

# Von der kardialen Rehabilitation zur Prävention

Viel Interessantes und Wissenswertes zur Sekundärprävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermittelten Prof. Hugo Saner, Olten, und Prof. Werner Ringli, Nidau, den Zuhörern in diesem Seminar.

H. Opty

Bei den arteriosklerotisch bedingten Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen Herzinfarkt, Schlaganfall und Beindurchblutungsstörungen eine Vorrangstellung ein, sagte Hugo Saner zu Beginn der Veranstaltung. Diese Krankheiten sind vermeidbar, wenn die klassischen, heute allgemein anerkannten Risikofaktoren wie Rauchen, falsche Ernährung, Stress und Bewegungsmangel vermieden werden.

## Sekundärprävention des ischämischen Insults

Die Behandlung des ischämischen Hirninfarktes im Akutstadium ist bisher nur in sehr beschränktem Mass möglich. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer Primär- und Sekundärprävention. Als Sekundärprävention werden Massnahmen zur Verhinderung eines Schlaganfalls bezeichnet, nachdem zuvor bereits ein flüchtiger, leichter oder vollendeter Insult abgelaufen ist. Das Spektrum der möglichen Therapieprinzipien umfasst die konsequente Modifikation vaskulärer Risikofaktoren und die Behandlung potentieller kardialer Emboliequellen. In der Sekundärprophylaxe nach TIA (transitorischer ischämischer Attacke) sowie flüchtigem und leichtem Insult senkt Acetylsalicylsäure das Reinsultrisiko um 20–50%. Während über die exakte Dosis international verschiedene Ansichten bestehen, gilt der vorbeugende Effekt von Acetylsalicylsäure generell als nachgewiesen. Eine thrombozytenfunktionshemmende Prophylaxe kann, bei guter Verträglichkeit, lebenslang durchgeführt werden.

## Sekundärprävention nach Herzinfarkt

Die Verengung der Herzkranzgefässe mit den daraus entstehenden Konsequenzen ist an der Gesamtmorbidität der Bevölkerung massgeblich beteiligt. Es ist daher laut Werner Ringli einleuchtend, dass Prophylaxe und Therapie der KHK in der heutigen Medizin eine entscheidende Rolle spielen. Nach durchgemachtem Herzinfarkt besteht für den Patienten – im Vergleich zur Normalbevölkerung – ein zehnfach erhöhtes Risiko, an einem plötzlichen Herztod zu sterben oder einen neuen Infarkt zu erleiden. Die Hauptursache dieses deutlich erhöhten Risikos stellt die Progression der Koronargefässveränderungen dar.

Eine medikamentöse Behandlung kann sowohl die Symptome der KHK lindern als auch die Prognose entscheidend verbessern. Entsprechend kommt der Pharmakotherapie eine wachsende Bedeutung zu.

*Thrombozytenaggregationshemmer* sollten beim Fehlen von Kontraindikationen für unbegrenzte Zeit eingesetzt werden, weil ihre antithrombotische Wirkung die Prognose bei allen Patienten mit KHK verbessert.

*Betablocker* verbessern nach Myokardinfarkt die Langzeitprognose hinsichtlich Reinfarkt und plötzlichem Herztod und verringern die Gesamtmortalität erheblich. Auch bei Patienten mit stabiler Angina pectoris oder symptomloser oder minimal symptomatischer KHK vermindern Betablocker die Zahl kardialer Ereignisse. Dieser Effekt beruht wahrscheinlich auf der Reduktion von Frequenz und Dauer stummer Ischämien, welche mit einem erhöhten Risiko für Myokardinfarkt und plötzlichem Herztod assoziiert sind. Betablocker verbessern also bei allen Formen der KHK die Prognose deutlich und sollten deshalb, falls keine klaren Kontraindikationen vorliegen, als Langzeittherapie angewandt werden.

*Lipidsenker:* Hyperlipidämie ist einer der vier Hauptrisikofaktoren für Arteriosklerose. Bei Patienten mit KHK sollten deshalb schon geringgradig erhöhte Serum-Cholesterinwerte (LDL-Cholesterin  $\geq 3,4$  mMol/L) medikamentös behandelt werden. Dies verringert die Anzahl nicht tödlicher, vaskulärer Ereignisse und reduziert die Mortalität signifikant.

## Rehabilitation als Grundlage der Sekundärprävention

Die stationäre Rehabilitation dient als Grundlage der Sekundärprävention nach Herzinfarkt und Bypassoperation und besteht im wesentlichen aus den folgenden Elementen:

- Gesundheitsbildung,
- aufbauendes, kontrolliertes Training als Motivation zur Änderung des Lebensstils,
- Gruppentherapie zur Reduktion der Risikofaktoren,
- sozialmedizinische Beurteilung.

Eine regelmässige körperliche Aktivität mit einem möglichst hohen Anteil an Ausdauertraining ist sowohl gesunden Menschen als auch Patienten mit KHK zu empfehlen. Zur Erreichung des postulierten gesundheitlichen Nutzens scheint dabei Regelmässigkeit wichtiger zu sein als Intensität. Die Intensität soll bei KHK-Kranken während des Trainings unterhalb des maximalen persönlichen Leistungslimits liegen. Dies trägt dazu bei, die ohnehin bereits geringe Komplikationsrate sowohl bezüglich kardialer als auch orthopädischer Probleme niedrig zu halten. Durch das körperliche Training steigen die körperliche Belastbarkeit und die Lebensqualität des Herzkranken, Risikofaktoren bleiben besser unter Kontrolle, psychosoziale Indikatoren verbessern sich, und eine Progression der Grundkrankheit kann verlangsamt oder möglicherweise sogar eine teilweise Regression eingeleitet werden. Insgesamt sinkt die kardiale und die Gesamtmortalität.

## Sekundärprävention bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit

In der sekundären Prävention der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) wurde vor allem Acetylsalicylsäure allein oder in Kombination mit Dipyridamol verwendet. Damit konnte die Progredienz der peripheren Gefässerkrankung reduziert werden. Zur Prophylaxe von Frührezidiven nach transluminaler Dilatation peripherer Arterien und zur Rezidivprophylaxe nach femoro-poplitealer Endarterektomie erwies sich Acetylsalicylsäure, allein oder in Kombination mit Dipyridamol, ebenfalls als wirksam. Um die Dunkelziffer asymptomatischer arterieller Durchblutungsstörungen zu ver-

ringern, empfiehlt es sich, alle in dieser Beziehung suspekten Patienten im Rahmen der täglichen Praxis angiologisch zu untersuchen.

In Frage kommen vor allem Patienten mit KHK, Stenosen oder Verschlüssen anderer Gefässregionen (Niere, Carotis) sowie Patienten mit längerer Nikotinanamnese. Therapeutisch wird man sich im stummen Stadium I auf die Einstellung bzw. Kontrolle der vasculären Risikofaktoren beschränken. Besonders wichtig ist es, den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, das Rauchen aufzugeben, und hierzu auch praktische Hilfen anzubieten.

## Therapie profitiert von guter Arzt-Patienten-Beziehung

Die medizinische Prävention der arteriosklerotisch bedingten Herz-Kreislaufkrankheiten ist im wesentlichen eine Aufgabe der ärztlichen Primärversorgung. Betreuender Arzt für den Herzkranken bleibt also der Hausarzt. Es ist seine Aufgabe, bei den Patienten die einzelnen kardiovaskulären Risikofaktoren ausfindig zu machen und einen adäquaten Behandlungsplan zu erstellen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass der Arzt den sozialen Status des Herzkranken kennt, da sich hieraus Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien für den Patienten ableiten lassen. All dies setzt eine gute Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten voraus. Im Falle eines frei praktizierenden Arztes stellt jedoch die einfache Tatsache, dass der Patient auf freiwilliger Basis und in eigener Entscheidung die Praxis aufsucht, eine grundsätzlich positive Ausgangsposition für einen guten Arzt-Patienten-Kontakt dar.