

Psychosoziale Risikofaktoren in einer personalisierten kardiologischen Prävention

Karl-Heinz Ladwig, Karoline Lukaschek



Quelle: patpitchaya/stock.adobe.com

Herzerkrankungen stehen bei der Prävention im Fokus: Sie sind die häufigste Todesursache und ihr Verlauf lässt sich präventiv beeinflussen. Vor Eintritt der Herzerkrankung können durch präventives Handeln viele Erkrankungen verhindert werden – ein Ziel, das von vielen geteilt, aber nur selten praktisch umgesetzt wird. Die Evidenz zu psychosozialen Faktoren kann für eine personalisierte Medizin in der präventiven Herzmedizin genutzt werden.

Sprechende Medizin in einem hochtechnisierten Umfeld

Die Kardiologie gehört zu den forschungsintensivsten Fächern der Medizin. Kein internationaler Jahreskongress ohne neue Ergebnisse randomisierter kontrollierter Therapiestudien (RCTs) mit oft deutlichen Paradigmenwechseln für pharmazeutische Therapieverfahren im klinischen Alltag. Die Ergebnisse dieser Mega-Studien sind valide und von subjektiven Interessen unabhängig; sie werden kritisch von Gutachtern, Zulassungsbehörden und anderen staatlichen Einrichtungen überprüft, sind aber nichtsdestotrotz bis auf wenige Ausnahmen von der Industrie initiiert und nur dadurch möglich gemacht. Ohne ein potenziell kommerzielles Interesse kein RCT. Wie soll sich in

einem solchen Umfeld so etwas wie „sprechende Medizin“, also die direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patienten, etablieren?

Umso erstaunlicher – auf den ersten Blick – ist der Fortschritt der Psychokardiologie als anerkannte Disziplin innerhalb des Fachs. Ein erster Grund: das wachsende Missbehagen vieler klinisch tätiger Kardiologen angesichts der Schattenseiten des technologisch hochentwickelten Fachs. Im Klima einer rationalen Medizin erleben sich viele Ärzte in einem immer enger getakteten Alltag als Anhängsel des technischen Fortschritts. Damit einher geht das Gefühl, den Bezug zum „realen“ Patienten und eine befriedigende Arzt-Patienten-Interaktion aus dem Auge zu verlieren. Auf globaler sozialmedizinischer Ebene wird der

Zugewinn von Wissen durch Maschinenlernen und andere Zukunftstechnologie durchaus kritisch hinterfragt [1].

Wichtiger aber noch ist, dass die moderne somatische Medizin Schwierigkeiten hat, ihrer selbst gesetzten Heilerwartung zu entsprechen. So konnte kürzlich die *Global Burden of Diseases Study* mit weltweit erhobenen Daten zeigen, dass der erfreuliche Rückgang der koronaren Herzkrankung (KHK) in vielen Ländern einhergeht mit einem Anstieg der Mortalität, und dass sich die Abstiegskurve in den vergangenen 5 Jahren abgeflacht hat [2]. Nach wie vor ist die KHK Todesursache für weltweit ein Drittel aller Todesfälle, davon 6,1 Mio. Tote zwischen 30 und 70 Jahren.

Die Bedeutung präventiven Handelns muss also betont werden. Allerdings wird die psychosoziale Seite hierbei oft nicht erwähnt – ein Defizit, das möglicherweise dazu beigetragen hat, dass der Erfolg der präventiven Bemühungen begrenzt ist.

Bedeutung psychosozialer Risikofaktoren

Die klassischen primären fünf („*big five*“) Herz-Kreislauf-Risikofaktoren (also Hypertonie, Hypercholesterinämie, Rauchen, Adipositas und Diabetes mellitus) haben ihre Bedeutung für die Prädiktion und als beeinflussbare Faktoren in der Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen und Herzrhythmusstörungen (insbesondere des Vorhofs) bewiesen, sind allerdings auch Gegenstand substantieller Kontroversen. Jüngstes Beispiel ist die Diskussion über die Grenzwerte für die essenzielle Hypertonie, die von der amerikanischen (AHA) und der europäischen Herzgesellschaft (ESC) deutlich unterschiedlich bewertet werden [3].

Hinzu kommt, dass die somatischen Risikofaktoren durch Stress induziert werden können (wie Hypertonie und Diabetes) oder selbstschädigendes Verhalten (Rauchen, Adipositas) kennzeichnen. Vielfach werden somatische Risikofaktoren erst in der Kombination mit psychosozialen Risiken „toxisch“, wie wir für den synergistischen Effekt von Depression und Adipositas auf KHK-Ereignisse zeigen konnten [4].

So wie die somatischen Risikofaktoren eng mit psychologischen Faktoren verwoben sind, sind auch die präventivtherapeutischen Konsequenzen nicht ohne Psychokardiologie denkbar – dies gilt sowohl für die Planung (*Stages of Change*) als auch für die Durchführung von Interventionen (*Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung*) [5, 6].

Mittlerweile sind viele psychosoziale Risikokonstellationen in den Fokus geraten, die eigenständig ein erhöhtes Risiko für das Auftreten und den Verlauf einer koronaren Herzkrankung bedeuten und für die es eine beeindruckende wissenschaftliche Evidenz gibt. Drei Klassen von psychosozialen Risikofaktoren sollten unterschieden werden, die

sich nach der Länge der Exposition (lang andauernd, mittelfristig, akut) ordnen lassen [7].

Chronisch langandauernde Risikofaktoren

Faktoren, die über lange, womöglich lebenslange Exposition psychosoziale Überforderung bei den Betroffenen erzeugen, sind z. B. Armut, soziale Deprivation, niedrige Sozialschicht und Immigration. Diese bedeutsamen gesundheitsrelevanten Determinanten werden Kindern schicksalhaft in die Wiege gelegt.

Anhand von Daten des United States Federal Census ab 1850 untersuchten Kelleher et al. [8] die Bedeutung einer massenhaften Immigration weißer Europäer in die USA zwischen 1850 und 1930 und verglichen diese Daten mit der KHK-Inzidenz zwischen 1900 und 1980. Über einen 50-Jahre-Zeitraum (für Männer) und einen 38-Jahre-Zeitraum für Frauen zeigte sich ein KHK-Exzess-Risiko für die Immigranten und ihre Erstnachgeborenen. Die Forscher führen dies u. a. auf den deprivierten Lebenszustand zurück in Kombination mit dem Enthusiasmus der Neuankömmlinge, den amerikanischen „*way of life*“ (damals Rauchen und ungesunde Ernährung mit viel Salz und Kohlenhydraten) anzunehmen.

Ein weiteres klassisches Beispiel für *lebenslang andauernde Risiken* ist die Wirkung früher Kindheitserfahrungen auf spätere koronare Herzerkrankungen: Die Bedeutung aversiver Kindheitserfahrungen (u. a. emotionale und physische Verwahrlosung, häusliche Gewalt, sexuelle Übergriffe, Drogenmissbrauch und psychische Störungen der Eltern) konnte anhand der Daten von über 17 000 Erwachsenen belegt werden. Es zeigte sich eine Dosis-Wirkungs-Abhängigkeit zwischen dem Summscore aversiver frühkindlicher Erfahrungen und dem kardiovaskulären Risiko im Erwachsenenalter [9]. Die aversiven Kindheitserfahrungen werden nochmals in ihrer Bedeutung potenziert, wenn die Betroffenen ein weiteres traumatisierendes Ereignis oder eine schwerwiegende psychische Störung erleiden („*second hit theory*“).

Episodische Risikofaktoren

Einige Risikokonstellationen entfalten ihre pathogene Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System über mittlere Expositionszeiten entfalten. Damit geraten typischerweise 2 zentrale Problemfelder im Alltagsleben von Menschen mittleren Alters in den Fokus: Probleme in der Partnerschaft bzw. mit dem Alleinsein sowie Konflikte am Arbeitsplatz.

Probleme in der Partnerschaft

Eine Partnerschaft kann eine Quelle für Lebenszufriedenheit sein, aber auch für unentrinnbaren Stress. In einer 10-Jahre-Nachverfolgungsstudie von 3682 Teilnehmern der Framingham Offspring Study zeigte sich, dass Männer deutlich von der Ehe profitierten und gegenüber alleinstehenden Männern ein fast halbiertes KHK-Mortalitäts-Risiko aufwiesen. Allerdings erhöhte sich das Risiko für