

Starkes Herz – erhöht die Überlebensrate der Patienten



Zielgruppe:

Mitglieder von Gesundes Kinzigtal, die an einer chronischen Herzinsuffizienz nach den NYHA Stadien III oder IV leiden.

Ziel:

Mit dem Programm „Starkes Herz“ soll die Mortalitätsrate der Patienten gesenkt, ein Fortschreiten der Krankheit verzögert und lebensbedrohliche Situationen, die zu Krankenhauseinweisungen führen, vermieden werden. Außerdem soll den Herzinsuffizienz-Patienten eine höhere Lebensqualität ermöglicht werden.

Programm:

Das Programm optimiert die Patientenversorgung durch ein verstärktes Monitoring der Risikopatienten durch leitlinienorientierte, koordinierte Versorgung und lässt die Patienten aktiv an der Therapie teilhaben, u. a. durch einen gemeinsam mit dem Arzt erstellten Vorsorge- und Bewegungsplan und Befragungen. Regelmäßige telefonische Beratung, Hausbesuche und ein Erinnerungssystem stabilisieren den Gesundheitszustand der Patienten und erhöhen deren Compliance. Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte als Case Manager überprüfen u. a. die krankheitstypischen Anzeichen für eine Verschlechterung der Erkrankung mit Hilfe des HeiPiPP-Fragebogens der Universität Heidelberg (Heidelberger Pilot für Praxis-Professionalisierung Herzinsuffizienz). Sie halten zudem Rücksprache mit dem betreuenden Arzt und leiten notwendige Maßnahmen ein. Zeitweise war eine Teilkohorte von Patienten extern durch ein Medizinisches Call Center und mittels einer Telemonitoring-Waage begleitet worden. Ein relevanter Unterschied zwischen dieser Teilkohorte und den über die Medizinischen Fachangestellten geführten Patienten konnte nicht festgestellt werden.

Start Programmentwicklung: 2006

Anzahl Teilnehmer: 79

Ergebnisse:

Die Überlebensrate der Programmteilnehmer „Starkes Herz“ ist bei der Betrachtung relativ zum Programm-

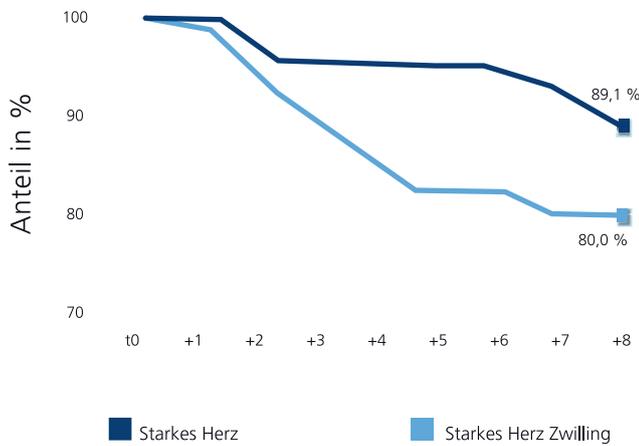
start nach acht Quartalen deutlich höher als in einer Vergleichsgruppe. Für die Evaluation standen 55 Teilnehmer mit ausreichend Nachbeobachtungszeitraum zur Verfügung. In der Untersuchungsgruppe sind sechs der 55 Patienten innerhalb von acht Quartalen nach Programmstart verstorben, wohingegen es in der Zwillingsgruppe mit elf verstorbenen Patienten fast doppelt so viele waren. Dies ist das Ergebnis eines Matched Pair-Vergleichs zwischen den Programmteilnehmern „Starkes Herz“ gegenüber deren statistischen Zwillingen (Verhältnis 1:1). Untersuchungs- und Kontrollgruppe stimmen in den Merkmalen Alter, Geschlecht, Schweregrad der Herzinsuffizienz, Kosten zwei Jahre vor Einschreibung und Ko-Morbidität vor Einschreibung (Charlson Score nach epidemiologisch gesicherter ICD-10GM-Diagnose) überein (**Grafik 1**).

Gestützt wird dieses Ergebnis durch die externe Evaluation der PMV-Forschungsgruppe der Universität zu Köln. Diese zeigt, dass Herzinsuffizienz-Patienten aus dem Kinzigtal häufiger leitlinienkonform versorgt werden als eine nach Alter und Geschlecht standardisierte Vergleichsgruppe aus Baden-Württemberg. So ist der Anteil von Herzinsuffizienz-Patienten mit Kontakt zu einem Kardiologen innerhalb eines Jahres bei den Versicherten der Region Gesundes Kinzigtal signifikant höher als bei der Vergleichsgruppe. Während im Jahr 2008 in der Kinzigtal-Population 24,2% der Patienten Kontakt zu einem Kardiologen hatten, waren es in der Vergleichspopulation aus Baden-Württemberg nur 19,2%. Die eingeschriebenen Mitglieder erhalten zudem gegenüber den nicht eingeschriebenen Versicherten im Kinzigtal häufiger eine leitlinienkonforme Arzneimitteltherapie (**Grafik 2**).

Mit Hilfe des Programms „Starkes Herz“ konnten die Kosten pro Quartal je Programmteilnehmer gegenüber der Einschreibung innerhalb von sechs Quartalen um 31,7% gesenkt werden. Der Kostenvergleich der Untersuchungs- gegenüber der Kontrollgruppe weist ebenfalls ein positives Delta von 300 Euro pro Patient aus (**Grafik 3**). Der Deckungsbeitrag ist 2009 mit 730 Euro pro Teilnehmer positiv und um fast 600 Euro höher als in der Vergleichsgruppe.

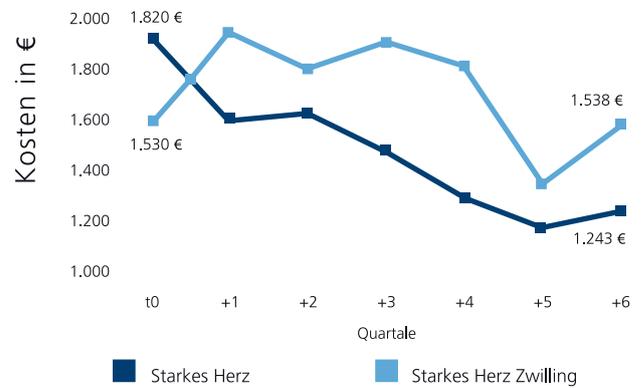
Grafik 1

Survival-Kurven Programmteilnehmer Starkes Herz vs. Starkes Herz Zwilling



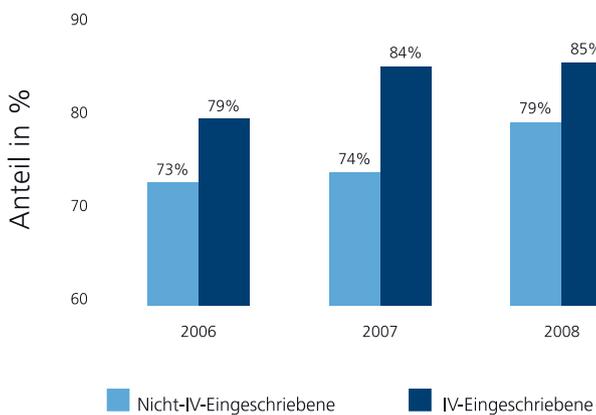
Grafik 3

Kosten (€) je Programmteilnehmer gegenüber Vergleichsgruppe ab Zeitpunkt der Einschreibung



Grafik 2

Entwicklung Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten* mit ACE-Hemmer/AT1-Antagonist und/oder Betablockerverordnung**



* ICD: I11.0, I13.0, I13.2, I50 - epidemiologisch sichere Fälle
 ** ATC C07, C09

Datenbasis: Zu Grafiken 1 und 3: Die Anzahl der Programmteilnehmer in beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Einschreibung betrug 55. Die Programmteilnehmer waren durchschnittlich ~81 Jahre alt, davon waren 69% weiblich (NYHA III: 71%, NYHA IV: 29%). Ermittlung der Ergebnisse mittels Sekundärdatenanalyse. Routinedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 50.000 Versicherten inklusive Vergleichsstichprobe. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Kalenderjahre 2004 bis 2010 (Stand der Datenauswertung: 3. Quartal 2011, auf Basis von Datenlieferungen vom 15.09.2011 (AOK) und 17.10.2011 (LKK) – Nachlieferungen können aktuelle Ergebnisse beeinflussen). Das Datenmaterial setzt sich zusammen aus mehreren Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind. Die Daten liegen versichertenbezogen, aber pseudonymisiert vor und enthalten grundsätzlich nur Bruttokosten (exklusive Zahlungen/Rabatte). Die im Januar 2008 herausgegebenen Leitlinien (GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse) der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) bilden die Basis für den Umgang mit den Routinedaten. Daten zu eingeschriebenen Programmteilnehmern werden aus der IVIS-Software der Gesundes Kinzigtal GmbH extrahiert. Vor Analysebeginn findet generell eine datenbankseitige Fehlerprüfung der gelieferten Sekundärdaten statt, so dass die Datengrundlage überwiegend nichtfehlerhafte Werte enthält. Wird ein Wert im Zuge der Analyse dennoch als fehlerhaft erkannt, so wird dieser notwendigerweise nachträglich ausgeschlossen. Als Datenbank wird aktuell ein MS SQL Server 2008 unter Windows Server 2003 eingesetzt. Die Daten werden sowohl direkt auf dem Server (SQL, MDX) als auch unter Verwendung von Analyse-Front-Ends wie SPSS 15.0, MS Excel 2007 und der Business Intelligence Software DeltaMaster® 5.4.9 ausgewertet. Die Ergebnisse zur leitliniengerechten Arzneimitteltherapie und zum Praxiskontakt zu Kardiologien im Kinzigtal basieren auf der Evaluation der PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln (Zwischenbericht 2004-2008 für Gesundes Kinzigtal GmbH, Köster et al., 2011).

Kontakt:

Wiebke Gnekow, Projektleitung Programme
 Telefon: +49 7831 966670 | w.gnekow@gesundes-kinzigtal.de

Stand: 15.01.2016