

■ Armes altes Herz?

Hochbetagte und die Herzmuskelschwäche Herzinsuffizienz

Zu Recht wird die chronische Herzschwäche als Alterserkrankung bezeichnet. Bereits jeder zehnte Deutsche über 70 Jahren leidet an Herzschwäche und sie ist der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung. Einhergehend mit der Alterung unserer Gesellschaft ist absehbar, dass das individuelle sowie sozioökonomische „Gesundheitsproblem Herzschwäche“ weiter stark zunehmen wird.

Angesichts dieser sich verschärfenden Ausgangslage muss die derzeitige Versorgung von Herzschwächepatienten vor allem auch in den vor-geriatrischen Einrichtungen optimiert werden, um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden. Die klinische Forschung hat hierfür bereits innovative Ansätze und Konzepte geliefert. Jetzt gilt es, diese breitflächig und vor allem sektorenübergreifend umzusetzen - auch in der Geriatrie. Hier stehen noch wichtige Studien aus.

Im Jahr 2030 wird bereits jeder Dritte seinen 65. Geburtstag hinter sich haben¹. Mit dem Anstieg des Anteils älterer Menschen in der Gesellschaft steigt auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und medizinischen Produkten. Deren breitflächige Anwendung hängt primär von ökonomischen und gesundheits-systembedingten Kriterien ab, aber auch von der Umsetzung wissenschaftlich validierter Behandlungsstrategien und Versorgungsmaßnahmen im Praxisalltag am Patienten. Im Falle der chronischen Herzinsuffizienz stellt sich beim Blick durch die kardiologische Brille schnell heraus, dass Wunsch und Wirklichkeit - gerade beim hochbetagten Patienten - weit auseinanderklaffen. Die Diversifikation der medizinischen Leistungserbringer, Angebote und Dienstleistungen, bietet im Falle der chronischen Herzschwäche Lösungsansätze, weitere Alternativen müssen aber dringend gesucht und zunächst beforcht werden.

Im Falle der komplexen Systemerkrankung Herzschwäche ist bereits seit längerem bekannt, dass alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlungsrealität existent sind. Dennoch sind diese in der aktuellen Behandlungsleitlinie Herzinsuffizienz nur ansatzweise berücksichtigt (Abb. 5)². Zwar gibt es Hinweise dafür, dass die verbesserten Therapiemöglichkeiten und ihre langsame, aber doch schrittweise bessere, Implementierung die Überlebenschancen der betroffenen Patienten in den letzten beiden Dekaden verbessert hat; dennoch bleibt die diagnostisch und therapeutisch optimale Versorgung bei bestimmten Patientengruppen noch deutlich hinter dem Idealzustand zurück³. Die Erkrankung bleibt weiterhin eine der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität und verursacht gesundheitsbezogene Kosten in schwindelerregender Höhe⁴ - hier besteht im Gesundheitssystem Nachholbedarf auf allen Ebenen (Abb. 1, 2).



Abb 2: Stationäre Morbiditätsziffer der Herzschwäche nach Altersgruppen

Herzschwäche: ein Problem des älteren Menschen, ein Problem der Pflege

Unter Herzinsuffizienz versteht man das Unvermögen des Herzens, ausreichend Blut und Sauerstoff in die verschiedenen Organsysteme des Körpers zu pumpen, so dass der Stoffwechsel und die Organfunktion Schaden nehmen. Entgegen der in der Allgemeinbevölkerung häufig vertretenen Auffassung entsteht Herzinsuffizienz nicht im Gefolge natürlicher Alterungsprozesse, sondern es handelt sich dabei immer um eine komplexe, im Vollbild schwerwiegende Erkrankung von epidemiologischen Ausmaßen⁵. Wie beim Eisbergphänomen gibt es einen sichtbaren Anteil (von Patienten), der in der Regelversorgung von Hausärzten - besser noch spezialärztlich von Kardiologen - versorgt wird. Daneben gibt es jedoch eine beträchtliche Dunkelziffer, also (noch) nicht diagnostizierte Herzschwächefälle und Patienten mit bereits eingeschränkter Herzfunktion, die aber die Symptome der Herzschwäche noch nicht verspüren. Exakte Zahlen über das Vorkommen der Herzinsuffizienz sind also mit einer großen Unsicherheit behaftet⁵. In Relation gesetzt auf die aktuellste Pflegestatistik Deutschlands aus dem Jahre 2013 (Abb. 3) bedeutet dies, dass folgende Bilanz für die dort erfassten 2,6 Millionen Pflegebedürftigen in Deutsch-

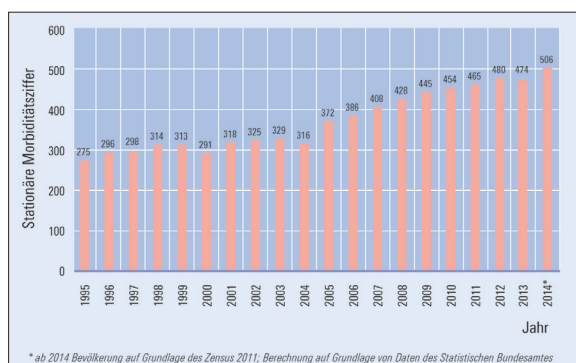


Abb 1: Erkrankungshäufigkeit der Herzinsuffizienz seit 1995.

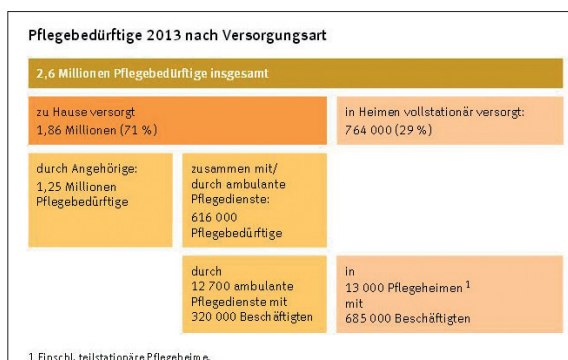


Abb 3: Eckdaten der Pflegestatistik 2013.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013.

land gezogen werden kann: Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, ein Drittel in Pflegeeinrichtungen; 83 Prozent aller Pflegebedürftigen waren zum Zeitpunkt der Erhebung 65 Jahre und älter; Frauen machen mit 65 Prozent den größeren Anteil innerhalb dieser Gruppe aus. Damit ergibt sich derzeit eine Anzahl von 216.000 Herzschwächepatienten in der Altersgruppe ab 65 Jahren. Der Frauenanteil hierbei beträgt etwa 56 % (121.000 Betroffene)⁶.

Herzschwäche richtig diagnostizieren und richtig behandeln: Aber wie?

Die Herzschwäche tritt im Gefolge vieler unterschiedlicher Erkrankungen auf, nur ein Teil davon beruht auf eigentlichen Herzkrankheiten: Herzinfarkt, langjähriger Bluthochdruck und Herzklappenerkrankungen sind hier die wichtigsten Ursachen. Daneben gibt es jedoch eine große Anzahl an weiteren Ursachen, die zunächst außerhalb des Herzens beginnen, im Laufe der Erkrankung das Herz jedoch mitbetreffen – die Folge davon ist in vielen Fällen eine Herzschwäche. Als Beispiele seien hier genannt Lungenerkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen; dabei reicht das Spektrum vom gemeinhin bekannten Diabetes mellitus (Blutzuckererkrankung) bis hin zu seltenen Speichererkrankungen. Wichtig ist, dass häufig nur zielgerichtet behandelt werden kann, wenn die Ursache hinlänglich geklärt ist – der umsichtigen Diagnostik kommt somit in der Herzinsuffizienztherapie eine herausragende Rolle zu. Die meisten Patienten weisen mehr als sieben Begleit- oder Folgeerkrankungen auf, die allesamt mit Leitlinien hinterlegt sind und eine schwierige Herzinsuffizienz-Therapie bedingen (Abb. 4).

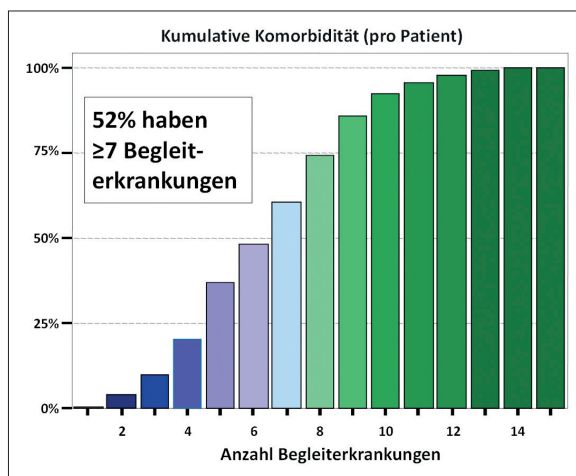


Abb. 4: Mehr als die Hälfte aller Herzschwäche Patienten leiden an mindestens sieben Begleit- und Folgeerkrankungen. Nach S. Störk 2013.

In Bezug auf die eigentliche Störung im Herzmuskel, die dann zur Herzschwäche führt, unterscheidet man zwei Typen. Bei der Pumpfunktionsstörung (sog. systolische Herzinsuffizienz) ist die Pumpkraft des Herzens schwach, die Herzwände dünn und die Herzkammern häufig erweitert. Bei der Entspannungsstörung (sog. diastolische Herzinsuffizienz) ist die Pumpkraft normal, aber die Herzwände sind verdickt und versteift, und die Kammern so klein, dass sie sich nur schlecht mit Blut füllen lassen. Beide Typen kommen in der Bevölkerung etwa gleich häufig vor. Daneben gibt es auch Mischformen.

In Deutschland ist der „typische herzinsuffiziente Patient“ eine ca. 75-jährige Frau, die in der Regel an der zweiten Form der Herzschwäche leidet, der diastolischen Herzinsuffizienz. Interessanterweise ist die Datenlage (die sog. Evidenz) aus großen kli-

nischen Studien gerade für dieses typische Kollektiv unbefriedigend klein. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. In den entsprechenden Medikamentenstudien, die die Basis für die heutige Behandlung bilden, ist dieser Typ Patient zu wenig untersucht. Menschen jenseits des 65. Lebensjahres wurden in der Regel systematisch ausgeschlossen; ebenso Menschen mit bestimmten Begleiterkrankungen, die gerade beim älteren Menschen gehäuft anzutreffen sind. Auch haben sich bisher nur wenige Studien mit der diastolischen Herzinsuffizienztherapie beschäftigt – und doch sind gerade hier die Behandlungserfolge spärlich. Die aktuellen Herzinsuffizienz-Behandlungsleitlinien, die anerkannt wichtigste Orientierungshilfe für alle therapeutischen Entscheidungen, weist dementsprechend für dieses Patientenprofil große Lücken auf.

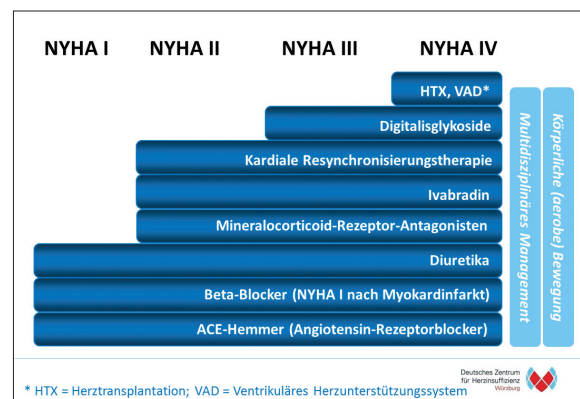


Abb. 5: Leitlinienkonforme Therapie bei (chronischer) systolischer Herzinsuffizienz (ESC-Guidelines 2012) in Abhängigkeit von NYHA-Klasse. Jede Therapieindikation ist in Abhängigkeit vom Patientenprofil (Erkrankungsschwere, Komorbiditäten) zu prüfen. Nach S. Störk, 2016.

Die Behandlung – auch der systolischen Form – erfolgt in der klinischen Praxis unter Berücksichtigung der oft zahlreich vorhandenen Begleiterkrankungen (sog. Komorbiditäten) und weiteren Komplikationen, die sich durch die Blutunterversorgung sehr unterschiedlich und individuell bei jedem älteren Patienten feststellen lassen. Bei fortgeschrittenen Stadien (NYHA III und IV) treten neben den typischen Symptomen der Herzschwäche die Komorbiditäten häufig sogar in den Vordergrund und können die Behandlungsstrategie dominieren. Beispiele dafür sind Vorhofflimmern, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder seelische Störungen, wie Depression. Hier zu erkennen, wann welcher Zeitpunkt im Krankheitsverlauf erreicht ist, ist eine große Herausforderung für Allgemeinmediziner, Internisten und Geriater. In den modernsten kardiologischen Einrichtungen Deutschlands wird dies von hochqualifizierten Spezialistenteams (Fachärzte, Herzinsuffizienz-Fachschwester, telefonische Nachbetreuung) geleistet. Diese Spezialangebote werden von Krankenkassen in der Regel leider nicht vergütet und stehen (deshalb) noch viel zu selten den Patienten zur Verfügung. Gerade in ländlichen Regionen und abseits der Gesundheitszentren müssen die betroffenen Patienten und deren Angehörige, Pflegenden, behandelnde Hausärzte und Geriater und Pflegenden die komplexe Therapie alleine steuern.

Aktuelle Trends unseres Gesundheitssystems

Beim Gesundheitsproblem Herzschwäche ist seit einiger Zeit ein bedeutsamer Trend im Gesundheitssystem zu beobachten, die sog. „Ambulantisierung“, die auch international zu beobachten ist. Darunter versteht man die stärker werdende Verschiebung weg von der stationären, hin zur ambulanten Versorgung⁷. Diese


Verschiebung findet in Abhängigkeit der dabei mitwirkenden Institutionen vor Ort mehr oder weniger intensiv statt, hat aber unter Umständen gravierende Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft.

Ein weiterer Trend ist die personalisierte Medizin, bei der der Patient maßgeschneiderte Diagnostik und Therapie auf Basis seines individuellen genetischen Profils erhält.

Beide Trends müssen in neue Versorgungskonzepte aufgenommen werden, damit Herzschwäche künftig fachgerechter und patientenorientierter versorgt werden kann. Wie das valide geschehen kann, also unter Berücksichtigung nicht nur der administrativen, gesundheitsökonomischen Aspekte, sondern auch aus Patientensicht, muss dringend in weiteren klinischen Studien geprüft werden. Nicht nur neue Therapieansätze (z.B. für die diastolische Herzinsuffizienz) sind hier abzubilden, sondern auch die sog. Versorgungsforschung. Hierin wird nicht ein einzelner Wirkstoff untersucht, sondern die Effekte einer umfassenden Therapiestrategie in der Bevölkerung unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen. Schon jetzt ist klar, dass es ohne eine wesentlich bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit nicht gelingen wird, dem Versorgungsproblem bei Herzschwäche gerecht zu werden. Der Dialog zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die in umfassende Behandlung von herzinsuffizienten Patienten mit einzubeziehen sind, ist vermutlich der kritischste Punkt. Es geht dabei um die rasche und präzise Befundübermittlung, Abgleich von Therapieplänen, Notfall-Szenarien und dergleichen mehr. Krankenhausarzt, Kardiologe, Hausarzt, Geriater, aber eben auch alle weiteren Versorger, der Patient und seine Angehörigen sollten idealerweise

in dieses Konzept pro-aktiv mit eingebunden sein. Am Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz, einer der führenden Herzschwäche Forschungs- und Versorgungsstandorte in Deutschland, wird derzeit die klinisch-kontrollierte Studie HeartCareBavaria aufgesetzt. Sie will prüfen, ob das in Deutschland noch junge Konzept eine spezifisch ausgebildeten Herzinsuffizienz-Fachpflegekraft, die bislang ausschließlich in wenigen klinischen Versorgungsumgebungen tätig ist, auch in den Praxisalltag der hausärztlichen/kardiologischen - und ggf. auch geriatrischen - Versorgung passt und sich dahin überführen lässt.

Spezialpflegekräfte entlasten Überlastete

Basis dieser Idee sind Daten einer großen Registerstudie mit mehr als 1000 Herzinsuffizienz-Patienten aus der Region Mainfranken sowie einer begleitenden Bedürfnisanalyse der Patienten¹¹. Das Register lieferte reichhaltige Informationen zur klinischen Präsentation der Patienten, Profil der Folge- und Begleiterkrankungen und zur leitliniengerechten medikamentösen Versorgung der Herzinsuffizienz selbst sowie der Komorbiditäten. Auch Strukturdefizite in der Versorgung wurden aufgedeckt: so wurde unter anderem ersichtlich, dass die medikamentöse Therapie zu selten unter den behandelnden Ärzten abgestimmt wird, zu selten die Medikamente auf die idealen Dosierungen gebracht werden und aufgrund widersprüchlicher Empfehlungen der Therapie-Erfolg leidet. Insbesondere die Begleiterkrankungen der Herzinsuffizienzpatienten wurden zu wenig in das Behandlungskonzept einbezogen. Darunter leidet nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern manche dieser Defizite stellen echte Gesundheitsrisiken dar, etwa wenn Medikamentenwechselwirkungen (die Einnahme von mehr als 

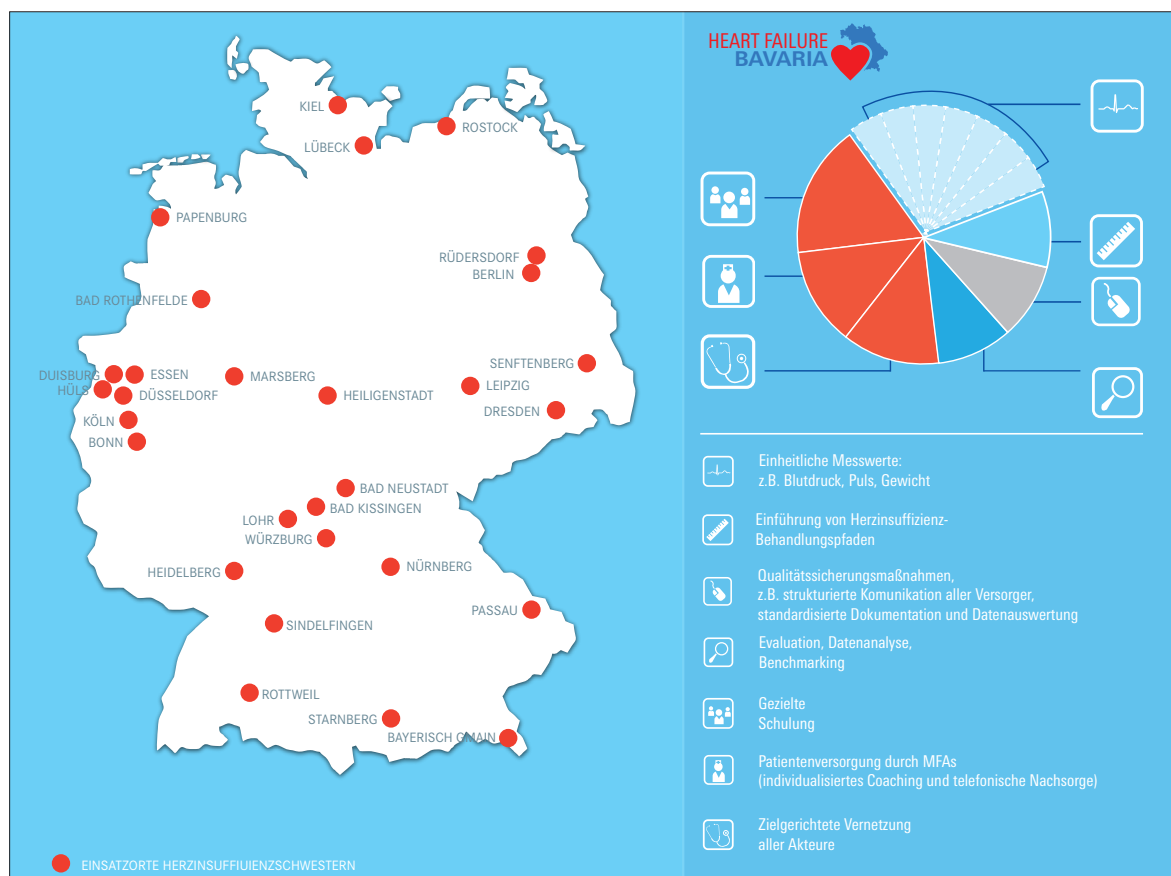


Abb. 6: Um flächendeckend fachgerechte Versorgung zu ermöglichen, sind die am DZHI ausgebildeten, zertifizierten Fachpflegerinnen/-pfleger bereits bundesweit im Einsatz. Das Netzwerk HeartCareBavaria arbeitet intensiv daran, diese Versorgungsleistung noch dichter erreichbar zu machen.

10 verschiedenen Medikamenten stellt keine Seltenheit dar) nicht mehr überschaubar und beherrschbar sind. Ein neues Versorgungsprogramm für diese Erkrankungssituation hatte also die Aufgabe, Wege zu finden, um die zielgerichtete Anwendung der Leitlinienempfehlungen beim alten, multimorbiden Patienten zu erreichen. Hierzu galt es, das persönliche und medizinische Bedürfnisprofil des einzelnen Patienten und seine individuelle Versorgungssituation zu berücksichtigen und daraus eine zielgerichtete und messbar bessere Interventionsstrategie zu entwickeln.

Am DZHI wurde folglich das Versorgungsprogramm HeartNetCare-HF™ entwickelt. Die Innovation von HeartNetCare-HF™ liegt in der Begleitung der Patienten durch speziell ausgebildete, zertifizierte Herzinsuffizienzschwestern und -pfleger. Nach genau strukturiertem Vorgehen und unter ärztlicher Supervision verknüpfen diese alle notwendigen Informationen aus der Versorgungskette ihrer Herzschwächepatienten und setzen adäquate Versorgungsmaßnahmen in Gang, wenn es der individuelle Krankheitsverlauf einfordert. Sie stellt die Schnittstelle aller an der Versorgung und Betreuung Beteiligten sicher. Dieser Prozess wird durch eine systematisierte Telefonabfrage der Herzinsuffizienzschwestern (Telefonmonitoring) möglich und so auch entscheidend strukturiert und begleitet. Die Herangehensweise hat viele Vorteile: das Monitoring läuft effizient ab, Patientenbedürfnisse werden unmittelbar berücksichtigt und die Patienten erlernen die aktive Selbstbeobachtung und werden rasch vertraut mit wichtigen Warnsymptomen einer beginnenden Dekompensation. Auch die Angehörigen werden in das Telefonmonitoring bei Bedarf miteinbezogen oder sogar an Stelle des Patienten. Zudem besteht die Möglichkeit, in das Telefonmonitoring weitere Vitalfunktionen, neben Blutdruck und Herzfrequenz, zu integrieren. Medizinische Versorgung und Betreuung gehen hier Hand in Hand - mit dem Patienten.

Die HeartNetCare-HF™ begleitende klinische Studie zeigte unerwartet starke Effekte: bereits nach 6 Monaten war die Sterblichkeitsrate etwa 40 Prozent niedriger als bei Patienten der Regelversorgung bei gleichzeitig besserer Lebensqualität und körperlicher Belastbarkeit. Die Patienten erhielten durch die intensive telefonische Betreuung auch Ratschläge bezüglich ihrer Lebenssituation und konnten damit auch einen Mehrwert in psychosozialer Hinsicht gewinnen. Die Subgruppenauswertung aus dieser Studie zeigte, dass bestimmte, in der Versorgung besonders anspruchsvolle Patientengruppen von diesem Ansatz auch besonders eindrücklich profitieren: hierbei handelt es sich um ältere Patienten (>70 Jahre), schwerer kranke Patienten (NYHA-Stadium III und IV) und depressiv verstimmte Patienten. Diese Effekte

veranschaulichen sehr nachdrücklich das Potenzial, das diesem Versorgungsansatz innewohnt (Abb. 7)^{8,9}.

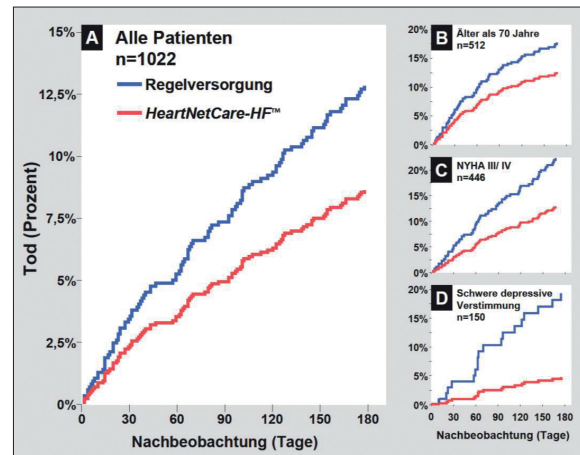
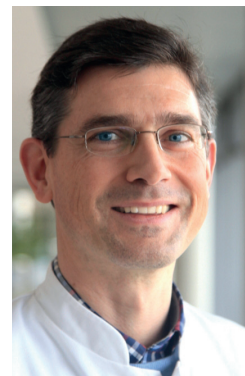


Abb. 7: Durch Betreuung im HeartNetCare-HF Programm sinkt die Mortalitätsrate im Vergleich zur Regelversorgung um ca. 40%. Anspruchsvolle Subgruppen, wie ältere Patienten (>70 Jahre), schwerkranke Patienten (NYHA Klasse III & IV) sowie schwer depressive Patienten profitieren besonders. **Abb. C. Angermann, 2012.**

Die spezialisierte Fachpflege soll nun mit HeartCareBavaria schnellstmöglich wissenschaftlich abgesichert in den Pflegebereich und in geriatrische Institutionen überführt werden, um jetzigen und den vielen künftigen Herzschwächepatienten medizinische Perspektive in Aussicht zu stellen (Abb. 6). Nähere Infos: <http://www.chfc.ukw.de/forschung/versorgungsforschung.html>



Autor:

Prof. Dr. med. Stefan Störk, PhD
Universitätsklinikum Würzburg
Deutsches Zentrum für
Herzinsuffizienz

Straubmühlweg 2a
97078 Würzburg
Tel: 0931 201 46325
www.dzhi.de

Quellen:

- https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile
- Riens B, Bätzig-Feigenbaum J (2014): Leitliniengerechte Therapie bei Herzinsuffizienz. Versorgungsatlas des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung.
- Ertl G (2016): Epidemie des 21. Jahrhunderts. Sonderausgabe der gesellschaftspolitischen Kommentare gpk. 1/16.
- ESC guidelines 2012; Cleland JG (2001): The heart failure epidemic: exactly how big is it? Eur Heart J. 2001 Apr;22(8):623-6

5 ES van Rien et al (2016): Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. Eur J Heart Failure, 1:1-22

6 Webseite des Statistischen Bundesamtes, abgerufen am 18.1.2016; www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlanderggebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile

7 Stillfried D (2015): Ambulantisierung der medizinischen Versorgung. Konferenzbeitrag beim Netzwerktreffen HeartFailure Bavaria. Würzburg.

8 https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlanderggebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile

9 <http://www.chfc.ukw.de/karriere/hi-schwester.html>