


Rehabilitation bei Herzinsuffizienz

Diagnose - Optimierung der medikamentösen Therapie
- ärztliche Kontrolle - medizinische Trainingstherapie -
psychologische Betreuung - Schulungen - Unterstützung
bei der Rückkehr in ein gesellschaftliches, berufliches und
soziales Leben mit gesteigerter Lebensqualität



*Diese Informationsbroschüre ist entstanden
unter der Zusammenarbeit von:*

Priv.-Doz. Dr. Christopher Adlbrecht,
Prim. Priv.-Doz. Dr. Hannes Alber,
Prim. Doz. Dr. Johann Altenberger,
Prim. Dr. Andreas Dorr,
Prim. Dr. Franz Gebetsberger,
Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Globits,
Univ.-Prof. Dr. Rudolf Kirchmair,
Prim. Dr. Johann Mikl,
Univ.- Prof. Dr. Gerhard Pözl,
Prim. Dr. Andreas Salzer,
Prim.^a Univ.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Jeanette Strametz-Juraneč

Prim.^a Univ.-Prof. in Dr.ⁱⁿ J. Strametz-Juranek



*ÖKG Arbeitsgruppe - Prävention,
Rehabilitation und Sportkardiologie*

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen, die chronische Herzinsuffizienz ist die häufigste Krankheitsursache für Krankenhausaufenthalte bei Menschen ab dem 65. Lebensjahr, Männer sind häufiger von einer HFrEF Frauen von einer HFpEF betroffen. Die Prognose ist schlecht, aber nur etwa ein ¼ der Patient*innen davon werden adäquat behandelt.

Eine akute Spitalsaufnahme bei dekompensierter Herzinsuffizienz wirkt sich besonders auf die Prognose aus.

Die 30-Tage-Mortalitätsrate beträgt danach 10%, nach 60 Tagen sind 30-50% dieser PatientInnen erneut rehospitalisiert oder verstorben. Nach 1 Jahr beträgt die Mortalität 30%. Die chronische Herzinsuffizienz stellt somit auch ein wichtiges ökonomisches Problem dar, wobei 70% der Kosten durch Spitalsaufenthalte entstehen. Auf Grund der Altersstruktur und des steigenden Anteils von Personen in Österreich, die älter als 65 Jahre alt sind, ist hier zukünftig sowohl eine steigende Prävalenz als auch eine deutliche Steigerung der Kosten für die Behandlung zu erwarten.

Die kardiologische Rehabilitation stellt in der Behandlung von herzinsuffizienten Patient*innen einen wichtigen Bereich im Cardiac Care Cycle dar, mit dem Ziel, die Betroffenen zu unterstützen, dass sie so rasch wie möglich wieder an ihrem beruflichen und sozialen Leben teilhaben können.

Der Leitfaden soll den Zuweiser*innen einen Überblick über das Behandlungs – und Therapieangebot der Rehabilitationszentren geben, sie über Zuweisungsmodalitäten (Antragstellung, Kontraindikationen, etc..) informieren und eine Übersicht über alle stationären und ambulanten kardiologischen Rehabilitationszentren in Österreich mit den Kontaktdaten geben.

J. Strametz-Juranek

Ärztliche Leitung SKA-RZ Bad Tatzmannsdorf
für Herz-Kreislaufkrankungen

Herzinsuffizienz

Der Weg in die kardiologische Rehabilitation

Patient*innen mit Herzinsuffizienz bringt eine kardiologische Rehabilitation mehr körperliche Leistungsfähigkeit, einen besseren Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung und damit eine höhere Lebensqualität. Die Zuweisung zur kardiologischen Rehabilitation ist auch in dringenden Fällen unkompliziert. Hier ist ein kurzer Leitfaden und Einblick in das Warum und Wie der kardiologischen Rehabilitation.

Die kardiologische Rehabilitation von Patient*innen mit Herzinsuffizienz hat höchste wissenschaftliche Evidenz, was sich in einer Klasse-1A-Empfehlung der European Society of Cardiology (ESC) widerspiegelt.¹ Die S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum Europas Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH) empfiehlt, bei Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz (NYHA I–III) und bei stabilisierten Patient*innen nach Dekompensation eine kardiologische Rehabilitation durchzuführen, da hierdurch eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der funktionalen Kapazität und der Lebensqualität erzielt wird.² Lediglich bei Patient*innen mit Herzinsuffizienz NYHA IV und bei fehlender Rehabilitationseignung ist eine kardiologische Rehabilitation kontraindiziert.



Zuweisung zur stationären kardiologischen Rehabilitation

- **Anschlussheilverfahren:** Nach einer Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz sollte möglichst bald ein Anschlussheilverfahren erfolgen. Der Antrag wird direkt vom Krankenhaus an den zuständigen Sozialversicherungsträger gestellt. Die Rehabilitationszentren der Pensionsversicherungsanstalt bieten im Rahmen einer Direktübernahme auch die Möglichkeit, Patient*innen auf Antrag des Spitalsarztes bzw. der Spitalsärztin unmittelbar vom Krankenhaus z.B. auf die Bettenstation zu übernehmen. Hierfür reicht ein **kurzes Telefonat** mit der ärztlichen Leitung bzw. der Pflegedienstleitung. Im Zuge des Gesprächs kann die Rehabilitationsfähigkeit abgeklärt werden.
 - **Heilverfahren:** Besteht kein unmittelbarer Zeitdruck, dann erfolgt die Antragstellung auf stationäre kardiologische Rehabilitation über den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin.
 - Eine **Übersicht über Rehabilitationszentren in Österreich mit kardiologischem Schwerpunkt**, geordnet nach Bundesländern, findet sich im Service- teil.
- Erforderliche Unterlagen:**
Das Rehabilitationszentrum benötigt für die Übernahme von Patient*innen mit Herzinsuffizienz zur kardiologischen Rehabilitation ...
- ein vom Patienten bzw. der Patientin unterschriebenes, vollständig ausgefülltes Antragsformular (unbedingt Diagnose, Körpergröße, Körpergewicht und Blutdruck angeben!),
 - ein von der zuweisenden Ärztin bzw. zuweisenden Arzt (Hausärztin/Hausarzt, Internist/Internistin, Spitalsarzt/ Spitalsärztin) ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular, in dem die **Diagnose chronische Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse) mit Verschlechterung** vermerkt ist.



Antragsformulare
abrufbar unter
www.sozialversicherung.at

- Detailinformationen zu spezifischen notwendigen Heilverfahren.
- Sehr von Vorteil ist zusätzlich ein aktueller Arztbrief.



Ziele der kardiologischen Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation bietet Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz die Chance, wieder aktiv am sozialen Leben und gegebenenfalls auch am Berufsleben teilzuhaben. Die moderne Rehabilitation basiert auf dem bio-psycho-sozialen ICF-Modell. ICF steht für internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Nähere Informationen finden sich unter www.rehadat-icf.de.

Die individuellen Rehabilitationsziele werden von Patient*innen und dem multidisziplinären Rehabilitationsteam gemeinsam definiert.

Im Fokus stehen ...

- Erhalt der Erwerbsfähigkeit bzw. Verhinderung von Pflegebedürftigkeit,
- Vermittlung des bestmöglichen individuellen Umgangs mit der chronischen Erkrankung Herzinsuffizienz,
- eine gute Krankheitsverarbeitung,
- mehr Selbstständigkeit, also weniger Bedarf an Hilfsmitteln und fremder Hilfe,
- mehr Mobilität,
- mehr Ausdauer und
- eine verbesserte Geschicklichkeit.



Leistungskatalog kardiologischer Rehabilitationszentren

Der Leistungskatalog umfasst:

- **Medizinische Diagnosestraße, Pflegeaufnahme, diätologische Aufnahme:**

Zu Beginn des Reha-Aufenthalts wird der medizinische, pflegerische und diätologische Ist-Zustand erhoben und dokumentiert. Die medizinische Diagnostik umfasst unter anderem die klinische Untersuchung, eine Berufsanamnese, eine Sozialanamnese sowie Medikamentenanamnese, Echokardiografie, Ergometrie und Labor. Evaluiert werden darüber hinaus die körper-

liche Fitness (6-Minuten-Gehtest), Alltagsfähigkeiten (Barthel-Index), die Lebensqualität (EQ-5D), Hinweise auf Angst und Depression (PHQ-4) sowie der Bedarf an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen (SIMBO-C). Weiters wird ein Ultra-Kurz-Screening (UKS) der psychosozialen Problemlage durchgeführt.

- **Optimierung der medikamentösen Therapie:**

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist speziell bei Patient*innen, die direkt vom Akutkrankenhaus übernommen wurden, die Optimierung der neuro-

humoralen Therapie, deren einzelne Komponenten nach der Neueinstellung bis zur maximal verträglichen Dosis (Zieldosis) auftitriert werden müssen (Kasten 1). Neu ist die in verschiedenen Leitlinien verankerte Empfehlung, Patient*innen mit Herzinsuffizienz mit einem SGLT-2-Hemmer zu versorgen (Kasten 2).

- **Aktivtherapien in 3 Leistungskategorien:**
Die aktive Beteiligung der Patient*innen an den Reha-Maßnahmen ist entscheidend für den Erfolg der Maßnahmen. Zu den Aktivtherapien im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation zählen neben allgemeinem Kraft- und Ausdauertraining auch Physiotherapie und Wandern. Der Umfang der Aktivtherapien wird anhand von drei Leistungsprofilen bestmöglich an die individuelle Situation des Patienten bzw. der Patientin angepasst. Zwischen den aktiven Therapien ist ausreichend Zeit für Regenerationsphasen vorgesehen. Personen mit erhöhtem medizinischem oder pflegerischem Bedarf können auf der Bettenstation betreut werden.
- **Ärztliche Kontrolluntersuchungen bzw. ärztliche Visiten auf der Station:**
Im Rahmen des Reha-Aufenthalts werden die Gesundheitsfortschritte regelmäßig überprüft und die Therapien gegebenenfalls adaptiert.
- **Psychologische Betreuung:**
In Einzel- oder Gruppentherapien werden Patient*innen bei der Krank-

heitsverarbeitung unterstützt. Zu den Angeboten gehört auch das Erlernen von Entspannungstechniken.

- **Schulungen:**
Im Rahmen des Reha-Aufenthalts werden alle wichtigen Aspekte der chronischen Erkrankung Herzinsuffizienz sowie wichtige Inhalte für den Erhalt der Erwerbstätigkeit vermittelt. Besonders wichtige Lehrinhalte sind neben Basiskennnissen zur Erkrankung selbst die Prinzipien eines gesunden Lebensstils (ausgewogene Ernährung mit Hinweis auf Flüssigkeitsbegrenzung und Kochsalzrestriktion sowie Bewegung), das Diuretika-Selbstmanagement, die Blutdruck- und Pulskontrolle, bei Rauchern der Rauchstopp, die Minimierung des Alkoholkonsums sowie die Wichtigkeit von Impfungen.
- **Ärztliche Entlassungsuntersuchung, Pflegeentlassung:**
Am Ende des Reha-Aufenthalts erfolgt eine abschließende medizinische und pflegerische Evaluierung.



Die reguläre Dauer des Reha-Aufenthalts beträgt bis zu vier Wochen.



Die Unterstützung über den Reha-Aufenthalt hinaus beinhaltet:

- **Unterstützung in beruflichen Belangen:**

Ein großes Ziel der Rehabilitation ist es, Patient*innen dazu zu befähigen, in Beschäftigung zu bleiben, um so ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit zu erhalten. Sind dazu Wiedereingliederungsmaßnahmen und/oder Umschulungen notwendig, können diese im Rahmen der Rehabilitation besprochen und zum Teil auch in die Wege geleitet werden.

- **Unterstützung in sozialen Belangen:**

Patient*innen werden bei Bedarf auch beim Pflegegeldantrag, beim Zugang zu Heilmitteln und bei der Hilfsmittelversorgung unterstützt. Hierbei helfen eigene Entlassungs- und Teilhabeberater*innen (ETB).

- **Einbindung in Betreuungsnetzwerke:**

ETB sorgen auch dafür, dass die Patient*innen nach Ende der stationären Rehabilitation weiterbetreut werden. Sie bringen medizinische, soziale und psychologische Fachkräfte und Spezialist*innen mit den Patient*innen und deren Angehörigen zusammen. Die Patient*innen werden an Spezialambulanzen angebunden, in Betreuungsnetzwerke bzw. Disease-Management-Programme (DMP) wie das KardioMobil im Bundesland Salzburg oder das HerzMobil Tirol eingeschleust oder zur ambulanten Rehabilitation überwiesen.





Auszug aus den ESC Guidelines zur Diagnose und Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz HFrEF 2021³

Management of HFrEF

To reduce mortality - for all patients

ACE-I/ARNI

BB

MRA

SGLT2i

To reduce HF hospitalization/mortality - for selected patients

Volume overload

Diuretics

SR with LBBB \geq 150 ms

CRT-P/D

SR with LBBB 130–149 ms or non LBBB \geq 150 ms

CRT-P/D

Ischaemic aetiology

ICD

Non-ischaemic aetiology

ICD

Atrial fibrillation

Anticoagulation

Atrial fibrillation

Digoxin

PVI

Coronary artery disease

CABG

Iron deficiency

Ferric carboxymaltose

Aortic stenosis

SAVR/TAVI

Mitral regurgitation

TEE MV Repair

Heart rate SR $>$ 70 bpm

Ivabradine

Black Race

Hydralazine/ISDN

ACE-I/ARNI intolerance

ARB

For selected advanced HF patients

Heart transplantation

MCS as BTT/BTC

Long-term MCS as DT

To reduce HF hospitalization and improve QOL - for all patients

Exercise rehabilitation

Multi-professional disease management

● Class of recommendation I ● Class of recommendation IIa

Central illustration. Strategic phenotypic overview of the management of heart failure with reduced ejection fraction.

Abkürzungen siehe Seite 16

Neurohumorale Therapie der Herzinsuffizienz mit reduzierter LVEF $\leq 40\%$ (HFrEF)

ACE-Hemmer und Betablocker als Basistherapie:

Wirkstoffe wählen, die die Symptomatik verbessern und die Hospitalisierungs- und Sterberate verringern. Beginn mit niedrigen Dosen, schrittweise Dosiserhöhung auf die maximale verträgliche Dosis

- **zusätzlich Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist**
bei NYHA \geq II und LVEF $\leq 35\%$ trotz ACE-Hemmer und Betablocker
- **ARB/Nepriylsin-Inhibitor (ARNI) statt ACE-Hemmer bzw. ARB**
bei weiter bestehenden Symptomen und LVEF $\leq 35\%$
- **zusätzlich Ivabradin**
bei weiter erhöhter Herzfrequenz (> 70 Schläge/min) und Sinusrhythmus
- **Diuretikum** (v.a. Schleifendiuretikum wie Furosemid)
bei Atemnot aufgrund von Lungenstauung oder bei peripherer Ödem Neigung
- **evtl. nicht-medikamentöse Therapien**
(z.B. Resynchronisationstherapie bei QRS-Breite > 130 ms)
- **i.v. Eisentherapie bei Eisenmangel**

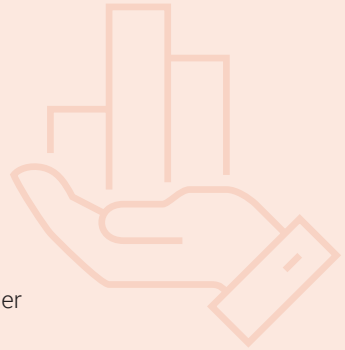
SGLT-2-Hemmer (Dapagliflozin, Empagliflozin) bei Herzinsuffizienz⁴⁻¹⁰

Datenlage

- Dapagliflozin und Empagliflozin verringerten bei Patient*innen mit wie auch ohne manifesten Diabetes den kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod und Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz mit reduzierter LVEF signifikant gegenüber der Kontrollgruppe.^{4,5} Gleichzeitig wurde der eGFR-Abfall verlangsamt.^{5,6}

Leitlinienempfehlungen

- Die Guidelines der American Diabetes Association (ADA) wie auch der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) und der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) empfehlen bei Patient*innen mit Typ-2-Diabetes und Herzinsuffizienz unabhängig vom HbA1c-Wert die Therapie mit einem SGLT-2-Hemmer. Diese Empfehlung gilt besonders für Patient*innen mit HFrEF.⁷⁻¹¹
- Die KDIGO-Guidelines 2020 zum Management des Diabetes bei Patient*innen mit chronischer Niereninsuffizienz betonen den kardiovaskulären und renalen Benefit von SGLT-2-Hemmern sowie den Nutzen bezüglich der Herzinsuffizienz.¹²



Rehabilitationszentren mit Schwerpunkt kardiologische Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation

Burgenland

Rehabilitationszentrum Bad Tatzmannsdorf

Dr.-Ludwig-Thomas-Straße 1,
7431 Bad Tatzmannsdorf
Tel.: 03353/6000-0, Fax: 03353/6000-43190
E-Mail: ska-rz.tatzmannsdorf@pv.at
Web: <https://www.ska-badtatzmannsdorf.at>

Kärnten

Humanomed Zentrum Althofen

Moorweg 30, 9330 Althofen
Tel.: 04262/2071, Fax: 04262/2071-501
E-Mail: althofen@humanomed.at
Web: <http://www.humanomed.at>

Niederösterreich

Rehabilitationszentrum Felbring

Felbring 71, 2723 Muthmannsdorf
Tel.: 02638/88281-0, Fax: 02638/88281-56
E-Mail: ska-rz.felbring@pv.at
Web: www.ska-felbring.at

Rehabilitationszentrum Hohegg

Friedrich-Hillegeist-Straße 2, 2840 Grimmenstein
Tel.: 02644/6010-0, Fax: 02644/6010-42190
E-Mail: ska-rz.hohegg@pv.at
Web: www.ska-hohegg.at

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs

Kreuzberg 310, 3920 Groß Gerungs
Tel.: 02812/8681-0, Fax: 02812/8681-300
E-Mail: info@herz-kreislauf.at
Web: www.herz-kreislauf.at

Oberösterreich

Klinikum Bad Hall für Herz-Kreislauf- und neurologische Rehabilitation

Parkstraße 12, 4540 Bad Hall
Tel.: 07258/3071, Fax: 07258/3071-607
E-Mail: office@klinikum-badhall.at
Web: www.klinikum-badhall.at

Rehabilitationszentrum Austria

Stifterstraße 11, 4701 Bad Schallerbach
Tel.: 05 04 05-84090, Fax: 05 04 05-84888
E-Mail: rz.austria@bvaeb.at
Web: www.rz-austria.at

HerzReha Bad Ischl Herz-Kreislauf-Zentrum

Gartenstraße 9, 4820 Bad Ischl
Tel.: 06132/27801-0, Fax: 06132/27801-8190
E-Mail: info@herzreha.at
Web: www.herzreha.at

Salzburg

Rehabilitationszentrum Großgmain

Salzburger Straße 520, 5084 Großgmain
Tel.: 06247/7406-0, Fax: 06247/7406-47190
E-Mail: ska-rz.grossgmain@pv.at
Web: www.ska-grossgmain.at

Rehabilitationszentrum Saalfelden

Thorerstraße 26, 5760 Saalfelden
Tel.: 06582/790-0, Fax: 06582/790-71290
E-Mail: ska-rz.saalfelden@pv.at
Web: www.ska-saalfelden.at

Steiermark

Rehabilitationszentrum St. Radegund

Quellenstraße 1, 8061 St. Radegund bei Graz
Tel.: 03132/2351-0, Fax: 03132/2351-75190
E-Mail: ska-rz.radegund@pv.at
Web: www.ska-st-radegund.at

Tirol

Reha Zentrum Münster

Gröben 700, 6232 Münster/Tirol
Tel.: 05337/20004, Fax: 0533720004-8500
E-Mail: office@reha-muenster.at
Web: www.reha-muenster.at

Vorarlberg

Reha-Klinik Montafon

Wagenweg 4a, 6780 Schruns
Tel.: 05556/205, Fax: 05556/205-596
E-Mail: office@rehaklinik-montafon.at
Web: www.rehaklinik-montafon.at

Ambulante Rehabilitation Phase II

Kärnten

Ambulante Reha Klagenfurt in der Privatlinik Maria Hilf

Radetzkystraße 35, 9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/5885-4700, Fax: 0463/5885-4980
E-Mail: reha-klagenfurt@humanomed.at
Web: www.reha-klagenfurt.at

Niederösterreich

OptimaMed – Ambulantes Rehabilitations- zentrum Wiener Neustadt

Sparkassengasse 1, 2700 Wiener Neustadt
Tel.: 02622/90990, Fax: 02622/90901
E-Mail: office-wn@optimamed.at
Web: www.reha-wn.at

Lebens.Med Zentrum Sankt Pölten

Kremser Landstraße 19, 3100 St. Pölten
Tel.: 02742/31400, Fax: 02742/31400-550
E-Mail: info@lebensmed-sanktpoelten.at
Web: www.lebensmed-sanktpoelten.at

Institut für Präventiv- und angewandte Sportme- dizin (IPAS), Universitätsklinikum Krems

Mitterweg 10, 3500 Krems
Tel.: 02732/9004-14455, Fax: 02732/9004-49216
E-Mail: ipas@krems.lknoe.at
Web: www.ipas.at

Oberösterreich

CARDIOMED – Zentrum für ambulante internistische Rehabilitation

Untere Donaulände 21-25, 4020 Linz
Tel.: 0732/797779, Fax: 0732/797779-20
E-Mail: centrum@cardiomed.at
Web: www.cardiomed.at

Zentrum für ambulante kardiologische Rehabilitation Steyr

Pachergasse 13, 4400 Steyr
Tel.: 0680/302 46 86, Fax: 07252/533 78 19
E-Mail: office@mtzsteyr.at
Web: www.ziegelmeier.at

Institut für Präventiv- und Rehabilitationsmedi- zin – Cardio Vital Wels/Lunge Vital Wels

Grieskirchner Straße 49/3, 4600 Wels
Tel.: 07242/697-96602, 07242/415-6644
Fax: 07242/697-6697
E-Mail: cardio-vital@gesundheit-wels.at
Web: www.gesundheit-wels.at

Salzburg

Ambulatorium Nord

Carl-Zuckmayer-Straße 1, 5020 Salzburg
Tel.: 0662/451900, Fax: 0662/451900-44
E-Mail: kardiologie@sbg.at
Web: www.ambulatoriumnord.at

Institut für Sportmedizin des Landes Salzburg – Universitätsinstitut für präventive und rehabilita- tive Sportmedizin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU)

Lindhofstraße 20, 5020 Salzburg
Tel.: 05725/5232-00, Fax: 05725/5232-99
E-Mail: sportmedizin@salk.at
Web: www.salk.at/sportmedizin

Steiermark

ZARG – Zentrum für ambulante Rehabilitation und Physiotherapie (PRO-REHA)

Gaswerkstraße 1a, 8020 Graz
Tel.: 0316/57 70 50, Fax: 0316/57 70 50-20
E-Mail: office@zarg.at
Web: www.zarg.at

PVA Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz

Eggenberger Straße 7, 8021 Graz
Tel.: 05 03 03/84915, Fax: 05 03 03/84990
E-Mail: zag@pv.at
Web: www.pv-rehabzentrum-graz.at

reha bruck – Ambulante medizinische Rehabilitation

Franz-Gruber-Gasse 7, 8600 Bruck a.d. Mur
Tel.: 03862/51781-0, Fax: 03862/51781-14
E-Mail: office@reha-bruck.at
Web: www.reha-bruck.at

Tirol

Reha Innsbruck Zentrum für ambulante Rehabilitation

Grabenweg 9, 6020 Innsbruck
Tel.: 0512/390994, Fax: 0512/390994-20
E-Mail: office@reha-innsbruck.at
Web: www.reha-innsbruck.at

Vorarlberg

MedReha – Ambulante medizinische Rehabilitation

Grenzweg 10, 6800 Feldkirch
Tel.: 05522/83331, Fax: 05522/83331-4
E-Mail: info@medreha.at
Web: www.medreha.at

Wien

Klinik Pirawarth in Wien

Brünner Straße 70 Stiege 2, 3. Obergeschoß,
1210 Wien
Tel: 01/890 38 49, Fax: 02574 29160 60
E-Mail: info@klinik-pirawarth.wien
Web: [www.klinik-pirawarth.wien/
ambulante-reha-bei-herz-kreislauf-erkrankungen/](http://www.klinik-pirawarth.wien/ambulante-reha-bei-herz-kreislauf-erkrankungen/)

PVA Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien

Wehlstraße 127, 1021 Wien
Tel.: 05 03 03/22905, Fax: 05 03 03/22990
E-Mail: zaw@pv.at
Web: www.pv-rehabzentrum-wien.at

Therme Wien Med – Ambulantes Rehabilitations- und Tageszentrum

Kurbadstraße 14, 1100 Wien
Tel.: 01/680 09 9438, Fax: 01/680 09 9192
E-Mail: reha@thermewienmed.at
Web: www.thermewienmed.at

Ambulantes Rehasentrum Wien-Baumgarten

Reizenpfenninggasse 1, 1140 Wien
Tel.: 01/41500-0, Fax: 01/41500-6999
E-Mail: office@rehawienbaumgarten.at
Web: www.rehawienbaumgarten.at

Betreuungsnetzwerke

KardioMobil Salzburg:

AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH
Elisabethstraße 2, 5020 Salzburg
Tel.: 0662/887588-0, Fax: 0662/887588-16
E-Mail: avos@avos.at
Web: www.kardiomobil.at (nach „KardioMobil“
suchen)

HerzMobil Tirol:

Landesinstitut für integrierte Versorgung Tirol
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
Tel.: 05 05 04-25828, E-Mail: liv@tirol-kliniken.at
Web: www.herzmobil-tirol.at

IMPRESSUM:

Medieninhaber: Österreichische Kardiologische Gesellschaft, c/o Universitätsklinik für Innere Medizin II, Klinische Abteilung für Kardiologie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Hersteller: Gaschnitz GmbH

Herstellungsort: 2232 Deutsch-Wagram

Umsetzung und Druck wurde durch die freundliche Unterstützung von Boehringer Ingelheim ermöglicht. Boehringer Ingelheim hatte keinen Einfluss auf den Inhalt.

ACE-I: angiotensin-converting enzyme inhibitor; **ARB:** angiotensin receptor blocker; **ARNI:** angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; **BB:** beta-blocker; **b.p.m.:** beats per minute; **BTC:** bridge to candidacy; **BTT:** bridge to transplantation; **CABG:** coronary artery bypass graft; **CRT-D:** cardiac resynchronization therapy with defibrillator; **CRT-P:** cardiac resynchronization therapy with pacemaker; **DT:** destination therapy; **HF:** heart failure; **HFpEF:** heart failure with preserved ejection fraction; **HFREF:** heart failure with reduced ejection fraction; **ICD:** implantable cardioverter-defibrillator; **ISDN:** isosorbide dinitrate; **LBBB:** left bundle branch block; **LVEF:** linksventrikuläre Auswurfraction; **MCS:** mechanical circulatory support; **MRA:** mineralocorticoid receptor antagonist; **MV:** mitral valve; **PVI:** pulmonary vein isolation; **QOL:** quality of life; **SAVR:** surgical aortic valve replacement; **SGLT2i:** sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor; **SR:** sinus rhythm; **TAVI:** transcatheter aortic valve replacement; **TEE:** transcatheter edge to edge

1. Piepoli MF et al., Eur Heart J 2016; 37:2315-2381. 2. S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (LL-KardReha) im deutschsprachigen Raum Europas Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH) AWMF-Registernummer: 133-001. 3. McDonagh et al. European Heart Journal (2021) 00, 1-128, doi:10.1093/eurheartj/ehab368 4. McMurray JJV et al., N Engl J Med 2019; 381:1995-2008. 5. Packer M et al., N Engl J Med 2020; 383:1413-1424. 6. Jhund PS et al., Circulation 2021; 143:298-309. 7. Diabetes Care 2020; 43:S98-s110. 8. Diabetes Care 2020; 43:1979. 9. Clodi M et al., Wien Klin Wochenschr 2019; 131:27-38. 10. <https://www.woedgat/pdf/2021-01-Update-Antihyperglykaemische-Therapie-bei-Diabetes-mellitus-Typ-2pdf>. 11. Kaser S et al., J Kardiol 2021; 28(1-2):14-20. 12. KDIGO. Kidney Int 2020; 98:S1-s115.



**Boehringer
Ingelheim**

Umsetzung und Druck wurde durch die freundliche Unterstützung von Boehringer Ingelheim ermöglicht. Boehringer Ingelheim hatte keinen Einfluss auf den Inhalt.