

Zuweisers- Information

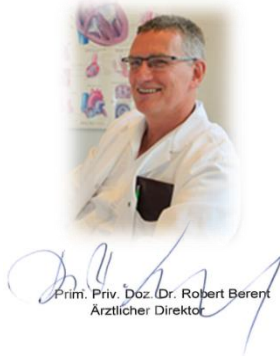


Herz-Kreislauf-Zentrum | Bad Ischl

Gartenstraße 9, 4820 Bad Ischl
www.herzreha.at

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Partner der HerzReha!

Im Mittelpunkt dieses Newsletters steht die Angebotserweiterung der HerzReha Bad Ischl. Ab Februar 2017 werden in der HerzReha auch Patientinnen und Patienten mit **Fettstoffwechselstörungen** speziell mit der Indikation zur Primär- und Sekundärprävention aufgenommen. Damit soll die gezielte Auseinandersetzung mit einem Hauptrisikofaktor für Gefäß- und Lebererkrankungen erfolgen.



Was ist die HerzReha

Die HerzReha Bad Ischl ist ein Rehabilitationszentrum im Herzen Bad Ischls. Es ist eine Gesundheitseinrichtung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die in Kooperation mit der Vinzenz Gruppe betrieben wird. In der HerzReha Bad Ischl werden seit 1986 kardiovaskuläre Patienten betreut und rehabilitiert. Die HerzReha Bad Ischl steht mit derzeit 155 Zimmern, von denen einige auch mit Begleitperson belegt werden können, Patientinnen und Patienten aller Sozialversicherungsträger zur Verfügung.

Neues Angebot:

Rehabilitation bei Fettstoffwechselstörungen – erhöhten Blutfetten – Hyperlipoproteinämie – nicht-alkoholischer Fettlebererkrankung (NAFLD)

Als erste und einzige Reha-Einrichtung in Österreich bietet die HerzReha Bad Ischl Patientinnen und Patienten aller SV-Träger die Möglichkeit einer Rehabilitation speziell bei Fettstoffwechselstörungen.

Folgen erhöhter Blutfette

Sowohl die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD, „nonalcoholic fatty liver disease“) als auch die Atherosklerose sind als Folge langjährig erhöhter Blutfette anzusehen.

In Europa beträgt die Häufigkeit der NAFLD in der Bevölkerung schätzungsweise 20 – 30% und ist somit als eine Volkserkrankung anzusehen. Patienten mit nicht-alkoholischer Fettleber können eine nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH) sowie eine Progression von der Fibrose bis zur Zirrhose entwickeln. Die NASH-induzierte Leberzirrhose (10 – 20% der Leberzirrhosen) und das hepatozelluläre Karzinom (HCC) auf dem Boden einer NASH zeigen eine deutliche Zunahme.

Adipositas ist ein gemeinsamer Risikofaktor für NAFLD und Typ-2-Diabetes. Alle 3 Entitäten zeigen eine steigende Prävalenz. Der natürliche Verlauf einer NAFLD wird durch den Lebensstil wie Ernährung und körperliche Aktivität beeinflusst.

Behandlung erhöhter Blutfette

Rehabilitation

Basis der kardiovaskulären Prävention ist die Beeinflussung von Risikofaktoren beziehungsweise die Behandlung von Krankheitsfolgen und von Funktionsausfällen, um Beeinträchtigungen in Alltag und Beruf entgegen zu wirken. Der Rehabilitationsprozess zielt auf die Initiierung alltagstauglicher, stabiler Lebensstiländerungen der Patienten ab, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Dabei geht es um die Förderung des Selbstmanagements im Umgang mit Krankheit und deren Folgen, das Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten sowie die Adaptation der verbleibenden Fähigkeiten, um die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und Alltag weitgehend zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Eine besonders hohe Bedeutung haben heute die Fettstoffwechselstörungen mit all den Begleit- und Folgeerkrankungen.

Hier ist die Rehabilitation gefordert, da in keinem anderen Versorgungsbereich die Möglichkeit besteht, Patienten über einen Zeitraum von 3-4 Wochen klinisch zu beobachten. Dies kann auch genutzt werden, um die Indikationsstellung für PCSK9 Hemmer oder eine Lipoproteinapherese kritisch zu hinterfragen. Den meisten Patienten ist das Vorhandensein von Risikofaktoren teilweise nicht bewusst bzw. nicht bekannt. Gerade in diesem Bereich wären zusätzliche Nachsorgeprogramme sinnvoll.

Optimierung des Lipidstoffwechsels:

Somatische Elemente

(Training, medizinische Überwachung, medikamentöse Therapie)

Edukative Elemente

(Handlungskompetenz, Wissen, Einstellung)

Psychosoziale Elemente

(Krankheitsbewältigung, Stressmanagement, Motivation, berufliche und soziale Integration)

Die effektivste Behandlung einer nicht-alkoholische Fettlebererkrankung besteht in einer Gewichtsreduktion und einer intensiven

Lebensstilmodifikation mit Bewegungssteigerung, was die histologischen Befunde nachweislich verbessern kann.

Bei der Atherosklerose ist eine medikamentöse Therapie – bevorzugt durch die Gabe eines Statins – eine sinnvolle Ergänzung zur Bewegungstherapie, weil hierdurch bei stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) sowohl die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität als auch die Gesamtmortalität gesenkt werden kann. Die absolute Risikoreduktion hängt vom globalen Risiko eines Patienten ab.

Langfristig durchgeführt hat ein regelmäßiges körperliches Training, insbesondere aerobes Ausdauertraining, positive Effekte auf bekannte kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, nicht-alkoholische Fettlebererkrankung und abdominelle Adipositas. Ergebnisse größerer epidemiologischer Studien zeigen zudem, dass eine hohe körperliche Fitness mit einer Reduktion sowohl der Gesamt- als auch der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität assoziiert ist.

Krafttraining führt unabhängig von einer Veränderung des Körpergewichts und der aeroben Ausdauerleistungsfähigkeit ebenfalls zu einer Verbesserung der Insulinsensitivität. Körperliches Training beeinflusst die Höhe der LDL-Cholesterinkonzentration, die Zahl der kleinen/dichten LDL-Partikel wird gesenkt. Aerobes Ausdauertraining führt zu einer signifikanten HDL-Zunahme und einer signifikanten Reduktion der Triglyzeride und ist ein wirksames Mittel zur Verhinderung von Übergewicht.

Effizienz unserer therapeutischen Möglichkeiten

	Trigl	Ges.C	HDL-C	LDL-C	Lp (a)	Red. CV Ereign.
Statine	x	xxx	x	xxx		xxx
Ezetimibe		xxx		xxx		x
Fibrate	xxx		xx			x
Colesevelam, Colestyramin		xx		xx		xx
Omega-3-Fettsäuren	xxx					xx
AK gegen PCSK9				xxx	xxx	xx
Körperliche Aktivität	xxx	xx	xxx	xx		xxx

Nichtmedikamentöse Therapie

Zur Stabilisierung und Verbesserung der Fettwerte sollte eine Lebensstilmodifikation, bestehend aus einer fettarmen, mediterranen, vitamin- und ballaststoffreichen Ernährung veranlasst werden. Parallel zu den diätetischen Empfehlungen ist die regelmäßige Durchführung eines Grundlagenausdauertrainings in Form von Laufen, Nordic Walking, Wandern, Golfen, Radfahren oder Schwimmen und Krafttraining von entscheidender Bedeutung. Das Mindestausmaß eines Ausdauertrainings soll 150 Minuten pro Woche betragen und mit einer moderaten Belastungsintensität (60 bis 80 % der maximalen Leistungsfähigkeit) durchgeführt werden.

Sollte mit diesen, den Lebensstil modifizierenden Maßnahmen keine entscheidende Verbesserung der Fettstoffwechselsituation erreicht werden, so ist zusätzlich eine medikamentöse Einstellung unbedingt notwendig.

Medikamentöse Therapie

Statine, Fibrate

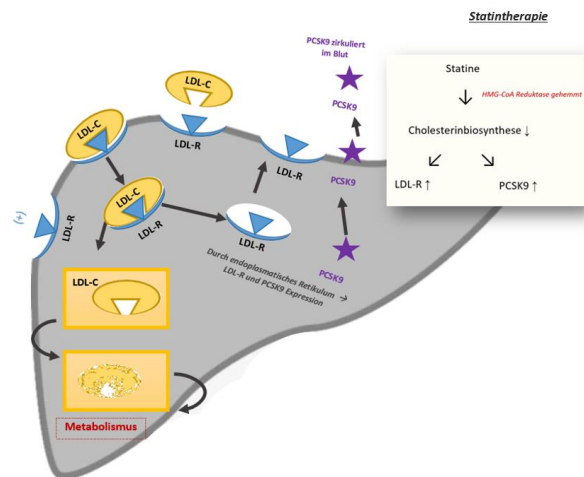
- Primärprävention

Bei Patienten ohne klinisch manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen (Atherosklerose) oder mit einer NAFLD ergibt sich die Indikationsstellung zur lipidsenkenden Therapie in Abhängigkeit vom individuellen kardiovaskulären Risiko und den erreichten Zielen durch Gewichtsreduktion und einer intensiven Lebensstilmodifikation mit Bewegungssteigerung.

- Sekundärprävention

Das Vorhandensein atherosklerotischer Erkrankungen (KHK, zerebrovaskuläre Ereignisse, symptomatische periphere arterielle Verschlusskrankheit (paV), abdominelles Aortenaneurysma) oder einer heterozygoten familiären Hyperlipidämie qualifiziert zur Indikationsstellung für eine lipidsenkende medikamentöse Therapie mit einem Statin. Erhöhte Triglyzeridwerte bedeuten ebenso ein großes Risiko für Gefäßkrankheiten. Bei Übergewichtigen und Diabetikern ist dies ein häufig auftretendes Problem vor allem in Verbindung mit erniedrigtem HDL-C. Zusätzliche

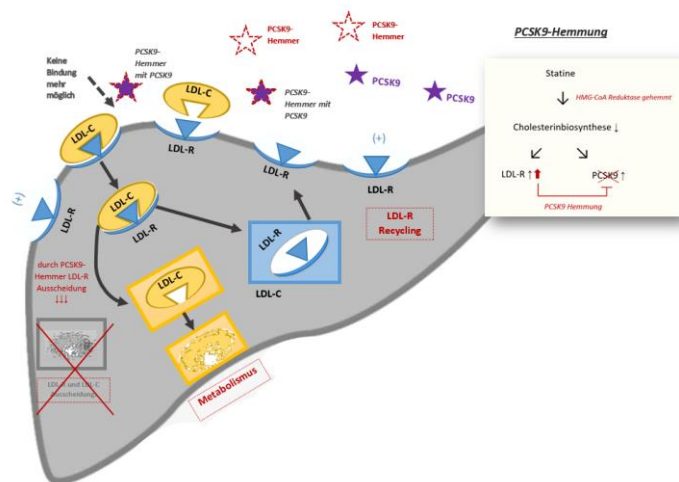
Folge der Hypertriglyzeridämie ist eine Fettleber. Auch die Prävention der Pankreatitis bei massiver Hypertriglyzeridämie ist eine Indikation zur medikamentösen Therapie.



Journal of Cardiology 2016; 23:30-34

PCSK9 Hemmer

monoklonale Antikörper gegen PCSK9 (Evolocumab, Alirocumab) zur Senkung von LDL-Cholesterin.



Journal of Cardiology 2016; 23:30-34

Lipoprotein (LP)-apherese

Extrakorporale Elimination aller atherogenen Lipoproteine vor allem ApoB-hältiger Lipoproteine.

Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw272.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96.

Roeb E, Steffen HM, Bantel H et al. S2k-Leitlinie nicht alkoholische Fettlebererkrankungen. Z Gastroenterol 2015; 53: 668–723.



Lage der HerzReha – Im Zentrum von Bad Ischl

Kontakt mit der HerzReha

Bei **allgemeinen Fragen** und Anregungen zur HerzReha und zum Zuweisungsprozess wenden Sie sich bitte an



Günther Fuschlberger, BA
Zuweisermanagement
guenther.fuschlberger@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-7058

[Link zum Zuweiserportal der HerzReha](#)

Bei **Fragen zur Aufnahme** bzw. **Aufenthaltsplanung** wenden Sie sich bitte an:



Fr. Anita Putz
anita.putz@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-8110



Hr. Gerhard Kometter
gerhard.kometter@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-8110

Bei **medizinischen Fragen** zur Zuweisung wenden Sie sich bitte an:



Prim. Priv. Doz. Dr. Robert Berent
robert.berent@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-8200



OA Dr. Wolfgang Schwarz
wolfgang.schwarz@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-7053



Dr. Michael Gottschall
michael.gottschall@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-7047

Bei **Fragen zur Pflege** während der Rehabilitation wenden Sie sich bitte an:



Pflegedirektor
DGKP Heinz Carda
heinz.carda@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-8300



PDL Stv.
DGKS Ingrid Pöllmann
ingrid.poellmann@herzreha.at

+43 (6132) 278 01-8310

Nützliche Links

www.herzreha.at
[Reha-Antrag](#)
[Rehakompass](#)
www.badischl.at
www.svagw.at
www.vinzenzgruppe.at

Impressum:

Herausgeber: HerzReha Bad Ischl,

Gartenstraße 9, 4820 Bad Ischl

© HerzReha Bad Ischl, 2016, Alle Rechte vorbehalten