

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

**Editorial: Ergebnisorientierte  
Forschung in der kardiovaskulären  
Rehabilitation - Wege und Ziele**

Benzer W, Laimer H, Oldridge NB

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology 2001; 8*

(12), 489

Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



Member of the ESC-Editors' Club



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Homepage:

[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Member of the



[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# Neues aus der Medizintechnik

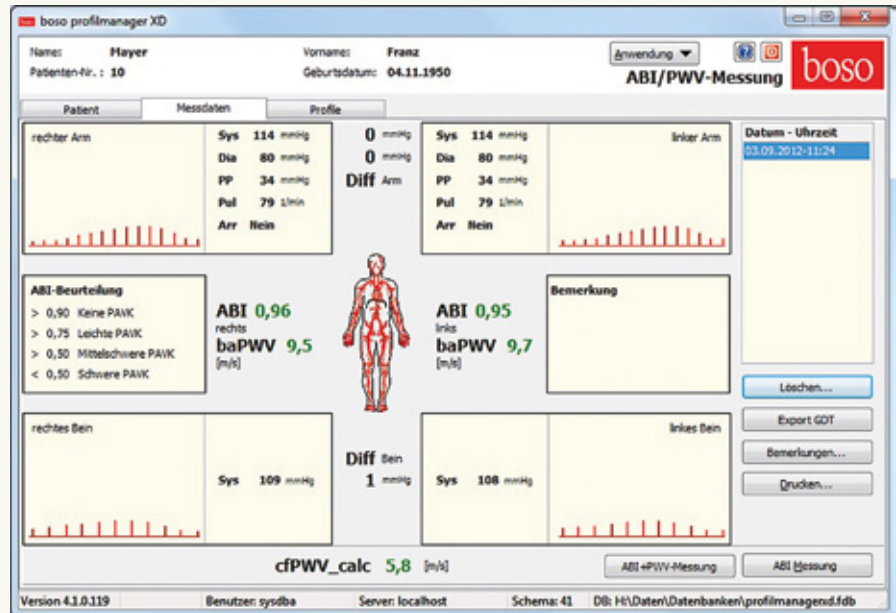
## Jetzt in 1 Minute Früherkennung der PAVK: boso ABI-system 100

### PAVK – Die unterschätzte Krankheit

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist weitaus gefährlicher und verbreiteter als vielfach angenommen. Die getABI-Studie [1] zeigt, dass 20 % der > 60-Jährigen eine PAVK-Prävalenz aufweisen. Die PAVK wird oft zu spät diagnostiziert. Das liegt vor allem daran, dass die Betroffenen lange Zeit beschwerdefrei sind und eine entsprechende Untersuchung daher meist erst in akuten Verdachtsfällen erfolgt. Mit dem Knöchel-Arm-Index („ankle-brachial index“ [ABI]) ist die Diagnose einer PAVK durchführbar. Der Knöchel-Arm-Index (ABI) ist ein wesentlicher Marker zur Vorhersage von Herzinfarkt, Schlaganfall und Mortalität.

### PAVK-Früherkennung mit dem boso ABI-system 100: Ein Gewinn für alle. Eine präzise und schnelle, vaskulär orientierte Erstuntersuchung.

Der entscheidende Wert für die Diagnose der PAVK ist der Knöchel-Arm-Index („ankle-brachial index“ [ABI]). Das boso ABI-system 100 ermittelt diesen Wert zeitgleich und oszillometrisch an allen 4 Extremitäten. Die eigentliche Messung dauert dabei nur ca. 1 Minute. Ein ABI-Wert < 0,9 weist im Ver-



gleich mit dem Angiogramm als Goldstandard mit einer Sensitivität von bis zu 95 % auf eine PAVK hin und schließt umgekehrt die Erkrankung mit nahezu 100 % Spezifität bei gesunden Personen aus.

### Das boso ABI-system 100 wurde weiterentwickelt und ist jetzt optional mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit ausgestattet.

Optional ist das boso ABI-system 100 ab sofort auch mit der Möglichkeit zur Messung der Pulswellengeschwindigkeit

(ba) verfügbar. Mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit („pulse wave velocity“ [PWV]) kann eine arterielle Gefäßsteifigkeit diagnostiziert werden. Die Steifigkeit der arteriellen Gefäße nimmt mit einer fortschreitenden Arteriosklerose zu, was sich durch eine Erhöhung der Pulswellengeschwindigkeit darstellt. PWV und ABI-Wert ermöglichen eine noch fundiertere Risikostratifizierung von kardiovaskulären Ereignissen.

### Literatur:

1. <http://www.getabi.de>

### Weitere Informationen:

Boso GmbH und Co. KG  
Dr. Rudolf Mad  
A-1200 Wien  
Handelskai 94-96/23. OG  
E-Mail: [rmad@boso.at](mailto:rmad@boso.at)



# Editorial: Ergebnisorientierte Forschung in der kardiovaskulären Rehabilitation – Wege und Ziele

W. Benzer, H. Laimer, N. B. Oldridge

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die kardiologische Rehabilitation als 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 wieder einnehmen können. Die direkten Behandlungsziele der kardiologischen Rehabilitation sind die Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren und die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die indirekten Behandlungseffekte sind eine geringere Wahrscheinlichkeit für weitere kardiale Ereignisse, eine Verlangsamung oder im Idealfall ein Stillstand der Progression der Atherosklerose und eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.

Die Ergebnisse aus insgesamt drei Metaanalysen zur kardiologischen Rehabilitation zeigen, daß eine auf der Basis eines körperlichen Trainings durchgeführte kardiologische Rehabilitation von Patienten nach einem kardialen Ereignis sowohl die Gesamtmortalität als auch die kardiovaskuläre Mortalität senken kann. Allerdings zeigen dieselben Metaanalysen keine sichere Evidenz der kardiologischen Rehabilitation für eine nachhaltige Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren oder eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Praktische Gesichtspunkte wie die regionale Verfügbarkeit und die Kosten der Rehabilitationsprogramme könnten einen Einfluß darauf haben, ob eine lediglich auf körperlichem Training basierende oder eine umfassende kardiovaskuläre Rehabilitation der effektivere Weg zum definierten Rehabilitationsziel ist. Auch sind jene Patienten, die in die bisher vorliegenden Studien eingeschlossen wurden, ausgewählte Kollektive. So wurden gerade in den erwähnten Metaanalysen hauptsächlich Patienten männlichen Geschlechts mittleren Alters nach Myokardinfarkt und mit niedrigem Risiko erfaßt.

Studien mit bisher nicht untersuchten Patientenkollektiven stellen eine Herausforderung für die Rehabilitationsforschung dar. Sie könnten ein anderes, repräsentativeres Bild der Effekte verschiedener Rehabilitationsstrategien ergeben. Zukünftige Schwerpunkte in der kardiologischen Rehabilitationsforschung sollten sich deshalb auf die Beurteilung der Effekte von körperlichem Training, Beratung und Verhaltenstherapie bei speziellen Patienten wie Ältere, Frauen, Hochrisikopatienten und Patienten mit Herzinsuffizienz konzentrieren.

In Österreich, Deutschland und teilweise auch in der Schweiz ist die kardiologische Rehabilitation vorwiegend stationär organisiert. Die Zeitverzögerung nach einem kardialen Ereignis von der Spitalsentlassung bis zum Antritt

der stationären Rehabilitation beträgt aber durchschnittlich mehr als einen Monat. Nach Beendigung der stationären Rehabilitation gibt es für die Patienten kaum Möglichkeiten für eine weitere phasengerechte ambulante Rehabilitation und Sekundärprävention. Mehrere Verlaufsstudien an Patienten nach einem kardialen Ereignis vor allem aus Deutschland deckten auf, daß die positiven Effekte der stationären Rehabilitation in den darauffolgenden Monaten wieder verlorengehen. Dies zeigt den Bedarf an besseren ambulanten Langzeit-Rehabilitationsprogrammen.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit genau definierten stationären und ambulanten Rehabilitations- und Sekundärpräventionsprogrammen und deren Schnittpunkten ist ein wichtiger Grundstein für eine effektive und lange anhaltende Vermeidung weiterer kardialer Ereignisse und einer Progression der Atherosklerose ebenso wie für eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Sicherheit, Effizienz und Kosteneffektivität sind Argumente, die heute mehr denn je Inhalt und Durchführung eines Rehabilitationsprogramms bestimmen müssen. Sowohl stationäre als auch ambulante Programme können diese Anforderungen nur erfüllen, wenn sie die individuellen Besonderheiten des Krankheitsbildes und die Risikofaktoren der eingeschlossenen Patienten treffen. In einzelnen Fällen mag es schwierig sein, das individuelle Rehabilitationsziel von vornherein richtig zu definieren und die geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen festzulegen. Das Ziel wissenschaftlicher Studien muß es deshalb sein, bessere Kriterien für die medizinische Trainingstherapie, das Risikofaktorenmanagement und die psychosozialen Interventionen abgestimmt auf jeden individuellen Patienten zu finden, um eine maximale Kosteneffektivität der Programme zu gewährleisten. Solche Studien sollten auch logistische Themen, wie z. B. Zeitumfang und Zeitablauf der Rehabilitation, beinhalten, um Verzögerungen in der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühpensionen so gering wie möglich zu halten. Durch einen wohnortnahen Zugang zur kardiologischen Rehabilitation könnten solche Ziele leichter erreicht werden. Geographische Gegebenheiten und Einflüsse aus dem familiären Umfeld sollten daher ebenfalls zu ihrer Wirkung auf den Rehabilitationseffekt untersucht werden.

Auf die Krankheit und die Risikofaktoren des individuellen Patienten exakt abgestimmte Programme sollten ebenso praktikabel wie effektiv und kostengünstig sein. Die weitere Erhaltung der kardiologischen Rehabilitation als eine der wesentlichen Behandlungsstrategien von Patienten nach einem kardialen Ereignis hängt in einer Zeit der limitierten Geldmittel also entscheidend vom Nachweis ihrer medizinischen, praktischen und ökonomischen Evidenz ab.

Dr. Werner Benzer  
Departement für Interventionelle Kardiologie und  
Institut für Sportmedizin, Landeskrankenhaus Feldkirch

Prim. Dr. Herbert Laimer  
Rehabilitationszentrum für Herz- und Kreislauferkrankungen  
Bad Tatzmannsdorf

Prof. Dr. Neil B. Oldridge  
Indiana University Center for Aging Research  
School of Allied Health Sciences, Regenstrief Institute for Health  
Indianapolis, USA

## 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](#)

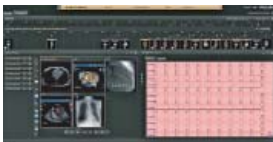
## Fachzeitschriften zu ähnlichen Themen:

➔ [Journal für Kardiologie](#)

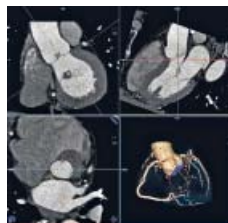
➔ [Journal für Hypertonie](#)

➔ [Zeitschrift für Gefäßmedizin](#)

Besuchen Sie unsere Rubrik  [Medizintechnik-Produkte](#)



IntelliSpace Cardiovascular  
Philips Austria GmbH,  
Healthcare



CT TAVI Planning mit  
syngo.CT Cardiac Function-Valve Pilot  
Siemens AG Österreich



STA R Max  
Stago Österreich GmbH



BioMonitor 2  
BIOTRONIK Vertriebs-GmbH



boso ABI-system 100  
Boso GmbH & Co KG

*Die neue Rubrik im Journal für Kardiologie: **Clinical Shortcuts***  
**In dieser Rubrik werden Flow-Charts der Kardiologie kurz und bündig vorgestellt**

**Zuletzt erschienen:**

➔ **Interventionelle kathetergestützte Aortenklappenimplantation (TAVI)**

J Kardiol 2014; 21 (11–12): 334–7.

➔ **Einsatz einer perioperativen Blockertherapie zur Reduktion von Morbidität und Mortalität**

J Kardiol 2015; 22 (1–2): 38–40.

➔ **Diagnostik der Synkope**

J Kardiol 2015; 22 (5–6): 132–4.

➔ **Kardiologische Rehabilitation nach akutem Koronarsyndrom (ACS)**

J Kardiol 2015; 22 (9–10): 232–5.