

Förderung der Sekundärprävention – Neue Strategie bei stabiler koronarer Herzkrankheit

S. Mülhauser¹, M. Bonhôte Börner¹, Ch. Rolli Locher¹, M. Shaha^{2,3}

¹Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweizer Herz- und Gefässzentrum, Bettenstationen Angiologie und Kardiologie, 3010 Bern, Schweiz
²Inselspital, Universitätsspital Bern, Direktion Pflege/MTT, Bereich Fachentwicklung und Forschung, 3010 Bern, Schweiz
³Université de Lausanne, Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS), 1010 Lausanne, Suisse

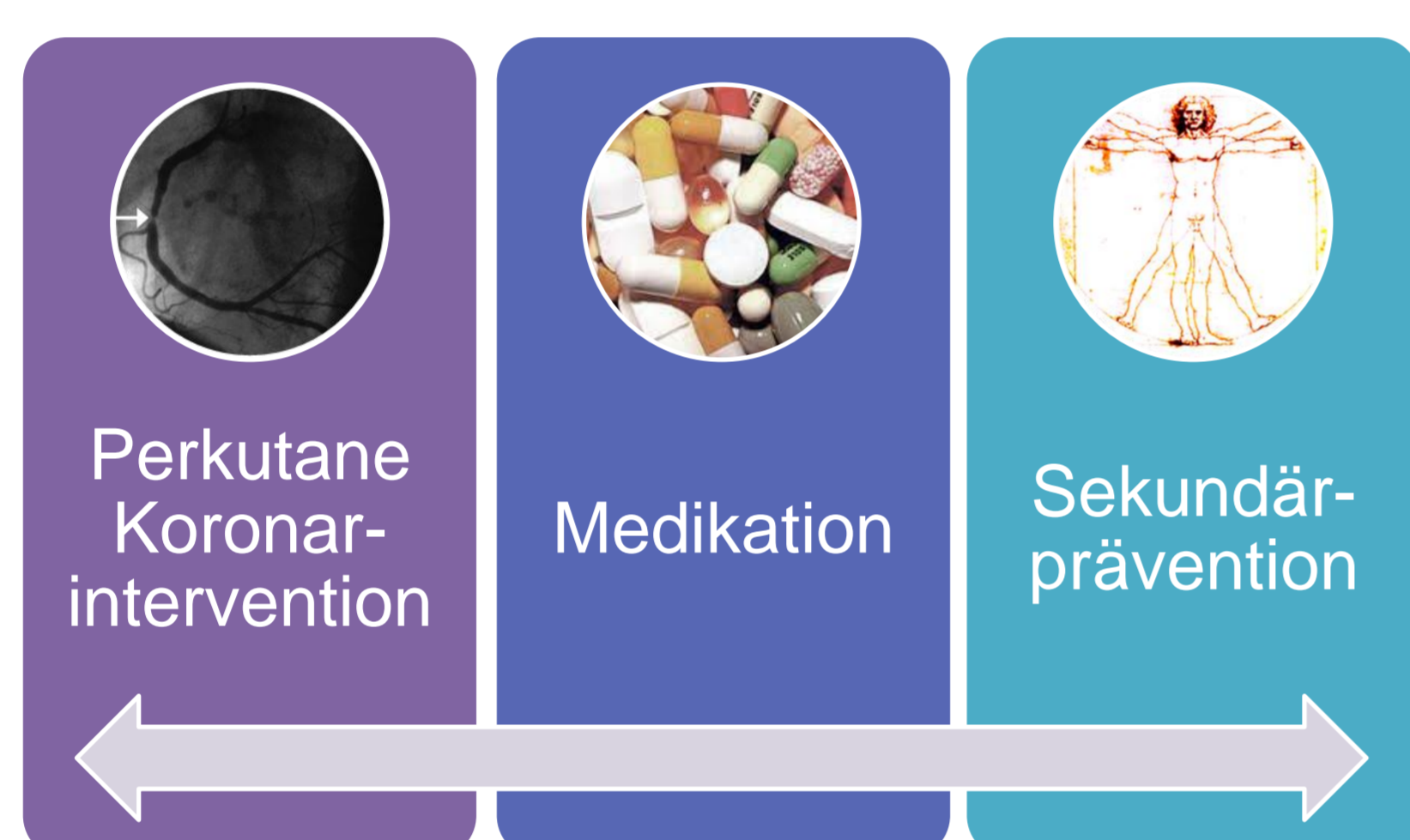
1. Ausgangslage

Die koronare Herzkrankheit (KHK)

Die KHK ist eine chronische und lebensbedrohliche Erkrankung [1] sowie die häufigste Todesursache (15% aller Todesfälle) in der Schweiz [2]. Die Ursachen für die Entstehung respektive das Fortschreiten der Krankheit sind insbesondere lebensstilabhängige Risikofaktoren [3]. Da Patientinnen und Patienten mit stabiler KHK das gleiche Mortalitätsrisiko wie diejenigen mit akutem Myokardinfarkt aufweisen [4], muss die Sekundärprävention auch bei ihnen gefördert werden.

Die Behandlung

Gemäss Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Kardiologie besteht die Behandlung der KHK standardmässig aus drei Teilen [5]:



Die kardiale Rehabilitation

Die Teilnahme an einem kardialen Rehabilitationsprogramm verbessert nachweislich die Lebensqualität der von der KHK betroffenen Patientinnen und Patienten. Trotzdem und obwohl sie die Mortalität signifikant reduziert (30%), ist die Teilnahme dieser Patientengruppe nach wie vor ungenügend [1,4].

2. Projektschwerpunkte

Team Prävention

Um eine systematische Beratung der betroffenen und interessierten Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, wurde (zusätzlich zu den 5 bestehenden Pflgeteams mit insgesamt rund 120 Mitarbeitenden) das Team Prävention geschaffen (3 Pflegefachpersonen/160 Stellenprozente). Diese beraten und informieren von Montag bis Freitag zu folgenden Themen:

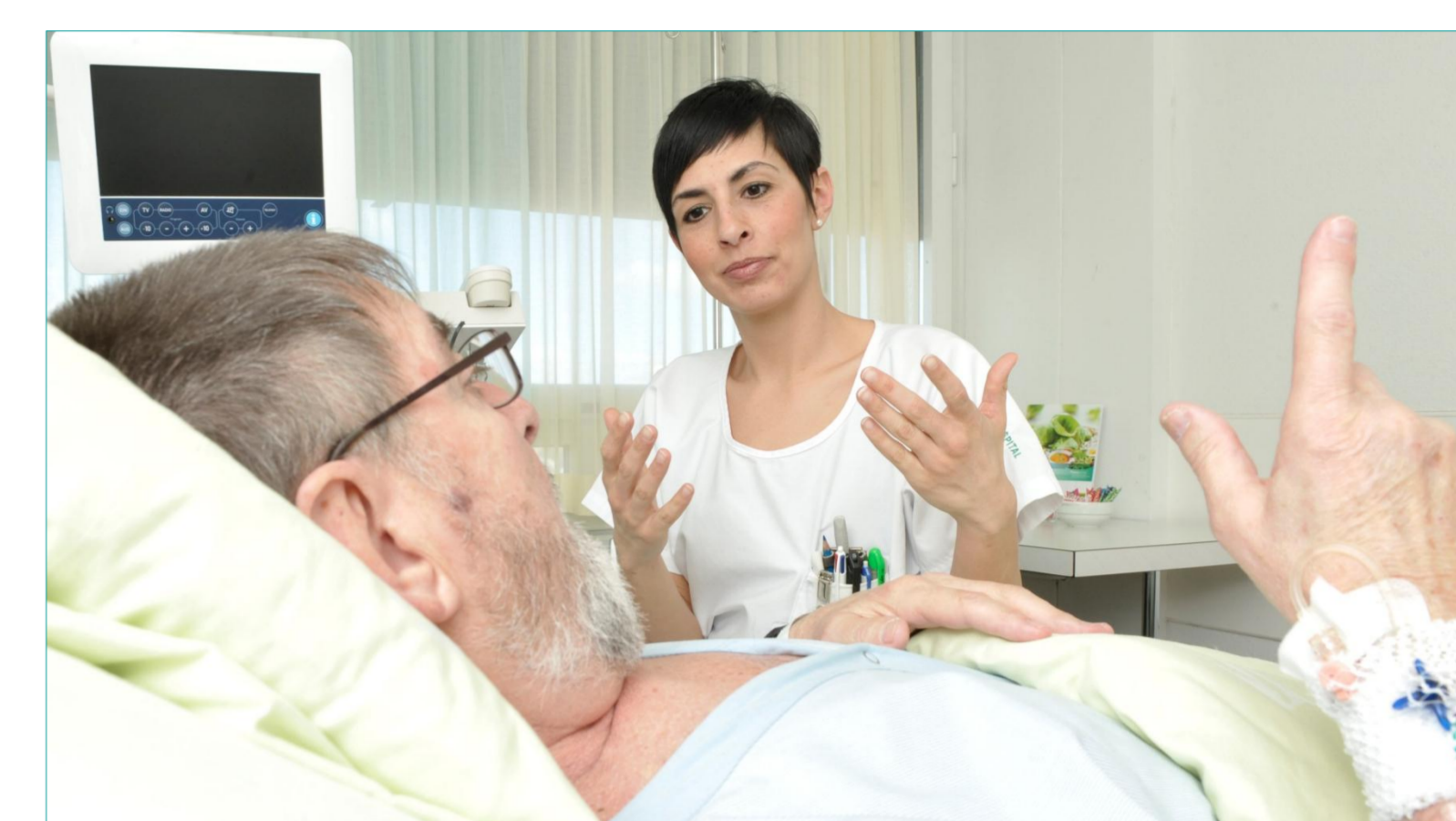
- **Krankheitsverständnis**
- **Risikofaktoren und Lebensstilanpassung**
- **Wohnortnahe Rehabilitationsangebote**

Die Methode

Die motivierende Gesprächsführung (MI) wird als klientenzentrierte Gesprächstechnik definiert und in den Beratungen angewendet. Damit wird die Motivation sowie die Änderungszuversicht der betroffenen Patientinnen und Patienten geweckt und gestärkt [6,7].

Die drei Grundhaltungen der MI sind:

- **Autonomie**
- **Partnerschaftlichkeit**
- **Evokation**



Netzwerkaufbau

Um alle Patientinnen und Patienten aus den verschiedenen Zuweiserregionen adäquat informieren zu können, ist eine Vernetzung mit Spitälern und Anbietern kardialer Rehabilitationsprogramme wesentlich. Mit der Abteilung für Präventive Kardiologie am Inselspital wurde die Zusammenarbeit neu koordiniert und das Anmeldeverfahren vereinfacht. Andere regionale Rehabilitationsprogramme stellen ihre Informationsbroschüren zur Verfügung, damit die Patientinnen und Patienten erste Informationen erhalten. Die jeweiligen Kontaktpersonen unterstützen bei zusätzlichen Fragen.

3. Fazit

Verbessertes Krankheitsverständnis

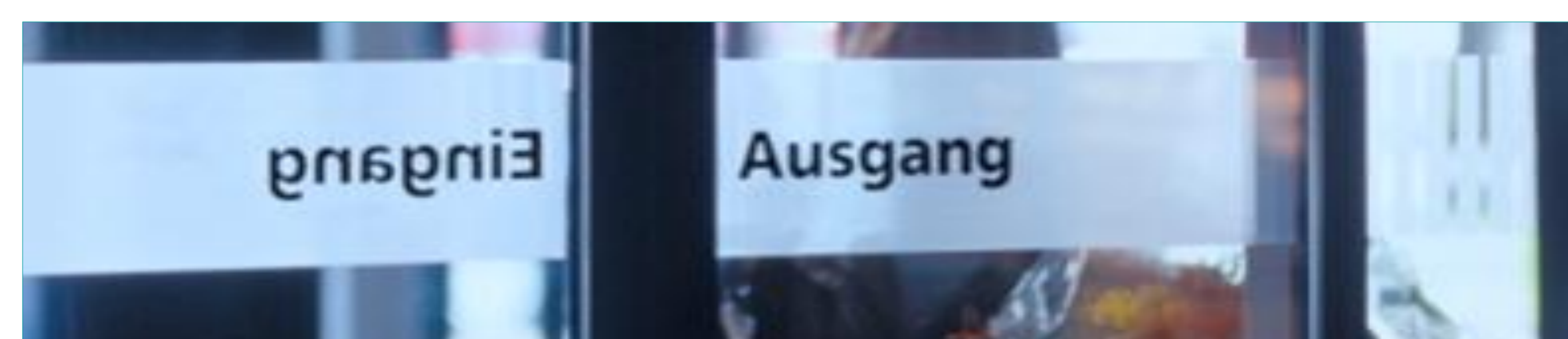
Die betroffenen Patientinnen und Patienten verstehen die chronische Krankheit und deren Auswirkungen im Alltag. Sie kennen die kardiovaskulären Risikofaktoren, die Wichtigkeit deren Kontrolle sowie den Nutzen einer kardialen Rehabilitation [4]. Dadurch wird die Selbstwirksamkeit und die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gefördert.

Kardiale Rehabilitation

Die Patientinnen und Patienten werden systematisch auf die Rehabilitationsprogramme angesprochen und darüber informiert. Sie werden während des Spitalaufenthaltes für die Rehabilitation angemeldet, was den Behandlungsprozess nach Spitalaustritt optimiert.

Gesundheitskosten

Eine adäquate Beratung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten erhöht die Patientenzufriedenheit und –sicherheit. Zudem kann damit die Rezidivrate gesenkt (17%) und unnötige Rehospitalisationen können vermieden werden (31%) [4,8]. Folglich werden die Gesundheitskosten längerfristig sinken.



[1] Schweizerische Herzstiftung. <http://www.swissheart.ch/index.php?id=90&L=3> (21.08.14).

[2] Schoenenberger AW & Erne P. 2009. Koronare Herzkrankheit – Definition und Epidemiologie. Therapeutische Umschau 66, 223-229. doi: 10.1024/0040-930.66.4.223.

[3] Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F. . . Investigators. 2004. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet, 364(9438), 937-952. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9.

[4] Khatib AA, Knecht M, Meier B, Windecker S, Schmid JP, Wilhelm M, & Saner H. 2013. Persistence of uncontrolled cardiovascular risk factors in patients treated with percutaneous interventions for stable coronary artery disease not receiving cardiac rehabilitation. Eur J Prev Cardiol, 20(5), 743-749. doi: 10.1177/2047487312447751.

[5] Achenbach S, Szardien S, Zeymer U, Gielen S & Hamm CW. 2012. Kommentar zu den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur Diagnostik und Therapie des akuten Koronarsyndroms ohne persistierende ST-Streckenhebung. Der Kardiologe 4(6), 283-301. doi: 10.1007/s12181-012-0436-5.

[6] Miller WR & Rollnick S. 2009 (3., unveränderte Auflage). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i.B., Lambertus Verlag.

[7] Lundahl B & Burke BL. 2009. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. J Clin Psychol, 65(11), 1232-1245. doi: 10.1002/jclp.20638.

[8] Welker J, Nacht C-A, Savcic M, Marques-Vidal P, Cornuz J, Vogt P & Nanchen D. 2014. Réadaptation cardiovasculaire, un bien sous-utilisé. Rev Med Suisse 10, 545-548.