

Sekundärprävention bei Herz-Kreislaufkrankungen

SUPPLEMENTUM

Univ.-Prof. Dr. Manfred Zehetgruber, MSc

Spitzenmedizin ist nicht genug!

Ein Plädoyer für sekundärpräventive Maßnahmen im stationären Setting am Beispiel „Herzensbildung“

PRÄAMBEL:

Spitzenmedizin ist eine wesentliche Voraussetzung für die optimale Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, reicht aber alleine dafür keineswegs aus. Um die Versorgung kardiologischer Patienten weiter zu verbessern muss noch mehr Augenmerk als bisher auf effektive sekundärpräventive Maßnahmen gerichtet werden.

OPTIMIERUNGSPOTENZIAL: SPITZENMEDIZIN VS NON-COMPLIANCE

Das Optimierungspotenzial im Bereich spitzenmedizinischer Leistungen erscheint zunehmend ausgereizt – Morbiditäts- und Mortalitätsverbesserungen sind trotz enormem Aufwand an Ressourcen kaum mehr möglich. So liegen die möglichen Outcome-Verbesserungen diverser Neuentwicklungen auf dem medikamentösen Sektor (z.B. Thrombozytenaggregationshemmer) wie auch im Bereich der Medizinprodukte (z.B. Drug eluting Stents) im Bereich von wenigen Absolutprozenten. Im Gegensatz dazu stellen Non-Complianceraten von 40% ein enormes Optimierungspotenzial hinsichtlich einer besseren medikamentösen Adherence und eines gesundheitsfördernden Lebensstils dar. Die Notwendigkeit und Wirksamkeit eines gezielten Aufklärungs- und somit Compliance-Managements für stationäre Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen ist unbestritten. Entsprechende Maßnahmen und Lösungsansätze werden aber im stationären Setting kaum wahrgenommen.

Diese Aspekte, wie auch die Notwendigkeit einer patientenorientierteren Medizin waren die Triebfeder für das Präventionsprogramm „Herzensbildung“, das am AKH Wien nun seit fast 5 Jahren erfolgreich läuft.

HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN IN WIEN

Jede(r) zweite Wiener(in) stirbt an einer Herz-Kreislaufkrankung, und knapp die Hälfte aller Wiener Spitalsaufnahmen hat als Hauptdiagnose eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems. In den nächsten 20 Jahren wird durch die demographische Entwicklung die Zahl der Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen weiter zunehmen und der Betreuungs- und Rehabilitationsaufwand weiter wachsen.

Die medizinische Betreuung im stationären Bereich in Wien hat sehr hohes Niveau. Wiener PatientInnen stehen nahezu alle Therapieformen auf letztem wissenschaftlichem Stand zur Verfügung. Ein Beispiel dafür ist das Wiener Netzwerk zur Versorgung des akuten Myokardinfarktes: Die akute Koronarintervention mittels Herzkatheter rettet Leben – und wird allen WienerInnen rund um die Uhr angeboten!

Im Gegensatz zu den lebensrettenden Akuteingriffen zeigen große Studien, dass alleine auf technische Interventionen gestützte Strategien ungeeignet sind, die KHK-bedingte Morbiditäts- und Mortalitätslast zu senken. Lösungsansätze zur Reduktion der KHK dürfen daher

nicht in erster Linie auf der Ausweitung symptombezogener diagnostischer und therapeutischer Interventionen beschränken. Eine verstärkte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf Prävention und Gesundheitsförderung ist geboten.

Derzeit fristet die (Sekundär-)Prävention gerade im intramuralen Bereich noch ein Schattendasein, wodurch ein gewaltiges Potenzial weitgehend brach liegt:

- ❖ 35-40% aller verordneten Medikamente werden nicht eingenommen
- ❖ Lebensstiländerungen werden kaum umgesetzt.
- ❖ Dies, obwohl compliancefördernde Maßnahmen die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität um 30-50% senken können.

FAZIT:

Es besteht ein klares Missverhältnis zwischen Kuration und Prävention.

SEKUNDÄRPRÄVENTION – DIE CHANCE

Die Prognose von Herz-Kreislaufkrankungen hängt demnach stark von den weitergeführten medikamentösen Maßnahmen und Lebensstiländerungen ab. Änderungen des kardiovaskulären Risikoprofils allein durch Lebensstiländerungen sind allen modernen medikamentösen Therapien als gleichwertig anzusehen. Berechnungen zeigen etwa, dass allein die Beendigung

des Rauchens einen Effekt hat, der der Kombination von Aspirin, Betablocker und Statinen entspricht!

Herz-Kreislaufkrankungen sind zu etwa 90% Folge von lebensstilassoziierten Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Ernährung, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes, Stress etc). Bis zu zwei Drittel der Wiener und mehr als die Hälfte der Wienerinnen über 40 Jahren weisen mindestens 2 kardiovaskuläre Risikofaktoren auf und haben entsprechend ein erhöhtes KHK-Risiko. Aus der EUROASPIRE-III-Studie geht hervor, dass 6 Monate nach einem Krankenhausaufenthalt wegen eines kardialen Ereignisses nur bei einem Fünftel der Patienten die beeinflussbaren Risikofaktoren im empfohlenen Bereich liegen. Hinsichtlich der klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren ist in den letzten Jahren sogar eher eine Verschlechterung eingetreten.

Blutdruck und Cholesterinwerte sind weiterhin bei jedem zweitem Patienten erhöht. Dies ist vor allem auf patienten-seitige Faktoren (Non-Compliance) zurück zu führen. Der durchschnittliche KHK Patient nimmt nur 40% der notwendigen Medikamente ein!

FAZIT:
Änderungen des kardiovaskulären Risikoprofils allein durch Lebensstiländerungen sind allen modernen medikamentösen Therapien als gleichwertig anzusehen.

PATIENTEN „DORT ABHOLEN, WO SIE STEHEN“

Ein entscheidender Grund für Non-Compliance ist die kognitive und/oder emotionale Überforderung des Patienten durch den Arzt/die Ärztin. Eigenen Angaben zufolge versteht fast die Hälfte der Patienten nicht, was ihnen vom Arzt erklärt wird. Testuntersuchungen sprechen jedoch dafür, dass der Anteil der nicht verstandenen Information mit etwa 70% noch deutlich höher liegt, weil viele Patienten glauben, eine Empfehlung verstanden zu haben, obwohl dies tatsächlich nicht der Fall ist.

Der Arzt muss heute in weiten Bereichen gesundheitsedukatorische Aufgaben erfüllen, die ohne die Fähigkeit zur Motivation der Patienten nicht zu lösen sind. Er muss es verstehen, Patienten zu be-

wegen, über lange Zeit bestimmte Medikamente einzunehmen, eine Diät einzuhalten, Lebensgewohnheiten zu ändern, sich körperlich zu betätigen usw. Die Erfahrung zeigt, dass Motivation eine Kunst ist, die wenige beherrschen. Aufgrund der meist zahlreichen Risikofaktoren und der Vielzahl möglicher Therapieansätze ist es für Spitalsärztinnen und niedergelassene Ärztinnen unmöglich, den einzelnen Patienten umfassend aufzuklären, um dessen Compliance spürbar zu erhöhen. Studien zufolge müsste mit einem Zeitaufwand von 1,5 Stunden pro Patient gerechnet werden. Diesem Zeitbedarf stehen immer kürzere Spitalsaufenthalte und eine durchschnittliche Visitedauer von nur drei bis vier Minuten pro Patient gegenüber (Enzenhofer et al. J Kardiol 2009; Häuser et al. Health Psychol 1999).

FAZIT:
Die Fähigkeit des Arztes/der Ärztin als MotivatorIn ist gefragt: Nur durch die Mitarbeit des PatientInnen wird eine angebotene Therapie wirklich effektiv!

KOSTENFALLE NON-COMPLIANCE

Geschätzte 10% aller Spitalsaufnahmen sind durch Non-Compliance verursacht. Rund 13% aller Krankheitskosten entstehen alleine durch Non-Compliance. Die finanzielle Belastung durch Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme ist etwa doppelt so hoch wie die Kosten, die den Gesundheitssystemen durch Rauchen entstehen (P. Stephens, European Health Forum Gastein). Der volkswirtschaftliche Schaden durch Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme beträgt in Österreich jährlich mehrere 100 Mio. bis zu 1 Milliarde Euro (extrapolierte Daten aus Deutschland - Process Pharma TEC-03-2005, Fraunhofer ISI).

Um auf lange Sicht Kosten in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen einsparen zu können, wird es unumgänglich sein, primär- und sekundärpräventive Maßnahmen zu verbessern. Die konsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen mit einer möglichen Senkung der KHK-Krankheitslast um 20-30% bietet für die Stadt Wien ein Einsparungspotential von jährlich etwa 40 Mio. Euro (nach Schwartz F.W. et al. 1999).

FAZIT:
13% aller Krankheitskosten entstehen durch Non-Compliance. Eine Verringerung der KHK-Krankheitslast um 20-30% spart der Stadt Wien jährlich ca. 40 Mio. Euro.

PRÄVENTIONSPROGRAMME VERRINGERN MORBIDITÄT UND MORTALITÄT

Kardiovaskuläre Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen bedeutet nicht, gute Ratschläge zu erteilen, sondern strukturierte Maßnahmen zu setzen. Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe – von den Elternhäusern angefangen über Bildungseinrichtungen, Einrichtungen des Sozialwesens, der Gesundheitsfürsorge und der Politik. Besondere Schwerpunkt muss auf Gruppen mit erhöhtem Risiko (z.B. nach stattgehabtem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz....) liegen, da sie am meisten von (sekundär)präventiven Maßnahmen profitieren.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen bei PatientInnen mit schwereren Erkrankungen sind besonders wirksame und nachhaltige Strategien zur Krankenbehandlung. Studien zeigen dass durch verbesserte Zuwendung und Aufklärung nicht nur „weiche“ Endpunkte wie Compliance, Patientenzufriedenheit, Verunsicherung und Angst verbessert werden, sondern auch „harte“ Endpunkte wie die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Eine Metaanalyse von 37 Studien zeigte, dass die KHK-Mortalität durch Aufklärungsprogrammen um 34% gesenkt werden kann (Dusseldorp et al. Health Psychol 1999). In einer rezenten Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein strukturiertes Entlassungsgespräch mit Schwerpunkt auf der notwendigen Fortführung der medikamentöser Maßnahmen die Mortalität von KHK-Patienten um 29% senken konnte (Jackevicius et al. Circulation 2008). Ähnlich erfolgreich war man bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Hier konnte die Zahl stationärer Wiederaufnahmen durch ein einstündiges Entlassungsgespräch um 51% gesenkt werden (Koelling et al. Circulation 2005).

FAZIT:
Alleine ein strukturiertes Entlassungsgespräch senkt die Mortalität von KHK-Patienten

um 29%. „HERZENSBILDUNG“- DAS POTENZIAL

Ein neuer Weg, Herz-Kreislauf-Pati-



enten besser aufzuklären und somit ihre Compliance zu verbessern, wird seit fast 5 Jahren im Wiener AKH beschritten. Neben dem umfangreichen Patientenratgeber „Herzensbildung“, den alle interessierten Patienten erhalten, wird

einmal wöchentlich eine Fortbildung für Patienten und deren Angehörige angeboten, in der alle wesentlichen Aspekte der Herz-Kreislaufkrankungen samt diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besprochen werden.

Die „Herzensbildung“ wurde im Rahmen einer prospektiven randomisierten Kohortenstudie qualitätskontrolliert. Hier das überzeugende Ergebnis der Evaluation von Patientenwissen/-zufriedenheit/-compliance mittels Fragebögen:

❖ 2/3 der stationären Patienten haben den Wunsch nach mehr Information/Aufklärung (Dutta-Függer et al. J Kardiologie 2009).

❖ Patienten mit Migrationshintergrund verstehen nur ca. 40% der Visiteninhalte (Abayev et al. J Kardiologie 2009).

❖ Nur 57% der Patienten wissen ausreichend über ihre Medikamente Bescheid (Enzenhofer et al. J Kardiologie 2009).

❖ „Herzensbildung“ führt sowohl kurz- als auch mittelfristig nahezu zu einer Verdoppelung des Patientenwissen

(Dutta-Függer et al. J Kardiologie 2009).

❖ „Herzensbildung“ wird von über 90% der Patienten positiv angenommen (Enzenhofer et al. J Kardiologie 2009)

Als nächster Schritt wird an einer Optimierung der Betreuung von MigrantInnen gearbeitet, bei denen das Informationsdefizit bedingt durch die Sprachbarriere noch größer ist. Spezielle MigrantInnenbroschüren sollten zu einer Lösung dieses Problems beitragen. Auch an einem optimierten Entlassungsmanagement mit strukturiertem Entlassungsgespräch wird aktuell gearbeitet.

FAZIT:

„Herzensbildung“ führt nachhaltig zu einem signifikanten Wissensanstieg, der die Grundlage für eine verbesserte Compliance darstellt.

DURCH PATIENTENINITIATIVEN MORBIDITÄT UND MORTALITÄT SENKEN

Um langfristig Ressourcen in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen einsparen zu können, sind Verbesserungen im Bereich der Primär- und der Sekundärprävention notwendig. Gezielte intramurale PatientInnenprogramme, wie die „Herzensbildung“ verbessern den Informationsfluss und die Aufklärung der Patienten bei geringem personellem und zeitlichem Aufwand. Sie erhöhen den Informationsstand der PatientInnen - ein wesentlicher Faktor der Motivation und damit der für den Therapieer-

folg wesentlichen Compliance. Non-Compliance kostet Gesundheit, Geld und letztlich auch Lebenszeit. Studien zeigen, dass gezielte sekundärpräventive Aufklärungsinitiativen nachweislich die Morbidität, die Mortalität und die Kosten in relevantem Ausmaß senken.

Für ein umfassendes präventives Gesamtkonzept bedarf es einer gebündelten gesellschaftlichen und politischen Anstrengung.

**„Unbedeutende Ärzte behandeln bestehende Krankheiten.
Mittelmäßige Ärzte heilen noch nicht ausgebrochene Krankheiten.
Überragende Ärzte verhindern Krankheiten.“**

(Chinesisches Sprichwort, 2000 v. Chr)



M. Zehetgruber, T. Wallner

Herzensbildung

Ein medizinischer Ratgeber zu Herzerkrankungen