

Editorial

Risikomanagement der koronaren Herzerkrankung

Kurt J. G. Schmailzl

Medizinische Klinik A, Ruppiner-Kliniken, Neuruppin, Deutschland

Wenn vom koronaren Risiko die Rede ist, kommt schnell die Pharmakotherapie der koronaren Herzerkrankung zur Sprache und dies aus einem einfachen Grund: weil sie die am weitesten ausdifferenzierte palliative Therapie eines verbreiteten Leidens ist, die es gibt.

Präventive und rehabilitative Aspekte in ein vernünftiges Verhältnis zu dieser Therapie zu setzen, ist Anliegen dieses Schwerpunktthemas.

Die koronare Herzerkrankung ist in hoch entwickelten Ländern trotz aller Fortschritte in Diagnostik und Therapie die häufigste Todesursache und gleichzeitig ungenügend verstanden. Die Katalogisierung einer ausufernden Vielfalt von Risikofaktoren verdeckt nicht, dass der Wissenszuwachs um Wundheilungsantwort und Plaquebiografie fragmentarisch geblieben ist.

Spiegelbildlich ist es in der realen Welt zufällig, ob eine Gesundheitserziehung in der Kindheit Platz greifen konnte, eine Fettstoffwechselstörung frühzeitig aufgedeckt worden ist, im Fall eines Herzinfarktes eine primäre Katheterintervention in erreichbarer Nähe ist und rehabilitative Leistungen über ein paar Monate hinaus wirksam werden können.

Präventive, akute und rehabilitative (kardiovaskuläre) Medizin laufen gesundheitspolitisch, praktisch und akademisch weitgehend unverbunden parallel statt in einander zu greifen.

Der Gedanke, dass die koronare Herzerkrankung eine chronische Erkrankung ist, die in der Jugend beginnt und in den meisten Fällen irgendwann zum Tode führt, ist weder populär noch werden im großen Maßstab handlungsleitende Konsequenzen daraus gezogen. Das Risikomanagement der koronaren Herzerkrankung müsste das „Management“ eines genetisch und sozialbiografisch globalen Risikos sein: des Risikos, eine aggressive, potenziell tödliche Atherosklerose zu entwickeln. Insofern wird damit die Zielstellung einer „nachhaltigen“ Medizin beschrieben.

Korrespondenz: PD Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl, Medizinische Klinik A, Ruppiner-Kliniken, Fehrbelliner Straße 38, 16803 Neuruppin, Deutschland.
Fax: ++49/3391/39–3109
E-Mail: k.schmailzl@ruppiner-kliniken.de

Als Reflex dessen, dass präventive, akute und rehabilitative (kardiovaskuläre) Medizin ein Kontinuum bilden und ineinander über gehen, konkurrieren im gesundheitspolitischen Kontext Instrumentalisierungen verschiedener Definitionen: Während die Kardiologen primär- und sekundärpräventive Maßnahmen zu unterscheiden gewöhnt sind, und die Epidemiologen in der Terminologie von primär- (keine Risikofaktoren), sekundär- (kein Indexereignis) und tertiärpräventiver zeitlicher Abfolge argumentieren, favorisiert die European Society of Cardiology den risikoadaptierten Präventionsbegriff, bei dem das individuelle und aktuelle Risiko den variablen Interventionsbedarf bestimmt.

Die Pharmakotherapie, wie sie sich vor allem der akuten Medizin als Aufgabe stellt, ordnet sich um das ABC: Aspirin als Prototyp der gerinnungsmodulierenden Wirkstoffe sowie Angiotensin-Konversionsenzymhhibitoren, Betablocker und CSE-Inhibitoren. Gerinnung, Betablockade und neuroendokrine Blockade sind die Hauptthemen des Beitrags von Th. Hofmann vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Dabei wird gleichzeitig auf die zurückgehende Bedeutung von Wirkstoffgruppen wie den Nitraten und Kalziumantagonisten eingegangen, die vor 20 Jahren noch Standardbausteine einer risikoadjustierten medikamentösen Koronartherapie waren.

A. Rieder und Th. Dorner vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien beleuchten, ausgehend von den Präventionsrichtlinien der European Society of Cardiology, Risikofaktoren, welche durch Verhaltens- und Lebensstiländerungen beeinflussbar sind, sozioökonomische Faktoren und geschlechtsspezifische Faktoren von Inzidenz und Risikomanagement der Herzkranzgefäßerkrankungen. Sie diskutieren die Effizienz von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen und stellen in einem Ausblick ihr eigenes, „Ein Herz für Wien“, vor.

Um die „klassischen“ sekundärpräventiven Aspekte des euphemistisch so genannten „Metabolischen Syndroms“ kreist der Beitrag von H. Völler von der Rehabilitationsklinik in Rüdersdorf. 41 % aller erwachsenen Deutschen haben heute einen body mass index von über 25 und gelten damit definitionsgemäß als zu dick. „Mediterrane Ernährung“ wird zum gedruckten Souvenirarti-

kel ohne reale Basis; in Spanien gelten 40 % als „gordos“, in Frankreich liegt die Quote bei 30 %.

Gerade wenn man eine rehabilitative Kardiologie (z. B. im Vergleich zu anderen europäischen und außer-europäischen Ländern) als Fortschritt betrachtet, muss man lernen, dass sie eine lebenslängliche Aufgabe bleibt und akzeptieren, dass sie nicht in drei oder sechs Wochen sich erschöpft.

Ein Risikomanagement ist dann erfolgreich, wenn präventive, akut- und langfristige-rehabilitative Medizin integriert werden.

Präventive Aspekte im Kindes- und Jugendalter müssen dem sich zusammenbrauenden, explosiven Gemisch an altersverschobenen Risiken stellen, die früher erst für Ältere charakteristisch waren.

Ein Drittel aller Minderjährigen raucht, und ein Viertel aller rauchenden Kinder wird vorzeitig an den Folgen versterben. 12–14 Jahre alte Kinder trinken durchschnittlich 27 Gläser Alkoholika pro Jahr. Über das Suchtprofil sowohl beim Rauchen wie beim Trinken entscheidet das Einstiegsalter. Die Zahl übergewichtiger Kinder hat sich in den letzten 15 Jahren verdoppelt. Als Indiz des Bewegungsmangels spielen nur 36 % der Kinder täglich im Freien. Das, was frühere Medizinstudentengenerationen als „Altersdiabetes“ gelernt hatten, trifft immer mehr Kinder und Jugendliche.

Es ist offensichtlich, dass präventive Aspekte in Erziehungs- und Schulprogramme – Kindergarten, Vorschule, Schule – integriert werden müssen. Dabei sollten Eltern und Erzieher mit angesprochen werden. Risikoklientel müssen analog der Erwachsenenwelt kontinuierlich betreut werden, eine Aufgabe, die eine wirkliche Lotsenfunktion des Hausarztes ebenso beschreibt wie neue Herausforderungen an die Kinderkardiologie.

Risikopatienten müssen durch kardiovaskuläre und Stoffwechsel-*check ups* identifiziert (jährliche Früherkennungsprogramme) werden; für sie gibt es keine Altersgrenzen, nur verschiedene Intervalle der medizinischen Kontakte.

Postinfarktpatienten werden nach Abschluss der invasiven Diagnostik und evtl. interventioneller oder operativer Therapieformen für rehabilitative Maßnahmen übernommen. Anschlussheilbehandlungen könnten eine Woche stationären Aufenthalt, eine weitere Woche teilstationären Aufenthalt und zwei Wochen einer ambulanten Anschlussheilbehandlung umfassen. Diese erste Phase sollte von ambulanten *refresher*-Phasen in vierteljährlichen Abständen über mindestens ein Jahr gefolgt werden, und die weiteren Intervalle würden individualisiert. Präventive und rehabilitative Maßnahmen dauern lebenslang an, weil sie nur Schattierungen des Spektrums eines globalen Risikomanagements der koronaren Herzerkrankung und damit Ausdruck einer nachhaltigen Kardiologie sind.