



FACHMEDIENMITTEILUNG – Bern, im März 2013

Herzgruppen – die strukturierte Nachsorge für Herzpatienten

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.

*Claudia Pohl, Schweizerische Herzstiftung, Beratung und Koordination Herzgruppen
Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Andreas Hoffmann, Basel*

«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). Ein 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 Rehabilitationsresultate der Phasen I und II teilweise nur von kurzer Dauer sind, unabhängig davon, ob die Patienten stationär oder ambulant rehabilitiert wurden (Niederhauser 1986). 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 (Hildingh 2003, Mittag 2006, Arrigo 2007, Hanssen 2007). Trotzdem finden bisher lediglich knapp 10 Prozent der Patienten aus strukturierten Rehabilitationsprogrammen der Phase II in eine organisierte Langzeit-Betreuung der Phase III (Jaggi 2008). 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, Physiotherapeut/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 (Ford 2007), 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 (Redfield 2003).

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 Stentbehandlung) und die Bypassoperation (Tu 1997, Heidenreich 2001, Pfisterer 2004). 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 andern 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 Lebensstilanpassungen und Medikamente (Ford 2007).

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 (Ades 2001), die alle nachweislich die erneuten Krankheitsmanifestationen und die Sterblichkeit verringern können. Andererseits sind Lebensstilanpassungen 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.

Aktiv gegen Herzkrankheiten und Hirnschlag

Die Schweizerische Herzstiftung ist eine unabhängige, ZEWO-anerkannte Stiftung, die sich dafür einsetzt, dass

- weniger Menschen an Herz- und Gefässleiden erkranken oder einen Hirnschlag erleiden,
- Menschen nicht durch eine Herz-Kreislauf-Krankheit behindert bleiben oder vorzeitig daran sterben,
- für Betroffene das Leben lebenswert bleibt.

Die Schweizerische Herzstiftung finanziert sich hauptsächlich durch Spenden, Erbschaften, Legate und andere Zuwendungen.

→ 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, Beratung und Koordination 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

Literaturverzeichnis

Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. N Engl J Med 2001; 345: 892-902.

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: 306-311.

Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al. Explaining the decrease in US deaths from CAD 1980-2000. N Engl J Med 2007; 356: 2388-2398.

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: 429-437.

Hildingh C, Fridlund B. Participation in peer-support groups after a cardiac event. A 12-month follow-up. Rehabil Nurs 2003; 28: 123-128.

Jaggi S, Sommerfeld K, Piazzalonga S, Hoffmann A. Lifestyle and risk factors four years after cardiac rehabilitation. Kardiovask. Medizin 2009; 12, suppl. 17: 64S

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.

Niederhauser, H.U./Sieber, R. Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten nach Herzinfarkt und nach Herzoperationen: Werden die Ziele verwirklicht? Schweiz. Med. Wschr. 1986; 116: 1729-33.

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: 1213-1218.

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, J.V. 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; 336:1500-1523.

Heidenreich PA et al. Trends in treatment and outcomes for acute myocardial infarction 1975-1995. Am J Med 2001; 110: 165-174.