies gilt insbesondere für Risikogruppen. „Wir empfehlen Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen dringend, sich gegen Grippe und Pneumokokken impfen zu lassen“, ergänzt Voigtländer. Zum Schutz vor einer Infektion mit dem Coronavirus gelten zudem, wie für die gesunden Menschen, die sogenannten AHA+L-Empfehlungen:

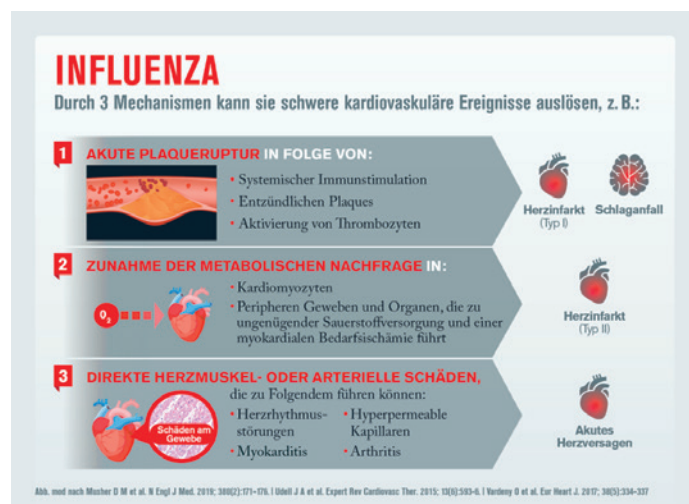
- » Abstand halten: Wo es möglich ist, wird ein Mindestabstand von 1,50 Meter zu anderen Menschen empfohlen.
- » Hygieneregeln beachten: Hierzu zählt vor allem gründliches Händewaschen, aber auch Niesen und Husten in die Armbeuge.
- » Alltagsmasken tragen: Diese Empfehlung gilt überall dort, wo man nicht ausreichend Abstand halten kann, zum Beispiel in öffentlichen Verkehrsmitteln und Gebäuden.
- » Lüften: Regelmäßiges Lüften kann als zusätzliche Maßnahme die Virusbelastung in Innenräumen verringern.

(1) Karagiannidis C et al., Lancet Respir Med 2020; 8: 853–62. Case characteristics, resource use, and outcomes of 10021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30316-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30316-7)

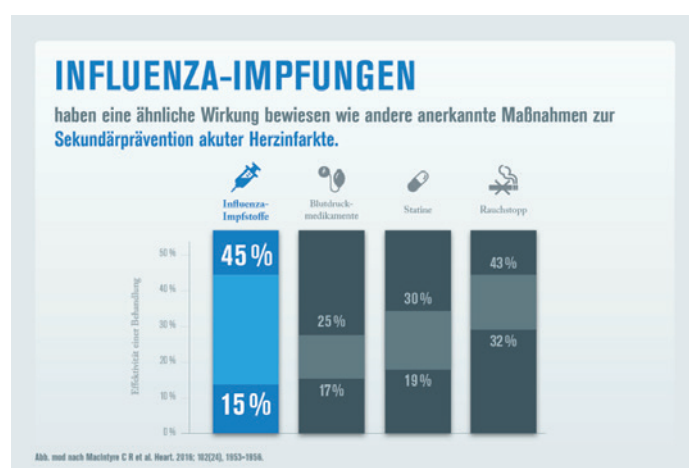
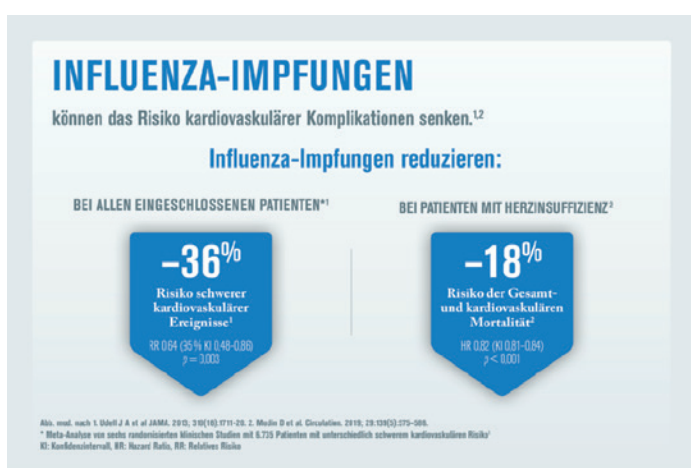
INFLUENZA – EINE GEFAHR AUCH FÜR DAS HERZ

INFLUENZA IST INZWISCHEN ALS AUSLÖSER SCHWERER KARDIOVASKULÄRER KOMPLIKATIONEN ANERKANNT. ERHÖHTE INFLUENZA-AKTIVITÄT WURDE MIT VERMEHRTEN HERZINSUFFIZIENZ-BEDINGTEN HOSPITALISIERUNGEN IN VERBINDUNG GEBRACHT¹

Ein monatlicher Anstieg der Influenza-Aktivität um 5% resultierte in einem Anstieg von Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierungen um 24% innerhalb desselben Monats.¹ Kardiovaskuläre Ereignisse sind eine zunehmende Ursache für Mortalität und verantworten etwa 30% bis 45% der Todesfälle im Alter (über 50 Jahre).^{2,3}



Eine Influenza-Impfung kann das Risiko schwerer kardiovaskulärer Folgeerkrankungen reduzieren^{8,9} In einer Meta-Analyse von sechs randomisierten klinischen Studien mit über 6.000 Patienten, konnte die Influenza-Impfung das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse um 36 % reduzieren.⁸ Darüber hinaus zeigte sich in einer anderen Studie bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz eine Reduktion der Gesamt- und kardiovaskulären Mortalität um 18% nach Influenza-Impfung.⁹



Ein Review systematischer Studien zur Prävention von Herzinfarkten zeigte die Wirksamkeit von Influenza-Impfstoffen (15–45%) in einer ähnlichen Größenordnung wie andere anerkannte Maßnahmen zur Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse, wie Raucherentwöhnung (32–43%), Statine (19–30%) und Hypertonie-Therapie (17–25%).¹⁰ Eine Influenza-Impfung kann nicht nur Atemwegserkrankungen vorbeugen, sondern auch das Risiko für schwere kardiovaskuläre Komplikationen senken.^{8–11}

VERANSTALTUNGSKALENDER 2021

Datum	Thema	Ort	Informationen über	Anmeldung
MÄRZ 2021				
20. – 21.03.2021	Ärzte- und Übungsleiterfortbildung	Reit- und Sporthotel Nordmann, Stangerode	www.lvpr.info Flyer, E-Mail 15 Fortbildungspunkte/ Lerneinheiten	LVPR Eislebener Straße 7a 06449 Aschersleben Tel.: 03473 97-4720 Fax: 03473 97-4711 E-Mail: info@lvpr.info
JUNI 2020				
11. – 12.06.2021	Praxistag für Ärzte und Übungsleiter: Sporttherapie in den Herzgruppen	Reit- und Sporthotel Nordmann, Stangerode	www.lvpr.info Flyer, E-Mail 15 Fortbildungspunkte/ Lerneinheiten	LVPR Eislebener Straße 7a 06449 Aschersleben Tel.: 03473 97-4720 Fax: 03473 97-4711 E-Mail: info@lvpr.info
18. – 19.06.2021	DGPR-Jahrestagung	Meliá Hotel Berlin	www.dgpr-kongress.de	
OKTOBER 2021				
08. – 09.10.2021	Ärzte- und Übungsleiterfortbildung	Reit- und Sporthotel Nordmann, Stangerode	www.lvpr.info Flyer, E-Mail 15 Fortbildungspunkte/ Lerneinheiten	LVPR Eislebener Straße 7a 06449 Aschersleben Tel.: 03473 97-4720 Fax: 03473 97-4711 E-Mail: info@lvpr.info
NOVEMBER 2020				
06.11.2021	„3 Länderkonferenz“ Ärzte- und Übungsleiterfortbildung	Leipzig	www.lvpr.info Flyer, E-Mail 15 Fortbildungspunkte/ Lerneinheiten	LVPR Eislebener Straße 7a 06449 Aschersleben Tel.: 03473 97-4720 Fax: 03473 97-4711 E-Mail: info@lvpr.info
09.11.2021	Herztag der Deutschen Herzstiftung	Aschersleben	www.lvpr.info Flyer, E-Mail	Öffentliche Veranstaltung, keine Anmeldung erforderlich
17.11.2021	Herztag der Deutschen Herzstiftung	Steißfurt	www.lvpr.info Flyer, E-Mail	Öffentliche Veranstaltung, keine Anmeldung erforderlich

Stand 09.11.2020

LANDESVBAND FÜR PRÄVENTION UND REHABILITATION VON HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN
DER BUNDESLÄNDER SACHSEN-ANHALT & THÜRINGEN e.V.



LVPR e.V.
AMEOS Klinikum Aschersleben
Eislebener Str. 7a
06449 Aschersleben

Vorsitzender:
Herr Dipl.-Med. O. Haberecht

Stellvertreter:
Herr Ch. Wischer

Schatzmeister:
Herr Ch. Wischer

AUFNAHMEANTRAG

Unter Anerkennung der aktuellen Satzung des Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Bundesländer Sachsen-Anhalt und Thüringen e.V. beantrage ich die Aufnahme als

- ☐ natürliches Mitglied (40,00 €/Jahr)
☐ juristisches Mitglied (250,00 € Jahr)
☐ förderndes Mitglied (ab 500,00 €/Jahr)

Firmenbezeichnung

Name

Vorname

Titel

geboren am

Straße

PLZ, Ort

Bundesland

Telefon

E-Mail

Tätigkeit

Ort, Datum

Unterschrift

**Landesverband für Prävention und
Rehabilitation von Herz-Kreislauf-
Erkrankungen der Bundesländer
Sachsen-Anhalt & Thüringen e.V.**

Vorsitz: Dipl.-Med. Olaf Haberecht

Geschäftsstelle: im AMEOS Klinikum Aschersleben
Eislebener Str. 7 a, 06449 Aschersleben
Tel.: 03473 97-4720
Fax: 03473 97-4711
E-Mail: info@lvpr.info
www.lvpr.info

Steuernummer: 117/142/02601
Amtsgericht: Stendal VR 20662
Bankverbindung:
Salzlandsparkasse
BIC NOLADE21SES
IBAN DE34 8005 5500 0201 0029 30

WIR DANKEN UNSEREN UNTERSTÜTZERN:



IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
der Bundesländer Sachsen-Anhalt & Thüringen e.V.
Eislebener Str. 7 a
06449 Aschersleben
Telefon: 03473 97-4720
Telefax: 03473 97-4711
E-Mail: info@lvpr.info
www.lvpr.info

Redaktion:

Herr Dipl.-Med. Olaf Haberecht
Frau Sarah Geib

Layout & Druck:

Druckerei Mahnert GmbH
Hertzstraße 3
06449 Aschersleben
www.mahnert-druck-design.de

Ausgabe:

2/2020

Auflage:

400 Stück