

Mainzer Rathausgespräche: Prophylaxe venöser Thromboembolien

Christian Moerchel und Knut Kröger, Mainz

Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland jährlich etwa 30.000 bis 40.000 Todesfälle durch Lungenembolien als Folge von tiefen Beinvenenthrombosen. So sterben in Deutschland jährlich immer noch viele tausende Menschen an Lungenembolie, obwohl diese durch moderne Prophylaxemaßnahmen effektiv vermeidbar ist. Im Gegensatz zum Herzinfarkt und Schlaganfall ist die tödliche Lungenembolie keine Folge einer chronisch degenerativen Gefäßerkrankung, sondern Folge eines häufig erkennbaren Zusammentreffens von krankheitsbedingten und individuum-spezifischen Risikofaktoren.

Obwohl diese Problematik seit mehr als 100 Jahren bekannt ist, wird die tödliche Lungenembolie meist als schicksalhaft angesehen. Das öffentliche und gesundheitspolitische Interesse an Lungenembolie ist zurzeit gering.

Das will das Mainzer Rathausgespräch ändern. Ziel des interdisziplinären Expertenforums aus Medizin, Politik, Kassen und Pharmaindustrie will deshalb das Bewusstsein über das Krankheitsbild Thromboembolie stärken und Initiativen einleiten, die eine adäquate Prävention von Thromboembolien bei Risikopatienten sicherstellen.

Auf Einladung des Allgemeinmediziners und Mitglied des Mainzer Stadtrates Dr. Christian Moerchel traf sich nun dieser interdisziplinäre Gesprächskreis im Mainzer Rathaus zum „Mainzer Modell“. Dabei wurden die aktuellen Entwicklungen des Gesundheitssystems und ihr Einfluss auf die Thromboseprophylaxe diskutiert. Im Einzelnen wurden folgende Punkte herausgestellt:

- Mit Einführung der DRGs und dem gewünschten Abbau von Krankenhausbetten wird die Verweildauer der Patienten im stationären Bereich immer kürzer. Der Anteil der Patienten, die teilmobilisiert mit persistierenden Risikofaktoren entlassen werden, steigt.
- Durch die Zusammenarbeit von Hausärzten mit niedergelassenen Fachärz-

ten oder durch Teilnahme an integrierten Versorgungskonzepten werden heute verschiedene Krankheitsbilder, wie z.B. die Herzinsuffizienz, zunehmend primär ambulant versorgt und nicht dem stationären Sektor zugewiesen.

- Die Sicherheit der Patientenversorgung steigt und ebenso die Erwartungshaltung hinsichtlich einer maximalen Versorgung. So muss der Arzt sich heute auch mit der Gefahr von rechtlichen Konsequenzen eher befertigen, wenn er keine Thromboseprophylaxe durchführt, als noch vor zehn Jahren.
- Da die Inzidenz der Thrombose und der Lungenembolie mit dem Alter dramatisch steigt, wird die Überalterung der Bevölkerung die Gesamtlast der thromboembolischen Erkrankungen für das Gesundheitssystem deutlich ansteigen lassen.

Thrombose und Lungenembolie wurden dabei nicht nur als schwerwiegende Erkrankung mit Langzeitschäden bzw. erhöhter Mortalität sondern auch als immenser Kostenfaktor gesehen. Als weitere Datenbasis zur Abschätzung der Thromboseinzidenz steht eine eigene Analyse der AOK Rheinland-Pfalz zur Verfügung. Im Jahre 2005 kam sie bei etwa 1,2 Millionen Versicherten für 302.828 stationäre Behandlungsfälle auf. Davon betrafen 1,53 Prozent abrechnungsrelevante Diagnosen, unter denen im ICD-10-Kode eine Thrombose verschlüsselt werden kann (I80, I82.2, I82.8, I82.9 oder I87). Die Kosten im ambulanten Bereich und für die Versorgung des postthrombotischen Syndroms sind unbekannt.

In den letzten 30 bis 40 Jahren wurde die Thromboseprophylaxe als Problem der Chirurgie angesehen. Erst in den letzten zehn Jahren entwickelte sich ein Bewusstsein, dafür, dass auch nicht-chirurgische Patienten ein Thromboserisiko aufweisen. Für beide Patientengruppen verlagert sich die Phase der Gefährdung für thromboembolische

Ereignisse aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Anerkannte Prophylaxemaßnahmen stehen insbesondere mit den niedermolekularen Heparinen zur Verfügung. Ihr Einsatz scheitert aber zum einen an einem mangelnden Bewusstsein für thromboembolische Komplikationen und am hohen Kostendruck im ambulanten Sektor. Das mangelnde Bewusstsein für ein thromboembolisches Ereignis im ambulanten Sektor ist mit traditionellen Strukturen begründet, da es bisher nahezu keine Forschung zur Thromboembolieprophylaxe eben im ambulanten hausärztlichen Bereich gab. Doch sobald der Patient aus dem Krankenhaus oder der ambulanten fachärztlichen Versorgung entlassen ist, fällt dem Hausarzt alle Verantwortung zu.

Aber auch durch die Aufklärung der Patienten kann eine Menge erreicht werden. Gezielte Aufklärungskampagnen wären notwendig, um das Wissen der Bevölkerung über die Risikofaktoren der thromboembolischen Erkrankungen zu verbessern. So könnten die Patienten aktiv an der Prävention der Thromboembolien teilnehmen und bei Beschwerden frühzeitig den Arzt aufsuchen.

Insgesamt stehen die Bemühungen um die Thromboembolie in Deutschland weit hinter anderen Europäischen Ländern zurück. Insbesondere Frankreich spielt hier eine Vorreiterrolle. Im August 2004 definierte das französische Gesundheitsministerium erstmals ein messbares Ziel zur Senkung der Thromboembolierate. Im Gesetz Nr. 2004-B06 vom 9. August 2004 zur öffentlichen Gesundheitspolitik wurde neben anderen Zielen auch die Senkung der thromboembolischen Erkrankungsbilder um 15 Prozent bis 2008 festgeschrieben.

Diesem Weg der Franzosen folgend soll in weiteren Rathausgesprächen auch über die Landesgrenzen hinaus das Bewusstsein für die Thromboembolie gestärkt werden; Das „MAINZER MODELL“ wird dazu von den Initiatoren in weitere Landeshauptstädte der Bundesrepublik getragen und verbreitet werden.

*Dr. Christian Moerchel, Allgemeinarzt in Mainz, mail: dr.moerchel@mombach.de
PD Dr. Knut Kröger, Klinik und Poliklinik für Angiologie der Universitätsklinik Essen, mail: knut.kröger@uk-essen.de*