

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich. Beschluß der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft vom April 2005.

Arbeitsgruppe Kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft

Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2005; 12 (11-12), 303-309

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich

Beschluß der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft vom April 2005

1 Definition der kardiologischen Rehabilitation und Prävention

Die kardiologische Rehabilitation und Prävention ist die koordinierte Summe der Maßnahmen, die benötigt werden, um die bestmöglichen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen zu schaffen, damit Patienten mit chronischer oder auf ein akutes Ereignis folgender kardiovaskulärer Erkrankung aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wiedereinnahmen und durch verbesserte Lebensgewohnheiten das Fortschreiten der Erkrankung begrenzen oder umkehren können.

2 Phasen der kardiologischen Rehabilitation und Prävention

Phase I:

Frühmobilisation nach dem Akutereignis im Krankenhaus

Phase II:

In ausgewählten Fällen nach einem Akutereignis im Anschluß an die Phase I oder nach einer anderen Erstmanifestation einer KHK. Die ambulante kardiologische Rehabilitation in der Phase II (Dauer 4–6 Wochen) stellt in geeigneten Fällen eine Alternative oder Ergänzung der stationären Rehabilitation dar. Als Alternative kommt sie bei Patientenwunsch, niedrigem kardiovaskulärem Risiko und einem entsprechenden sozialen Umfeld in Betracht. Voraussetzung für die ambulante Phase-II-Rehabilitation ist das Vorhandensein einer den Qualitätsnormen der stationären Phase-II-Rehabilitation entsprechenden ambulanten Rehabilitationseinrichtung.

Phase III:

Ambulante Rehabilitation in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung im Anschluß an die Phase II (Dauer: 6–12 Monate, in medizinisch indizierten Fällen auch länger). Ein vorrangiges Ziel der ambulanten Phase-III-Rehabilitation ist es, daß sie berufsbegleitend und damit wohnort- bzw. arbeitsplatznahe stattfinden kann.

Phase IV:

Langzeitsekundärprävention in Eigenverantwortlichkeit der Patienten im Anschluß an die Phase III (Dauer: lebenslang, z.B.: Herzgruppen, Sportvereine, Heimtraining etc.)

3 Indikationen und Kontraindikationen für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention

Klasse-I-Indikationen – gesicherte Indikationen:

1. Zustand nach akutem Koronarsyndrom (STEMI)
2. Zustand nach Bypassoperation
3. Zustand nach anderen Operationen am Herzen und an den großen Gefäßen
4. Zustand nach Herz- oder Lungentransplantation
5. Chron. Belastungsherzinsuffizienz (NYHA-Stadium II, III)

Klasse-II-Indikationen – unterschiedliche Meinungen der Experten:

1. Zustand nach akutem Koronarsyndrom (NSTEMI)
2. Patienten nach einer PCI
3. Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit
4. Pulmonale Hypertonie
5. PAVK (Claudicatio intermittens)
6. Prävention bei motivierbaren Hochrisikopatienten (z.B. mit einem 10-Jahresrisiko für ein letales kardiovaskuläres Ereignis von über 5 % nach dem SCORE-System bzw. für ein koronares Ereignis von über 20 % nach dem PROCAM-Score)
7. Zustand nach elektrophysiologischer Intervention
8. Patienten nach Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
9. Patienten mit hämodynamisch stabiler Arrhythmie, Zustand nach anhaltender Kammertachykardie oder nach Herzstillstand

Klasse-III-Indikationen – Kontraindikationen:

1. Instabile Angina pectoris
2. Ruheherzinsuffizienz
3. Floride Endomyokarditis oder andere floride Infektionen
4. Rezente Pulmonalarterienembolie/Phlebothrombose
5. Hämodynamisch instabile Arrhythmien
6. Höhergradige Obstruktionen des linksventrikulären Ausflußtraktes (Aortenstenose, HOCM)
7. Patienten, die aufgrund körperlicher, psychischer oder geistiger Gebrechen nicht mobilisierbar sind und daher die Einrichtungen der Rehabilitation nicht nützen können.

Phasengerechte Zuordnung zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation und Prävention

Klasse-I-Indikationen

Zst. n. akutem Koronarsyndrom (STEMI)	Phase III, IV, in ausgewählten Fällen Phase II
Zst. n. Bypassoperation	Phase III, IV, in ausgewählten Fällen Phase II
Zst. n. anderen Herzoperationen	Phase III, IV, in ausgewählten Fällen Phase II
Zst. n. Herz- oder Lungentransplantation	Phase III, IV
Chronische Belastungsherzinsuffizienz	Phase III, IV, in ausgewählten Fällen Phase II

Klasse-II-Indikationen

Zst. n. akutem Koronarsyndrom (NSTEMI)	Phase II, III, IV
Zst. n. PCI	Phase II, III, IV
Pt. mit stabiler koronarer Herzkrankheit	Phase II, III, IV
Pt. mit pulmonaler Hypertonie	Phase II, III, IV
Pt. mit PAVK	Phase II, III, IV
Prävention bei motivierbaren Hochrisikopatienten	Phase II, III, IV
Zst. n. elektrophysiologischer Intervention	Phase II, III, IV
Pt. nach Implantation eines SM oder ICD	Phase II, III, IV
Pt. mit hämodynamisch stabiler Arrhythmie	Phase II, III, IV

4 Personelle Bedingungen in einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung für Phase II und Phase III:

Verantwortliche ärztliche Leitung:

- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit absolviertem Ausbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit mindestens 2jähriger Tätigkeit in einer anerkannten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung, davon zumindest 1 Jahr stationär

Ärztliche Anwesenheit in der ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung:

- Ärztlicher Leiter/ärztliche Leiterin oder
- Ärztlicher Mitarbeiter/ärztliche Mitarbeiterin:
 - Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder
 - Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit absolviertem Ausbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder
 - Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit mindestens 2jähriger Tätigkeit in einer anerkannten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung oder
 - Facharzt/Fachärztin für Medizinische Leistungsphysiologie mit Jus practicandi und absolviertem Ausbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder
 - Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin mit absolviertem Ausbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder mindestens 5jähriger praktischer Tätigkeit in einer anerkannten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung

Grundvoraussetzung für die Qualifikation zur Übungsleitung:

- Absolvent/Absolventin der Studienrichtung Sportwissenschaften
- Absolvent/Absolventin der Studienrichtung Lehramt für Leibeserziehung
- Diplomierter Physiotherapeut/diplomierte Physiotherapeutin

5 Ärzte und Ärztinnen in einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung für Phase II und Phase III:

Voraussetzung für die ärztliche Tätigkeit in einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung für Phase II und Phase III:

- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit mindestens 2jähriger Tätigkeit in einer anerkannten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung oder
- Absolvierter Ausbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation

Zugang zum Ausbildungslehrgang für ambulante kardiologische Rehabilitation für Ärzte und Ärztinnen:

- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin
- Facharzt/Fachärztin für Medizinische Leistungsphysiologie mit Jus practicandi
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

Ausbildungslehrgang für ambulante kardiologische Rehabilitation für Ärzte und Ärztinnen:

THEORETISCHE AUSBILDUNG: insgesamt 60 Stunden Einleitung:

- Aufgaben des Arztes/der Ärztin und des Übungsleiters/der Übungsleiterin (medizinisch-therapeutische und trainingswissenschaftlich-pädagogische Begründung)
- Ziele der Ausbildung (medizinisch-therapeutische und trainingswissenschaftlich-pädagogische Ziele)

Block 1 – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen: 20 Stunden

- Belastungsuntersuchungen (Gütekriterien, Spezialergometrien und Protokolle) 2 Stunden
- Grundlagen der Leistungsdiagnostik 3 Stunden
- Funktionsdiagnostik akuter und chronischer Anpassung des Herz-Kreislaufsystems an körperliche Belastungen 5 Stunden
- Substratutilisation (muskulärer Energie-stoffwechsel) 3 Stunden
- Funktionsdiagnostik akuter und chronischer Anpassung des Stoffwechsels an körperliche Belastungen (Laktatleistungsdiagnostik) 2 Stunden
- Funktionsdiagnostik akuter und chronischer Anpassung der Atmungsorgane an körperliche Belastungen (Spirometrie, Ergospirometrie, Blutgase) 3 Stunden

- Fallbeispiele aus der Leistungsdiagnostik (von der Physiologie zur Pathologie) 2 Stunden

Block 2 – Trainingslehre, Ernährung, Kardiologie, Komplikationen – Notfälle: 20 Stunden

- Aspekte der Trainingslehre in der kardiologischen Rehabilitation 8 Stunden
- Ernährung 6 Stunden
- Epidemiologie von Herz-Kreislauferkrankungen 1 Stunde
- Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen 3 Stunden
- Komplikationen – Notfälle (gemeinsame praktische Übungen) 2 Stunden

Block 3 – Psychosomatik – Psychologie – Pädagogik, Organisation und Administration, rechtliche Grundlagen: 20 Stunden

Psychosomatik – Psychologie – Pädagogik:

- Methodik – Didaktik (Grundlagen der Gesprächsführung, Gruppenleitung und -gestaltung, Kommunikationstraining, praktische Übungen) 8 Stunden
- Psychosozialer Teil (Psychosomatik/Psychokardiologie/-therapie, psychokardiologische Interventionen) 5 Stunden

Organisation und Administration:

- Die Phasen der Rehabilitation 1 Stunde
- Voraussetzungen zur Gründung und Organisation eines ambulanten kardiologischen Rehabilitationszentrums 1 Stunde
- Dokumentation und praktische Übungen 3 Stunden
- Ziele und Guidelines der ambulanten kardiologischen Rehabilitation 2 Stunden

Ausbildungsumfang:

Für den Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin:

60 Stunden – gesamte Ausbildungsinhalte

Für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin:

55 Stunden – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen
– Trainingslehre, Ernährung
– Kardiologie (Teile davon)
– Psychosomatik – Psychologie – Pädagogik
– Organisation und Administration
– Rechtliche Grundlagen

Für den Facharzt/die Fachärztin für Medizinische Leistungsphysiologie mit Jus practicandi:

32 Stunden – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen
– Aspekte der Trainingslehre in der kardiologischen Rehabilitation
– Trainingsmethodische Grundlagen – Aufbau einer Übungs-/Trainingsstunde

Anrechenbarkeit aus anderen Zusatzausbildungen (auf Antrag):

Für den Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin mit dem ÖÄK-Diplom Sportmedizin:

20 Stunden – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen

Für den Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin mit dem ÖÄK-Diplom für psychosoziale Medizin, dem ÖÄK-Diplom für psychosomatische Medizin und/oder dem ÖÄK-Diplom für psychotherapeutische Medizin:

12 Stunden – Psychosomatik – Psychologie – Pädagogik

Für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin:

3 Stunden – Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen
2 Stunden – Komplikationen – Notfälle (gemeinsame praktische Übungen)

Für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin mit dem ÖÄK-Diplom Sportmedizin:

3 Stunden – Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen
2 Stunden – Komplikationen – Notfälle (gemeinsame praktische Übungen)
20 Stunden – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen

Für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin mit dem ÖÄK-Diplom für psychosoziale Medizin, dem ÖÄK-Diplom für psychosomatische Medizin und/oder dem ÖÄK-Diplom für psychotherapeutische Medizin:

3 Stunden – Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen
2 Stunden – Komplikationen – Notfälle (gemeinsame praktische Übungen)
12 Stunden – Psychosomatik – Psychologie – Pädagogik

Für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin mit Additivfach internistische Sportheilkunde:

3 Stunden – Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen
2 Stunden – Komplikationen – Notfälle (gemeinsame praktische Übungen)
8 Stunden – Aspekte der Trainingslehre in der kardiologischen Rehabilitation – Trainingsmethodische Grundlagen – Aufbau einer Übungs-/Trainingsstunde
20 Stunden – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen

Für den Facharzt/die Fachärztin für Medizinische Leistungsphysiologie:

8 Stunden – Aspekte der Trainingslehre in der kardiologischen Rehabilitation – Trainingsmethodische Grundlagen – Aufbau einer Übungs-/Trainingsstunde
20 Stunden – Durchführung und Interpretation von Belastungsuntersuchungen

6 Materielle und logistische Bedingungen in einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung für Phase II und Phase III:

Notfallskonzept:

- Telefon
- Notfall- und Reanimationsausrüstung
 - 1 EKG
 - 1 Blutdruckapparat
 - 1 Defibrillator
 - 1 Intubationsbesteck
 - 1 Ambu-Beutel
 - 1 Notfalkoffer (Notfallmedikamente, Nadeln, Tupfer, Infusionen, Infusionsbesteck)
- Regelmäßige Reanimationsschulungen

Räumlichkeiten und Übungsgeräte:

- 2 Umkleieräume und sanitäre Anlagen
- Ausrüstung für Ausdauertraining:
 - entweder ausreichend großer Turnsaal für Gehen/Laufen
 - Ausdauergeräte (Fahrradergometer oder Laufband)
 - Herzfrequenz-Überwachung (EKG oder EKG-genaue Herzfrequenzmeßgeräte)

7 Eingangs-, Zwischen- und Abschlußuntersuchungen in einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung für Phase II und Phase III:

Ärztliche Eingangsuntersuchung in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung:

- Internistische Untersuchung (Anamnese, Status, inklusive Status des Stütz- und Bewegungsapparates)
- Sichtung und Erfassung der vorliegenden Befunde (Im Bedarfsfall Veranlassung der Erhebung fehlender, für die Rehabilitation obligater oder internistisch als notwendig erachteter Befunde)
- Sichtung und Erfassung des Risikofaktorenprofils (Im Bedarfsfall Veranlassung der Erhebung fehlender Laborwerte)*
- Erfassung des psychosozialen Status
- Ruhe-EKG**
- Ergometrie (Ausnahme: eine max. 4 Wochen alte Ergometrie vorliegend)**
- Bestätigung der Indikation für eine kardiologische Rehabilitation (entsprechend den publizierten Richtlinien der Arbeitsgruppe für kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft)
- Ausschluß einer Kontraindikation gegen die Rehabilitation (entsprechend den publizierten Richtlinien der Arbeitsgruppe für kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft)

- Definition der individuellen Rehabilitationsziele anhand der Befund- und Risikofaktorenkonstellation

Obligate aktuelle Vorbefunde vor Beginn einer kardiologischen Rehabilitation:

- Ruhe-EKG
- Ergometrie nicht älter als 4 Wochen
- Echokardiographie
- Cholesterin
- HDL-Cholesterin
- LDL-Cholesterin
- Triglyceride
- Harnsäure
- NBZ
- HbA1C
- Körpergewicht bzw. BMI
- Psychosozialer Status inklusive Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit validierten Meßinstrumenten
- sonstige Befunde je nach Situation

Ärztliche Zwischenuntersuchung in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung:

Phase II: Ende Phase II oder früher nach Erfordernis bzw. bei Wechsel in die Phase III

Phase III: nach 6 Monaten oder früher nach Erfordernis

- Internistische Untersuchung (Zwischenanamnese, Status, inklusive Status des Stütz- und Bewegungsapparates)
- Kontrolle des Risikofaktorenprofils*
- Kontrolle des psychosozialen Status
- Ruhe-EKG**
- Ergometrie**

Ärztliche Abschlußuntersuchung in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung:

- Internistische Untersuchung (Zwischenanamnese, Status, inklusive Status des Stütz- und Bewegungsapparates)
- Kontrolle des Risikofaktorenprofils*
- Kontrolle des psychosozialen Status
- Ruhe-EKG**
- Ergometrie**

8 Ärztlicher Abschlußbericht nach Phase II und Phase III:

Inhalte:

- Bericht über den Rehabilitationsverlauf
- Ergebnisse der Eingangs- und der Abschlußuntersuchung inkl. Ergometrie
- Spezielle physische und psychische Aspekte des Patienten
- Risikofaktoren
- Medikamentöse Therapie
- Eventuelle Vorschläge für weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen

* Gerätetechnische Untersuchungen und Laborbefunde sollten vorzugsweise durch den betreuenden Arzt erhoben werden (alternativ: von der ambulanten Rehabilitationseinrichtung).

** Ruhe-EKG und Ergometrie sollten vorzugsweise von der ambulanten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden (alternativ: vom betreuenden Internisten).

*, ** Voraussetzung: Enge Zusammenarbeit der ambulanten Rehabilitationseinrichtung mit dem betreuenden Arzt – Akkordierung der Untersuchungen und Befunderhebung nach Wunsch des betreuenden Arztes.

9 Struktur eines ambulanten kardiologischen Rehabilitations- und Präventionsprogrammes in einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung für Phase II und Phase III:

9.1. Dauer:

Phase II: 4–6 Wochen

Phase III: 6–12 Monate, in medizinisch indizierten Fällen auch länger

9.2. Umfang:

Phase II: 40–60 Einheiten

Phase III: 100 Einheiten

Die Aufteilung der zur Verfügung stehenden Betreuungseinheiten auf die unter 9.3. aufgelisteten Inhalte soll flexibel an die Grundkrankheit, das Maß der Morbidität, das Risikofaktorenprofil und die beruflichen, familiären und sonstigen sozialen Bedürfnisse der Patienten angepaßt werden.

Bei gegebener Indikation soll zur Gewährleistung möglichst umfassender Rehabilitationsmaßnahmen eine Weiterleitung der Patienten an spezielle mit der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung kooperierende Einrichtungen erfolgen.

9.3. Inhalte:

9.3.1. Trainingstherapie*:

- Individuell angepaßtes trainingsherzfrequenzgesteuertes Ausdauertraining
- Individuell angepaßtes Muskelhypertrophietraining
- Intensität und Umfang im Sinne einer Angepaßtheit und einer genauen Dosierung des Trainings entsprechen den Kriterien der Trainingslehre unter besonderer Beachtung der Pathophysiologie der Grundkrankheit und des individuellen Risikoprofils
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Flexibilität
- Koordination

9.3.2. Psychokardiologie*:

- In offener oder geschlossener Gruppe
- Gruppengröße 8–10 Personen
- Insgesamt 24 Betreuungseinheiten, ca. 60 % in Phase II, im Sinne einer nachhaltigen Intervention ca. 40 % in Phase III

9.3.3. Angewandte Ernährungsschulung*:

- In geschlossenen Gruppen mit vorgegebenen Inhalten
- Verhaltensmodifizierender Ansatz
- Insgesamt 24 Betreuungseinheiten, ca. 60 % in Phase II, im Sinne einer nachhaltigen Intervention ca. 40 % in Phase III

9.3.4. Entspannungstraining/Atemübungen:

- Autogenes Training
- Entspannungsübungen nach Jakobson

9.3.5. Theoretische Schulung (auch für Angehörige):

- Herzkrankheit, insbesondere die Koronare Herzkrankheit
- Herzmedikamente
- Untersuchungsmethoden
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren und deren Bekämpfung
- Ernährung, Übergewicht, Blutfette
- Rauchen
- Bluthochdruck
- Streß, Streßmanagement
- Bewegungsmangel, Bewegung, medizinisches Training
- Krankheitsbewältigung, Umgang mit der Krankheit, Leben mit der Krankheit
- Was tun, wenn ...? Richtiges Handeln im Ernstfall, Reanimation

9.3.6. Raucherentwöhnung:

- In Seminar- bzw. Gruppentherapieform

9.4. Zeitlicher Ablauf der ambulanten kardiologischen Rehabilitation und Prävention:

9.4.1. Phase II:

Woche 1

- Ärztliches Erstgespräch
 - Sichtung der Befunde und eventuelle Ergänzung
 - Erhebung der aktuellen Leistungsfähigkeit
 - Psychosozialer Status inklusive Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit validierten Meßinstrumenten
 - Führung durch das Zentrum
 - Erstes „Kennenlernen“ der wichtigsten Ansprechpersonen
 - Ernährungsprotokoll und Auswertung, BIA-Messung
- 2 Einheiten Ausdauertraining
 - Kennenlernen und Einstellen der Geräte (Pulsuhr, Ergometer)
 - Lockeres, regeneratives und koordinatives Training nach Leistungstest
- Erstgespräch mit dem Therapeuten/der Therapeutin der psychokardiologischen Therapiegruppe
 - Beurteilung der Gruppentauglichkeit und Einteilen der Gruppen

Woche 2

- 3 Einheiten Ausdauertraining
 - Ausdauertraining:
 - Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird
 - Dauer: 10–30 Minuten pro Einheit
 - WNTZ: Je nach Leistungsfähigkeit 30–90 Minuten
 - Ergänzendes Muskelhypertrophietraining
- Erstgespräch mit dem Leiter/der Leiterin der Ernährungsschulung
- Psychokardiologische Therapiegruppe
- Theoretisches Schulungsseminar

* Die Definition der Inhalte und die Kontrolle der Betreuungsqualität erfolgt durch den jeweiligen Ausschuß der Arbeitsgemeinschaft für ambulante kardiologische Rehabilitation (AGAKAR) in Zusammenarbeit mit der zuständigen Arbeitsgruppe der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG).

Woche 3

- 3 Einheiten Ausdauertraining
 - Ausdauertraining:
Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird
Dauer: 10–30 Minuten pro Einheit
WNTZ: Je nach Leistungsfähigkeit 30–90 Minuten
 - Ergänzendes Muskelhypertrophietraining
- Psychokardiologische Therapiegruppe
- Angewandte Ernährungsschulung
- Seminar

Woche 4

- 3 Einheiten Ausdauertraining
 - Ausdauertraining:
Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird
Dauer: 10–30 Minuten pro Einheit
WNTZ: Je nach Leistungsfähigkeit 30–90 Minuten
 - Ergänzendes Muskelhypertrophietraining
- Angewandte Ernährungsschulung
- Psychokardiologische Therapiegruppe
- Seminar

Woche 5–6

- 3 Einheiten Ausdauertraining
 - Ausdauertraining:
Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird
Dauer: 10–30 Minuten pro Einheit
WNTZ: Je nach Leistungsfähigkeit 30–90 Minuten
 - Ergänzendes Muskelhypertrophietraining
- Psychokardiologische Therapiegruppe
- Angewandte Ernährungsschulung
- Seminar
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Individuelle Leistungsdiagnostik
- Ergänzend: Entspannungstraining, Raucherentwöhnung

– Abschluß Phase II:

- Erhebung der aktuellen Leistungsfähigkeit
- Psychosozialer Status inklusive Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit validierten Meßinstrumenten
- Veranlassung einer Abschlußuntersuchung beim zuweisenden Internisten oder Spitalsambulanz
- Bericht des Zentrums über den Behandlungsverlauf bzw. die weiteren Trainingsvorgaben für die anschließende Phase III (vor allem bei Wechsel in ein anderes Phase-III-Zentrum)
- Ausführliches Beratungsgespräch mit dem Patienten

9.4.2. Phase III:

Woche 1–24

- 2 Einheiten Ausdauertraining im Zentrum
 - Ausdauertraining:
Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird
Dauer: 20–40 Minuten pro Einheit
 - Ergänzendes Muskelhypertrophietraining
- 1 Einheit Heimtraining als Mindestanforderung für zu Hause
 - Ausdauertraining:
Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird
Dauer: 20–40 Minuten pro Einheit
WNTZ: Je nach Leistungsfähigkeit 80–160 Minuten
- Ergänzung je nach Risikoprofil und vorangegangener Phase-II-Rehabilitation:
 - Fortsetzung der Raucherentwöhnung
 - Psychokardiologische Therapiegruppe und Ernährungsschulung
 - Entspannungstraining
- Woche 1 und Woche 24:
 - Erhebung der aktuellen Leistungsfähigkeit
 - Psychosozialer Status inklusive Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit validierten Meßinstrumenten

Woche 25–52

- 1–2 Einheiten Ausdauertraining im Zentrum
 - Ausdauertraining:
Intensität: Herzfrequenzgesteuert in jenem Bereich, der bei 55–70 % der maximalen bzw. symptomlimitierten Belastung im Rahmen einer während stabiler medikamentöser Therapie

durchgeführten diagnostischen Fahrradergometrie erreicht wird bzw. in jenem Herzfrequenzbereich, der bei 90–95 % der Leistung an der individuellen anaeroben Schwelle gemessen wird

Dauer: 30–50 Minuten pro Einheit

– Ergänzendes Muskelhypertrophietraining

- 3 Einheiten Heimtraining als Mindestanforderung für zu Hause

WNTZ: Je nach Leistungsfähigkeit 150–300 Minuten

– Abschluß Phase III:

- Erhebung der aktuellen Leistungsfähigkeit
- Psychosozialer Status inklusive Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit validierten Meßinstrumenten
- Veranlassung einer Abschlußuntersuchung beim zuweisenden Internisten oder Spitalsambulanz und Bericht des Zentrums über den Behandlungserfolg bzw. die weiteren Trainingsvorgaben nach Abschluß der Phase III und Empfehlungen für Phase IV (Herzgruppen etc.)
- Ausführliches Beratungsgespräch mit dem Patienten

9.5. Qualitätssicherung der ambulanten kardiologischen Rehabilitation und Prävention

9.5.1. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wenn möglich durch elektronische Dokumentation und Datenauswertung folgend den aktuellen Standards der ÖKG unter Berücksichtigung des Krankenanstalten- und Ärztegesetzes

9.5.2. Anstreben regelmäßiger Ergebnispublikationen

9.6. Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Langzeitprävention

Korrespondenzadresse:

*Prim. Dr. med. Werner Benzer
Departement für Interventionelle Kardiologie
Institut für Sportmedizin, Landeskrankenhaus
A-6800 Feldkirch, Carinagasse 47
E-Mail: wbenzer@cabl.vol.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung