

# Resultate der Outcomemessungen der Patienten in der kardialen Rehabilitation in Heiligenschwendi

## 1. Leistungsfähigkeit

Die Leistungsfähigkeit ist Schlüsselparamester, den wir in der kardialen Rehabilitation verbessern wollen. Je besser die Leistungsfähigkeit bei einem Herzpatienten ist, desto besser ist seine Prognose.

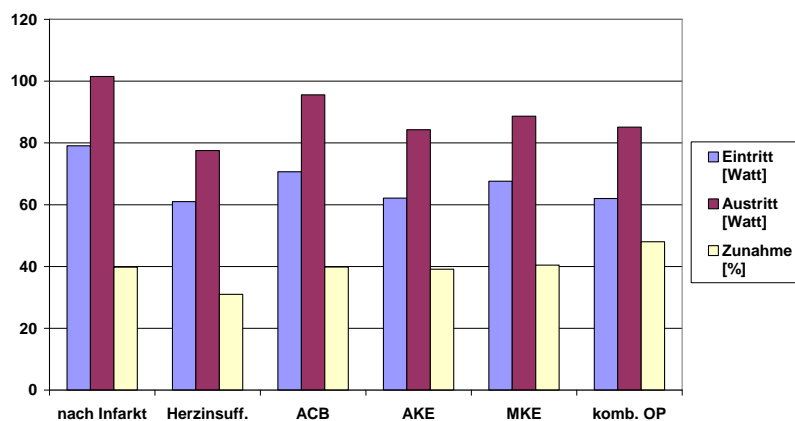
Die Leistungsfähigkeit kann mit verschiedenen Tests gemessen werden. Im Berner Rehasentrum Heiligenschwendi (BRH) verwenden wir zwei der gebräuchlichsten Leistungstests: Die Fahrradergometrie bei Patienten mit einer geschätzten max. Leistung von >50 Watt und der 6-Minuten-Gehtest bei den übrigen Patienten. Es wird jeweils eine Messung bei Ein- und Austritt durchgeführt.

Die folgenden Abbildungen zeigen die Resultate dieser Messungen in den letzten drei Jahren.

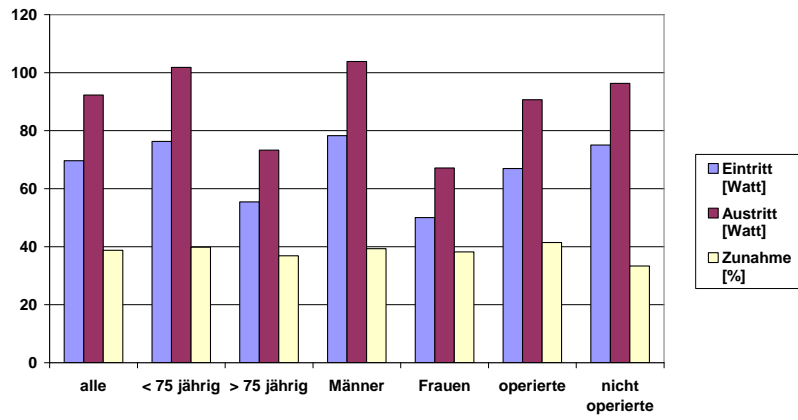
Die blauen Balken zeigen die Leistung bei Eintritt, die roten Balken vor Austritt. Die Leistungszunahme beträgt je nach zu Grunde liegender Erkrankung ca. 40% in der Ergometrie bzw. ca. 80% im 6-min. Gehtest. Alle untersuchten Gruppen profitieren von der kardialen Rehabilitation.

Abkürzungen: ACB: Aorto-koronare Bypassoperation; AKE: Aortenklappenersatz; MKE: Mitralklappenersatz; komb. OP: kombinierte Operationen, z.B. Ersatz einer Klappe mit gleichzeitigem Bypass; operierte: Patienten nach einer Herzoperation; nicht operierte: Patienten ohne Operation, z.B. mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz)

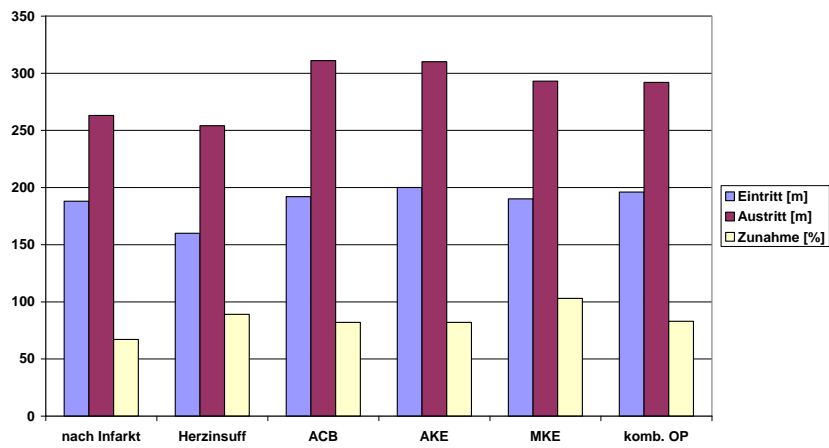
Leistungszunahme Ergometrie 07-09



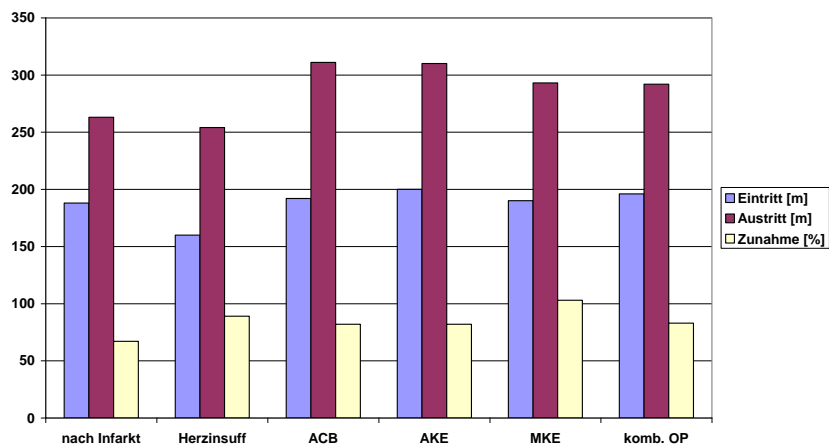
### Leistungszunahme Ergometrie 07-09



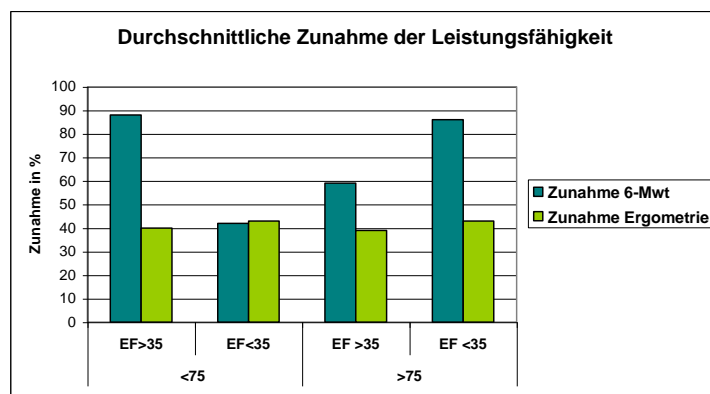
### Leistungszunahme 6-min Gehstest 08-09



### Leistungszunahme 6-min Gehstest 08-09



Im Jahre 2007 haben wir die Leistungsdaten nach Alter und Herzfunktion aufgeschlüsselt. Es zeigt sich, dass alle Patienten, unabhängig vom Alter oder der Herzleistung von der kardialen Rehabilitation profitieren.

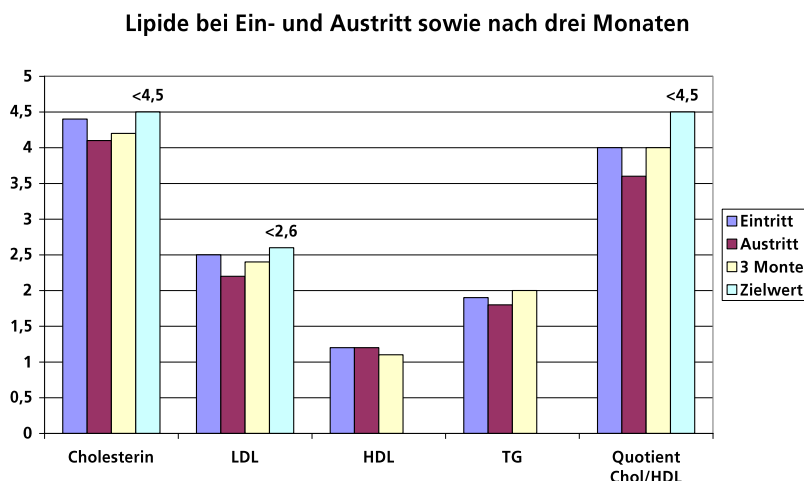


## 2. Blutfette (Lipide)

Eine ungünstige Zusammensetzung der Blutfette stellt einen wichtigen Faktor für die Entstehung und das Fortschreiten der koronaren Herzkrankheit dar.

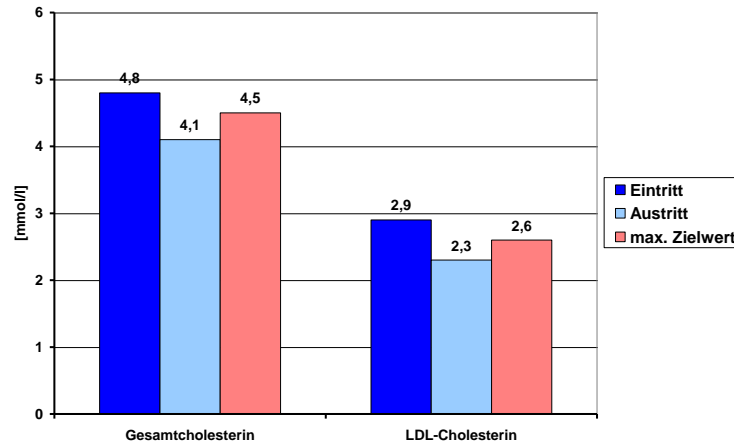
Wichtig sind dabei vor allem die Werte des Gesamtcholesterins des LDL Cholesterins, des HDL-Cholesterins und dem Verhältnis Gesamtcholesterin/HDL-Cholesterin. Etwas weniger wichtig ist der Wert der Triglyceride. Dabei sollten die Werte des Gesamtcholesterins, des LDL-Cholesterins, des Quotienten und der Triglyceride möglichst tief sein. Der Wert des HDL dagegen sollte möglichst hoch sein, es hat einen schützenden Effekt. Die Grenzwerte richten sich nach den Richtlinien der AGLA (Arbeitsgemeinschaft Lipide und Arteriosklerose).

Wir haben 2004 bei 32 Patienten die Werte bei Ein- und Austritt sowie nach drei Monaten gemessen. Die Resultate sind als Mittelwerte dargestellt. Im Durchschnitt sind unsere Patienten sehr gut behandelt.



2008 haben wir alle Patienten mit erhöhten Werten bei Eintritt die Therapie angepasst und bei Austritt die Werte nochmals kontrolliert. Ohne Aenderung der Therapie wäre eine leichte Verschlechterung der Blutfette zu erwarten. Dank Optimierung der Therapie werden die Lipidwerte bei unseren Patienten deutlich besser.

### Patienten mit erhöhtem Cholesterin



### 3. Gewicht

Übergewicht ist ein ungünstiger Faktor bei Patienten mit Herzkrankheit. Dazu kommt, dass viele Patienten nach einer Herzoperation noch Wasser in den Körper eingelagert haben. Dieses sollten sie während der Rehabilitation verlieren. Im Durchschnitt sollten also unsere Patienten gewicht abnehmen, die schwereren mehr als die Normalgewichtigen.

Wir haben 2008 den Gewichtsverlauf der Patienten dokumentiert. Die graphische Darstellung zeigt die Gewichtsabnahme in Abhängigkeit vom Bodymassindex (BMI:  $\text{Gewicht} / [\text{Körpergrösse}]^2$ ). Normalgewicht: BMI 20-25

