

Herzgruppen – die strukturierte Nachsorge für Herzpatienten

Claudia Pohl^a, Andreas Hoffmann^b

^a Schweizerische Herzstiftung, Koordinatorin Herzgruppen, Bern

^b Schweizerische Herzstiftung, Kommission Patienten, Bern



Schweizerische Herzstiftung
Fondation Suisse de Cardiologie
Fondazione Svizzera di Cardiologia



Herzgruppen

Einleitung

Seit 2001 fördert die Schweizerische Herzstiftung den Aufbau und den Betrieb von Herzgruppen in der ganzen Schweiz. Im gruppenorientierten Angebot kardiovaskulärer Sekundärprävention ist die Motivation hoch, die nötigen Lebensstiländerungen umzusetzen und beizubehalten. Die Schweizerische Herzstiftung ruft deshalb Ärztinnen, Ärzte und weitere medizinische Fachpersonen dazu auf, ihren Herzpatienten die Teilnahme in einer der über 130 Herzgruppen zu empfehlen. Eine kostenlose Broschüre zum Thema steht zur Verfügung.

«Die Herzgruppe unterstützt nicht nur meine körperliche Fitness, sondern hilft auch meiner Psyche, im Gleichgewicht zu bleiben». Was die Präsidentin einer Westschweizer Herzgruppe kürzlich in einem Interview gesagt hat, ist auch von anderen Mitgliedern zu hören: Regelmässige körperliche Aktivität ist ein vielseitiges Heilmittel. Sie verbessert die Kreislauffunktion (und alle anderen Organsysteme) bei Personen mit gesundem wie auch mit einem kranken Herzen, denn in einem trainierten Körper muss für eine gewisse körperliche Leistung weniger Herzarbeit verrichtet werden. Bewegung ist der Schlüssel zum gesunden Lebensstil und verbessert auch das psychische Wohlbefinden.

Fachpersonen gewährleisten Qualität

Zielpublikum für die Herzgruppen sind Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten mit einem stabilen Gesundheitszustand. Idealerweise schliesst die Herzgruppe direkt an eine ambulante oder stationäre Rehabilitation an, entsprechend dem WHO-Modell (1980) zur kardiovaskulären Rehabilitation:

- Phase I: Frühmobilisation während Aufenthalt in Akutklinik.
- Phase II: Strukturiertes ambulantes oder stationäres Programm in spezialisierter Institution.
- Phase III: Erhaltung des teilweise neu gewonnenen gesundheitsfördernden Lebensstils in wohnortnahen ambulanten Herzgruppen ohne zeitliche Begrenzung.

Gemeinsam mit anderen Betroffenen treffen sich die Mitglieder zu einem regelmässigen Bewegungsprogramm. Die Leitung der Gruppen liegt bei Fachpersonen der kardialen Rehabilitation, in der Regel Physiotherapeuten oder Sportlehrer mit einer Weiterbildung zum Herztherapeuten (SAKR). Eine Ärztin oder ein Arzt ist Ansprechperson bei medizinischen Fragen und vermittelt Informationen zu weiteren Themen der Sekundärprävention.

Die grossen Pluspunkte der Herzgruppen:

- Massgeschneidertes Bewegungsprogramm mindestens 1 Mal wöchentlich.
- Sicherheit bei allen Aktivitäten durch fachliche Leitung.
- Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen.
- Beratung und Aufklärung in Sekundärprävention, insbesondere Rauchstopp, Ernährungsumstellung und Stressmanagement.

Dank Kooperation mit der Schweizerischen Herzstiftung verfügen die Herzgruppen stets aus erster Hand über aktuelle und neutrale Informationen rund um die Herz-Kreislauf-Gesundheit und mit dem jährlich stattfindenden Forum über eine wertvolle Fortbildungs- und Austausch-Plattform.

Nachhaltige kardiale Rehabilitation

Wenn die Schweizerische Herzstiftung der Förderung von Herzgruppen grosse Bedeutung zumisst, geschieht dies nicht nur aufgrund der positiven Rückmeldungen von Teilnehmenden. Vielmehr haben mehrere Untersuchungen belegt, dass die günstigen Rehabilitationsergebnisse der Phasen I und II teilweise nur von kurzer Dauer sind, unabhängig davon, ob die Patienten statio-

Korrespondenz:

Claudia Pohl

Prof. Dr. med. Andreas Hoffmann

Schweizerische Herzstiftung

Schwarztorstrasse 18

Postfach 368

CH-3000 Bern 14

Schweiz

pohl[at]swissheart.ch

när oder ambulant rehabilitiert wurden [1]. Andererseits zeigen Studien, dass die guten Ergebnisse durch gezielte Langzeitinterventionen vermehrt aufrechterhalten werden können. Dazu tragen bereits einfache Massnahmen bei wie Beratung und Hilfe zur Selbstkontrolle, telefonisches Nachfragen – oder eben Gruppenaktivitäten [2–5]. Trotzdem finden bisher lediglich knapp 10 Prozent der Patienten aus strukturierten Rehabilitationsprogrammen der Phase II in eine organisierte Langzeitbetreuung der Phase III [6]. Auch wenn berücksichtigt wird, dass diese nicht für sämtliche Patienten erforderlich ist und trotz den genannten Vorteilen nicht von allen gewünscht wird, kann daraus ein erheblicher Nachholbedarf abgeleitet werden.

Die Schweizerische Herzstiftung ruft deshalb alle Fachpersonen dazu auf, die Teilnahme in einer Herzgruppe ihren Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten aktiv weiterzuempfehlen und stellt kostenlos die Broschüre «Für Ihr Herz – die Herzgruppe in Ihrer Region» zur Verfügung. Auch Gründungen neuer Herzgruppen werden von der Schweizerischen Herzstiftung mit persönlicher Beratung und nützlichen Unterlagen gefördert. Das Handbuch «Gemeinsam zu einem gesunden Lebensstil – der Weg zur eigenen Herzgruppe» enthält alles Wissenswerte über die Herzgruppenarbeit und unterstützt Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeuten/-innen, Sportlehrer/-innen sowie Laien bei der Gründung und Führung einer Herzgruppe.

Zahl der Betroffenen steigt

Etwa 50 bis 60 Prozent der Herzpatienten in den westlichen Industrienationen sterben an akuten Formen der koronaren Herzkrankheit (KHK) wie Herzinfarkt und plötzlicher Herztod (www.bfs.admin.ch). Die KHK entsteht als Manifestation der Atherosklerose, einer degenerativen Gefässerkrankung. Diese ist auch für den ischämischen Hirnschlag, die periphere arterielle Verschlusskrankheit und die Nierenversagen hauptverantwortlich. Die übrigen 40 Prozent der Herzpatienten leiden vor allem an Erkrankungen der Herzklappen, aber auch an Folgeerscheinungen einer Hypertonie oder primären Herzmuskelkrankheiten.

Das Paradox: Während die Sterblichkeit an KHK in den vergangenen zwanzig Jahren kontinuierlich abgenommen hat [7], steigt infolge der starken Zunahme der Lebenserwartung die Zahl der Herzpatienten weiter an. Mehr und mehr Patienten leben immer länger mit einer eingeschränkten Herzfunktion, was das stark an Bedeutung gewinnende Krankheitsbild der Herzinsuffizienz eindrücklich belegt [8].

Invasive Behandlung genügt nicht

Zur wirksamen Behandlung der akut lebensbedrohlichen Formen der KHK sowie bei chronischer Angina pectoris werden heute invasive Behandlungsverfahren

beinahe ohne Altersbeschränkung eingesetzt. Dazu zählen die Angioplastie (Ballonkatheter- und Stent-Behandlung) und die Bypass-Operation [9–11]. Diesen Methoden ist gemeinsam, dass sie nicht die Ursache



der Erkrankung behandeln, sondern durch lokale Behebung einer bedrohlichen Gefässverengung oder eines Gefässverschlusses die Situation entschärfen, allerdings meist nur für eine begrenzte Zeit. Mit anderen Worten: In den meisten Fällen stellen die invasiven Therapiemodalitäten eine zwar wirkungsvolle, aber letztlich palliative Massnahme dar, weil sie nicht in den naturgemäss progredienten Verlauf der zugrunde liegenden Atherosklerose eingreifen.

Langzeitprävention ist wirksam

Die erfreulicherweise um 36 Prozent reduzierte Sterblichkeit an KHK ist nur zu 11 Prozent auf invasive Behandlungen zurückzuführen, jedoch zu 25 Prozent auf sekundärpräventive Massnahmen wie Lebensstil Anpassungen und Medikamente [7].

Invasive Therapieverfahren müssen deshalb in jedem Fall durch nicht medikamentöse und medikamentöse Massnahmen begleitet werden, welche die Atherosklerose der Koronargefässe stabilisieren, idealerweise sogar rückgängig machen können. Dazu gehören einerseits gerinnungshemmende Medikamente, Lipidsenker, Blutdruckmedikamente und Betablocker [12], die alle nachweislich die erneuten Krankheitsmanifestationen und die Sterblichkeit verringern können. Andererseits sind Lebensstil Anpassungen bei den allermeisten Patienten unumgänglich und bilden das eigentliche Fundament der Sekundärprävention. Hier treten die Herzgruppen in Aktion: Sie können Patienten helfen, notwendige Verhaltensänderungen langfristig umzusetzen, und sie geben ihnen mehr Sicherheit und neues Vertrauen in ihre körperliche Leistungsfähigkeit und stärken ihre Psyche.

→ Auf www.swissheartgroups.ch finden sich weitere Informationen für Betroffene und interessierte Fachpersonen sowie ein Verzeichnis der bereits über 130 Herzgruppen in der Schweiz.

→ Auskunft: Schweizerische Herzstiftung, Claudia Pohl, Koordinatorin Herzgruppen, Schwarztorstrasse 18, Postfach 368, 3000 Bern 14, Telefon: 031 388 80 93, Mail: pohl@swissheart.ch.

Kompetent Herzgruppen leiten

Die Schweizerische Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation SAKR (www.sakr.ch) bietet einen Nachdiplomlehrgang Herztherapeut/Herztherapeutin SAKR sowie einen Halbtageskurs für ärztliche Herzgruppenleiter/-innen an.

www.kardrehab.insel.ch und www.herztherapeuten-sakr.ch

Literatur

- Niederhauser HU, Sieber R. Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten nach Herzinfarkt und nach Herzoperationen: Werden die Ziele verwirklicht? Schweiz. Med. Wschr. 1986;116:1729–33.
- Hildingh C, Fridlund B. Participation in peer-support groups after a cardiac event. A 12-month follow-up. Rehabil Nurs. 2003;28:123–8.
- Mittag O, China C, Hoberg E, et al. Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by Telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. Int J Rehabil Res. 2006;29:295–302.
- Arrigo I, Brunner-La Rocca H, Lefkovits M, Pfisterer M, Hoffmann A. Comparative outcome one year after formal cardiac rehabilitation: the effects of a randomized intervention to improve exercise adherence. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2008;15:306–11.
- Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Improving outcomes after myocardial infarction: a randomized controlled trial evaluating effects of a Telephone follow-up intervention. Eur J Prev Rehabil. 2007;14:429–37.
- Jaggi S, Sommerfeld K, Piazzalonga S, Hoffmann A. Lifestyle and risk factors four years after cardiac rehabilitation. Cardiovascular Medicine. 2009;12(Suppl.17):64S.
- Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in US deaths from CAD 1980–2000. N Engl J Med. 2007;356:2388–98.
- Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC, et al. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciation the scope of the heart failure epidemic. JAMA. 2003;289:194–202.
- Tu JV, et al. Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United States and in Canada. N Engl J Med. 1997;336:1500–23.
- Heidenreich PA, et al. Trends in treatment and outcomes for acute myocardial infarction 1975–1995. Am J Med. 2001;110:165–74.
- Pfisterer M, et al. Longterm outcome in elderly patients with chronic angina managed invasively versus by optimized medical therapy: four-year follow-up of the randomized trial of invasive versus medical therapy in the elderly patients (TIME). Circulation. 2004;110:1213–8.
- Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. N Engl J Med. 2001;345:892–902.

Letter to the editor

Tako-tsubo cardiomyopathy

Gabus et al. [1] present a beautiful case of a patient with stress cardiomyopathy (or, if you prefer, Tako-tsubo cardiomyopathy) with a severe myocardial complication. Most authors consider that the disease was discovered in 1999 and use the Japanese name, but the first cases of patients with the same pathology were published in 1967 [2].

The authors add evidence that the disease has been proven to induce myocardial infarction in almost 3% of cases [2], a fact which is still largely underestimated [3].

An international register (www.takotsubo-registry.com) has been created for a more precise understanding of this disease, in which several cases of complications, such as ventricular rupture, severe arrhythmias etcetera are reported.

Giuseppe Cocco

Correspondence:
Dr. Giuseppe Cocco
Private Office
Postfach 115
CH-4310 Rheinfelden
Switzerland
praxis[at]cocco.ch

- Gabus V, Schwitter J, Eeckhout, Locca D. Left ventricular apical ballooning syndrome with extensive myocardial late gadolinium enhancement: Tako-tsubo cardiomyopathy, perhaps not as benign as previously thought. Cardiovascular Medicine. 2012;15(11):325–8.
- Cocco G, Chu D. Stress induced cardiomyopathy, a review. Eur J Int Med. 2007;18:369–79.
- Enseleit F, Sudano I, Ghadri JR, Templin C. Takotsubo-Kardiopathie. Eine wichtige Differentialdiagnose des akuten Koronarsyndroms. Cardiovascular Medicine. 2012;15(11):309–15.