

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienz-Patienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich

Beneder N, Rebhandl E, Fruhwald FM

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2010; 17

(9-10), 336-342

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,-

Veranstungskalender

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

Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienz-Patienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich

N. Beneder¹, E. Rebhandl², F. M. Fruhwald¹

Kurzfassung: *Hintergrund:* Disease-Management-Programme (DMP) zur Behandlung von Diabetes mellitus sind in Österreich nahezu flächendeckend vorhanden. Für die Herzinsuffizienz (HI) gibt es diesbezüglich nur lokale Ansätze, die noch dazu uneinheitlich sind. Neben telefonbasiertem Nursing und ambulantem „Home-based-care Nursing“ gibt es mit der Telemedizin einen 3. Ansatz. Das Problem all dieser Konzepte ist, dass ein wichtiger Partner in der Betreuung von HI-Patienten nicht in die Erstellung miteinbezogen worden ist: die Hausärzte. Ziel der gegenständlichen Untersuchung war es, die Meinungen der Allgemeinmediziner in Oberösterreich (OÖ) zum Thema „Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienzpatienten“ herauszufinden. *Methodik:* Es wurde ein anonymisierter Fragebogen mit 16 Fragen erstellt, der als Sammel-E-Mail über den Verteiler der Ärztekammer für OÖ an alle 701 niedergelassenen HausärztInnen ausgesendet wurde. Das E-Mail enthielt neben einer Einladung zur Teilnahme auch einen Link zum Online-Fragebogen. Nach 2 Wochen wurde ein Reminder-E-Mail ausgesandt. *Resultate:* Von den eingeladenen Hausärzten waren 104 (15 %) zur Teilnahme bereit (86 männlich, 17 weiblich, ein Teilnehmer hat sein Geschlecht nicht bekannt gegeben), von denen die Hälfte bereits aktiv am DMP für Diabetes mellitus teilnahm. 85 % bewerten die Wichtigkeit eines DMP für HI als hoch bzw. sehr hoch, wobei die vorrangigen Ziele in einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Reduktion der Hospitalisationen gesehen werden. Mehr als die Hälfte der Befragten (53 %) würde bereits ab einem NYHA-Stadium-II Patienten in ein DMP für HI einschleusen. Die größten Gefahren wer-

den in einer Dominanz der Spitalsambulanzen sowie in nicht konstanten Ansprechpartnern für den Patienten gesehen. Die Hälfte der Befragten würde eine flächendeckende Einführung eines DMP für HI-Patienten begrüßen, 80 % würden aktiv daran teilnehmen. Tendenziell war die Bereitschaft zur Teilnahme an einem DMP für HI-Patienten in ländlichen Regionen größer als in Städten. *Zusammenfassung:* Diese Umfrage zeigt, dass Hausärzte in OÖ ein DMP für HI-Patienten als positiven Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität ihrer Patienten sehen und einem solchen überwiegend positiv gegenüber stehen. Es erscheint aber unabdingbar notwendig, die Hausärzte in die Konzeption eines solchen DMP einzubeziehen.

Abstract: Disease Management Programs for Patients with Heart Failure and the General Practitioners' View in Upper Austria.

Background: Disease Management Programs (DMPs) for patients with Diabetes Mellitus almost exist comprehensively in Austria. Currently, there is no standardized and integrative program for heart failure patients in Austria. Phone-based nursing and home-based-care nursing are established and a third concept called telemedicine has been developed. However, the problem with all these concepts is that important partners in the medical attendance of heart failure patients have been neglected: general practitioners. The aim of this investigation was to collect the opinions of general practitioners regarding DMPs for heart failure patients. *Methods:* In order to investigate opinions of general practitioners in Upper Austria regarding „Disease-Management-Programs for Heart Fail-

ure Patients“ a questionnaire with 16 questions was designed. The questionnaire was made available on the Internet and only accessible with a protected password, which was emailed to 701 general practitioners by the Upper Austrian medical association. After two weeks a reminder-email was sent out. *Results:* 104 general practitioners participated in the survey (15 % return rate), consisting of 83 % male and 17 % female physicians. From those participating in our study 50 % already used the DMP for diabetic patients. 85 % of the responders think that a DMP for heart failure patients is important or very important. The majority believes that a higher quality of life and fewer hospitalisations are major objectives of a DMP. More than half of the responders (53 %) would admit heart failure patients already in functional status II to a DMP. Potential dangers are seen in the dominance of outpatient clinics and in a frequent change of contact persons. The implementation of a comprehensive DMP for heart failure patients is desirable for more than half of the physicians. Moreover, approximately 80 % of the general practitioners would participate actively in a DMP for heart failure patients. The willingness to participate in a DMP for heart failure patients tends to be higher in rural areas than in cities. *Conclusion:* This survey shows that Upper Austria's general practitioners advocate the implementation of a Disease-Management-Program for heart failure patients and see it as a positive contribution to the quality of life for their patients. However, it is necessary that the general practitioners are integrated in the conception of a DMP from the very beginning. **J Kardiologie 2010; 17: 336–42.**

■ Einleitung

Die Herzinsuffizienz (HI) ist eine stark zunehmende, die Lebensqualität beeinträchtigende und äußerst gefährliche Erkrankung. Sie ist die häufigste Entlassungsdiagnose bei Patienten > 65 Jahre [1]. 40 % der Patienten, die wegen HI in ein Krankenhaus eingeliefert werden, versterben innerhalb eines Jahres oder werden rehospitalisiert [2]. Vor allem in den

ersten 3 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt ist die Rehospitalisierungsrate mit 30 % sehr hoch [3]. Häufige Rehospitalisierungen sind nicht nur eine immense Belastung für den einzelnen Patienten, sondern auch für dessen Familie und das Gesundheitssystem. Die Herzinsuffizienz stellt ein erhebliches ökonomisches Problem für das Gesundheitswesen dar. Ungefähr 2 % des gesamten Gesundheitsbudgets werden für die Behandlung dieser Krankheit ausgegeben, wovon mindestens 2/3 durch Spitalsaufenthalte verursacht werden [4].

Die häufigsten Gründe für die Verschlechterung der Symptome und die daraus resultierenden Rehospitalisierungen sind mangelhafte Compliance bei Flüssigkeitszufuhr und Medikamenteneinnahme sowie unzureichendes Wissen über die Erkrankung [5, 6]. Eine adäquate Versorgung verlangt jedoch, dass die klinischen Symptome und die sozioökonomische Bedeutung der Erkrankung in der Öffentlichkeit bekannt sind

Eingelangt am 16. 12. 2009; angenommen nach Revision am 15. 4. 2010.

Aus der ¹Klinischen Abteilung für Kardiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz; ²Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM), Arzt für Allgemeinmedizin in OÖ

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Friedrich M. Fruhwald, Klinische Abteilung für Kardiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz; E-Mail: friedrich.fruhwald@medunigraz.at

[7]. Schulung und Beratung sind daher nicht nur für die Patienten eine wichtige Grundlage, sondern auch für deren Angehörige ein wesentlicher Faktor.

Disease-Management-Programme (DMP) mit strukturierter Nachbetreuung haben gezeigt, dass sowohl die Hospitalisierungsrate und die Gesamtmortalität reduziert als auch die Lebensqualität der Patienten positiv beeinflusst wird [8, 9]. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten nach der Krankenhausentlassung ist außerdem mit einer Einsparung der Kosten im Gesundheitssystem verbunden [10]. Die „European Society of Cardiology“ [2] gibt in den aktuellen Guidelines zur Therapie der chronischen HI das multidisziplinäre Management von HI-Patienten mit einer Klasse-I-A-Empfehlung an, was bedeutet, dass jeder Patient ein solches erhalten soll.

Neben telefonbasiertem Nursing (Betreuung über Telefon) und ambulantem „Home-based-care Nursing“ (eine speziell geschulte Pflegekraft besucht den Patienten zu Hause), gibt es mit der Telemedizin einen 3. Ansatz. Ein Teilaspekt der Telemedizin ist das sogenannte Telemonitoring. Darunter versteht man den Transfer von physiologischen Werten wie Blutdruck, Puls, Gewicht, EKG und/oder Sauerstoffsättigung über ein Festnetztelefon, ein Mobiltelefon oder über eine digitale Leitung vom Zuhause des Patienten zu einem telemedizinischen Dienstleister [11]. Das heißt, mithilfe von Telekommunikationstechnologien wird der Gesundheitsstatus des Patienten evaluiert, ohne dass eine Pflegekraft, ein Arzt oder ein anderer medizinischer Betreuer vor Ort sein muss.

Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienzpatienten werden international in den unterschiedlichsten Varianten angeboten. Da verschiedene Formen von Programmen gleich effektiv zu sein scheinen, hängt die Wahl für ein spezielles Modell von den Eigenschaften der lokalen Gesundheitseinrichtungen, der Patientenpopulation und den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab [12].

In einer rezent publizierten 3-armigen Vergleichsstudie zeigt sich jedoch, dass ein multidisziplinäres Programm mit zusätzlicher Messung von objektiven Parametern – wie NT-proBNP – gegenüber herkömmlichen Programmen durchaus von Vorteil ist. Das klinische Outcome nach einem Krankenhausaufenthalt wird signifikant verbessert [13].

Ziel unserer Untersuchung war es, die Meinung von Allgemeinmedizinern in Oberösterreich zu DMPs für Herzinsuffizienzpatienten einzuholen.

■ Methodik

Um die Meinungen und Wünsche der Allgemeinmediziner in Oberösterreich (Einwohnerzahl 1,4 Millionen) zum Thema „Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienzpatienten“ herauszufinden, wurde ein anonymisierter Fragebogen mit 16 Fragen erstellt, welcher vorwiegend dichotome Single-Choice-Fragen zum Inhalt hatte. In der derzeitigen Literatur gibt es keinen vergleichbaren und somit validierten Ansatz, weshalb die einzelnen Fragen selbst formuliert und verfasst wurden. Die Umfrage wurde mithilfe des Web-Entwicklungs-

Programms (HTML-Editor) Macromedia Dreamweaver MX am PC programmiert und als Online-Fragebogen mit geschütztem Passwort erstellt. Der Link zum Fragebogen und das dazugehörige Passwort wurden anschließend von der oberösterreichischen (öo) Ärztekammer an 701 niedergelassene Hausärzte in Oberösterreich per E-Mail versandt. Diese 701 Allgemeinmediziner entsprechen der Anzahl der E-Mail-Adressen, welche der öo Ärztekammer derzeit bekannt sind. Zwei Wochen nach der ersten Einladung wurde eine Zweitaussendung (Reminder) durchgeführt. In der statistischen Auswertung wurde eine beschreibende Statistik mittels Microsoft Excel berechnet.

■ Ergebnisse

Von den eingeladenen Hausärzten waren 104 (15 %) zur Teilnahme bereit (86 männlich, 17 weiblich, ein Teilnehmer hat sein Geschlecht nicht bekannt gegeben), von denen die Hälfte bereits aktiv am DMP für Diabetes mellitus teilnahm. Der Großteil der Befragten (63 %) war zwischen 50 und 59 Jahre alt, ein Viertel der Ärzte war in einem Alter von 40–49 Jahren. Demzufolge wird auch die Praxiserfahrung von mehr als der Hälfte (53 %) der Teilnehmer mit 20–29 Jahren und von ca. 20 % mit 10–19 Jahren angegeben. Bei der Befragung nach der Einwohnerzahl des Praxisortes wurde ersichtlich, dass sich die Ärzte am Land (< 5000 Einwohner) und die Ärzte im städtischen Bereich (> 5000 Einwohner) etwa gleich stark an dieser Umfrage beteiligten: 53 % der Befragten gaben eine Einwohnerzahl > 5000 an, 47 % eine Einwohnerzahl < 5000. Mehr als die Hälfte der befragten Mediziner haben 1 (19 %) oder 2 (37 %) Praxismitarbeiter, über 1/4 (27 %) haben 3, 17 % mehr als 3 Angestellte. Die Wichtigkeit eines DMP für Herzinsuffizienzpatienten stufen 60 % der Befragten als wichtig, 1/4 (23 %) sogar als sehr wichtig ein.

Mehr als die Hälfte (53 %) sind der Meinung, dass ein HI-Patient ab einem NYHA-Stadium II in ein DMP aufgenommen werden sollte. Ca. 30 % würden dies erst ab einem NYHA-Stadium III als wesentlich erachten. Nur 15 % sind der Ansicht, dass schon ab einem NYHA-Stadium I ein DMP in Betracht gezogen werden sollte.

Vorrangige Ziele eines DMP (s. auch Tab. 1)

Eine engere Arzt-Patient-Beziehung ist für fast die Hälfte der Befragten (45 %) ein wichtiges, für fast 1/3 (29 %) ein sehr wichtiges Ziel. Die verminderte Krankenhauseinweisung ist für 65 %, eine verbesserte Lebensqualität für den Patienten für 84 % der Ärzte ein sehr wichtiges Ziel in einem DMP.

In einer weiteren Frage wird die Wichtigkeit einer gesteigerten Eigenverantwortung des Patienten bewertet. Dieser Punkt wird von den meisten als sehr wichtig (43 %) bzw. wichtig (44 %) beurteilt.

Der Einsatz evidenzbasierter Praxisleitlinien als vorrangiges Ziel eines DMP für HI-Patienten wird von 1/4 (24 %) als sehr wichtig, von 43 % als wichtig und von wiederum 1/4 (23 %) als mäßig wichtig erachtet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Großteil der Studienteilnehmer das vorrangige Ziel eines DMP für HI-Patienten

Tabelle 1: Gewichtung der oberösterreichischen Allgemeinmediziner von verschiedenen Zielen eines DMP für HI-Patienten. Angaben in Prozent %; fett/kursiv: größter prozentueller Anteil der Stimmen.

ZIEL	Sehr wichtig	Wichtig	Mittel	Weniger wichtig	Unwichtig
Engere Arzt-Patient-Beziehung	29	45	19	4	3
↓ Krankenhaus-einweisungen	65	24	8	2	1
↑ Lebensqualität für den Patienten	84	13	0	1	2
↑ Eigenverantwortung des Patienten	43	44	10	1	2
Einsatz evidenz-basierter Praxis-leitlinien	24	43	23	7	3

DMP: Disease-Management-Programm; HI: Herzinsuffizienz
↓: weniger; ↑: mehr

Tabelle 2: Bewertung der oberösterreichischen Allgemeinmediziner von möglichen Gefahren eines DMP für HI-Patienten. Angaben in Prozent %; fett/kursiv: größter prozentueller Anteil der Stimmen.

GEFAHR	Trifft sicher zu	Trifft zu	Mittel	Weniger	Trifft nicht zu
Zu große Verantwortung für die Pflegeperson	14	18	29	24	15
Dominanz der Spitalsambulanzen	27	28	23	18	4
Einmischung in meinen Kompetenzbereich	12	17	28	24	19
Einschränkung meiner therapeutischen Freiheit	8	14	27	23	28
Nicht gleich bleibender Ansprechpartner für den Patienten	28,5	29,5	24	9	9

DMP: Disease-Management-Programm; HI: Herzinsuffizienz

ten vor allem in einer verbesserten Lebensqualität für den Patienten und in weniger Krankenhauseinweisungen sieht.

Gefahren eines DMP (s. auch Tab. 2)

Die große Verantwortung der Pflegeperson, die den Patienten zu Hause besucht, wird von 29 % der Befragten als mäßige Gefahr eingestuft. Rund 1/4 (23 %) finden diesen Aspekt weniger gefährlich und 15 % sehen darin überhaupt kein Risiko. Hingegen schätzen ca. 1/3 (32 %) die große Verantwortung dieser Pflegekraft als zutreffende bzw. sicher zutreffende Gefahr ein. Die Dominanz der Spitalsambulanzen wird von nahezu 80 % der Hausärzte als mäßige (23 %), zutreffende (28 %) bzw. sicher zutreffende Gefahr (27 %) eingeordnet. 43 % der involvierten Mediziner sind der Meinung, dass die Einmischung in ihren Kompetenzbereich durch ein DMP keine bzw. wenig Bedeutung hat. Mehr als 1/4 (28 %) erachtet diesen Aspekt als mittelmäßige Besorgnis und 29 % empfinden ein DMP für HI-Patienten als wirkliche Einmischung in ihren Kompetenzbereich. Hingegen ist die Einschränkung der therapeutischen Freiheit durch ein DMP für HI-Patienten bei der Mehrzahl der Allgemeinmediziner kein Grund zur Besorgnis. Über 3/4 (78 %) stufen diese Frage als mittelmäßige

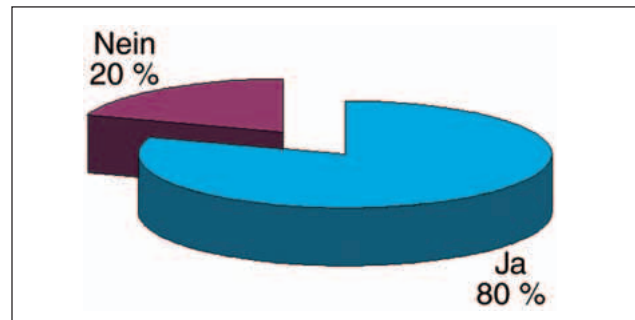


Abbildung 1: Bereitschaft zur aktiven Teilnahme der Ärzte an einem DMP für HI-Patienten in Prozentangaben.

(27 %), geringe (23 %) bzw. gar keine Gefahr (28 %) ein. Andererseits ist ein nicht gleich bleibender Ansprechpartner für den chronisch Kranken für insgesamt 58 % der befragten Personen ein zutreffendes (29,5 %) bzw. sicher zutreffendes Risiko (28,5 %) eines DMP für herzinsuffiziente Patienten.

Insgesamt kann man sagen, dass die größten Gefahren eines DMP für HI-Patienten in der Dominanz der Spitalsambulanzen und in dem nicht konstanten Ansprechpartner für den Patienten gesehen werden. Das bedeutet, dass v. a. die Ambulanzen in den Spitälern den Patienten versorgen und kontrollieren und somit der Hausarzt nicht der Koordinator des Patienten ist. Verständlicherweise werden dadurch auch die Ansprechpartner bzw. die in den Ambulanzen tätigen Ärzte nicht immer konstant bleiben. Im Gegensatz dazu verbinden die an der Umfrage teilnehmenden Ärzte mit dem Disease-Management-Programm keine Einschränkung ihrer therapeutischen Freiheit.

Die wichtigste Komponente in der Betreuung eines HI-Patienten ist für mehr als 3/4 der Befragten (77 %) der Hausarzt. Aber auch der niedergelassene Kardiologe wird in 11 % als bedeutendster Bestandteil in der Betreuung herzinsuffizienter Patienten gesehen. Dies ist kein überraschendes Ergebnis, da die Teilnahme ausschließlich Hausärzten vorbehalten war und die Frage nur eine Antwortmöglichkeit zuließ.

Mit der derzeitigen Kooperation zwischen intra- und extramuralem Bereich ist mehr als die Hälfte der Befragten (56 %) zufrieden, fast 1/3 (31 %) jedoch weniger zufrieden. Ungefähr gleich viele Teilnehmer haben diese Frage mit „sehr zufrieden“ (6 %) bzw. „unzufrieden“ (7 %) beantwortet.

Für etwas mehr als die Hälfte (51 %) der befragten Allgemeinmediziner in Oberösterreich wäre die Einführung eines flächendeckenden DMP für Herzinsuffizienzpatienten wünschenswert. Ungefähr 1/3 der Studienteilnehmer (31 %) ist dieser Punkt „egal“ und 18 % haben den Wunsch nach der Einführung eindeutig mit „Nein“ beantwortet.

Allerdings wären 80 % der an der Umfrage beteiligten Mediziner dazu bereit, aktiv an einem Disease-Management-Programm für Herzinsuffizienzpatienten mitzuwirken (Abb. 1).

Der Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach einem flächendeckenden DMP und der Größe der Population am Dienstort des Arztes lässt eine gewisse Tendenz erkennen:

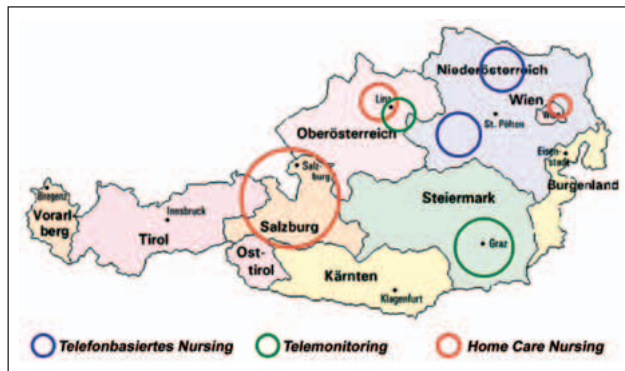


Abbildung 2: Herzinsuffizienzprojekte in Österreich. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Altenberger, Salzburg und Dr. Ebner, Linz ©. Telefonbasiertes Nursing wird in Teilen Niederösterreichs angewandt, Telemonitoring im LKH Graz und im Krankenhaus der Elisabethinen in Linz, Home-based-care in Salzburg, Wien und im KH der Barmherzigen Schwestern in Linz.

Offensichtlich wünschen sich Hausärzte, die eher im ländlichen Gebiet tätig sind (< 5000 Einwohner), vermehrt die Einführung eines DMP als jene in den Städten (54 % vs. 48 %). Gleichmaßen verhält sich der Zusammenhang zwischen Populationszahl und der Stimme zur aktiven Teilnahme an einem DMP für Herzinsuffizienzpatienten (83 % vs. 77 %).

■ Diskussion

Es wird angenommen, dass Hausärzte in Zukunft eine immer wichtigere Rolle in Disease-Management-Programmen einnehmen werden [14]. Im Rahmen dieser Studie wurden Oberösterreichs Allgemeinmediziner zu dieser Thematik – in Bezug auf Herzinsuffizienzmanagement – befragt.

Ein DMP ist für 83 % der oberösterreichischen Allgemeinmediziner ein sehr wichtiger bzw. wichtiger Aspekt in der Betreuung von HI-Patienten. Die Arbeit von Jaarsma et al. zeigt, dass in einigen Ländern Europas nur bei 1/3 der Disease-Management-Programme, welche in Krankenhäusern organisiert wurden, der Hausarzt involviert war [15]. Ferner äußerten auch Oberösterreichs Allgemeinmediziner Kritik, da sie nicht ausreichend in die Konzeption mancher Programme integriert wurden [16].

In Österreich gibt es für die Herzinsuffizienz derzeit nur lokale Ansätze, aber noch kein einheitliches, patientenorientiertes Behandlungs- und Versorgungsprogramm, welches regional umgesetzt werden könnte. Ein paar Modelle wurden bereits erprobt und teilweise etabliert. Ein Heimbetreuungsprojekt namens „Kardiomobil“, welches 2004 von der Universitätsklinik Salzburg initiiert wurde, findet mittlerweile auch im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz Anwendung. Auch andere Krankenhäuser in Linz bieten seit kurzer Zeit strukturierte ambulante Betreuungsmodelle mit oder ohne ambulantem Nursing an. Telefonbasiertes Nursing wird nach derzeitigem Stand nur in Teilen Niederösterreichs praktiziert. Die Kontrolle des Patienten über eine weite Entfernung hinweg (Telemonitoring) ist in Österreich noch eine sehr junge Disziplin. Das von der Klinischen Abteilung für Kardiologie der Medizinischen Universität Graz gemeinsam mit „eHealth Systems“ des „Austrian Institute of Technology“ (AIT) Graz entwickelte Mobilfunk-gestützte Telemonito-

ring-System, das im Rahmen der MOBITEL-Studie erfolgreich getestet wurde [17], findet seit Februar 2009 im KH der Elisabethinen in Linz Verwendung. In Abbildung 2 wird anhand einer Österreichkarte veranschaulicht, welche Programme in welchen Gebieten Österreichs Anwendung finden.

Ziele und Risiken eines DMP für Herzinsuffizienz

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass Oberösterreichs Hausärzte die wichtigsten Ziele eines DMP für HI-Patienten in einer verbesserten Lebensqualität für den chronisch Kranken und in weniger Krankenhauseinweisungen sehen. Drei Meta-Analysen von randomisierten Studien kamen zu dem Schluss, dass durch die Verwendung von Disease-Management-Programmen die gesamte Hospitalisationsrate zwischen 25 und 43 % gesenkt werden kann [8, 10, 18]. Gleichzeitig wird auf diese Weise natürlich die Lebensqualität der Betroffenen positiv beeinflusst, da sie weniger Zeit im Krankenhaus verbringen müssen, darüber hinaus werden die Kosten reduziert. Die im internationalen Vergleich eindeutige Überhospitalisierung in Österreich zeigt, dass vermeidbare Spitalsaufenthalte ein für das Gesundheitssystem wesentliches Problem darstellen. Ungefähr 2 % des gesamten Gesundheitsbudgets werden für die Behandlung von HI-Patienten ausgegeben, wovon mindestens 2/3 durch Spitalsaufenthalte verursacht werden [4]. Des Weiteren ist eine gesteigerte Eigenverantwortung des Patienten für den Großteil der Studienteilnehmer ein wesentlicher Aspekt in einem DMP. Momentan werden rund 30 % der HI-Patienten innerhalb der ersten Monate nach ihrer Spitalsbehandlung rehospitalisiert [3]. Die häufigsten Gründe dafür sind ein fehlendes Krankheitsbewusstsein und das verspätete Erkennen einer sich anbahnenden Dekompensation. Verbessertes Patientenwissen durch strukturierte Schulungen erhöht das Verständnis über die eigene Krankheit und fördert somit das wichtige Selbstmanagement.

Für mehr als die Hälfte der befragten Mediziner stellt die Dominanz der Spitalsambulanzen in einem HI-DMP eine Gefahr dar. In der Literatur finden sich dazu nur einige Angaben. Beispielsweise beschreiben Ledwidge et al. die Gefahr eines ambulanten krankenhausbasierten DMP so, dass womöglich einige Patienten, die in einem solchen Programm betreut werden, nicht gewillt sind, zusätzlich ihren Hausarzt regelmäßig aufzusuchen. Sie haben Vertrauen in die spezielle Betreuung und nehmen an, keinen Hausarzt mehr zu benötigen. Ein weiterer Grund für dieses Studienergebnis könnte die Sorge der Hausärzte sein, dass finanzielle Mittel in den Ambulanzbereich statt in die niedergelassene und lebensbegleitende Betreuung fließen [16].

Die zu große Verantwortung der Pflegekraft, die den Patienten zu Hause besucht, sieht 1/3 der Befragten als mögliches Problem. Dies könnte etwa durch verpflichtende Rückmeldungen des Pflegepersonals auch an den betreuenden Hausarzt umgangen werden. Da Spitalsambulanzen große Erfahrung in der Behandlung der Herzinsuffizienz haben, muss hier eine aktive Interaktion zwischen allen Betreuern Pflicht sein.

Auch die befürchtete „Einmischung in therapeutische Freiheiten“ [19] ist unbegründet: Herzinsuffizienz wird nach Leitlinien therapiert [2], die wenig „Freiheiten“ geben und somit

haben weder Spezialambulanzen noch Hausärzte hier größeren Spielraum.

Bei der durchgeführten Studie gaben 77 % der Befragten den Hausarzt als wichtigste Komponente in der Betreuung eines herzinsuffizienten Patienten an. Natürlich könnte man sagen, dass dies ein vorhersehbares Ergebnis war, da die Liste der Studienteilnehmer ausschließlich aus Hausärzten bestand, doch v. a. Allgemeinmediziner spielen in der Versorgung multimorbider Patienten, zu denen auch Herzinsuffizienzpatienten zählen, eine zentrale Rolle. Durch das gleichzeitige Vorliegen mehrerer verschiedener Erkrankungen benötigen die Betroffenen eine sehr individuelle Behandlung und Betreuung [20]. Allgemeinmediziner sind jene Ärzte, die am häufigsten die Erstdiagnose einer Herzinsuffizienz in der Gesellschaft stellen [21].

Perspektiven

Wie ein Betreuungsmodell für herzinsuffiziente Patienten tatsächlich aussehen sollte, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nicht bestimmt. In der Literatur finden sich dazu aber nennenswerte Angaben. Bereits im Jahr 2001 hat Rich in seiner Arbeit ein flexibles Programm, welches an die individuellen Umstände eines Patienten angepasst werden kann, als die wirksamste und kosteneffektivste Herangehensweise beschrieben [22]. Es bleibt weitgehend unklar, welche Elemente eines Programms primär für die positiven Effekte verantwortlich sind. Wenngleich die besten Maßnahmen undefiniert bleiben, ein „One size fits all“-Modell ist nicht für jeden Patienten und für jedes Gesundheitssystem geeignet [22, 23]. Die Verlagerung der Betreuung vom Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich sehen Yu et al. in ihrer 2006 veröffentlichten Arbeit als das grundlegende Ziel eines DMP für HI-Patienten. Der Gebrauch von DMPs sollte ausgeweitet werden, um einen stabilen Gesundheitszustand der HI-Patienten in der gesamten Bevölkerung zu erzielen [10].

In Anbetracht unseres Gesundheitssystems sollten DMPs für HI-Patienten genutzt werden, um die Hospitalisationsrate zu senken und dadurch die Kosten zu minimieren, um Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker zu vermeiden, aber auch um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Nicht zuletzt weil auch die „European Society of Cardiology“ das multidisziplinäre Management von Patienten mit Herzinsuffizienz mit einer Klasse-I-A-Empfehlung angegeben hat [2].

Sinnvoll wäre es, eine strukturierte Betreuung in Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern in den ersten 3 Monaten nach der Krankenhausentlassung bzw. schon während der stationären Phase zu planen. Nachdem die Therapie von einem Spezialisten adäquat und leitliniengerecht optimiert und der Patient in einen stabilen Zustand gebracht wurde, kann der Hausarzt die nachfolgende Betreuung seines Patienten inklusive Kontrolle der Medikamentencompliance übernehmen [24]. Darüber hinaus kamen Sakakibara et al. schon im Jahr 1999 zum Schluss, dass stabile Herzinsuffizienzpatienten eine flächendeckende hausarztbasierende Betreuung erhalten sollten, um die Notwendigkeit einer Rehospitalisierung nach der Krankenhausentlassung zu vermeiden [25].

Limitationen

Die relativ geringe Rücklaufquote von 15 % zeigt, dass das Problembewusstsein in weiten Teilen der niedergelassenen Ärzteschaft noch entwicklungsfähig ist. Wenn man davon ausgeht, dass hier nur die engagierten Kollegen geantwortet haben, so muss die Frage unbeantwortet bleiben, wie die Meinung jener eingeholt werden soll, die sich dieser Umfrage verweigert haben.

Es überrascht ein wenig, dass nur 11 % der Hausärzte niedergelassenen KardiologInnen für die Betreuung von HI-Patienten als wichtig erachten. Dies könnte u. a. daran liegen, dass es zu wenige niedergelassene KardiologInnen in Oberösterreich gibt. Zudem ist uns nichts über die Kooperation zwischen Hausärzten und niedergelassenen KardiologInnen bekannt, sodass dieser geringe Prozentsatz zwar mit Interesse wahrgenommen wird, aufgrund der geringen Rücklaufquote der Befragung aber auch durchaus als Bias gesehen werden kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Oberösterreichs Hausärzte die Einführung eines DMP für Herzinsuffizienzpatienten begrüßen und auch aktiv daran teilnehmen würden. Es erscheint aber unabdingbar notwendig, die Allgemeinmediziner in die Konzeption eines solchen DMP einzubeziehen. Die Frage sollte also nicht länger lauten „Wollen wir ein Disease-Management-Programm für Herzinsuffizienzpatienten?“, sondern vielmehr „Wie können wir ein solches in die Praxis umsetzen, um für alle Beteiligten – sowohl für die betroffenen Patienten als auch für alle involvierten Dienstleister bzw. für das gesamte Gesundheitssystem – einen positiven Nutzen daraus zu ziehen?“

■ Interessenkonflikt

Univ.-Prof. Dr. Fruhwald hat als Principal Investigator der MOBITEL-Studie fungiert, jedoch kein Beraterhonorar erhalten.

■ Fragen zum Text

- 1) Welche Disease-Management-Programme gibt es für Herzinsuffizienz?
 - a) Telefonbasiertes Nursing
 - b) Home-based Nursing
 - c) Telemonitoring
 - d) Family-based Nursing
- 2) Welche Beeinflussungen sehen die oberösterreichischen Allgemeinmediziner bei einem DMP für Herzinsuffizienz als herausragend an?
 - a) Reduktion der KH-Einweisungen
 - b) Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen
 - c) Engere Arzt-Patient-Beziehung
 - d) Stärkung der Eigenverantwortung der PatientInnen
- 3) Die Bereitschaft zur Teilnahme an einem DMP für Herzinsuffizienz ist am größten bei AllgemeinmedizinerInnen, die
 - a) viel Erfahrung mit EDV haben,
 - b) bereits am DMP für Diabetes mellitus teilnehmen,
 - c) unter 50 Jahre alt sind,
 - d) am Land arbeiten.

Lösung

Literatur:

1. Kannel W. Incidence and Epidemiology of Heart Failure. *Heart Failure Reviews* 2000; 5: 167–73.
2. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole-Wilson P, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J* 2008; 29: 2388–442.
3. Grimm G, Pacher R, Weber H, et al. Consensus Herzinsuffizienz "State of the Art 2006". *Österr Ärztezeitung* 2006 (Suppl); 3–15.
4. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, McGuire A, Capewell S, McMurray J. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 361–71.
5. Gustafsson F, Arnold J. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J* 2004; 25: 1596–604.
6. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 363–9.
7. Remme W, McMurray J, Rauch B, Zannad F, Keukelaar K, Cohen-Solal A, Lopez-Sendon J, Hobbs F, Grobbee D, Bocanelli A, Cline C, Macarie C, Dietz R, Ruzillo W. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J* 2005; 26: 2413–21.
8. McAlister F, Stewart S, Ferrua St, McMurray J. Multidisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission. *JACC* 2004; 44: 810–9.
9. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas J, Rodriguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004; 25: 1570–95.
10. Yu D, Thompson D, Lee D. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *Eur Heart J* 2006; 27: 596–612.
11. Clark R, Inglis S, McAlister F, Cleland J, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334: 910–1.
12. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo K, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 1133–44.
13. Berger R, Moertl D, Peter S, Ahmadi R, Huelsmann M, Yamuti S, 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.
14. Yallop J, Chan B, Piterman L, Tonkin A, Forbes A, Davidson P, Clark R, Halcomb E, Nangle A, Stewart S, Croucher J, Krum H. The Chronic Heart-failure Assistance by Telephone (CHAT) Study: Assessment of telephone support for vulnerable patients with chronic disease. *Asia Pacific Family Medicine* 2006; 5: 2.
15. Jaarsma T, Strömberg A, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Martensson J, Moons P, Scholte op Reimer W, Smith K, Stewart S, Thompson D. Heart failure management programs in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 197–205.
16. Konzeption im Alleingang – Niedergelassene Ärzte in Oberösterreich kritisieren ein ambulantes Betreuungsprogramm für Patienten mit Herzinsuffizienz. *Ärzte Woche*, 21. Jahrgang Nr. 22, 2007.
17. Scherr D, Kastner P, Kollmann A, Hallas A, Auer J, Krappinger H, Schuchlenz H, Stark G, Grander W, Jakl G, Schreier G, Fruhwald FM, MOBIL investigators. Effect of Home-Based Telemonitoring Using Mobile Phone Technology on the Outcome of Heart Failure Patients After an Episode of Acute Decompensation: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2009; 11(3): e34.
18. Phillips C, Wright S, Kern D, Singa R, Shepperd S, Rubin H. Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure. A Meta-analysis. *JAMA* 2004; 291: 1358–67.
19. Glehr R. Die Rolle der Allgemeinmedizin bei der Betreuung chronisch Kranker. *ÖGAM-News. Ärzte Krone* 2006/12: 26–7.
20. Redelmeier D, Tan S, Booth G. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical disease. *N Engl J Med* 1998; 338: 1516–20.
21. Giuli F, Khaw K, Cowie M, Sutton G, Ferrari R, Poole-Wilson P. Incidence and outcome of persons with a clinical diagnosis of heart failure in a general practice population of 696,884 in the United Kingdom. *Eur J Heart Failure* 2005; 7: 295–302.
22. Rich M. Heart Failure Disease Management Programs: Efficacy and Limitations. *Am J Med* 2001; 110: 410–2.
23. Jaarsma T, Van der Wal M, Lesman-Leegte I, Luttik M, Hogenhuis J, Veeger N, Sanderma R, Hoes A, Van Gilst W, Lok D, Dunselman P, Tijssen J, Hillege H, Van Veldhuisen D. Effect of Moderate or Intensive Disease Management Program on Outcome in Patients With Heart Failure. Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med* 2008; 168: 316–24.
24. Ledwidge M, Ryan E, O'Loughlin Ch, Ryder M, Travers B, Kieran E, Walsh A, McDonald K. Heart failure care in a hospital unit: a comparison of standard 3-month and extended 6-month programs. *Eur J Heart Failure* 2005; 7: 385–91.
25. Sakakibara M, Kongoji K, Samejima H, Shiota K, Takagi A, Miyake F, Murayama M. Specialty-Related Disparities of Readmission in Patients with Chronic Heart Failure: The Importance of Hospital-Clinic Cooperation. *Arch Intern Med* 1999; 38: 705–9.

Richtige Lösung von S. 341: 1a, b, c; 2 alle; 3b

← Zurück

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