

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BUNDESVERBAND NIEDERGELASSENER KARDIOLOGEN

Redaktion: D. JESINGHAUS, Saarbrücken; I. KRUCK, Ludwigsburg; F. SONNTAG, Henstedt-Ulzburg; N. WITTLICH, Mainz; R. ZIMMERMANN, Pforzheim
Für den BNK: N. SMETAK, Kirchheim (Erster Bundesvorsitzender); J.-H. WIRTZ, Dinslaken (Stellvertretender Bundesvorsitzender); F. de HAAN, Solingen

14. Jahrgang 2011; Nr. 20

Kardiologische Rehabilitation

Grundsätzlich zielen kardiologische Rehabilitationsmaßnahmen durch teilhabe- und handicap-orientierte Therapieplanung darauf ab, reversibel gestörte Körperfunktionen und -strukturen zu regenerieren bzw. wiederherzustellen, nicht reversibel gestörte Funktionen und Strukturen zu erhalten sowie Förderfaktoren zu stärken, wie auch Barrieren abzubauen, um den Verbleib des Patienten in seinen wichtigen Lebensbereichen mittel- und langfristig zu ermöglichen.

Weitere Schwerpunkte sind die Wissensvermittlung zum Erhalt von Gesundheit, Optimierung einer Behandlungsstrategie bei chronischen Erkrankungen, aber auch Primär- und Sekundärprävention sowie das Erlernen von Kompensationsmechanismen bei bleibenden Schädigungen als auch eine adäquate Krankheitsverarbeitung.¹

Die derzeitige enorme Weiterentwicklung in der interventionellen und operativen Kardiologie, mit immer mehr minimalchirurgisch und semiinvasiven Eingriffen, lässt den Patienten wie auch einigen Ärzten den Schweregrad vieler kardialer Erkrankungen unterschätzen.

Die tendenziell unkomplizierte Prozedur einer transradialen PCI einer hauptstammnahen RIVA-Stenose wird für viele nicht zwingend als „Eingriff“ gewertet.⁶ Eine transfemorale Aortenklappenimplantation ist für viele nicht als eine Operation bei einem schweren Herzklappenfehler erkennbar.

Eine Anschlussheilbehandlung wird dann nicht mehr zwingend als obligat erachtet. Die Potentiale der Sekundärprävention (Optimierung einer medikamentösen Therapie, Anleitung zur dauerhaften Bewegung, Krankheitsverarbeitung usw.) werden nicht ausgeschöpft.^{3,4}

Die strukturellen und personellen Vorgaben an eine Rehabilitationseinrichtung, wie sie von der BAR (Bundesanstalt für Rehabilitation) vorgegeben sind, können vielerorts nicht berücksichtigt werden. Kritisch ist, wenn auf Leitungsebene (Chefarzt und Vertreter) weder internistisch-kardiologische, noch sozialmedizinische Kompetenz vorhanden ist – schlicht weil es an entsprechend qualifizierten Ärzten mangelt.

Literatur: 1. Juenger C, Rauch B, Schneider S et al. (2010) Effect on early short-term cardiac rehabilitation after acute ST-elevation and non ST elevation myocardial infarction on 1-year mortality. *Curr Med Res Opin* 26: 803–811 2. Zeidler J, Mittendorf T, Vahldieck G, Graf von Schulenberg J-M (2008) Kostenvergleichsanalyse der ambulanten und stationären kardiologischen Rehabilitation. *Herz* 33: 440–447 3. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A (2007) Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116: 1081–1093 4. Mittag O, Brusis OA, Held K (2001) Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 54: 137–144 5. Held K, Mittag O (2002) Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 4, Edukative Ebene). *Z Kardiol* 91: 99–102 6. Jolly SS, Amlani S, Hamon A, Yusuf S, Mehta SR (2009) Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J* 157: 132–40

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte unter der Fax-Nummer 089/570 95 126.

Ein wissenschaftlicher Service von



SERVIER Deutschland GmbH - Elsenheimerstraße 53 - 80687 München - www.servier.de

Amtsgericht München HRB 75665 - Geschäftsführer: Christian Bazantay

Procoralan®

=Preterax® N

=BiPreterax® N