



Risiken (er)kennen – herzbewusst handeln

INHALT

- 1 News
- 2 Risikofaktoren unter der Lupe
- 3 Fettstoffwechselstörungen:
Risiko Hypercholesterinämie
- 4 Fettstoffwechselstörungen:
Ursachen und Behandlungsansätze
- 5 Herzstück: Risikostratifikation
- 6 Interview: Schlaganfall-Lotsen im
Gespräch
- 8 Infos, News und Wissenswertes



NEWS

Diese Ausgabe von Kardio Kampus News legt den Fokus auf die Risikoerkennung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung der häufigsten kardiovaskulären Erkrankungen, und wie hängen sie zusammen? Wie können Risikofaktoren früh erkannt und realistisch eingeschätzt werden? Und was können Sie als medizinische Fachkraft in Praxis und Klinik zur Risikosenkung und damit zur Herzgesundheit Ihrer Patienten beitragen? Erfahren Sie hier mehr.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Zahlen, Daten, Fakten

- Mit etwa 40 Prozent aller Sterbefälle sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems weiterhin die führende Todesursache in Deutschland.
- Die größte Rolle spielen hierbei Herzinfarkte, koronare Herzkrankheiten (KHK) mit der Folge Herzinsuffizienz sowie Schlaganfälle.
- Schlaganfälle infolge einer KHK (ischämischer Infarkt) sind weltweit die zweithäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für bleibende Behinderung im Erwachsenenalter.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen auch hohe gesellschaftliche Folgekosten (z.B. Hospitalisierungen, Berufsunfähigkeit durch erworbene Behinderungen).
- Trotz dieser alarmierenden Fakten sind sich (zu) wenige Menschen der vielfältigen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bewusst. Vor allem fällt die Einschätzung aller Risiken im Zusammenspiel – die Risikostratifikation – oft schwer.

Risikofaktoren unter der Lupe



Die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vielfältig. Die Faktoren beeinflussen sich oft gegenseitig in teils komplexen Zusammenhängen – und leider häufig mit negativen Folgen. Aber welche Faktoren lassen sich beeinflussen und welche nicht? Diese Unterscheidung ist wichtig für eine effektive Prävention und Therapie.

Welche Faktoren sind beeinflussbar?

Zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zählen die **kardiometabolischen Erkrankungen**, also Krankheiten, die neben Herz und Gefäßen den Gesamtstoffwechsel betreffen. Dazu gehören vor allem

- arterielle Hypertonie,
- erhöhte Blutzuckerwerte oder ein schon vorhandener Diabetes mellitus,
- Adipositas (vor allem Bauch-betontes Übergewicht) und
- erhöhte Blutfettwerte (s.S. 3)

Jeder dieser Faktoren begünstigt schon für sich allein die Entstehung von Gefäß- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Treten mehrere Parameter gleichzeitig auf, erhöht sich das Risiko noch einmal

erheblich. Beim Auftreten aller vier Erkrankungen spricht man vom **metabolischen Syndrom** (auch „tödliches Quartett“ genannt): Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit einem metabolischen Syndrom sind in der Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen.

Beeinflussbar sind zudem auch **persönliche Verhaltensweisen**, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, wie etwa

- Rauchen,
- Bewegungsmangel,
- ungesunde Ernährung,
- Alkohol oder/und
- änderbare psychosoziale Faktoren wie z.B. Stress/Überforderung durch Medienkonsum

Diese Risikofaktoren lassen sich über ein dauerhaftes gesundheitsbewusstes Verhalten beeinflussen. **Lebensstiländerungen** sind daher neben den medikamentösen Therapien ein wesentlicher Ansatzpunkt für die Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Adhärenz – ein wirkungsvoller Erfolgsfaktor

Adhärenz bezeichnet das aktive eigene Mitwirken von Patientinnen und Patienten bei der Umsetzung von Zielen oder Empfehlungen, die sie gemeinsam mit

medizinischen Fachkräften oder Ärztinnen und Ärzten erarbeitet haben.

Bei kardiovaskulären Erkrankungen ist Adhärenz besonders wichtig. Denn atherosklerotische Veränderungen verlaufen schleichend und oft zunächst unbemerkt. Auch Risikofaktoren wie zu hohe Cholesterinspiegel können lange unerkannt bleiben. Patientinnen und Patienten können daher oft nicht nachvollziehen, dass sie Medikamente einnehmen oder ihr Gesundheitsverhalten ändern sollen, auch wenn sie sich gesund fühlen und „nichts merken“.

Welche Faktoren lassen sich nicht oder nur bedingt beeinflussen?

Zu den nicht beeinflussbaren Faktoren gehören genetische Veranlagungen (Prädispositionen), z.B. erblich bedingte Fettstoffwechselstörungen (s.S. 4). Auch zunehmendes Alter und männliches Geschlecht erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zudem lassen sich einige psychosoziale Faktoren, beispielsweise berufsbedingte Belastungen oder familiär schwierige Situationen, nur bedingt oder nicht ändern.

ADHÄRENZ: IHRE UNTERSTÜTZUNG IST GEFRAGT



Die Adhärenz von Patientinnen und Patienten hängt eng mit dem Vertrauen in das Praxisteam und seine Kompetenz zusammen. Mit einer individuell angepassten Aufklärung können Sie als medizinische Fachkraft den Betroffenen die Zusammenhänge verständlich machen und damit deren Adhärenz zu präventiven oder therapeutischen Maßnahmen entscheidend fördern.

Risiko Hypercholesterinämie

Störungen des Fettstoffwechsels (Dyslipidämien) sind weit verbreitet, bleiben aber oft unerkannt. Bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen sie eine wesentliche Rolle – das Risiko wird aber noch viel zu oft unterschätzt. Was tun gegen die versteckte Gefahr?

Fettstoffwechselstörungen sind häufig: In einer deutschlandweiten Studie des Robert Koch-Instituts waren 64,5 % der Männer und 65,7 % der Frauen davon betroffen. Bei mehr als der Hälfte dieser Personen war die Dyslipidämie bislang nicht erkannt worden.

Der Fettstoffwechsel ist ein komplexer Prozess mit vielfältigen Aufgaben. Er

LP(A):
MINDESTENS
EINMAL IM
LEBEN MESSEN



Die Lp(a)-Konzentration verändert sich im Laufe des Lebens nicht wesentlich und ist nicht durch Ernährung oder körperliche Aktivität zu beeinflussen. Allerdings ist Lp(a) ein unabhängiger und eigenständiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Daher sollte der Lp(a)-Spiegel auf jeden Fall dann gemessen werden, wenn atherosklerotische Erkrankungen und/oder ihre Folgen

- ungewöhnlich früh auftreten,
- trotz eingestellter LDL-C-Werte voranschreiten,
- in der Familie bekannt sind und/oder auftreten.

Idealerweise sollte Lp(a) aber bei allen Menschen mindestens einmal im Leben gemessen werden. Denn das beleuchtet das Gesamtrisiko für kardiovaskuläre Erkrankungen – und ermöglicht, präventive und therapeutische Maßnahmen frühzeitig und effektiv einzusetzen.



umfasst die Aufnahme von Fetten aus der Nahrung, ihren Transport und die Verteilung an verschiedene Organe über das Blut sowie ihren Abbau in der Leber. Am Transport der beteiligten Stoffe im Blut sind unterschiedliche Fettverbindungen – die sogenannten Lipoproteine – beteiligt. Ist das empfindliche Gleichgewicht zwischen Angebot und Abbau gestört, entstehen in der Folge Dyslipidämien. Sie tragen wesentlich zur Atherosklerose bei, also entzündlichen Veränderungen und Verengungen der Blutgefäße. Dadurch erhöht sich wiederum das Risiko für **atherosklerotisch bedingte kardiovaskuläre Erkrankungen** (engl. ASCVD: Atherosclerotic cardiovascular disease) wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK; Betroffenen meist als „Schaufensterkrankheit“ bekannt).

Lipoproteine

Lipoproteine haben unterschiedliche Funktionen. Ihr Anteil im Blut (Serumspiegel) ist ein wichtiger Marker, um Dyslipidämien erkennen, unterscheiden und einschätzen zu können. Hier die relevantesten Parameter im Fettstoffwechsel:

- **LDL-Cholesterin:** Das mit LDL (Low Density Lipoprotein) verbundene Cholesterin (LDL-C) verursacht bei dauerhaft zu hohen Blutwerten Hypercholesterinämien und ist einer

der hauptsächlichsten Risikofaktoren für ASCVD. Laut aktuellen Leitlinien sollte sein Serumspiegel unter **116 mg/dl (3,0 mmol/l)** liegen. Je nach Vorliegen weiterer Risikofaktoren sollten noch niedrigere Serumspiegel angestrebt werden: bis unter 55 mg/dl (1,4 mmol/l) bei sehr hohem kardiovaskulären Risiko.

- **Triglyceride:** Diese in der Nahrung vorkommenden Fette dienen dem Körper als wichtige Fettsäure-Lieferanten und als Energiespeicher. Auch die Leber kann Triglyceride herstellen, deren Transport über VLDL (Very Low Density Lipoprotein) erfolgt. Die Triglyceridwerte im Blut sollten unter 150 mg/dl (1,70 mmol/l) liegen.
- **Lipoprotein(a):** Auch dieses Lipoprotein – abgekürzt Lp(a) – steigert bei zu hohen Werten das Risiko für ASCVD. Allerdings ist seine Konzentration genetisch vorgegeben. Der Serumspiegel sollte idealerweise unter 30 mg/dl (70 nmol/l) liegen.
- **HDL-Cholesterin:** Über HDL (High Density Lipoprotein) wird überschüssiges Cholesterin aus den Blutgefäßen zum Abbau in die Leber transportiert. Auch wenn hohe HDL-Werte nicht mehr uneingeschränkt als kardio-protektiv (also Herz und Gefäße schützend) beurteilt werden, finden sie weiterhin Anwendung im Rahmen der Risikostratifizierung (s. S. 5).

Ursachen und Behandlungsansätze



Bei der **familiären Hypercholesterinämie (FH)** ist der LDL-Cholesterinspiegel im Blut genetisch bedingt zu hoch. Man spricht auch von einer primären Hyperlipoproteinämie. Sie gehört mit einem Auftreten von 1:300 Fällen in Deutschland zu den häufigsten angeborenen Störungen. Obwohl die FH gut zu diagnostizieren ist, wird sie noch zu selten entdeckt. Unbehandelt können bei den Betroffenen relativ früh (also zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr) kardiovaskuläre Erkrankungen auftreten, aber

auch schon Kinder und Jugendliche können betroffen sein. Je früher vererbte Dyslipidämien behandelt werden, desto kleiner ist das Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln. Daher sollten möglichst schon im Kindesalter die Blutfettwerte bestimmt werden – vor allem, wenn kardiovaskuläre Erkrankungen in der Familie bekannt sind oder gehäuft auftreten.

Sekundäre (erworbene) Hypercholesterinämien können im Zusammenspiel mit bestimmten Erkrankungen entstehen, etwa einer Schilddrüsenunterfunktion oder eines Diabetes mellitus. Auch verschiedene Medikamente oder Medikamentenbestandteile können eine Fettstoffwechselstörung begünstigen. Eine entscheidende Rolle spielt jedoch der **Lebensstil**: Eine Ernährung, die reich an Triglyceriden und sogenannten trans-Fettsäuren ist, Alkohol, Rauchen und Bewegungsmangel tragen zur Entstehung sekundärer Hypercholesterinämien bei.

Therapeutische Ansätze

Unterschiedliche Ursachen, komplexes Zusammenspiel: Dyslipidämien zeigen

viele Facetten. Entsprechend müssen präventive und therapeutische Maßnahmen individuell „zugeschnitten“ werden. Hier die wesentlichen Ansätze:

- **Änderung des Lebensstils:** Hierzu gehören die Umstellung auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung, der Verzicht auf Alkohol und Nikotin, ausreichend Bewegung und Vermeidung von Stressfaktoren. Detaillierte Infos zur Ernährung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen finden Sie im *Kardio Kampus Newsletter 01/2022*.
- **Medikamente:** Das vorrangige Ziel ist es, modulierend in den Fettstoffwechsel einzugreifen bzw. risikosteigernde Faktoren wie LDL-Cholesterin zu senken. Dazu gehören Wirkstoffe, die
 - die Resorption von Cholesterin im Darm hemmen,
 - die Aufnahme von LDL-Cholesterin aus dem Blut in die Leber fördern,
 - die Cholesterin-Herstellung in der Leber hemmen,
 - den Abbau von LDL-Rezeptoren in der Leber hemmen, sodass mehr Rezeptoren für die Aufnahme von LDL-C zur Verfügung stehen.

VRONI-STUDIE: FRÜH-ERKENNUNGSPROGRAMM FÜR FH



Die Vroni-Studie bietet allen bayerischen Kindern zwischen 5 und 14 Jahren im Rahmen der U9-J1 ein kostenloses Screening auf FH an. Bei LDL-C-Werten über 130 mg/dl (3,34 mmol/l) erfolgt automatisch eine molekulargenetische Untersuchung und Testung auf FH.

LDL-C: SCHLÜSSELROLLE BEI HYPERCHOLESTERINÄMIE



Das LDL-C ist der am besten zu beeinflussende kardiovaskuläre Risikofaktor. Daher sollte LDL-C bei einer Hypercholesterinämie gut eingestellt sein. Trotzdem erreicht nur ein geringer Anteil der Betroffenen die in den Leitlinien vorgegebenen Zielwerte für LDL-C. Als medizinische Fachkraft sind Sie daher besonders gefragt, die Therapieadhärenz Ihrer Patientinnen und Patienten mit zu fördern und zu stärken.

Risiken einschätzen: Basis für effektive Prävention und Therapie

Wie lassen sich kardiovaskuläre Risiken erkennen und in ihrem Gesamtausmaß einordnen? Und was kann dabei unterstützen, diese Risiken wirkungsvoll zu minimieren? Erfahren Sie mehr zu Möglichkeiten der Risikostratifikation.

Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hängt von zahlreichen Faktoren ab – und kann sich immer wieder verändern. Und auch bei scheinbar gesunden Menschen kann ein hohes kardiovaskuläres Risiko vorliegen. Daher sollten Sie als medizinische Fachkraft die unterschiedlichen, sich gegenseitig beeinflussenden Risikofaktoren Ihrer Patientinnen und Patienten im Blick haben.

Säulen der Risikostratifikation

Die regelmäßige Erhebung und Auswertung aller cardio-relevanten Laborparameter ist eine wesentliche Grundlage, um das aktuelle Gesamtrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen einzuschätzen zu können. Weitere wesentliche Faktoren sind der individuelle Lebensstil, Erkrankungen sowie alle eingenommenen Medikamente.

ÄRZTLICHE VERNETZUNG: GEMEINSAM GEGEN RISIKEN UND FÜR BETROFFENE



Bei kardiovaskulären Erkrankungen ist eine fachübergreifende Versorgung unerlässlich. Denn gerade bei multimorbiden Personen können sich sowohl die Krankheiten als auch deren Medikationen gegenseitig beeinflussen. Idealerweise sollten Hausarzt und Fachärzte eng zusammenarbeiten, falls notwendig auch in Kooperation mit Lipidologen und/oder hochspezialisierten Lipidambulanzen.



Auf Basis großer langjähriger Beobachtungsstudien von Menschen mit und ohne bekannte Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden Werkzeuge zur Risikostratifikation entwickelt. Sie berücksichtigen neben aktuellen Laborwerten, Blutdruck und Alter auch Lebensstil-Faktoren wie Rauchen. Beispiele für solche „Risiko-Rechner“ sind der arriba-Rechner der Gesellschaft für patientenzentrierte Kommunikation oder die Score-Charts der European Association of Preventive Cardiology (EAPC).

Elektronische Patientenakte: Risiken im Zusammenhang verstehen

Seit 2021 können gesetzlich Versicherte eine elektronische Patientenakte (ePA) ihrer Krankenkasse beantragen. Sie enthält medizinisch relevante individuelle Patientendaten, auf die alle an Behandlungen beteiligten Ärztinnen und Ärzte zugreifen können. Die Daten sollen standardisiert in Form sogenannter MIOs (Abkürzung für Medizinische Informationsobjekte) in der ePA dokumentiert werden. MIOs werden derzeit schon beim Mutterpass, beim elektronischen Impfpass, beim zahnärztlichen Bonus-

heft und beim Kinder-Untersuchungsheft eingesetzt.

Der gemeinsame Zugriff auf Patientendaten ermöglicht einen Überblick über vorliegende gesundheitliche Risiken. Zudem vermeidet er unnötige Mehrfach-Untersuchungen und spart Zeit. Falls Ihre Praxis also schon mit der elektronischen Patientenakte arbeitet, legen Sie diese Ihren Patientinnen und Patienten ans Herz.

RISIKEN KLÄREN: GESUNDHEITS-CHECK-UP NUTZEN

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine regelmäßige Gesundheitsuntersuchung, die von der Krankenkasse bezahlt wird. Dazu gehört auch die Bestimmung der Lipidwerte im Blut einmalig alle drei Jahre ab 35 Jahren. Das gilt auch für 18- bis 34-Jährige bei entsprechendem Risikoprofil; bei dieser Altersgruppe ist ein einmaliger Check aber auch ohne Risikoprofil möglich.

Die Rolle von Schlaganfall-Lotsen bei der Patientenversorgung

Schlaganfall-Patienten benötigen nach der Akut- und Rehabilitationsphase eine weiterführende Betreuung und Versorgung. Hier setzt das Modell der Schlaganfall-Lotsen an: Sie begleiten und unterstützen die oft multimorbiden Betroffenen nach einem Schlaganfall und tragen damit zur Therapie-Adhärenz und einem effektiven Risikomanagement bei. Wie sieht die Arbeit von Schlaganfall-Lotsen konkret aus, auf was kommt es an? Wir haben bei zwei Schlaganfall-Lotsinnen nachgefragt.



Die ausgebildeten Kinder-/Krankenschwestern Irmhild Schmidt und Angela Winzmann haben im Rahmen des Innovationsfondsprojektes STROKE OWL¹ die Weiterbildung zum Schlaganfall-Lotsen absolviert und sind seit 2018 im Einsatz.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff Schlaganfall-Lotse? Und welche Ausbildung muss man dafür mitbringen?

Schmidt: Wir begleiten, beraten und unterstützen Patienten bis zu einem Jahr nach einem Schlaganfall. Wir sind für die Patienten quasi „Kümmerer“ und „Strippenzieher“ rund um den Schlaganfall in der Nachsorge.

Winzmann: Wer sich für die Lotsentätigkeit interessiert, sollte im Gesundheitswesen verankert sein, z. B. in der (Kinder-)Krankenpflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder als

Pflegeberater der Krankenkassen. Schlaganfall-Lotsen sind auch im Case Management ausgebildet.

Mit wem arbeiten Sie hauptsächlich zusammen?

Winzmann: Zu Beginn sind unsere Ansprechpartner die Ärzte und das Pflegepersonal der Neurologie und Stroke Units. Im weiteren Verlauf sind es am häufigsten Hausärzte, aber auch Fachärzte, vor allem Kardiologen, Neurologen, Diabetologen. Darüber hinaus stehen wir in engem Kontakt mit dem Sozialdienst, der Pflege und Therapeuten wie Physio-/Ergotherapie und Logopädie.

Schmidt: Mit dieser Koordinationsfunktion können wir beispielsweise auch doppelte Untersuchungen vermeiden. Wir bitten etwa die diabetologische Praxis, bei einer Bestimmung der Blutwerte auch für uns wichtige Parameter wie HDL-C und LDL-C zu ermitteln. Das spart eine erneute Blutuntersuchung durch den Hausarzt.

Empfinden Ärzte das als Einmischung?

Winzmann: Nein, im Gegenteil, viele Hausärzte sehen uns als Zugewinn in der Patientenversorgung. Wir sehen uns als Berater und Fürsprecher für unsere Patienten und wollen nicht in die ärztliche Befugnis eingreifen.

Ersetzen sie durch Ihre Arbeit den Sozialdienst bzw. das Entlass-Management?

Schmidt: Nein, überhaupt nicht. Der Sozialdienst kümmert sich weiterhin um alle Antragstellungen, z.B. für die Reha oder den Pflegegrad. Wir bleiben im stationären Bereich oder in der Reha im Hintergrund, lernen die Patienten kennen, bauen Vertrauen auf und schauen gemeinsam mit dem Sozialdienst, was für zuhause vermittelt und eingespielt werden muss. Damit schaffen wir die Basis für die nachstationäre Versorgung.

Wie finden Sie Ihre Klienten?

Winzmann: Da Patientenlotsen noch nicht Teil der Regelversorgung sind, können leider noch nicht alle Patienten davon profitieren. Daher prüfen wir zunächst anhand der Akten, welche Patienten für unsere Arbeit in Frage kommen. Ist der Schlaganfall von ärztlicher Seite bestätigt, kommt es zum Erstkontakt und zur Vorstellung der Lotsentätigkeit direkt am Klinikbett.

Könnte beispielsweise auch ein Hausarzt Patienten an Sie übergeben?

Schmidt: Nein, wir nehmen Patienten ausschließlich dann auf, wenn sie sich im Krankenhaus befinden. Patienten, die wir nicht aufnehmen konnten, verweisen wir z. B. an die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe für weitere Fragen und Anliegen.

Welche weiteren Ausschlusskriterien gibt es?

Winzmann: Grundsätzlich ist es wichtig, dass die Patienten aktiv mit uns zusammenarbeiten können. Daher können wir Patienten mit fehlender Kooperationsbereitschaft, mangelnden Deutschkenntnissen sowie Demenz, Suchterkrankungen oder einer überlagernden Krankheit, die im Vordergrund steht, etwa eine Krebserkrankung, nicht aufnehmen. Dies betrifft ebenfalls Patienten ab Pflegegrad 4 oder langzeitstationäre Patienten.

Binden Sie Angehörige mit in Ihre Betreuung ein?

Schmidt: Ja, wenn Angehörige kooperativ sind, nehmen wir sie mit ins Boot und informieren sie bezüglich der Weiterversorgung ihres Angehörigen.

Winzmann: Wir verstehen uns ja nicht als ‚Macher‘. Wir haben die Funktion, die Patienten zu unterstützen und zu schulen, im Sinne von: „Dies steht Ihnen zu. Das können Sie beantragen.“ Aber das große Ziel ist die Eigenständigkeit der Betroffenen und Angehörigen.

¹ STROKE OWL ist ein Projekt, das 2017 bis 2021 in der Region Ostwestfalen-Lippe zur sektorübergreifenden Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen durchgeführt wurde. Auch nach Ende des Projekts sind in der Region Schlaganfall-Lotsen aktiv.

Ist die Gesamtbetreuung pro Patient zeitlich begrenzt? Wie oft und wo besuchen Sie Ihre Patienten?

Winzmann: Wir begleiten Patienten bis zu einem Jahr mit Haus- und Rehabesuchen sowie Telefonaten. Darüber hinaus stehen wir dem Patienten individuell beim Ausfüllen von Anträgen (z. B. Pflegegrad) unterstützend zur Seite.

Schmidt: Am Ende der Lotsenbegleitung sollte der Patient seine Risikofaktoren im Blick haben und wissen, an welche Akteure er sich im Rahmen der weiteren Nachsorge wenden soll, beispielsweise an den Neurologen oder Kardiologen. Bei unserem letzten persönlichen Kontakt händigen wir unseren Patienten auch gerne ein Kontaktformular aus, über das sie regelmäßig Informationen und Veranstaltungshinweise der Schlaganfall-Hilfe erhalten können.

Vereinbaren Sie auch schriftliche Therapieziele?

Schmidt: Ja, wir vereinbaren gemeinsam mit den Patienten Rahmen- und Teilziele, die bei jedem Kontakt überprüft und falls nötig neu festgelegt werden. Die Schritte sind sehr individuell, so kann es auch darum gehen, bei gestörter Feinmotorik wieder Textnachrichten schreiben zu können. Ziele können auch sein, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten oder alte Hobbys wieder zu pflegen.

Winzmann: Wir arbeiten mit einem Leitfaden, dokumentieren alle vereinbarten (Teil-)Ziele und Maßnahmen und verwenden Checklisten. So ist gewährleistet, dass wir beim nächsten Besuch genau im Blick haben, was ansteht und wichtig ist.

Wie alt sind Ihre Patienten im Durchschnitt? Und sind es mehr Frauen als Männer?

Winzmann: Ab 60 aufwärts, eher Ende 70. Bei den Geschlechtern sehe ich keine Unterschiede. Eine interessante Beobachtung ist, dass männliche Patienten oft erst einmal ihre Frauen fragen, was diese von der Lotsenbegleitung halten. Da bestehen auch Ängste, dass wir mit erhobenem Zeigefinger dastehen. Aber wir wollen ja gemeinsam schauen und realistische Ziele festlegen.

Wieviel Zeit verwenden Sie darauf, Netzwerke zu knüpfen?

Schmidt: Am Anfang haben wir fast zu 90% Netzwerkarbeit geleistet. Wir haben uns persönlich in Arztpraxen, Rehakliniken, Sanitätshäusern, bei Pflegediensten und Therapeuten sowie auf politischen Ebenen vorgestellt, haben an Gesundheitstagen teilgenommen. Nach vier Jahren kennt man uns mittlerweile schon. Auch in den Medien kommen wir als Schlaganfall-Lotsen immer wieder vor. Natürlich hat die Pandemie vieles erschwert.

Welche Rückmeldungen erhalten Sie von Ärzten, Patienten und Angehörigen?

Winzmann: Über die Schlaganfall-Hilfe erhalten wir positive Rückmeldungen von Patienten. Auch von den Hausärzten und den Kliniken kommt positives Feedback.

Sind Sie regelmäßig in Kontakt mit anderen Schlaganfall-Lotsen, regional oder deutschlandweit?

Schmidt: Jährlich gibt es ein überregionales Treffen mit anderen Lotsen sowie Vertretern von Ärzteschaft, Politik und Krankenkassen. Der Austausch vermittelt einen guten Einblick, wie andere Standorte arbeiten, z. B. auch mit Kinderlotsen oder neuromuskulären Lotsen. Hier werden auch Projekte vorgestellt, die offiziell ausgelaufen sind, aber in Eigenregie weitergeführt werden. Fast alle arbeiten nach der Methode des Case Managements.

Winzmann: Darüber hinaus treffen wir als OWL-Lotsen uns einmal im Monat zum Qualitätszirkel. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe organisiert dann auch Schulungen entsprechend der Bedarfe, beispielsweise zu neuen Therapieformen oder rechtlichen Aspekten. Wir werden auch in Gesprächsführung geschult, zum Beispiel mit der Methode „Motivational Interviewing“. Das bringt enorm viel für die Arbeit mit Patienten.

Wie können Sie aktiv die Medikationsadhärenz steigern?

Schmidt: Wir empfehlen Medikamentenboxen und da, wo es angebracht und möglich ist, auch Apps zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme. Langfristig wollen wir aber unsere

Patienten zum Selbstmanagement anleiten. Kommt ein Patient mit der Medikamenteneinnahme sowie dem Zusammenstellen der Medikamente nicht zurecht und gibt es im Hintergrund keine Angehörigen, wird über den Hausarzt die Behandlungspflege verordnet und ein Pflegedienst mit ins Boot genommen.

Sie sind mit Patienten über einen längeren Zeitraum verbunden und haben mehr Eigenverantwortung – spielt das eine Rolle für Ihre berufliche Zufriedenheit als Lotsin?

Winzmann: Auf jeden Fall. Als Krankenschwestern hatten wir Patienten drei Tage in der Stroke Unit, danach wurden sie in der Regel verlegt. Als Lotsin können wir den Verlauf und die Verbesserungen begleiten. Es ist schön, einen positiven Verlauf mitzerleben.

Schmidt: Die Patienten sind sehr unterschiedlich und müssen individuell abgeholt werden. Ein Schlaganfall bringt das Leben aus dem Takt und der Betroffene steht vor großen Herausforderungen. Das erfordert viel Empathie, und die Patienten sind dankbar für die Unterstützung.

Wo gibt es Grenzen Ihrer Arbeit?

Schmidt: Kompetenzüberschreitungen sollten vermieden werden, besonders im psychologischen Bereich sowie bei Fragen rund um rechtliche Angelegenheiten. Zu diesen Aspekten vermitteln wir Kontakte.

Zum Abschluss: Was würden Sie sich als Lotsen wünschen?

Winzmann: Die Lotsenfunktion ist aus unserem Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken. Ich hoffe, dass durch unsere Tätigkeit Verantwortliche in Politik und Gesundheitswesen wahrnehmen, wie hoch der Bedarf an dieser integrativen Versorgung ist und wie wichtig Lotsen-Ansprechpartner als „Kümmerer“ sind.

Schmidt: Auch andere Patienten mit einer komplexen Krankheitssituation, etwa bei Diabetes oder Parkinson, könnten von Lotsen profitieren. Es wäre schön, wenn alle Krankenkassen die Lotsenfunktion unterstützen und in den Leistungskatalog integrieren würden.

INFOS, NEWS & WISSENSWERTES

Gefahr erkennen, Gefahr benennen: Initiativen fordern ein

Gute Nachrichten: In Deutschland rücken kardiovaskuläre Risiken und ihre Zusammenhänge zunehmend in den Fokus. Verschiedene Initiativen unterstützen diesen Trend und fordern bessere Prävention und Versorgung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hier eine Auswahl:

- **Aktionsbündnis „Beherzt handeln“:** Die Deutsche Herzstiftung fordert gemeinsam mit herzmedizinischen Fachgesellschaften eine **Nationale Herz-Kreislauf-Strategie** zur Senkung der kardiovaskulären Sterblichkeit und für eine bessere Prognose für Herzpatienten. Das daraus entstandene Aktionsbündnis erarbeitete konkrete Vorschläge zur Aufnahme in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung.
- **„Herz-Hirn-Allianz“:** Vertreter von Fachgesellschaften, Krankenkassen, Industrie und Patientenverbänden haben sich mit dem Ziel zusammengeschlossen, bis 2030 die Zahl der Herz-Kreislauf-Ereignisse um 30 Prozent zu senken. Im Vordergrund steht die möglichst niedrigschwellige Früherkennung beispielsweise von Risikopatienten.

- **„Stroke Action Plan“:** Der europäische Aktionsplan von Schlaganfall-Experten und Patienten-Fürsprechenden fordert, bis 2030 durch präventive Maßnahmen die Zahl der Schlaganfälle um zehn Prozent zu senken sowie die Akutversorgung und Nachsorge deutlich zu verbessern.

Herzgesundheit: Infos für Ihre Patienten

- **Hand aufs Herz:** Die Website „Hand aufs Herz – kümmern Sie sich um Ihre Herzgesundheit?“ enthält umfassende Informationen. Die Website mit Veranstaltungstipps für Betroffene und Angehörige wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege betrieben.



- **Herzalter bestimmen:** Die Assmann-Stiftung für Prävention hat sich zum Ziel gesetzt, mit dem niederschweligen Begriff „Herzalter“ frühzeitig auf das hohe Herzinfarktrisiko vieler Menschen aufmerksam zu machen. Mit einem Test kann das individuelle Herzalter bestimmt werden.



- **Selbsthilfegruppen finden:** NAKOS ist die zentrale bundesweite Anlaufstelle in Deutschland rund um das Thema Selbsthilfe. Hier können Betroffene über die sogenannten „Grünen Adressen“ Selbsthilfevereinigungen, Selbsthilfe-Internetforen und Institutionen mit Selbsthilfebezug zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen finden.



- **Cholesterin-Pass:** Auf der Website „lipide.info“ erhalten Betroffene mit einem erhöhten Cholesterinspiegel zahlreiche Informationen zur Hypercholesterinämie. Im herunterladbaren Cholesterin-Pass können Werte, Termine und wichtige Angaben notiert werden.



KEY FACTS: DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK

- Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören weiterhin zu den führenden Todesursachen. Zudem verursachen sie schwerwiegende Folgeerkrankungen und hohe Kosten im Gesundheitswesen.
- Zahlreiche Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen sind direkt beeinflussbar. Ein wichtiger Wert ist hierbei das LDL-Cholesterin.
- Ein gesunder Lebensstil kann das kardiovaskuläre Risiko positiv beeinflussen. Zudem werden unterschiedliche Medikamente präventiv und therapeutisch eingesetzt.
- Um die kardiovaskulären Risiken dauerhaft zu minimieren, müssen die Betroffenen aktiv mitwirken – also Adhärenz entwickeln. Als medizinische Fachkraft können Sie Ihre Patientinnen und Patienten hierbei entscheidend unterstützen.
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren beeinflussen sich gegenseitig und sollten so weit wie möglich im Zusammenspiel beachtet werden (Risikostratifikation). Technische Möglichkeiten wie die ePA erleichtern den Daten- und Informationsaustausch.

IMPRESSUM