

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Editorial: Indikation zur Kardiologischen Rehabilitation

Brandt D

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2004; 11*

(11), 435-436

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



ÖKG
Österreichische
Kardiologische
Gesellschaft

Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

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,-

Veranstaltungskalender

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

Editorial: Indikationen zur Kardiologischen Rehabilitation

D. Brandt

Die kardiologische Rehabilitation besteht aus einem komplexen System von Maßnahmen, die eine möglichst weitgehende soziale Reintegration von Patienten mit Zustand nach akuten koronaren Erkrankungen, nach Interventionen am Herzen oder mit chronischen Herzerkrankungen ermöglichen (Working Group on Cardiac Rehabilitation, European Society of Cardiology, 1992). Durch diese Maßnahmen sollen die physiologischen Folgen der Herzerkrankung vermindert, die Morbidität und Mortalität verringert und die psychosoziale Situation verbessert werden.

Durch die kardiologische Rehabilitation sollen die biologischen Folgen der Herzerkrankung vermindert und die psychosoziale Situation der Patienten verbessert werden. Ein besonderer Wert wird auf die in eine umfassende kardiologische Rehabilitation integrierten sekundärpräventiven Maßnahmen gelegt, mit deren Hilfe das Fortschreiten der Herzerkrankung verzögert und die kardiale Morbidität und Mortalität vermindert werden soll.

Die wichtigsten Systemkomponenten der kardiologischen Rehabilitation bestehen aus einer entsprechenden Basisdiagnostik, der Trainingstherapie und -beratung, der Ernährungsberatung, dem Abbau von Risikofaktoren, einem psychosozialen Management und einer Optimierung der medikamentösen Therapie.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, daß die Teilnahme an strukturierten Rehabilitationsprogrammen die körperliche Leistungsfähigkeit, das Risikofaktorenprofil und die Lebensqualität verbessert. Eine Abnahme der kardialen Morbidität und Mortalität durch die kardiale Rehabilitation ist gesichert [1–3].

Schließlich hat sich eine umfassende kardiale Rehabilitation als eine kosteneffektive Intervention bei Patienten nach akuten koronaren Ereignissen erwiesen [1].

Trotz gesicherter Evidenz werden in europäischen Ländern weniger als ein Drittel der für eine kardiologische Rehabilitation in Frage kommenden Patienten einem strukturierten Rehabilitationsprogramm zugewiesen (Euroaspire II).

Der Anteil der nach einem akuten koronaren Ereignis in Rehabilitationszentren behandelten Patienten liegt in Österreich mit etwa 12 bis 15 % noch niedriger. Als Hauptursache für die geringe Zahl von Patienten, die an strukturierten Rehabilitationsprogrammen teilnehmen, gelten die niedrigen Zuweisungsraten durch die behandelnden Ärzte. Als Ursache hierfür kommen möglicherweise Defizite im Kenntnisstand der Ärzte über die Indikationen, die Organisation und die Ergebnisse der kardialen Rehabilitation in Frage.

Die Indikationen zur kardiologischen Rehabilitation werden in der Folge entsprechend der aktuellen Evidenz modifiziert aufgelistet [4, 5].

Klasse-I-Indikationen – Gesicherte Indikationen

- Zustand nach akutem Koronarsyndrom (STEMI) – Anschlußheilverfahren (AHV)
- Zustand nach Bypassoperation (AHV)
- Zustand nach anderen Operationen am Herzen und den großen Gefäßen (AHV)
- Zustand nach Herz- oder Lungentransplantationen (AHV)
- Chronische Belastungsherzinsuffizienz (NYHA-Stadium II, III)

Klasse-II-Indikationen – Unterschiedliche Meinungen der Experten

- Zustand nach akutem Koronarsyndrom (NSTEMI) – AHV
- Patienten nach einer PCI
- Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit
- Pulmonale Hypertonie
- Periphere arterielle Verschußkrankheit (Claudicatio intermittens)
- Motivierbare Hochrisikopatienten (z. B. 10-Jahres-Risiko für ein fatales kardiovaskuläres Ereignis über 10 % nach dem Score-System) [6]
- Zustand nach elektrophysiologischer Intervention (Ablation etc.)
- Patienten nach Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- Patienten mit hämodynamisch stabiler Arrhythmie, Zustand nach anhaltender Kammertachykardie oder nach Herzstillstand

Klasse-III-Indikationen – Kontraindikationen

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

In Österreich hat sich wie im übrigen deutschen Sprachraum die kardiologische Rehabilitation in spezialisierten Krankenanstalten entwickelt. Darüber hinaus entstehen in jüngerer Zeit Institutionen, die eine ambulante kardiologische Rehabilitation anbieten.

Die **stationäre kardiologische Rehabilitation** kommt in erster Linie bei Klasse-I-Indikationen in Frage. Die Aufnahme in eine entsprechende Sonderkrankenanstalt (Rehabilitationszentrum) sollte bei Anschlußheilverfahren (AHV) nach einem

Myokardinfarkt oder nach einer Herzoperation möglichst früh erfolgen. Eine Übernahme der Patienten ist bei unkompliziertem Heilungsverlauf in der Regel innerhalb der 2. Woche nach einem Infarkt ereignis oder einem kardiochirurgischen Eingriff sinnvoll. Durch diese Frührehabilitation werden einerseits Komplikationen im Heilungsverlauf rechtzeitig erfaßt und andererseits eine besonders rasche Reintegration der Patienten in ihr berufliches und soziales Umfeld ermöglicht.

Die **ambulante kardiologische Rehabilitation** stellt eine notwendige Ergänzung und Fortsetzung der stationären Rehabilitation (Phase III) dar. Als Alternative zur stationären Rehabilitation im Anschluß an ein akutes kardiales Ereignis kommt sie bei entsprechendem Patientenwunsch, niedrigem kardiovaskulärem Risiko und einem entsprechenden sozialen Umfeld in Betracht. Voraussetzung ist das Vorhandensein einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung, die den von der Arbeitsgruppe für kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für Ambulante kardiologische Rehabilitation (AGAKAR) erarbeitenden Qualitätsnormen entspricht.

*Prim. Univ.-Doz. Dr. med. D. Brandt
Sonderkrankenanstalt-RZ St. Radegund für
kardiologische Rehabilitation der PVA*

Literatur:

1. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. The Cochrane Library, Volume (Issue 3) 2001.
2. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. JAMA 1988; 260: 945–50.
3. O' Connor GT, Buring JE, Yusuf S et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation 1989; 80: 234–44.
4. Indikationen für die kardiologische Rehabilitation. Mitt. Österr. Kardiol. Ges. 1998; 1: 2.
5. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H. et al. Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation. Eur Heart J 2003; 24: 1273–8.
6. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Cats VM, Orth-Gomér K, Perk J, Pyörälä K, Rodicio JL, Sans S, Sansoy V, Sechtem U, Silber S, Thomsen T, Wood D; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2003; 10: 1–10.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

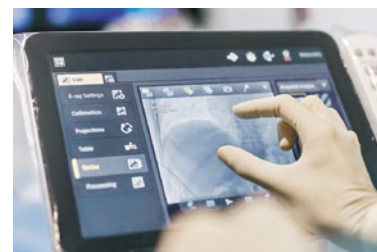
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)