

Von der kardialen Rehabilitation zur Prävention

Der therapeutische Ansatz in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen wird sich in Zukunft entscheidend verändern. Dies aufgrund der Tatsache, dass die Kosten für technische und medizinische Interventionen auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen enorm sind, dass die Rezidiv-Rate nach Interventionen hoch ist und dass für die positiven Effekte der kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation eine wissenschaftlich begründete Evidenz besteht [1–9]. Diese Erkenntnisse haben auch zu einem deutlichen Umdenken in der European Society of Cardiology ESC geführt. Sie sind im folgenden durch den ESC-Präsidenten im Jahr 2000 abgegebenen Statement zusammengefasst:

- Prävention wird zunehmend an Bedeutung gewinnen.
- Prävention wird in Zukunft einen hohen Anteil des ESC-Portfolios einnehmen.
- Die Indikationen für teure Interventionen müssen zurückgehen.
- Es muss ein breiterer Therapieansatz über die alleinige medizinische Therapie hinaus gewählt werden.
- Hauptziel der therapeutischen Interventionen sollte nicht nur die Verlängerung des Lebens, sondern zunehmend auch eine Verbesserung der Lebensqualität sein.
- Ein zusätzliches wichtiges Behandlungsziel ist die Erhaltung eines selbstständigen Lebens in der älteren Bevölkerung.

Heute gilt als allgemein anerkannt, dass es sich bei der Arteriosklerose um einen lebenslangen Prozess bei Patienten handelt, die kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweisen und genetisch nicht dagegen geschützt sind. Auf der einen Seite muss deshalb der Schritt von der Sekundär- zur Primärprävention deutlich früher im Leben erfolgen (was zukünftig durch verschiedene Techniken der Früherkennung der Arteriosklerose inklusive bildgebende Verfahren und Serum-Marker möglich sein wird), auf der anderen Seite hat sich die kardiale Rehabilitation der neuen Herausforderung zu stellen und muss ihre Hauptaktivitäten weg von den früher dominierenden eigentlichen Rehabilitationsaspekten auf die neuen Bedürfnisse nach Verbesserung der (Langzeit-)Prävention ausrichten [10]. Dies umso mehr, als heute bei rund 85% der Patienten die kardiale Rehabilitation nach einer Abklärung und/oder Intervention wegen koronarer Herzkrankheit erfolgt [11]. Zudem ist die Mehrheit der Patienten nicht mehr wie früher durch eine längere Bettlägerigkeit dekonditioniert und für Komplikationen der Immobilität gefährdet, sondern verlässt das Spital wenige Tage nach der Intervention

in gutem Allgemeinzustand. Das zentrale Ziel der Sekundärprävention im Rahmen eines kardiologischen Rehabilitationsprogrammes ist neben der guten körperlichen Leistungsfähigkeit, dem psychischen Wohlbefinden und der sozialen Integration neu ein Stopp der Progression der Grundkrankheit und damit eine Reduktion der Rückfallrate resp. der Rehospitalisationen. Damit soll sowohl eine Verbesserung der Lebensqualität als auch eine Reduktion der Folgekosten erreicht werden.

Aus den erwähnten Gründen kommt die Bedarfsanalyse zur kardiologischen Rehabilitation in Österreich von W. Benzer et al. in dieser Ausgabe der *Wiener klinischen Wochenschrift* gerade rechtzeitig [12]. Es gilt, die kardiologischen Rehabilitationsangebote in den einzelnen Ländern anhand der neuen Gegebenheiten kritisch zu prüfen und mit den effektiven zum Teil neuen Bedürfnissen zu vergleichen. Die Besonderheit der kardiologischen Rehabilitation in Österreich liegt darin, dass zur Zeit wie in Deutschland, der Schweiz, Oberitalien und den meisten ehemaligen Ostblockländern eine Mehrzahl der Patienten nach kardiovaskulären Ereignissen wenn überhaupt stationär rehabilitiert wird, während in allen übrigen Ländern praktisch keine solchen stationären Rehabilitationsinstitute bestehen und somit die kardiologische Rehabilitation nahezu ausschliesslich ambulant erfolgt [3, 13]. Dies ist auch der Grund dafür, dass die wissenschaftliche Evidenz betreffend Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation auf die kardiovaskuläre Mortalität praktisch ausschliesslich aus ambulanten Programmen stammt. Zudem spricht vieles dafür, dass durch eine relativ kurze stationäre Rehabilitationsdauer von 4 Wochen keine genügend nachhaltigen Effekte bezüglich Sekundärprävention erzielt werden können. Hier spricht die in der Analyse von W. Benzer erwähnte Studie von Willich et al. zu den Langzeiteffekten der stationären kardialen Rehabilitation eine deutliche Sprache [14]. Neil Oldridge hat in seiner Metaanalyse von Studien der kardialen Rehabilitation bereits 1988 gezeigt, dass die positiven Effekte auf die Mortalität nur in Studien erreicht werden, bei denen die Programmdauer mindestens 12 Wochen beträgt [15]. Somit erscheint eine Langzeitintervention zur positiven Beeinflussung des Verlaufes kardiovaskulärer Erkrankungen unabdinglich.

Benzer und Mitarbeiter schlagen angelehnt an die WHO-Definition daher für Österreich ein 3-Phasenmodell der kardialen Rehabilitation vor, in dem in Zukunft der ambulanten kardiologischen Rehabilitation der Phasen II und III ein stärkeres Gewicht zukommen soll. Dies deckt sich mit den Zielen der European Society of Cardiology,

möglichst flächendeckend kostengünstige Sekundärpräventionsprogramme wie zum Beispiel das „Euroaction-Programm“ anzubieten.

Die ambulante kardiologische Rehabilitation sollte also der Normalfall werden, wenn keine spezifischen Indikationen für die stationäre Rehabilitation bestehen. Dies sowohl aus den erwähnten Bedürfnissen nach einer längerfristigen Intervention als auch aus ökonomischen Gründen. Auf der anderen Seite sollten sich die stationären Zentren darauf konzentrieren, ältere und polymorbide Patienten sowie Patienten mit speziellen Indikationen zu einer besonders intensiven und permanent überwachten Betreuung zu übernehmen. Dies wird wohl eine gewisse Abnahme der Gesamtzahl der Patienten in der stationären Rehabilitation zur Folge haben, führt aber auch zur Notwendigkeit einer Erhöhung der Ressourcen in der stationären Rehabilitation, damit eine fachgerechte Betreuung dieser komplexen Rehabilitationspatienten möglich ist.

Es ist zu hoffen, dass die stationären Rehabilitationsinstitutionen diesen Trend rechtzeitig positiv zur Kenntnis nehmen und sich aktiv den neuen Herausforderungen stellen. Es wäre für die kardiologische Rehabilitation insgesamt fatal, wenn alte Positionen vertreten würden, welche der heutigen Realität in der kardiovaskulären Medizin nicht mehr gerecht werden. Die in der ambulanten und der stationären Rehabilitation tätigen Kollegen und Institutionen sind aufgerufen, zusammenzuarbeiten und nach neuen gemeinsamen Wegen zu suchen, bei denen das Wohl des Patienten im Zentrum steht.

Hugo Saner

Literatur

1. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of a WHO Committee (1993) World Health Organ Tech Rep Ser 831: 1–122
2. Ades PA (2001) Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 345: 892–902
3. EUROASPIRE II Study Group (2001) EUROASPIRE II. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 22: 554–572
4. Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, et al (1995) Cardiac rehabilitation. Clinical practice guideline. No. 17 Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute. AHCPR No 96-0672
5. Cobelli F, Tavazzi L (1996) Relative role of ambulatory and residential rehabilitation. *J Cardiovasc Risk* 3: 172–175
6. Effective Health Care (1998) Cardiac rehabilitation. *Effective Health Care Bulletins*, vol 4, no 4. Latimer Trend & Company Ltd, Plymouth
7. Monpere C (1998) Cardiac rehabilitation: guidelines and recommendations. *Dis Manage Health Outcomes* 4: 143–156
8. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al (2000) Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 102: 1069–1073
9. Smith SC, Blair SN, Bonow RO, et al (2001) AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update. *Circulation* 104: 1577–1579
10. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al (2003) Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 24: 1273–1278
11. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al (2001) Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease, vol 3. The Cochrane Library
12. Benzer W, Mayr K, Abbühl B (2003) Kardiologische Rehabilitation in Österreich: eine Bedarfsanalyse. *Wien Klin Wochenschr* 115: 780–787
13. Vanhees L, McGee HM, Dugmore LD et al on behalf of the Carinex Working Group (2003) A representative study of cardiac rehabilitation activities in European Union member states: the Carinex Survey. *J Cardiopul Rehabil* (in press)
14. Willich SN, Muller-Nordhorn J, Kulig M, Binting S, Gohlke H, Hahmann H, Bestehorn K, Krobot K, Voller H (2001) Cardiac risk factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease. A prospective cohort study. *Eur Heart J* 22: 307–313
15. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, et al (1988) Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 260: 945–950

Key words: Cardiac rehabilitation, secondary prevention, lifestyle changes, cardiovascular risk factors, cost effectiveness.

Korrespondenz: Prof. Hugo Saner, Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation, Schweizer Herz- und Gefäßzentrum Bern, Inselspital, CH-3010 Bern, Schweiz, E-mail: hugo.saner@insel.ch