

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Aktuelles: Disease Management bei
Herzinsuffizienz - Forderung und
Herausforderung Zusammenfassung
des Expertentreffens vom 8. Oktober
2015, Wien**

Hülsmann M, Preinreich JM

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(1-2), 44-50

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Aktuelles: Disease Management bei Herzinsuffizienz

Forderung und Herausforderung

Zusammenfassung des Expertentreffens vom 8. Oktober 2015, Wien*

M. Hülsmann, J. M. Preinreich

Vorsitz: Univ.-Doz. Dr. Martin Hülsmann, MUW

Teilnehmer: Priv.-Doz. Dr. Christopher Adlbrecht, MBA, Krankenhaus Hietzing, Wien; Prim. Dr. Hans Altenberger, SKA-RZ Großgmain; Prof. Dr. C. E. Angermann, Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, Würzburg; OA Dr. Armin Böhrer, MSc, LKH Krems; OA Wilhelm Grander, Landeskrankenhaus Hall in Tirol; OA Dr. Wolfgang Cozzarini, Intern. Gruppenpraxis, Stockerau; OA Dr. Gabriele Jakl, Wilhelminen-Spital Wien; OA Priv. Doz. Dr. Deddo Mörtl, Landeskrankenhaus St. Pölten; OA Dr. Susanne Reiter-Malmqvist, SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien; Dr. Steffen Mark Sonntag, Gesellschaft für Patientenhilfe DGP mbH, München

Die Betreuung von Patienten mit Herzschwäche ist eine tägliche Herausforderung, denn schätzungsweise jeder 30. Österreicher leidet an einer Herzinsuffizienz unterschiedlichen Ausmaßes und dieser Anteil wird sich mit weiter steigender Lebenserwartung erhöhen, da mehr als 80 % der Herzinsuffizienz-Patienten in Europa über 65 Jahre alt sind. Zurzeit liegt die Prävalenz in Österreich bei ca. 300.000 und in Deutschland bei etwa 1,8 Millionen Personen, Tendenz weiter steigend. Die 5-Jahres-Mortalität nach Diagnosestellung beträgt 50–80 %, damit ist die Herzinsuffizienz maligner als viele Krebsformen.

Die Hospitalisierungsrate liegt bei 3,1/1000 Einwohnern und der Kostenanteil bei 2 % der Gesundheitsausgaben. Bezogen auf die Einzelperson liegt das Risiko einer 40-Jährigen, irgendwann in ihrem Leben an Herzinsuffizienz zu erkranken, bei 20 %, bei einer 55-Jährigen liegt es bereits bei 30 %. Bei Personen > 65 Jahren ist Herzinsuffizienz die häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme.

Die 2012 erschienenen ESC-Richtlinien zur Diagnose und Therapie der akuten und chronischen Herzinsuffizienz ließen die Hoffnung aufkommen, dass bei richtiger und konsequenter Anwendung bewährter und neuer Therapien eine substanzielle Verminderung des Mortalitätsrisikos und eine Verbesserung der

Lebensqualität der betroffenen Patienten möglich ist. Adäquate Guideline-konforme Therapie kann die Lebenserwartung von Patienten mit Herzinsuffizienz verdoppeln [1].

■ Die Therapielücke bei Herzinsuffizienz

Obwohl zahlreiche Medikamente und sehr gute Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, hat dies jedoch nichts an der Tatsache geändert, dass die in klinischen Prüfungen erzielten positiven Behandlungsergebnisse bei Herzinsuffizienz in der Praxis bei Weitem nicht umgesetzt werden konnten. Das gilt auch für Österreich: Analysen aus dem Österreichischen Herzinsuffizienzregister zeigen, dass 64 % der Patienten nicht einmal die Hälfte der in den Leitlinien vorgesehenen Medikamenten-Dosierung erhalten, also deutlich untertherapiert sind. Angesichts einer zunehmenden Zahl von Herzinsuffizienz-Patienten und der Option, bei adäquater Therapie die Zahl der Komplikationen, Spitalsaufnahmen und Todesfälle beeindruckend zu reduzieren, fordern Experten Versorgungsstrukturen, die sicher stellen, dass diese Studienergebnisse auch in die Praxis erreicht werden.

Die „Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz“ der österreichischen kardiologischen Gesellschaft weist darauf hin, dass die dokumentierten Therapielücken weder mit Unwillen noch Unwissenheit der Behandler, sondern vielmehr mit strukturellen Problemen zu tun haben: Derzeit ist die für diese komplexe Erkrankung

benötigte engmaschige Betreuung der Betroffenen nicht gegeben. Wie diese zukünftig erreicht werden kann, wird ein in Finalisierung befindliches Positionspapier der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz aufzeigen.

■ Diskrepanz zwischen Studien und Praxis

Die vorgegebene Problematik liegt auf der Hand: In der Indikation Herzinsuffizienz stehen den Daten aus klinischen Prüfungen, die eine beeindruckende Verbesserung der Lebenserwartung und Lebensqualität gezeigt haben, Daten aus der Praxis gegenüber, bei denen nicht annähernd so gute Behandlungsergebnisse erzielt wurden. Dass die heute machbaren Therapieerfolge in der Praxis nur schwer umsetzbar sind, hat sich bereits in den klinischen Prüfungen abgezeichnet. Analysen aus dem ESC-HF Long-Term Register zum Beispiel belegen, dass, wenn eine individuell abgestimmte Dosistitration vorgesehen war, die optimale Dosierung der jeweils untersuchten Substanzen auch im Studien-Setting selten erreicht wurde, in vielen Fällen wurde nicht einmal die maximal verträgliche Dosis erreicht. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass die Umsetzbarkeit eines Richtlinien-adhärenenten Vorgehens in der klinischen Praxis bei der Erstellung von Guidelines immer in Betracht gezogen werden sollte [2].

Auch jüngst publizierte Daten aus Österreich bestätigen die enge Verknüpfung von Versorgung und Krankheitsverlauf: Leitlinienkonforme medikamen-

* Nachdruck aus dem Positionspapier „Disease Management bei Herzinsuffizienz“, mit freundlicher Genehmigung der Evolantis IT-Solutions GmbH.

Tabelle 1: Therapieschema – Empfehlungen zur Pharmakotherapie und zum holistischen Management bei Herzinsuffizienz. Erstellt nach Daten aus [1].

Empfehlung	Zielgruppe und Rationale	Klasse	Level
Regelmäßiges aerobes Training	Bei allen Patienten mit Herzinsuffizienz (HF-REF und HF-PEF) zur Verbesserung der funktionellen Kapazität und Symptomatik	I ^a	A ^b
Multidisziplinäres Managementprogramm	Bei allen Patienten mit Herzinsuffizienz (HF-REF und HF-PEF) zur Verminderung der Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz	I	A

^a Klasse I: Es besteht Evidenz und/oder allgemeiner Konsens, dass die empfohlene Behandlung/Vorgehensweise vorteilhaft, nützlich und wirksam ist.

^b Level A: Die empfohlene Behandlung/Vorgehensweise resultiert aus Daten von mehreren randomisierten klinischen Prüfungen oder Meta-Analysen

Tabelle 2: Wichtige Charakteristika und Komponenten eines DMP (Disease-Management-Programm) für Patienten mit Herzinsuffizienz. Erstellt nach Daten aus [1].

Das DMP soll	– multidisziplinär angelegt sein – auf symptomatische Hochrisikopatienten abzielen – von kompetentem professionell ausgebildetem Personal betrieben werden
Das DMP ermöglicht	– optimiertes medizinisches und apparatives Management – adäquate Patientenschulung speziell ausgerichtet auf Adhärenz und Self-Care – Einbeziehung der Patienten in das Monitoring der Symptome und die Anpassung des Diuretikagebrauchs – Follow-up nach Spitalsentlassung (Ambulanztermine und/oder Hausbesuche, telefonisch oder durch Remote-Monitoring) – grundsätzlich vermehrter Zugang zur Gesundheitsversorgung (z. B. Telefonkontakt) – erleichterter Zugang zur Gesundheitsversorgung während Dekompensationsepisoden – Evaluation und angemessene Intervention insbesondere bei Veränderungen des Körpergewichtes (Gewichtszunahme), des Ernährungsstatus, des funktionellen Status, der Lebensqualität und der relevanten Laborparameter – Zugang zu erweiterten Behandlungsoptionen – Angebot des psychosozialen Supports an Patienten, Familie und Pflegepersonen

töse Therapie und intensivere ärztliche Versorgung korrelierten mit einem verbesserten Überleben. Zu diesem Ergebnis kam eine an 36.829 wegen Herzinsuffizienz hospitalisierten Patienten durchgeführte Studie. Adhärenz zur Medikation (analysiert aus Verschreibungsdaten von 13 Sozialversicherungsträgern) und vermehrte Inanspruchnahme nicht-medikamentöser medizinischer Versorgung („non-drug-medical-care“, NDMC) gingen mit einer geringeren Hospitalisierungs- und Mortalitätsrate einher, wenngleich sich auch in dieser Studie zeigte, dass die Adhärenz zu den drei Hauptsubstanzgruppen gering war: Sie betrug 49,3 % für ACE-Hemmer + Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten, 40,4 % für Betablocker und 16,1 % für Aldosteronrezeptorantagonisten [3].

Analysen aus dem österreichischen Herzinsuffizienzregister zeigen ebenfalls den positiven Zusammenhang zwischen Therapietreue und Rehospitalisierungs-freiem Überleben.

Holistisches Patientenmanagement

In den aktuellen Europäischen Guidelines wird auf die Problematik der Dis-

krepanz zwischen den in Studien mit enger Patientenführung erzielbaren Erfolgen und dem ungünstigen Outcome im klinischen Alltag eingegangen und ein „Holistisches Patientenmanagement“ gefordert, das Belastungstraining, multidisziplinäres Management, Monitoring und Palliativmaßnahmen für Patienten mit Herzinsuffizienz subsumiert.

Zentrale Bedeutung kommt unter dem Aspekt der optimierten Patientenbetreuung den multidisziplinären Disease-Management-Programmen (DMPs) zu, diese sind allerdings auch am schwierigsten umzusetzen.

In den ESC-Guidelines stellt der Einschluss von Patienten mit Herzinsuffizienz in ein DMP eine Klasse-1A-Indikation dar (Tab. 1). Die Charakteristika und Komponenten eines solchen Programms fasst Tabelle 2 zusammen [1].

■ Vorgestellte Disease-Management-Programme

Am 8. Oktober 2015 präsentierten Experten aus Österreich und Deutschland auf Einladung der Firma Merck bereits

laufende Programme aus diesen Ländern. Diskutiert und formuliert wurden auch Schlüsselanforderungen an funktionierende DMPs bei Herzinsuffizienz.

Zugang für alle Patienten

Als Leiter der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) formulierte **OA Priv. Doz. Dr. Deddo Mörtl** die Grundsatzanforderungen der ÖKG:

In Österreich sollen die Möglichkeiten für ein gemeinsames DMP geschaffen werden, in das die Schlüsselkriterien Support, Access und Evidence einfließen sollen. Support ist unter anderem durch die Europäischen Guidelines gegeben, die die Kriterien vorgeben. Besonders wichtig ist, dass alle Patienten mit Herzinsuffizienz gleichermaßen Zugang (Access) zu dem DMP haben. Außerdem soll das DMP evidenzbasiert sein, das heißt, seine Elemente sollen überprüfbar einen Nutzen gezeigt haben. Nach einer Analyse der Cochrane Collaboration waren insbesondere DMPs mit sogenannten „Case management Interventionen“ mit einem besseren Outcome verknüpft [4]. Ein DMP zur Verfügung zu haben, ist daher eine unbe-

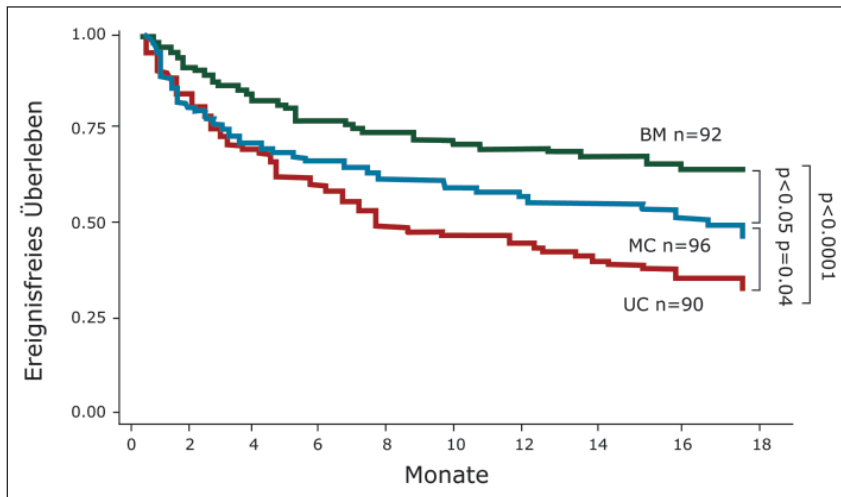


Abbildung 1: Verlauf des kombinierten Endpunktes Zeit bis Tod jeder Ursache und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz über 18 Monate in 3 verschiedenen Nachsorgeprogrammen. Aus [6], mit Genehmigung der Cambridge University Press. UC: usual care; MC: multidisziplinäres Disease-Management-Programm; BM: intensives Patientenmanagement mit frühzeitiger leitlinienkonformer Auftitration der Medikation „on top“ des multidisziplinären Disease-Management-Programmes.

dingte Anforderung für die Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten.

In Österreich und Deutschland stehen zurzeit regionale DMPs zur Verfügung. Die Evidenz ihres Nutzens ist generell nachgewiesen. Dabei wurde nach zwei Ansätzen vorgegangen: Es wurden klinische Prüfungen zu einem DMP durchgeführt oder es wurde ein installiertes DMP einer (vergleichenden) Bewertung unterzogen.

In einer österreichischen prospektiv randomisierten Pilotstudie [5] wurden Herzinsuffizienzpatienten nach Hospitalisierung einem intensiven Patientenmanagement mit Auftitration der Medikation, einem multidisziplinären Disease Management Programm oder der Normalbetreuung zugeführt. Die drei Gruppen unterschieden sich signifikant in der Erreichung der Zieldosis der Tripletherapie (Betablocker, ACE-Hemmer und Mineralokortikoidrezeptorantagonist) sowie in der Zeitdauer zur Rehospitalisierung und im kombinierten Endpunkt (Mortalität und Rehospitalisierung). Außerdem verursachte das intensive Patientenmanagement deutlich weniger Kosten [6] als die beiden anderen Betreuungsschemata (Abb. 1).

Frühes Hinschauen macht sich bezahlt

Prof. Dr. med. Christiane Angermann stellte das deutsche – seit 10 Jahren laufende – HeartNetCare-HF®-Programm vor, in dem ein interdisziplinäres Netz-

werk von Monitoring, Schulung und Auftitration der Herzinsuffizienz-Medikamente zentrales Element des DMP ist. Das Telefon-Monitoring im HeartNetCare-HF®-Programm erfolgt durch speziell geschultes Pflegepersonal, die den Patienten auf der Station erstmals kennen lernen und schulen.

Es zeigte sich, dass zunächst (nach 6 Monaten) zwar die Rate der Rehospitalisierungen in der Gruppe mit Disease Management Programm etwas höher (34 vs. 31 %) war, das Risiko für die „all-cause-mortality“ aber um 39 % vermindert war. Frühes Hinschauen, das eventuell auch Grund der vermehrten Rehospitalisierung in der Anfangsphase war, machte sich jedoch bezahlt: Nach der 6-monatigen umfassenden Disease-Management-Phase erfolgte eine 12-monatige Follow-up-Phase. Hier zeigte sich, dass der Bonus der intensiven frühzeitigen Disease-Management-Phase in der nachfolgenden Selbst-Management-Phase erhalten blieb: Die relative Risikoreduktion für Mortalität und Hospitalisierung betrug beachtliche 39 % [7].

Aus diesen Erfahrungen heraus überlegt man in Deutschland eine Versorgung aller Herzinsuffizienzfälle (akute und chronische Herzinsuffizienz) in Heart-Failure-Units, in denen die Patienten eine individualisierte und integrierte sektorenübergreifende Betreuung erfahren sollen. Eine Problematik ist allerdings die Erstattung der Kosten für die

Pflegepersonen durch die Kostenträger (Abb. 2).

Der Nachweis der Leistbarkeit eines DMP ist obligat

Von **Dr. Steffen Mark Sonntag** wurde das telebasierte deutsche CORDIVA-Programm vorgestellt, das von Krankenkassen finanziert wird: Die Patienten werden hauptsächlich vom Versicherer nach vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien in das Programm eingeschleust. Nach einem klinischen und psychosozialen Assessment werden die Patienten mittels Telekommunikation und Patientenbroschüren individualisiert nach Sprache, Geschlecht und Begleiterkrankungen geschult und beraten. Die Patienten werden von einem zentralen Servicecenter durch Pflegepersonen betreut. Über Telefon werden die im Remotemonitoring meist täglich durch die Patienten erhobenen Daten (Körpergewicht und selbst erhobene und beschriebene Symptome der Herzinsuffizienz) an das System weitergeleitet. Anhand von Entscheidungskriterien wird computergestützt ein Alarmsystem in Gang gesetzt, wenn die Daten eine Verschlechterung zeigen.

Dieses Programm zeigte ebenfalls eine deutliche Erhöhung der Lebenserwartung und über einen längeren Zeitraum betrachtet auch eine Ersparnis bei den Therapiekosten. Dieser erwartbare Effekt auf die Kosten sollte stets ins Treffen geführt werden, insbesondere weil die Leistbarkeit einer Leitlinien-konformen Therapie durch die Kostenträger immer wieder in Frage gestellt wird.

Das von **OA Dr. Armin Böhmer** betreute Kremser Modell fußt ebenfalls auf einer Widmung der Gesundheitsausgaben seitens der öffentlichen Hand: Es wurde zunächst vom niederösterreichischen Reformpoolprojekt „Kardiologische Versorgung“ getragen und ist seit 2009 regelfinanziert, um Telemonitoring zu evaluieren. Im Wesentlichen handelt es sich um ein „Telenursing“ in Verbindung mit der Betreuung in der Herzinsuffizienzambulanz. Hauptsächlich werden ambulante und stationäre Patienten aus dem Krankenhaus Krems eingeschlossen. Nach einer Patientenschulung erfolgen 1-monatlich einfache klinische Kontrollen (zur Aufnahme nach 3 und 6 Monaten ausführliche Kontrollen), dazwischen gesetzt ist das

„Telenursing“, das bis zum 9. Monat fortgesetzt wird. Die Leitlinien-konforme Therapie (ACE-Hemmer und Beta-blocker) konnte in der betreuten Gruppe (von 62 auf 88 % bzw. von 50 % auf 85 %) gesteigert werden, das NYHA-Stadium und die Mortalität (im Vergleich zur unbetreuten Gruppe) verringerten sich. Auch in diesem Modell blieben die Werte nach Betreuungsende stabil, was die Nachhaltigkeit der frühen intensiven Maßnahmen verdeutlicht. Die verminderte Hospitalisierungsrate führte zu einer deutlichen Kosteneinsparung von etwa 1400 Euro pro Patient. Außerdem wurden 2/3 der Devices (ICD, CRT) eingespart [8].

Hausbesuch oder Telefonat – die Pflegeperson ist von zentraler Bedeutung

In **Salzburg** ist seit Jahren eine landesweite Betreuung durch das „Kardiomobil“ etabliert. Hier erfolgt die Anweisung der Patienten durch die Krankenhäuser an ein „Home-based-Nursing“. Telemonitoring und telefonbasiertes Nursing unterstützen diese Versorgung. Die gebirgige geographische Lage des Landes Salzburg bedingt eine dezentrale Stationierung der Pflegepersonen. Das Pflegepersonal nimmt eine zentrale Rolle als Mittler zwischen Patienten, Hausärzten und Kardiologen ein. Sie überwachen nicht nur die Implementierung der Herzinsuffizienz-Therapie, sondern koordinieren und schulen die Patienten und organisieren das gesamte medizinische und soziale Umfeld der Patienten, wie Zahnarztbesuche, psychologische Betreuung oder Essen auf Rädern. Zur Datenerfassung wird das iPad verwendet, das eine Telekommunikation ermöglicht, wenn die Pflegeperson sich wieder im Fernmelde-Sendebereich befindet. Bei einer Patientenzahl von 200 sind etwa 500 Hausbesuche pro Jahr erforderlich. Bei einer Evaluation zeigte auch dieses Programm in der betreuten Gruppe eine geringere Hospitalisierungs- und Mortalitätsrate.

Beim HerzMobil-Projekt in **Tirol** selektiert der KH-Arzt die geeigneten Patienten und weist sie der speziell ausgebildeten „Heartfailure-Pflegeperson“ zu, die noch am Zentrum die erste Einschulung des Patienten durchführt. Die Patienten werden mit einer Telemonitoring-Einheit bestehend aus Waage, Blutdruckmessgerät und Smartphone mit NFC

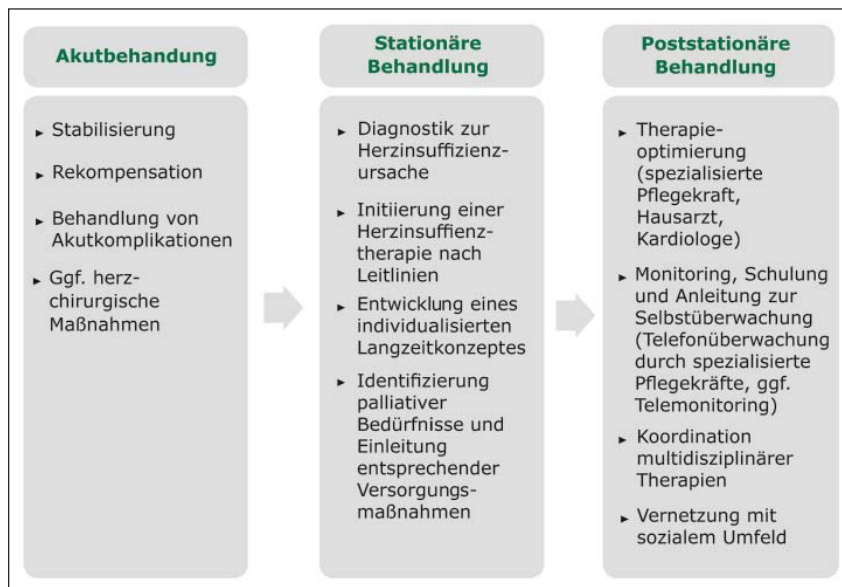


Abbildung 2: Individualisierte und integrierte sektorenübergreifende Betreuung für Patienten mit Herzinsuffizienz. Konzept eines ganzheitlichen Versorgungskontinuums von der Akutbehandlung bis zur poststationären Langzeittherapie bei Herzinsuffizienz. Nachdruck aus [Feldmann C, Angermann C. E. et al., Ganzheitliche Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz. Der Internist 2014; 676–86] mit Genehmigung von Springer.

(„near field communication“) ausgestattet. Täglich werden Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz und Medikamenteneinnahme erfasst und mittels Bluetooth an einen zentralen Server übertragen. Kommt es zu Abweichungen, wird ab einem bestimmten Grenzwert der regional festgelegte Netzwerkarzt mittels SMS oder E-Mail informiert. Dieser kann über einen gesicherten Zugriff die Messwerte in einem Web-Portal einsehen und unmittelbar über die HerzMobil-App oder über die Vermittlung durch die Herzinsuffizienz-Pflegeperson mit einer Therapieanpassung reagieren. Die Netzwerkärzte sind speziell auf Herzinsuffizienz geschulte, niedergelassene Internisten oder Allgemeinmediziner. Sie betreuen den Patienten nur in Bezug auf die Herzinsuffizienz-Thematik, die andere medizinische Versorgung verbleibt beim Hausarzt. Die Patienten werden daheim von der Herzinsuffizienz-Pflegeperson besucht, die z. B. das Selbstmonitoring überprüft oder eine notwendige Medikamentenauf titration überwacht. Die Betreuung erfolgt also vorrangig durch Netzwerkarzt und Pflegepersonal.

Auch in **Wien** wurde ein Projekt zur integrierten Versorgung bei Herzinsuffizienz gestartet. Es wird von der Wiener Gebietskrankenkasse und der Stadt Wien gemeinsam getragen und ermöglicht neben der routinemäßigen ärztlichen Versorgung eine professionelle

Betreuung und Beratung der Patienten zu Hause. Mobile Schwestern der Hauskrankenpflege betreuen nach Herzinsuffizienzschulung die Patienten vor Ort und sind das Bindeglied zwischen Arzt und Patient.

■ Kernpunkte eines Disease-Management-Programms

Die Expertenrunde betonte, dass eine Bewusstseinsbildung über die hohe Malignität, Häufigkeit und Kostspieligkeit der Herzinsuffizienz notwendig ist – ist doch die Mortalität bei Herzinsuffizienz im ersten Monat nach der letzten Hospitalisierung etwa 7-fach erhöht und fällt im 2.–3. Monat auf das 5-fache Risiko ab. Nach einem Jahr besteht ein etwa 2-faches Risiko an Herzinsuffizienz zu versterben. Aufgrund dieses Verlaufes hat ein Disease-Management-Programm dann den größten Nutzen, wenn frühzeitig nach Entlassung aus dem Krankenhaus Maßnahmen gesetzt werden (Abb. 3) [9].

Mit vielen Komorbiditäten steigt die Rate der Mortalität und der Rehospitalisierungen. Anhand der Komorbiditäten ist der weitere Krankheitsverlauf daher gut triagierbar.

Viele Begleiterkrankungen und auslösende nicht-kardiale Ursachen der Herzinsuffizienz machen den Kardiologen zum Hausarzt des Patienten, ein umfas-

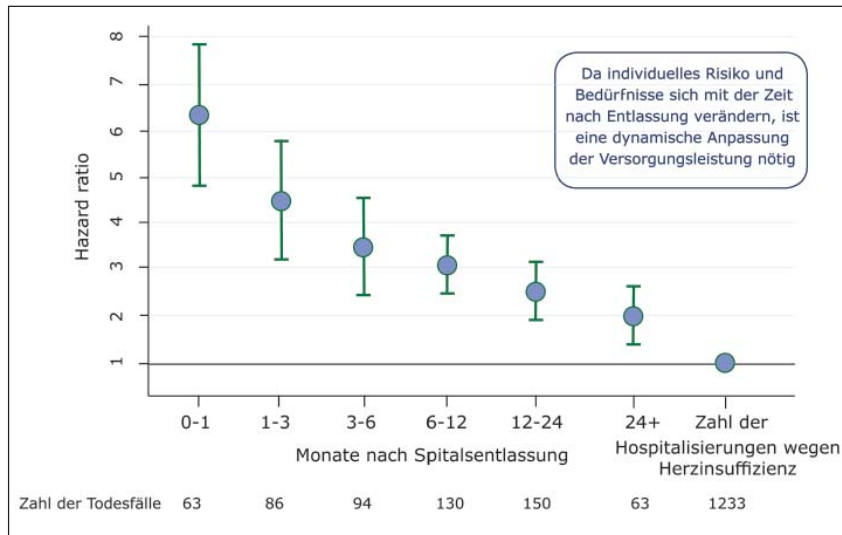


Abbildung 3: Risikoraten (mit 95%-CI) für Gesamtmortalität in der Zeit nach Spitalsentlassung (Spitalsaufenthalt mit Aufnahme diagnose Herzinsuffizienz) in der CHARM-Studie. Mod. nach [9], mit Genehmigung von Wolters Kluwer Health, Inc.

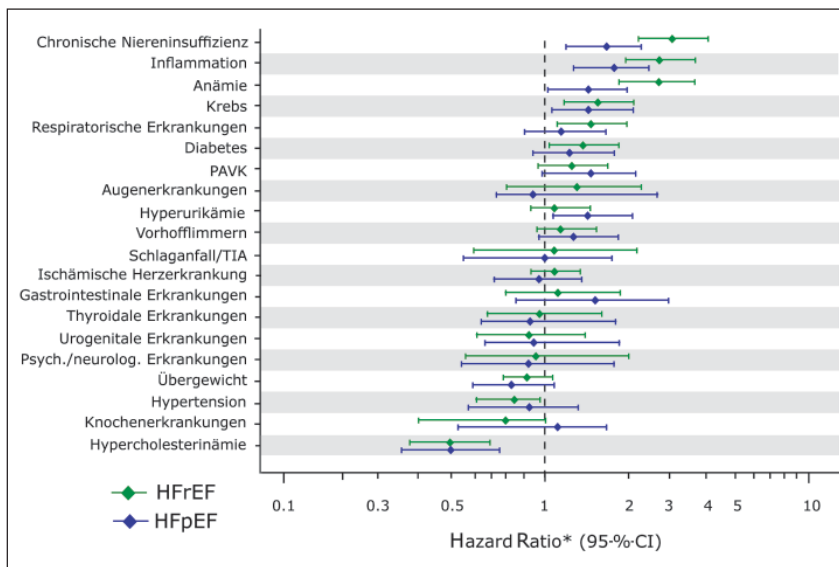


Abbildung 4: Register des Interdisziplinären Netzwerkes Herzinsuffizienz (n = 1054). Einfluss von Komorbiditäten und Komplikationen auf das Überleben bei erhaltener und bei reduzierter Herzinsuffizienz. Nachdruck aus [Feldmann C, Angermann C. E. et al., Ganzheitliche Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz. Der Internist 2014; 676–86] mit Genehmigung von Springer.

*Adjustiert für Alter und Geschlecht; PAVK: periphere arterielle Verschlusskrankheit; HFpEF: Herzinsuffizienz mit erhaltener Ventrikelfunktion; HFrEF: Herzinsuffizienz mit reduzierter Ventrikelfunktion

sendes vernetztes Disease-Management ist daher geboten (Abb. 4).

Ziele eines DMP

Primäres Ziel eines Disease-Management-Programms ist es, Hospitalisierung und Mortalität zu vermindern. Die Verminderung der Hospitalisierungsrate wirkt sich sowohl auf die Lebensqualität des Patienten als auch auf die Gesundheitskosten positiv aus.

Zweites Ziel ist es, die Lebensqualität zu verbessern. Dies geschieht nicht nur über eine verminderte Hospitalisie-

rungsrate, sondern auch über eine verbesserte Mobilität des Patienten, die Möglichkeit, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten oder sogar über das Programm erst solche Kontakte zu knüpfen.

Welcher Patient ist geeignet?

Primär stellt sich die Frage, welche Patienten in ein Disease-Management-Programm eingeschlossen werden sollen. Unter dem Aspekt, dass Mortalität und Hospitalisierung wichtige Endpunkte der Erkrankung sind, sind primär Herzinsuffizienz-Patienten nach Hospitalisierung, also Hochrisikopatienten,

in das DMP einzuschließen. Der noch nicht therapieoptimierte Patient und auch das BNP/NT-BNP könnten als Aufnahmekriterium herangezogen werden. Die Meinungen, wer der „richtige“ Patient für ein DMP ist, gehen auseinander: Einig ist man sich, dass Herzinsuffizienzpatienten nach Hospitalisierung und nachfolgender Entlassung am meisten von einem solchen Programm profitieren können. Neben den eindrücklichen Therapieerfolgen bei Start unmittelbar nach Spitalsentlassung sprechen auch die hohen Kosteneinsparungen dafür, diese Patienten als erste in ein DMP einzuschließen. Je nach Leistbarkeit kann in einem weiteren Schritt der Einschluss von Patienten-gruppen mit einem geringeren Risiko angedacht werden.

Tools eines erfolgreichen DMP

Drei Bestandteile sind unverzichtbar für ein erfolgreiches DMP: ein Herzinsuffizienz-kundiger Arzt, der die Therapiepläne erstellt, eine Pflegeperson, die den Patienten schult und mittels Telemonitoring oder bei einem direkten Besuch monitorisiert und eine begleitende Qualitätssicherung.

Von besonders positiver Wirkung auf die Compliance ist dabei der persönliche Kontakt des Arztes und der Pflegeperson zum Patienten. Die Pflegeperson ist der wesentliche koordinierende Teil in einem DMP. Sie hat einen relativ großen Handlungsspielraum, darf jedoch keinen Eingriff in die Therapievorschriftung machen, wobei auch hier unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit bestehen sollte, dem Patienten bei vom Arzt vorgeschriebenen Therapieoptimierungen zu helfen. Ein Qualitätssicherungsprogramm dient der Kontrolle der medizinischen Aspekte und der Kosten. Eckparameter der medizinischen Qualitätskontrolle sollte das Monitoring jedes einzelnen Patienten auf Lebensqualität und Leistungsfähigkeit (etwa mittels Fragebögen) sein.

Darüber hinaus sollte die Qualitätskontrolle Hospitalisierungs- und Mortalitätsraten erfassen, dokumentieren, welche Medikamente in welcher Dosis verordnet werden, sowie die Notwendigkeit von Devices und das Monitoring des Handlungsablaufes (operationelles Vorgehen) erfassen. Liegen hier schlechte Ergebnisse vor, muss man gezielt in

die Tiefe gehen, um Schwachpunkte zu identifizieren.

Dauer und Kosten eines DMP

Nach heutigen Erkenntnissen sollte aufgrund des Krankheitsverlaufes zuerst eine intensive Betreuung im DMP erfolgen, dann kann bei Besserung des Status die Betreuung reduziert werden, sollte aber nicht komplett abgesetzt werden. Es sollte auf alle Fälle punktuell, eventuell telemedizinisch, nachbetreut werden.

Die Kosten für ein DMP werden von der Expertenrunde sehr unterschiedlich beziffert: Pro Patient und Jahr sind € 300 bis € 1000 zu veranschlagen. Diese sehr großen Unterschiede sind durch die unterschiedlichen Leistungsintensitäten erklärbar.

■ Zusammenfassung

Mit einer 5-Jahres-Mortalität von 50–80 % nach Diagnosestellung ist Herzinsuffizienz maligner als viele Krebsformen.

Einer zunehmenden Fülle von in klinischen Prüfungen hochwirksamen medikamentösen Therapien stehen mäßige Behandlungserfolge in der Praxis gegenüber.

Dieser Misserfolg liegt in der nicht richtlinienkonformen Therapie und mangelnden Auf titration der Medikamente.

Dies ist keineswegs durch Incompliance der Patienten oder ärztliche Unzulänglichkeiten erklärbar. Vielmehr muss das derzeitige Behandlungssystem bei diesen oft multimorbiden Patienten verbessert werden.

Disease-Management-Programme (DMP) bei Herzinsuffizienz führen nachweislich zu einer substantiellen Verbesserung der Eckparameter Morbidität, Hospitalisierung und Mortalität und haben deshalb in den Europäischen Guidelines eine Klasse-IA-Empfehlung.

In Österreich soll allen Herzinsuffizienz-Patienten die Möglichkeit geboten werden, an einem DMP teilzunehmen.

Der Einschluss sollte möglichst frühzeitig nach Spitalsentlassung erfolgen und der Patient in einem sicheren Netzwerk von Ärzten und Pflegepersonen, unterstützt von telemedizinischen Einrichtungen, betreut und in Self-Care geschult werden.

Dass DMPs bei Herzinsuffizienz nicht nur Morbidität und Mortalität senken, sondern auch kostensparend sind, zeigen regional zum Teil seit Jahren bewährte Programme.

Literatur:

1. McMurray JJ, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic

Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 33: 1787–847.

2. Maggioni AP, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail 2013; 15: 1173–84.

3. Marzluft BA, et al. Influence of drug adherence and medical care on heart failure outcome in the primary care setting in Austria. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015; 24: 722–30.

4. Takeda A, et al. Clinical service organisation for heart failure. Cochrane Database Syst Rev 2012; 9: CD002752.

5. Berger R, et al. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide-guided, intensive patient management in addition to multidisciplinary care in chronic heart failure a 3-arm, prospective, randomized pilot study. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 645–53.

6. Moertl D, et al. Cost-utility analysis of nt-probnp-guided multidisciplinary care in chronic heart failure. Int J Technol Assess Health Care 2013; 29: 3–11.

7. Angermann CE, et al. Mode of action and effects of standardized collaborative disease management on mortality and morbidity in patients with systolic heart failure: the Interdisciplinary Network for Heart Failure (INH) study. Circ Heart Fail 2012; 5: 25–35.

8. Böhmer A, et al. Das "Kremser Modell": Erfolgreiches Disease-Management zur Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz. J Kardiologie 2011; 18: 299–306.

9. Solomon SD, et al. Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. Circulation 2007; 116: 1482–7.

Korrespondenzadressen:

Univ.-Doz. Dr. Martin Hülsmann
Universitätsklinik für Innere Medizin II/
Abteilung für Kardiologie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail:
martin.huelsmann@meduniwien.ac.at

Dr. Jasmina M. Preinreich
Med.-wiss. Konsultantin
A-3400 Klosterneuburg, Seitweg 32
E-Mail: jasmina.preinreich@aon.at

■ Kommentare der Experten

„Im Zeitraum von 4 Wochen nach Hospitalisierung ist die Zahl der Rehospitalisierungen und Ereignisse am höchsten, also gehört der Patient hier abgeholt und in ein effektives Programm aufgenommen.“

– Univ.-Doz. Dr. Martin Hülsmann, Universitätsklinik Innere Medizin II AKH Wien

„In unserem Salzburger Kardiomobilitätsprojekt betreuen wir seit mehr als 10 Jahren im gesamten Bundesland High-Risk-Patienten. Trotz der geographisch schwierigen Lage ist es uns möglich, eine direkte Betreuung der

Patienten durch unsere ‚Heart Failure Nurses‘ zu gewährleisten, wobei wir diese Betreuung durch Telemonitoring optimieren.“

– Prim. Univ.-Doz. Dr. Hans Altenberger, Rehabilitationszentrum Großgmain, Salzburg

„Wir haben die Erfahrung gemacht, dass viele Ebenen der Versorgung kalte Füße bekommen, weil die Herzinsuffizienz so häufig, so maligne und so kostspielig ist. Bei einem Disease-Management-Programm zur Herzinsuffizienz sind nicht nur die chronische Herzinsuffizienz sondern

unbedingt Komorbiditäten, Palliativmedizin und die akute Herzinsuffizienz mitzubedenken.“

– Prof. Dr. med. Christiane E. Angermann, Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, Universitätsklinikum Würzburg, Bayern

„In unserem Kremser Modell (Österreich), das seit 10 Jahren läuft, haben wir ein ‚Telenursing‘ installiert und legen besonderen Wert auf eine intensive Patientenschulung. Dies war mit einer deutlichen – leitlinienkonformen – Intensivierung der Medikamentenversorgung verbunden: 88 % (vs. 62 %)

der betreuten Patienten nahmen einen ACE-Hemmer, fast 85 % (vs. 50 %) einen Betablocker. Durch die verminderte Hospitalisierungsrate und -dauer wurde insgesamt eine Nettoeinsparung von knapp € 1400 pro Patient erzielt.“

– OA Dr. Armin Böhmer, MSc, Innere Medizin I Universitätsklinikum Krems, Niederösterreich

„Wir müssen beachten, dass wir es bei Herzinsuffizienz meist mit multimorbiden Patienten zu tun haben, unsere Herausforderung ist daher der koordinierte multidisziplinäre Zugang. Analog zum umfassenden Management des Patienten mit Diabetes muss der Patient mit Herzinsuffizienz in ein sicheres Netz von Ärzten, Krankenpflegern und Software eingebettet sein.“

– OA Dr. Wilhelm Grander, Innere Medizin, Landeskrankenhaus Hall/Tirol

„Ganz wichtig ist es, dem Patienten immer die Chance zu geben, ins Disease-Management-Programm zurückzukehren. Daher sollte bei jedem Patientenkontakt dieser Sachverhalt überdacht werden.“

– OA Dr. Wolfgang Cozzarini, Internistische Gruppenpraxis Stockerau, Niederösterreich

„Ziel der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologi-

schen Gesellschaft ist es, allen in Frage kommenden Herzinsuffizienz-Patienten in Österreich die Möglichkeit der Einbindung in ein Disease-Management-Programm zu geben. Damit wird eine Klasse-IA-Empfehlung der Europäischen Guidelines erfüllt.“

– OA Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl, Innere Medizin 3, Universitätsklinikum St. Pölten, Niederösterreich; Leiter der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der ÖKG

„Wichtig ist die persönliche Zuwendung zum Patienten. Für unsere Patienten ist es ein besonderes Erlebnis und ein starker Ansporn, die empfohlenen Therapiemaßnahmen einzuhalten, wenn ‚der Doktor‘ persönlich bei ihnen anruft, sich nach ihrem Befinden erkundigt, für Fragen zur Verfügung steht und Tipps zum besseren Umgang mit der Erkrankung gibt.“

– OA Dr. Susanne Reiter-Malmqvist, Medizinische Abteilung 5, Sozialmedizinisches Zentrum Süd/KFJ, Wien

„Die enge Zusammenarbeit von Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und Patientenhilfe ist zur Zielerreichung unabdingbar notwendig. Unsere Beobachtungen über die Jahre zeigen allerdings, dass ein wichtiges Element der optimierten Patientenversorgung, nämlich die medikamentöse Therapie, in unserem Kollektiv und in Vergleichskollektiven denkbar schlecht

ist: Nur etwa 64 % der Patienten erhalten einen Betablocker, nur etwa 64 % einen ACE-Hemmer oder ARB, etwa 67 % bekommen ein Diuretikum verordnet.“

– Dr. Steffen Mark Sonntag, Gesellschaft für Patientenhilfe, DGPMbH, München

„In Österreich herrscht großer Aufholbedarf in Bezug auf Herzinsuffizienz Disease-Management-Programme um der Klasse-IA-Empfehlung der Europäischen Gesellschaft (ESC) gerecht zu werden.“

– Priv.-Doz. Dr. Christopher Adlbrecht, MBA, FHFA, Medizinische Abteilung 4, Krankenhaus Hietzing, Wien

„Die Wichtigkeit von Disease-Management-Programmen für Herzinsuffizienz-Patienten ist seit Jahren bestens belegt. Nun wird auch in Wien im Rahmen eines KAV-Projektes in Zusammenarbeit mit dem Fond Soziales Wien die Umsetzbarkeit der ambulanten Patientenbetreuung mit speziell geschulten Schwestern geprüft. Natürlich kann das nur in einem multidisziplinären Setting insbesondere unter Einbeziehung der Hausärzte erfolgen.“

– OA Dr. Gabriele Jakl, Medizinische Abteilung 3, Wilhelminenspital, Wien

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)