

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 49 (2013)
Heft: 4

Artikel: Herzgruppen : die strukturierte Nachsorge für HerpatientInnen =
Groupes de maintenance cardio-vasculaire, un suivi médical structuré
pour les patients cardiaques
Autor: Pohl, Claudia / Hoffmann, Andreas
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928884>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Herzgruppen – die strukturierte Nachsorge für HerzpatientInnen

Groupes de maintenance cardio-vasculaire, un suivi médical structuré pour les patients cardiaques

CLAUDIA POHL, PROF. DR. ANDREAS HOFFMANN

Seit 2001 fördert die Schweizerische Herzstiftung den Aufbau und den Betrieb von Herzgruppen in der ganzen Schweiz. Im gruppenorientierten Angebot kardiovaskulärer Sekundärprävention ist die Motivation hoch, die nötigen Lebensstiländerungen umzusetzen und beizubehalten.

Zielpublikum für die Herzgruppen sind Herz-Kreislauf-PatientInnen mit einem stabilen Gesundheitszustand. Idealerweise schliesst die Herzgruppe direkt an eine ambulante oder stationäre Rehabilitation an, entsprechend dem WHO-Modell (1980) zur kardiovaskulären Rehabilitation:

- Phase I: Frühmobilisation während Aufenthalt in Akutklinik
- Phase II: Strukturiertes ambulantes oder stationäres Programm in spezialisierter Institution
- Phase III: Erhaltung des teilweise neu gewonnenen gesundheitsfördernden Lebensstils in wohnortnahen ambulanten Herzgruppen ohne zeitliche Begrenzung

Gemeinsam mit anderen Betroffenen treffen sich die Mitglieder zu einem regelmässigen Bewegungsprogramm. Die Leitung der Gruppen liegt bei Fachpersonen der kardialen Rehabilitation, in der Regel PhysiotherapeutInnen oder SportlehrerInnen mit einer Weiterbildung zum Herztherapeuten (SAKR). Eine Ärztin oder ein Arzt ist Ansprechperson bei medizinischen Fragen und vermittelt Informationen zu weiteren Themen der Sekundärprävention.

Nachhaltige kardiale Rehabilitation

Wenn die Schweizerische Herzstiftung der Förderung von Herzgruppen grosse Bedeutung zumisst, geschieht dies

Depuis 2001, la Fondation Suisse de Cardiologie promeut la mise en place de groupes de maintenance cardio-vasculaire dans toute la Suisse. Cette offre de prévention cardio-vasculaire secondaire en groupes vise essentiellement à introduire les modifications indispensables dans le mode de vie des patients et à les maintenir sur le long terme.

Les patients cardio-vasculaires dont l'état de santé est stable constituent le public-cible des groupes de maintenance. Idéalement, un groupe de maintenance est directement rattaché à un centre de réadaptation ambulatoire ou institutionnelle, conformément au modèle OMS (1980) concernant la réadaptation cardio-vasculaire:

- Phase I: Mobilisation démarrée rapidement lors du séjour en clinique de soins d'urgence
- Phase II: Programme ambulatoire ou institutionnel structuré en centre spécialisé
- Phase III: Maintien d'un mode de vie sain (nouvellement acquis dans certains cas) dans des groupes de maintenance ambulatoires, près du domicile et sans limite de temps

Les membres se retrouvent régulièrement avec d'autres patients pour suivre un programme d'activité physique. Les groupes sont encadrés par des personnes qualifiées issues du domaine de la réadaptation cardiaque, en général des physiothérapeutes ou des maîtres de sport ayant suivi une formation continue de thérapeute cardiaque (GSRC). Un médecin fonctionne comme interlocuteur pour les questions d'ordre médical et informe les patients sur les possibilités de la prévention secondaire.



nicht nur aufgrund der positiven Rückmeldungen von Teilnehmenden. Vielmehr haben mehrere Untersuchungen belegt, dass die günstigen Rehabilitationsresultate der Phasen I und II teilweise nur von kurzer Dauer sind, unabhängig davon, ob die PatientInnen stationär oder ambulant rehabilitiert wurden [1]. Andererseits zeigen Studien, dass die guten Ergebnisse durch gezielte Langzeitinterventionen vermehrt aufrechterhalten werden können. Dazu tragen bereits einfache Massnahmen bei wie Beratung und Hilfe zur Selbstkontrolle, telefonisches Nachfragen – oder eben Gruppenaktivitäten [2–5]. Trotzdem finden bisher lediglich knapp 10 Prozent der PatientInnen aus strukturierten Rehabilitationsprogrammen der Phase II in eine organisierte Langzeit-Betreuung der Phase III [6]. Auch wenn berücksichtigt wird, dass diese nicht für sämtliche PatientInnen erforderlich ist und trotz den genannten Vorteilen nicht von allen gewünscht wird, kann daraus ein erheblicher Nachholbedarf abgeleitet werden.

Zahl der Betroffenen steigt

Etwa 50 bis 60 Prozent der HerzpatientInnen in den westlichen Industrienationen sterben an akuten Formen der koronaren Herzkrankheit (KHK) wie Herzinfarkt und plötzlicher Herztod [7]. Die KHK entsteht als Manifestation der Atherosklerose, einer degenerativen Gefässerkrankung. Diese ist auch für den ischämischen Hirnschlag, die periphere arterielle Verschlusskrankheit und die Nierenversagen hauptverantwortlich. Die übrigen 40 Prozent der HerzpatientInnen leiden vor allem an Erkrankungen der Herzklappen, aber auch an Folgeerscheinungen einer Hypertonie oder primären Herzmuskelkrankheiten.

Das Paradox: Während die Sterblichkeit an KHK in den vergangenen zwanzig Jahren kontinuierlich abgenommen hat [8], steigt infolge der starken Zunahme der Lebenserwartung

Herzgruppen: massgeschneidertes Bewegungsprogramm mindestens einmal wöchentlich. I Groupes de maintenance cardio-vasculaire: programmes d'activité physique sur mesure au moins une fois par semaine.

Réadaptation cardiaque durable

Si la Fondation Suisse de Cardiologie attache une grande importance à la promotion des groupes de maintenance cardio-vasculaire, ce n'est pas seulement à cause des retours positifs des participants. Plusieurs enquêtes ont montré que les résultats de réadaptation positifs des phases I et II n'étaient parfois que de courte durée, indépendamment du fait que les patients soient en réadaptation institutionnelle ou ambulatoire [1]. D'un autre côté, les études montrent que les bons résultats peuvent être maintenus grâce à des interventions ciblées à long terme. Des mesures simples comme le conseil et l'aide au renforcement de l'autonomie, le suivi par téléphone ou les activités de groupe y contribuent [2–5]. Néanmoins, jusqu'à présent, seuls 10 % des patients issus de programmes de réadaptation structurés de la phase II bénéficient d'un encadrement à long terme de type phase III [6]. Même si nous prenons en compte le fait que cet encadrement n'est pas requis pour tous les patients et, malgré ses avantages, qu'il n'est pas souhaité par tous, on peut considérer qu'il existe un besoin de rattrapage considérable.

Le nombre des personnes concernées est en hausse

Dans les pays occidentaux, environ 50 à 60 % des patients cardiaques décèdent suite à des formes aiguës de cardiopathie coronarienne (CPC) tels l'infarctus du myocarde et la mort subite [7]. La CPC est une manifestation de l'athérosclérose, une maladie vasculaire dégénérative. Celle-ci est également la principale responsable de l'infarctus cérébral, de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et de l'insuffisance rénale. Les autres patients cardiaques (env. 40 %) souffrent avant tout de valvulopathies, mais également des conséquences d'une hypertension ou de cardiomyopathies primaires.

Paradoxalement, alors que la mortalité suite à une CPC est en baisse constante depuis 20 ans [8], la forte hausse de l'espérance de vie que nous connaissons entraîne une augmentation du nombre de patients cardiaques. De plus en plus de patients vivent de plus en plus longtemps avec une fonction cardiaque réduite, ce qui explique la forte augmentation des cas d'insuffisance cardiaque [9].

die Zahl der HerzpatientInnen weiter an. Mehr und mehr PatientInnen leben immer länger mit einer eingeschränkten Herzfunktion, was das stark an Bedeutung gewinnende Krankheitsbild der Herzinsuffizienz eindrücklich belegt [9].

Invasive Behandlung genügt nicht

Zur wirksamen Behandlung der akut lebensbedrohlichen Formen der KHK sowie bei chronischer Angina pectoris werden heute invasive Behandlungsverfahren beinahe ohne Altersbeschränkung eingesetzt. Dazu zählen die Angioplastie (Ballonkatheter- und Stentbehandlung) und die Bypassoperation [10–12]. Diesen Methoden ist gemeinsam, dass sie nicht die Ursache der Erkrankung behandeln, sondern durch lokale Behebung einer bedrohlichen Gefässverengung oder eines Gefässverschlusses die Situation entschärfen, allerdings meist nur für eine begrenzte Zeit. Mit andern Worten: In den meisten Fällen stellen die invasiven Therapiemodalitäten eine zwar wirkungsvolle, aber letztlich palliative Massnahme dar, weil sie nicht in den naturgemäss progredienten Verlauf der zugrunde liegenden Atherosklerose eingreifen.

Langzeitprävention ist wirksam

Die erfreulicherweise um 36 Prozent reduzierte Sterblichkeit an KHK ist nur zu 11 Prozent auf invasive Behandlungen zurückzuführen, jedoch zu 25 Prozent auf sekundärpräventive Massnahmen wie Lebensstilanpassungen und Medikamente [8].

Invasive Therapieverfahren müssen deshalb in jedem Fall durch nicht medikamentöse und medikamentöse Massnahmen begleitet werden, welche die Atherosklerose der Koronargefässe stabilisieren, idealerweise sogar rückgängig machen können. Dazu gehören einerseits gerinnungshemmende Medikamente, Lipidsenker, Blutdruckmedikamente und Betablocker [13], die alle nachweislich die erneuten Krankheitsmanifestationen und die Sterblichkeit verringern können. Andererseits sind Lebensstilanpassungen bei den allermeisten Betroffenen unumgänglich und bilden das eigentliche Fundament der Sekundärprävention. Hier treten die Herzgruppen in Aktion: Sie können PatientInnen helfen, notwendige Verhal-

Les soins invasifs ne suffisent pas

Aujourd'hui, on applique des procédures de soins invasives quasiment sans limite d'âge. Elles permettent de traiter efficacement les formes aiguës et potentiellement mortelles de CPC ou l'angine de poitrine chronique. Parmi celles-ci, on peut citer l'angioplastie (cathéter à ballonnet et stent) et le pontage (by-pass). Ces méthodes ont pour point commun de ne pas traiter la cause de la maladie, mais seulement de débloquer une sténose vasculaire menaçante ou une obstruction vasculaire au moyen d'une intervention locale. Les effets ne seront pour la plupart bénéfiques qu'à court terme. En d'autres termes, dans la majorité des cas, les modalités de soins invasifs représentent indéniablement une mesure efficace, mais finalement palliative, car elles n'interviennent pas dans l'évolution progressive et naturelle à l'origine de l'athérosclérose.

La prévention à long terme est efficace

La mortalité suite à une CPC a été réduite de 36 %. Toutefois, cette baisse n'est imputable qu'à hauteur de 11 % aux soins invasifs; les 25 autres pourcents proviennent des mesures de prévention secondaires telles que les modifications du mode de vie et le traitement médicamenteux [8].

C'est pourquoi les soins invasifs doivent dans tous les cas être accompagnés de mesures, médicamenteuses et non-médicamenteuses, qui stabilisent l'athérosclérose des artères coronaires ou qui, dans le meilleur des cas, la font reculer. Ces traitements impliquent des médicaments anti-coagulants, des hypolipémiants, des antihypertenseurs et des bêta-bloquants [13] qui peuvent tous diminuer efficacement les manifestations répétées de la maladie et sa mortalité. D'autre part, une modification du mode de vie est indispensable pour la plupart des patients et constitue le fondement véritable de la prévention secondaire. C'est ici que les groupes de maintenance entrent en jeu: ils aident les patients à mettre en place les modifications de comportement nécessaires à long terme, ils leur permettent d'acquiescer plus de sécurité, de reprendre confiance dans leurs aptitudes physiques et ils renforcent leur mental.

Die Schweizerische Herzstiftung: Aktiv gegen Herzkrankheiten und Hirnschlag

Die Schweizerische Herzstiftung ist eine unabhängige, ZEWO-
anerkannte Stiftung, die sich dafür einsetzt, dass

- weniger Menschen an Herz- und Gefässleiden erkranken oder einen Hirnschlag erleiden,
- Menschen nicht durch eine Herz-Kreislauf-Krankheit behindert bleiben oder vorzeitig daran sterben,
- für Betroffene das Leben lebenswert bleibt.

Die Schweizerische Herzstiftung finanziert sich hauptsächlich durch Spenden, Erbschaften, Legate und andere Zuwendungen.

La Fondation Suisse de Cardiologie: Lutter activement contre les maladies cardio-vasculaires

La Fondation Suisse de Cardiologie est une fondation indépendante, reconnue par la Fondation ZEWO, qui se mobilise pour:

- que moins de personnes souffrent de maladies cardio-vasculaires ou subissent une attaque cérébrale
- éviter que les gens ne restent handicapés suite à une maladie cardio-vasculaire et qu'ils ne meurent prématurément
- que la vie des patients reste digne d'être vécue.

La Fondation Suisse de Cardiologie est financée en majeure partie par des dons, des successions, des legs et autres donations.

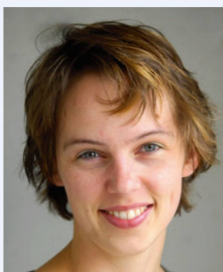
tensänderungen langfristig umzusetzen, und sie geben ihnen mehr Sicherheit und neues Vertrauen in ihre körperliche Leistungsfähigkeit und stärken ihre Psyche.

Herzgruppen fördern!

Die Schweizerische Herzstiftung ruft deshalb alle Fachpersonen dazu auf, die Teilnahme in einer Herzgruppe ihren Herz-Kreislauf-PatientInnen aktiv zu empfehlen und stellt kostenlos die Broschüre «Für Ihr Herz – die Herzgruppe in Ihrer Region» zur Verfügung. Auch Gründungen neuer Herzgruppen werden von der Schweizerischen Herzstiftung mit persönlicher Beratung und nützlichen Unterlagen gefördert. Das Handbuch «Gemeinsam zu einem gesunden Lebensstil – der Weg zur eigenen Herzgruppe» enthält alles Wissenswerte über die Herzgruppenarbeit und unterstützt Ärztinnen und Ärzte, PhysiotherapeutInnen, SportlehrerInnen sowie Laien bei der Gründung und Führung einer Herzgruppe.

Weiterführende Informationen I Pour aller plus loin

- www.swissheartgroups.ch
- www.herztherapeuten-sakr.ch
- www.sakr.ch



Claudia Pohl

Claudia Pohl, Beratung und Koordination Herzgruppen, Schweizerische Herzstiftung.

Claudia Pohl, Conseil et coordination des groupes de maintenance cardio-vasculaire, Fondation Suisse de Cardiologie.



Andreas Hoffmann

Prof. Dr. med. Andreas Hoffmann, Kardiologe, Basel, und Mitglied im Stiftungsrat der Schweizerischen Herzstiftung.

Pr Dr med Andreas Hoffmann, Cardiologue à Bâle et membre du conseil de la Fondation Suisse de Cardiologie.

Promouvoir les groupes de maintenance cardio-vasculaire!

La Fondation Suisse de Cardiologie invite toutes les personnes qualifiées à inciter activement leurs patients cardio-vasculaires à rejoindre un groupe de maintenance. Elle met gratuitement à disposition la brochure «Pour votre cœur – le groupe de maintenance régional». La Fondation Suisse de Cardiologie soutient également la création de nouveaux groupes de maintenance cardio-vasculaire par des conseils individuels et des documents utiles. Le manuel «Ensemble vers un mode de vie sain. Comment fonder un groupe de maintenance cardio-vasculaire» contient toutes les informations utiles sur le travail des groupes de maintenance et assiste les médecins, les physiothérapeutes, les professeurs de sport ainsi que les novices dans la création et l'encadrement d'un groupe de maintenance cardio-vasculaire.

Literatur I Bibliographie

1. Niederhauser, H.U., Sieber, R. Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten nach Herzinfarkt und nach Herzoperationen: Werden die Ziele verwirklicht? Schweiz. Med. Wschr. 1986; 116: 1729–33.
2. Hildingh C, Fridlund B. Participation in peer-support groups after a cardiac event. A 12-month follow-up. Rehabil Nurs 2003; 28: 123–128.
3. Mittag O, China C, Hoberg E et al. Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. Int J Rehabil Res 2006; 29: 295–302.
4. Arrigo I, Brunner-La Rocca H, Lefkovits M, Pfisterer M, Hoffmann A. Comparative outcome one year after formal cardiac rehabilitation: the effects of a randomized intervention to improve exercise adherence. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008; 15: 306–311.
5. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Improving outcomes after myocardial infarction: A randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. Eur J Prev Rehabil 2007; 14: 429–437.
6. Jaggi S, Sommerfeld K, Piazzalunga S, Hoffmann A. Lifestyle and risk factors four years after cardiac rehabilitation. Kardiovask. Medizin 2009; 12, suppl. 17: 64S.
7. www.bfs.admin.ch
8. Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al. Explaining the decrease in US deaths from CAD 1980–2000. N Engl J Med 2007; 356: 2388–2398.
9. Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC, et al. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciation the scope of the heart failure epidemic. JAMA 2003; 289: 194–202.
10. Tu, J.V. et al. Use of Cardiac Procedures and Outcomes in Elderly Patients with Myocardial Infarction in the United States and in Canada. N Engl J Med 1997; 336: 1500–1523.
11. Heidenreich PA et al. Trends in treatment and outcomes for acute myocardial infarction 1975–1995. Am J Med 2001; 110: 165–174.
12. Pfisterer M et al. Longterm outcome in elderly patients with chronic angina managed invasively versus by optimized medical therapy: four-year follow-up of the randomized trial of invasive versus medical therapy in the elderly patients (TIME). Circulation 2004; 110: 1213–1218.
13. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. N Engl J Med 2001; 345: 892–902.