

**Rehabilitation und Sekundärprophylaxe bei Herz-Kreislaufkrankheiten**

A.Hoffmann, D. Conen, M.Lefkovits, N.Hess, R.Weber

**1. Allgemeine Bemerkungen**

Sekundärprävention ist eine lebenslange Strategie mit einem multidimensionalen systemischen Ansatz zur Verminderung der Progression und der akuten Manifestationen bzw. Komplikationen einer Gefässatheromatose.

Mit dem Begriff Rehabilitation sind formal in sich geschlossene Programme gemeint, welche den Patienten den Einstieg in die optimale Sekundärprophylaxe vermitteln und erleichtern sollen.

Beide Massnahmen sind in der Ära des interventionellen Therapieansatzes beim akuten Koronarsyndrom nötiger denn je, um die immer kürzer werdende Akuttherapie zu ergänzen und damit deren Nachhaltigkeit zu erhöhen.

**2. Ziele und Massnahmen**

**2.1 Sekundärprophylaxe**

Ziele sind die Verminderung von Morbidität und Mortalität, Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils, des Lebensstils und der Lebensqualität, der Einsatz der indizierten Medikamente sowie die Überprüfung der Indikation für prophylaktische Interventionen (Revaskularisation, ICD/CRT). Für einen optimalen Einsatz der Ressourcen benötigt es stets eine Beurteilung des globalen Risikos. Dabei gilt: „High risk – low threshold“ und umgekehrt.

Nicht-medikamentös: Nikotinverzicht, Gewichtskontrolle, Ernährungsgewohnheiten (mediterrane Ernährung), regelmässige Bewegung, Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training, Jacobson, Yoga).

Medikamente: Gerinnungshemmung (ASA), Lipidsenkung (Statine), BD/Widerstands-Senkung (Betablocker, ACE-Hemmer).

**2.2 Rehabilitation**

Ziele und Inhalte sind die Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils (medikamentös und nichtmedikamentös) wie unter 2.1, Motivation zu Compliance mit empfohlenen Behandlungsmassnahmen. Wissensvermittlung und Schulung, Abbau von Angst und Unsicherheit, psychosoziale Unterstützung, Mobilisation und Rekonditionierung, Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, sowie das Erfassen von Komplikationen und Risikobeurteilung für den weiteren Verlauf.

### 3. Kriterien der Risikoeinschätzung für den weiteren Verlauf

	Vor Rehab			Nach Rehab			Methode / Kriterien	
	2	1	no	2	1	no	2	1
LVEF	2	1	no	2	1	no	≤ 30%	31-50%
Ischämie	2	1	no	2	1	no	SDS > 8	AP/ Ergo+
Leistung	2	1	no	2	1	no	<50% Soll	<70% Soll
Nikotin	2	1	no	2	1	no	aktuell	
Hypertonie	2	1	no	2	1	no	unbehandelt	behandelt
Diabetes	2	1	no	2	1	no	Insulin-abh.	nicht Insulinabh.
Lipide	2	1	no	2	1	no	unbehandelt	unter Statin
Adipositas	2	1	no	2	1	no	BMI >30	BMI >25
Körp. Aktivität	2	1	no	2	1	no	keine	< 3/Wo 30'
Sozialnetz	2	1	no	2	1	no	alleinstehend	arbeitslos
Depressivität	2	1	no	2	1	no		Arroll +
Familiarität	2	1	no	2	1	no		Verw. 1.Gr <65

  

<b>Total Punkte:</b>	<b>vor</b>		<b>nach</b>	
----------------------	------------	---	-------------	---

**Gesamt-Risiko** 0-1 = gering; 2-4 = mässig; 5-7 = deutlich, ≥8 = schwer

Anhand dieses Arbeitsblatts können gezielte Motivationsgespräche mit den Patienten geführt werden. Dabei werden konkrete Rehabilitationsziele vereinbart, hindernde und fördernde Umstände identifiziert sowie unterstützende Massnahmen besprochen.

### 4. Indikationen für Rehabilitationsprogramme

4.1 Neu aufgetretene / neuentdeckte KHK oder andere arteriosklerotische Erkrankung (St.n. Myokardinfarkt NSTEMI und STEMI, St.n. PTCA, CABG, PAVK, CVI), wo sekundärpräventive Massnahmen im Vordergrund stehen.

4.2 multiple kardiovaskuläre Risikofaktoren, insbesondere metabolisches Syndrom

4.3 Rekonditionierung nach Herzoperationen

4.4 Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit bei Herzinsuffizienz

## **5. Inhalte und Durchführung der Rehabilitation**

5.1 Ambulante und stationäre Programme gemäss Verzeichnis SAKR (s.unten). Durchführung durch speziell geschultes Personal.

Dauer ambulant min. 4, optimal 12; stationär min. 3, optimal 4 Wochen. Kombinierte Programme möglich. Indikationsstellung durch die behandelnden Aerzte.

5.2 Schulungsseminare zu den Themen:

Krankheitsverständnis / Erkennen und Verhalten bei Notfällen /

Medikamente / Invasive Behandlungsmethoden /

Risikofaktoren (spez. Ernährung, Rauchen) / Umgang mit Stress /

Körperliche Bewegung, Sport, Sexualität, Reisen.

5.3 Ueberwachte Bewegungstherapie inkl.outdoor Aktivitäten (Rea-Bereitschaft)

5.4 Anpassung der Medikation, Risikobeurteilung, Erfassen von Komplikationen

5.5 Kommunikation und integrierte Berichterstattung an nachbehandelnde Aerzte.

## **6. Nachweis der Wirksamkeit**

Infolge des Phänomens der Selbstselektion erschwerter Nachweis in randomisierten Studien. Es gilt als erwiesen, dass sekundärpräventive Massnahmen eine Reduktion von Mortalität und Morbidität von 20-30% bewirken. Theoretische Risikosenkung durch kumulative medikamentöse und nichtmedikamentöse Massnahmen um bis zu 80%! Regelmässige Bewegung geht nachweislich mit einem verbesserten Risikoprofil einher und kann durch eine einfache praktische Intervention (wie das Führen eines persönl. Protokolls) wirksam gesteigert werden.

Vergleichende Studien mit interventioneller Therapie bei chron. stabiler KHK belegen die Wirksamkeit des systemischen Behandlungsansatzes als punkto Krankheitsverlauf mindestens so wirksam und schonender für Patienten und Ressourcen (weniger Eingriffe). Die Schwierigkeit besteht in der Ueberzeugung unmotivierter bzw. uneinsichtiger Patienten.

## **7. Motivation von Gesundheitspersonal und Patienten**

Sehr wichtig ist, dass alle am gleichen Strick ziehen und beispielhaftes Verhalten zeigen, um zu überzeugen. Die empfohlenen Massnahmen müssen für die Patienten mit einem erlebbaren Gewinn an Lebensgefühl bzw. Wohlbefinden einhergehen. Dies kann je nach Betroffenen und Situation stark unterschiedlich sein und bedarf der kommunikativen Exploration und Verständigung über realistische Zielvereinbarungen (vgl. Arbeitsblatt Kardiales Risiko).

## **8. Kontrolluntersuchungen (outcome measurements)**

Eintrittsergometrie, Austrittsergometrie (bei Herzinsuffizienz Spiroergometrie).

Assessment der Risikofaktoren und des Gesamtrisikos

Standardisierte Befragung zur Lebensqualität

Prozessevaluation des Rehabilitationsprogramms

Empfehlung für weitere Kontrollen durch Hausarzt / Kardiologe

## **9. Info / websites**

Bei diesen Adressen finden sich Beschreibungen der einzelnen Programme, Kontaktadressen, Statistiken, Qualitätskriterien, Literatur über Fachgebiet, Fortbildungsangebote.

[www.sakr.ch](http://www.sakr.ch)

[www.karamba.ch](http://www.karamba.ch)

[www.barmelweid.ch](http://www.barmelweid.ch)

[www.clen.ch](http://www.clen.ch)