

Porträt: Institut für Klinische Forschung in der Kardiologie



IM RAHMEN DER KOOPERATION der Karl Landsteiner Gesellschaft (KLG) mit der *Ärzte Krone* stellen wir diesmal das Institut für Klinische Forschung in der Kardiologie vor.

Redaktion: Mag. Simone Peter

Das Karl Landsteiner Institut für Klinische Forschung in der Kardiologie wurde 2009 von Herrn Prim. Dr. Georg Gaul gegründet. Damals war das Ziel, die Entwicklungen des Herzkatheters und neuer Techniken zu erforschen und zu erfassen und wie der Verlauf der Erkrankungen durch deren Einsatz verändert wird. Nach seiner Pensionierung wurde das Institut vom jetzigen Leiter Herrn Prim. Dr. Johann Sipötz übernommen. Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts ist Herr Dr. Oliver Friedrich.

Die Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeit liegen einerseits auf der Lebensqualitätsforschung bzw. dem Einfluss psychosozialer Risikofaktoren bezogen auf Herzpatienten und andererseits auf der Evaluation der Praxis der rotatorischen Atherektomie im Katheterlabor des Hanusch-Krankenhauses in Wien.

Der psychosomatische Forschungsteil vertiefte sich durch die Zusammenarbeit mit dem Psychokardiologischem-Schwerpunkt der 2. Medizinischen Abteilung und deren Leiterin, OÄ Dr. Evelyn Kunschitz. „Was uns gegenüber anderen kardiologischen Abteilungen auszeichnet, ist die integrierte psychosomatische Versorgung unserer Patienten“, erklärt Sipötz dazu.

LAUFENDE STUDIEN

Lebensqualität nach bioresorbierbaren Stentimplantaten

Eines der derzeit laufenden Projekte ist die PRO-BVS-Studie, die neben dem kardialen Outcome auch den auf die Lebensqualität bezogenen Outcome nach Implantation bioresorbierbarer Stentgerüste untersucht. Derzeit liegt der Fokus auf der Evaluation der resorbierbaren Stents und auf der Frage, ob der Outcome vergleichbar mit den Ergebnissen nach der Implantation anderer Stents ist. „Dabei wird anhand des MacNew-Fragebogens auch die Lebensqualität aus der Sicht des Patienten mit einbezogen. In verschiedenen Studien mit herkömmlichen Stentgerüsten konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität der Patienten nach Stentimplantat signifikant ansteigt. In einer Studie des KLI konnte gezeigt werden, dass dieser Anstieg bis sechs Monate nach Stentimplantation stattfindet und die Lebensqualität dann über 24 Monate stabil auf dem erreichten Niveau verbleibt.“ (Sipötz et al 2013).

Die Evaluation der Lebensqualität umfasst körperliche emotionale und soziale Aspekte. Erfasst werden nicht nur die krankheitspezifische Symptomatik (z.B.: Angina pectoris), sondern auch allgemeine Beeinträchtigungen des körperlichen und emotionalen Wohlbefindens und Einschränkungen im sozialen Bereich.

„Das Konzept der Psychokardiologie ist demnach bio-psycho-sozial. Es zeigen sich die biologischen und somatischen Kompo-



V.l.n.r.: OÄ Dr. Evelyn Kunschitz, Institutsleiter Prim. Dr. Johann Sipötz, Dr. Oliver Friedrich

nenten, die wir an der Abteilung behandeln. Aber auch die psychische Verfassung des Patienten, also wie er seine Erkrankung wahrnimmt, wie er mit den Ängsten und Sorgen umgeht bzw. auch mit der Hoffnung auf Besserung. Zur sozialen Komponente zählen die Interaktionen des Umfelds, aber auch, welche Auswirkungen z.B. ein schwerer Infarkt auf Beziehungen, Sexualität, die Zugehörigkeit zu einem Verein etc. hat“, erklärt Kunschitz. „Am Institut wird danach geforscht, wie eine ‚Demokratisierung‘ dieser Dimensionen aussehen könnte.“

Anzeige | Fachkurzinformation Seite 38 ff.

Die subjektive Krankheitstheorie der Patienten

In einer weiteren derzeit laufenden Studie (IP_PRO) wird nach der subjektiven Krankheitstheorie der Patienten gefragt. Dabei geht es darum, wie die Herzerkrankung durch von den Patienten subjektiv wahrgenommen wird und welche Faktoren aus der Sicht der Patienten als Auslöser betrachtet werden. Einer der hierbei eingesetzten Erhebungsmethoden ist der in Neuseeland entwickelte BIPQ-Fragebogen, bei dem gezielt nach der subjektiven Wahrnehmung gefragt wird. „Das Thema ist an sich sehr spannend, weil es darum geht, wie einerseits der Patient die Krankheit empfindet – sowohl seelisch als auch körperlich – und zweitens was er sich von einer Therapie erhofft“, erklärt Friedrich. Abgefragt wird auch das Wissen über die Erkrankung. „Das ist ein Aspekt, der mit allen anderen Parametern, die wir abfragen, zusammenhängt und natürlich auch damit, wie man als Patient die eigene Lebensqualität bewertet. Patienten, die die Krankheit eher bagatellisieren und von sich abspalten, werden bei Fragen nach der Lebensqualität immer angeben, dass es ihnen gut geht, obwohl sie somatisch krank sind. Wenn man so was weiß, kann man auch die Ergebnisse des Fragebogens anders beurteilen“, erläutert Friedrich. Aus derartigen Arbeiten konnten bisher vier Patientengruppen differenziert werden:

1. Patienten, die glauben, ihre Krankheit sei genetisch bedingt (Diabetes, Dyslipidämie etc.)
2. Patienten, die sehr Risikofaktoren-orientiert sind (zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung, mangelnde Adherence, Rauchen etc.)
3. Patienten, die die Krankheit auf einen psychischen Stressor zurückführen (z.B. lange Arbeitslosigkeit, eine unbefriedigende Beziehung mit viel Streit, ein schweres Schicksal in der Kindheit)
4. Sonstige

Gescreent werden die Patienten vom Institut nach Angst, Depression, Resilienz und krankheitsbezogener Lebensqualität. Fällt ein Patient auf, wird eine psychosomatische Begutachtung angeboten. „Wir wissen aus vielen Untersuchungen und der Literatur, dass sich die Krankheitsverläufe, wenn man den psychosozialen Bedarf nicht erkennt, verschlechtern und verlängern. Somit werden sie auch für das Gesundheitswesen teurer werden, da immer neue Untersuchungen gemacht werden, aber übersehen wird, dass der Patient vielleicht eine Depression mitentwickelt hat und diese somatisiert“, so Kunschitz. „Besonders bei kardiologischen Patienten bestehe viel Angst, die erkannt und ernstgenommen werden muss. In der Kardiologie gibt es aber auch eine hohe Korrelation zu depressiven Erkrankungen, wobei es sich meist um Anpass-



Am Institut für Klinische Forschung in der Kardiologie laufen eine Vielzahl an Studien, die sich auch mit der Lebensqualität der Patienten beschäftigen

störungsstörungen und Erschöpfungssyndrome handelt. So weiß man auch, dass chronischer Ärger und das Unvermögen, Stress kontrollieren zu können, Risikofaktoren für die KHK sind. Worauf wir uns in unserer Studie konzentrieren ist die Frage, was Stress eigentlich bedeutet. In welchem Zusammenhang steht er mit der KHK? Vor jedem Herzkatheter werden Gerinnungs- und Entzündungsfaktoren abgenommen. Daher wissen wir auch, dass es eine Verbindung zwischen Entzündung, KHK und Stress gibt. Dazu gibt es sehr viel neue Forschung, und wir wollen diesen Zusammenhang jetzt mitdokumentieren, damit wir dann auch gezielt Therapiemethoden entwickeln und einsetzen können.“

„Damit wird es möglich, den Bedarf des Patienten zu evaluieren und ihn zum richtigen Zeitpunkt dort abzuholen, wo seine Bedürfnisse liegen“, so Kunschitz. „Wird beispielsweise einem Patienten, der glaubt, die Erkrankung sei stressbedingt, gesagt, es sei besonders wichtig, mit dem Rauchen aufzuhören, wird das Angebot einer Rauchertherapie zu diesem Zeitpunkt nicht greifen. Es gilt also, auf die einzelnen Gruppen flexibel einzugehen.“

Was brauchen Patienten?

Derzeit in Auswertung befinden sich die Daten der ADAPT-Studie, in der mittels eines genormten Fragebogens erhoben wurde, was Patienten brauchen und was sie sich wünschen. „Das ist eine eher ungewöhnliche Frage, die aber hilfreich ist, da Patienten oft sehr genau wissen, wo sie Unterstützung brauchen. Mit dieser Erhebung konnten wir genau erkennen, dass jene Patienten, die neben der medizinischen Betreuung zusätzlich einen psychosozialen Bedarf aufzeigen, auch die depressiveren oder ängstlicheren sind“, berichtet Kunschitz.

HERZKATHETERUNTERSUCHUNG IN DER TAGESKLINIK

Am Institut liegt der Fokus aber nicht nur auf der Forschung, sondern die gesetzten und geplanten Maßnahmen werden evaluiert – so z.B. die Angio-Tagesklinik. „Bei uns werden Herzkatheteruntersuchungen auch tagesklinisch durchgeführt“, erklärt Sipötz. Die Voruntersuchungen (Blutabnahme, Lungenröntgen und Aufklärung), die notwendig sind, werden bereits im Vorfeld durchgeführt. Der Patient wird dann am Vormittag katheterisiert und kann bei gutem Verlauf am Nachmittag entlassen werden. Wird ein Stent eingesetzt, bleiben die Patienten bis zu nächsten Tag. Eine Intervention hieß bisher immer, dass man die Patienten über Nacht telemonitorisch überwachen muss. Nun wollen wir auch evaluieren, was es für den sie bringt, wenn sie nicht über Nacht im Krankenhaus bleiben müssen und ob dadurch die Belastung durch die Untersuchung geringer wird.“ Eine derartige potenziell gefährliche Untersuchung so unkompliziert für den Patienten anzubieten, habe allerdings auch Nachteile, mahnt Sipötz: „Man muss aber aufpassen, wie der Patient den Schweregrad der Erkrankung empfindet. Die Untersuchung wird – aus Sicht des Patienten – unkompliziert durchgeführt, und er darf gleich wieder nach Hause. Auch bei einem akuten Herzinfarkt ist mittlerweile binnen einer halben Stunde alles erledigt. Dadurch sind sich Patienten oft gar nicht darüber bewusst, was für eine schwere Erkrankung sie erlebt haben und realisieren die Bedeutung für ihr Leben erst viel später.“

Um mehr Bewusstsein zu schaffen, wird etwa ein Monat nach dem Eingriff ein Kontrolltermin in der Herzambulanz vereinbart. „Dort fragen wir noch einmal konkret nach, was die Erkrankung für die Patienten bedeutet und wie es ihnen jetzt damit geht. Man-

chen wird erst dann langsam bewusst, dass das ein schwerwiegendes Ereignis war und was es heißt, sein Leben zu ändern“, ergänzt Kunschitz.

KOOPERATIONEN

Im Bereich der Erforschung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität arbeiten wir eng mit Univ.-Doz. Dr. Stefan Höfer, Psychologisches Institut der MedUni Innsbruck, zusammen. Wir haben diesbezüglich auch mit Prim. Dr. Werner Benzer vom Akademischen Lehrkrankenhaus Feldkirch zusammengearbeitet.

Im Rahmen der PRO-BVS-Studie besteht eine Zusammenarbeit mit Immenstadt (Deutschland), Feldkirch, und dem Krankenhaus Eisenstadt.

Ein weiteres laufendes Projekt ist die Teilnahme am österreichischen Takotsubo-Register, welches von Frau Dr. Valerie Weihs aus dem Wilhelminenspital, Wien, geleitet wird, an dem das Institut administrativ für die psychosozialen Daten teilnimmt. Gemessen werden neben somatischen Daten auch Depression, Angst, Resilienz und Lebensqualität bei Patienten mit einer akuten reversiblen Kardiomyopathie.

Institut für Klinische Forschung in der Kardiologie
Leiter: Prim. Dr. Johannes Sipötz
Hanuschkrankenhaus,
II. Medizinische Abteilung – Kardiologie
mit Psychokardiologie-Schwerpunkt
1140 Wien

Anzeige | Fachkurzinformation Seite 38 ff.

zieht dem Schmerz den Stachel



Astec®
 3 Tage Wirkung
 3 Wirkstärken
 2 Packungsgrößen
 5 und 10 Stück
1zige Monatspackung
eines transdermalen
Opioid Pflasters*



Gebro Pharma

* Warenverzeichnis Apothekerverlag, Stand Februar 2015.

mit Aloe Vera Blätterextrakt Öl