

Leitliniengerechtes Training bei Herzinsuffizienz in der Phase III Rehabilitation – Diskrepanz zwischen Evidenz und Praxis

Guideline-Based Training in Chronic Heart Failure in Rehabilitation Phase III – Discrepancy between Evidence and Practice

Im Frühsommer dieses Jahres sind die Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz der europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) aktualisiert worden (6).

Wie bereits in den vorhergehenden Leitlinien aus dem Jahr 2012 wird bei Patienten mit chronisch-stabiler Herzinsuffizienz jeden Schweregrades regelmäßige körperliche Aktivität zur Verbesserung der Belastbarkeit, Symptomatik und Lebensqualität beziehungsweise Reduktion der allgemeinen und auch speziell Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisation und schließlich möglicherweise auch der Mortalität mit einer Klasse Ia-Empfehlung belegt. Bezüglich konkreter Trainingsinhalte wird auf ein Konsensus-Dokument der Heart Failure Association der ESC verwiesen (5). Ein körperliches Training zur Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit wird bei herzinsuffizienten Patienten auch schon länger in den entsprechenden deutschen Leitlinien empfohlen (3).

Auch in der Phase III Rehabilitation können mit einem entsprechenden Ausdauertrainingsprogramm beeindruckende Erfolge hinsichtlich Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit, Lebensqualität, Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse inklusive Hospitalisation und Mortalität erzielt werden, wie Belardinelli und Kollegen in einer Studie mit einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren aufzeigen konnten (2). Die Autoren dieser Studie schlussfolgerten auch, dass ein durchgehend supervidiertes Training in Herzgruppen im Vergleich zum selbstständigen Training zu Hause eine höhere Trainingsadhärenz aufweist, da die Trainingsabbruchrate im Follow-up deutlich niedriger war, als zum Beispiel die der vergleichbaren HF-Action Studie (4), in der die Patienten nach initial 36 geführten Trainingseinheiten nur noch alleine zu Hause weiter trainierten.

In der Vergangenheit wurde oft alleinig die systolisch oder diastolisch gestörte Funktion des Herzens und in der Konsequenz dessen die schlechte Ausdauerleistungsfähigkeit für die reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit bei Herzinsuffizienz verantwortlich gemacht. In jüngerer Zeit wird zunehmend erkannt, dass auch die Muskelkraft der oftmals sarkopenen herzinsuffizienten Patienten eine wichtige Rolle in der nicht selten kraftorientierten Alltagsbewältigung spielt (7). In der Konsequenz dessen wird auch im eingangs erwähnten Konsensus-Dokument der Heart Failure Association der ESC nicht nur ein reines Ausdauer- sondern vielmehr ein kombiniertes

Kraftausdauertraining empfohlen (5). Das Krafttraining sollte hierbei ein gerätebasiertes Training sein, da andere Trainingsmöglichkeiten (Thera-Bänder, Training mit dem eigenen Körpergewicht etc.) eine zu geringe Trainingsintensität aufweisen.

Ein Ausdauertraining im Sinne eines Ergometer-Trainings könnte prinzipiell in der Phase III Rehabilitation in einer ambulanten Herzgruppe im Sinne der derzeit gültigen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining durchgeführt werden (1). Dahingegen darf ein gerätebasiertes Krafttrainings innerhalb einer Phase III Herzgruppe trotz der eindeutig evidenzbasierten, positiven Effekte in Deutschland aktuell nicht umgesetzt werden, da gemäß der BAR-Richtlinien laut §4.7 „Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Ruderggerät, Crosstrainer)“ in der ambulanten Herzgruppe ausgeschlossen werden (1).

Bei herzinsuffizienten Patienten handelt es sich oftmals im Vergleich zum typischen Teilnehmer einer „klassischen“ ambulanten Herzgruppe um schwerer erkrankte Patienten. Deswegen sind sowohl das Ausdauer- als auch das Krafttraining aufgrund der relativ großen Bandbreite der körperlichen Belastbarkeit und klinischen Symptomatik innerhalb der Patientengruppe mit Herzinsuffizienz auf Basis von adäquater Leistungsdiagnostik, die zur Trainingsanpassung auch regelmäßig aktualisiert werden muss, deutlich individualisierter zu gestalten als in der ambulanten Phase III Herzgruppe.

Für eine individuelle Trainingssteuerung ist eine kompetent durchgeführte, und auch regelmäßig aktualisierte Leistungsdiagnostik notwendig, die oftmals nicht flächendeckend in Deutschland verfügbar ist und auch unzureichend von den Kostenträgern vergütet wird. Gleiches betrifft die für die Steuerung des Ausdauertrainings empfohlene regelmäßig durchzuführende, leider technisch und personell aufwendige Spiroergometrie (5), die für den sportkardiologisch betreuenden Arzt ebenfalls nur unzureichend abrechenbar ist.

Für die trainierenden Patienten mit Herzinsuffizienz ist neben einer – ebenfalls oft nicht flächendeckend verfügbaren – sportkardiologisch kompetenten ärztlichen Betreuung auch eine hohe sporttherapeutische Qualifikation des Übungsleiters notwendig, die durch Absolvierung der aktuellen Übungsleiterausbildung nicht hinreichend erreicht wird. Schließlich ist ein solches, wie beschrieben >



Privatdozent Dr. med.

Roman Laszlo

2. Vizepräsident des LVPR – Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen Baden-Württemberg e.V.



Dr. med. Gabriele Wehr

Präsidentin des LVPR Baden-Württemberg e.V.



QR-Code scannen und Artikel online lesen.

KORRESPONDENZADRESSE:

PD Dr. med. Roman Laszlo
Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin
Universitätsklinikum Ulm
Leimgrubenweg 14, 89075 Ulm
✉ : roman.laszlo@uniklinik-ulm.de

hoch individualisiertes Training bei einer Gruppengröße von theoretisch 20 Personen, wie aktuell in der Herzgruppe, nicht umsetzbar. Hier sind Kleingruppen notwendig, die allerdings aufgrund der aktuellen Vergütung von aktuell 8,00/8,50€ für die Übungsgruppen wiederum nicht finanzierbar sind.

Zusammenfassend besteht in Deutschland aktuell also die Situation, dass trotz der klaren Evidenz für einen positiven Effekt eines kombinierten Kraftausdauertrainings bei Herzinsuffizienz und eindeutigen Empfehlungen in den aktuellen Leitlinien ein für diese Patientengruppe adäquates Training aufgrund folgender Punkte nicht durchgeführt werden kann bzw. auch darf:

- Leistungsdiagnostik und sportkardiologische Betreuung: nicht flächendeckend verfügbar, unzureichende bis keine Vergütung der erbrachten Leistungen durch den Kostenträger
- Unzureichende Übungsleiterqualifikation
- Aktuelle Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining schließt Großgerätetraining aus
- Nichtfinanzierbarkeit der Gruppen mit der aktuellen Vergütung aufgrund der Notwendigkeit von Kleingruppen für ein hoch individualisiertes Training.

Für eine adäquate Umsetzung ist daher zu fordern, dass Kostenträger und Fachverbände zeitnah gemeinsame Konzepte entwickeln, damit Patienten mit Herzinsuffizienz in Deutschland nicht weiterhin ein derart wichtiger Baustein einer leitliniengerechten Therapie vorenthalten wird. ■

Literatur

- (1) **BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION.** Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. 01.11.2011. http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung_Rehasport.pdf. [29. Juli 2016].
- (2) **BELARDINELLI R, GEORGIU D, CIANCI G, PURCARO A.** 10-year exercise training in chronic heart failure: a randomized controlled trial. *J Am Coll Cardiol.* 2012; 60: 1521-1528. doi:10.1016/j.jacc.2012.06.036
- (3) **BJARNASON-WEHRENS B, SCHULZ O, GIELEN S, HALLE M, DÜRSCH M, HAMBRECHT R, LOWIS H, KINDERMANN W, SCHULZE R, RAUCH B.** Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. *Clin Res Cardiol Suppl.* 2009; 4: 1-44. doi:10.1007/s11789-009-0078-8
- (4) **O'CONNOR CM, WHELLAN DJ, LEE KL, KETEVIAN SJ, COOPER LS, ELLIS SJ, LEIFER ES, KRAUS WE, KITZMAN DW, BLUMENTHAL JA, RENDALL DS, MILLER NH, FLEG JL, SCHULMAN KA, MCKELVIE RS, ZANNAD F, PINA IL.** Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA.* 2009; 301: 1439-1450. doi:10.1001/jama.2009.454
- (5) **PIEPOLI MF, CONRAADS V, CORRA U, DICKSTEIN K, FRANCIS DP, JAARMA T, MCMURRAY J, PIESKE B, PIOTROWICZ E, SCHMID JP, ANKER SD, SOLAL AC, FILIPPATOS GS, HOES AW, GIELEN S, GIANNUZZI P, PONIKOWSKI PP.** Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Fail.* 2011; 13: 347-357. doi:10.1093/eurjhf/hfr017
- (6) **PONIKOWSKI P, VOORS AA, ANKER SD, BUENO H, CLELAND JG, COATS AJ, FALK V, GONZALEZ-JUANATEY JR, HARJOLA VP, JANKOWSKA EA, JESSUP M, LINDE C, NIHOYANNOPOULOS P, PARISSIS JT, PIESKE B, RILEY JP, ROSANO GM, RUILOPE LM, RUSCHITZKA F, RUTTEN FH, VAN DER MEER P.** 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016; 37: 2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
- (7) **POTTGIESSER T, BODE C, RÖCKER K.** Leistungsbegrenzung und Trainingstherapie bei chronischer Herzinsuffizienz. *Dtsch Z Sportmed.* 2014; 65: 85-92. doi:10.5960/dzsm.2014.123