

Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

# Herzinsuffiziente Patienten profitieren von Netzwerken

Nach einer ersten erfolgreichen Netzwerkveranstaltung zum Thema „Herzinsuffizienz“ im Jahr 2017 wurde dieser Ansatz bei einem zweiten Workshop 2018 weiterverfolgt. Auch diesmal diskutierten die an der Versorgung beteiligten Arztgruppen – Hausärzte, niedergelassene Kardiologen und Klinikärzte sowie Ärzte aus Reha-Kliniken – darüber, wie sich durch neue sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (Herzinsuffizienz-Netzwerke) die Behandlung der Patienten mit Herzinsuffizienz optimieren lässt und somit deren Prognose verbessert werden kann. **Fazit der Veranstaltung: Es bedarf eines „Treibers“ und einer Kooperation aller beteiligten Partner auf Augenhöhe, um die Versorgung der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz zu verbessern.**

Die ICD-Diagnose Herzinsuffizienz ist bereits heute die häufigste stationäre Hauptdiagnose [1]. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden Inzidenz und Prävalenz der Herzinsuffizienz in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Angesichts dieser Zahlen hat das Krankheitsbild auch eine große sozioökonomische Bedeutung: Bereits im Jahr 2006 lagen die kumulierten jährlichen Krankheitskosten bei rund 2,9 Milliarden Euro [2].

„Die Herzinsuffizienz ist somit eine zentrale Herausforderung für unser Gesundheitssystem“, so Prof. Dr. Norbert Frey, Direktor der kardiologischen Universitätsklinik, Kiel. Das Krankheitsbild sei sehr komplex und das Patientenkollektiv sehr heterogen. Es stellen sich Patienten mit einer akuten kardialen Dekompensation vor, bei anderen Patienten geht es um eine Optimierung der medikamentösen Therapie oder um die Indikationsstellung für ein Device. Trotz großer Fortschritte in der Therapie durch innovative Medikamente und Devices ist die Prognose weiterhin schlecht, besonders bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz.

Ein Problem ist zudem, dass die verordnete Medikation aus vielerlei Gründen nach der Entlassung aus

dem Krankenhaus nicht immer konsequent weitergeführt wird. „Der herzinsuffiziente Patient benötigt daher eine sektorenübergreifende Versorgung. In solche Versorgungskonzepte müssen alle beteiligten Berufsgruppen eingebunden sein“, betonte Prof. Dr. Stefan Sack, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Städtisches Klinikum München-Schwabing. In der aktualisierten Form der nationalen Versorgungsleitlinie zum Thema Herzinsuffizienz vom September 2017 wurde deshalb auch der Koordination der sektorenübergreifenden Versorgung ein eigenes Kapitel gewidmet und dabei unter an-

derem die Kooperation zwischen Hausarzt/Kardiologe und weiteren Fachdisziplinen sowie die Einbindung der Pflegekräfte und der Medizinischen Fachangestellten in die Versorgungsplanung einbezogen.

Im April 2018 wurde ein separates Disease-Management-Programm für die Herzinsuffizienz [3] beschlossen. Erfreulich ist auch, dass die Zahl der zertifizierten Heart Failure Units (HFU) gemäß dem HFU-DGK-Positionspapier ständig steigt. „Diese Aspekte können im Idealfall eine richtungsweisende Grundlage für eine sektorenübergreifende Versorgung sein und die Diskussion

Welche Organisationsprozesse sind bei der Klinikeinweisung hilfreich?

- Ankündigung der Einweisung: elektiv oder Notfall
- Professionelle Telefonzentrale, z. B. Arzt-Hotline 8:00 – 20:00 Uhr
- Abgestimmte Patienteninformation
- Einweiserpflege auf Augenhöhe
- Strukturierte Vorbefunde (am besten in digitalisierter Form): elektronische Patientenakte, Medikationsplan
- Bettenmanagement/Aufnahmekoordination
- Wegbegleitsystem im Krankenhaus
- Klare Prozesse und Zuständigkeiten (Wen rufe ich an?)
- Recall-System (ein Tag vor Aufnahme Rückfrage bei Patient)

**Tabelle 1:** Überleitungsmanagement: Der Weg ins Krankenhaus (mod. nach Dr. A. Michel/R. König)

## Sinnvolle Organisationsprozesse während des Krankenhausaufenthalts:

- Verweildauersteuerung
- Start des Entlassungsmanagements spätestens mit Aufnahme
- Einrichtung der Funktion eines Entlasskoordinators
- Organisatorische Prozessqualität
- Patientenorientierung
- Abgestimmte Patienteninformation
- Verlaufsinformation an Zuweiser: Regimeänderung, Verschlechterung/Diagnoseänderung, besondere Fälle/Komplikationen, telefonische Kontaktaufnahme mit Einweiser
- Interprofessionelle und interdisziplinäre Abstimmung des Entlassprozesses:
  - Team time out: einmal am Tag über Entlassung reden, ob sie morgens oder nachmittags erfolgen sollte
  - Ärzte, Pflege, Administration, Medizinische Fachangestellte, Herzinsuffizienz-MFA, Sozialdienst, Reha-Einrichtung etc.
- Verbesserung der Digitalisierung (Cloud)
- Treffen und Fortbildung mit Zuweisern und Helfern/Helferinnen:
  - Update Kardiologie für Hausärzte als Veranstaltung
  - Helfer-/Helferinnen-Tag als neues Konzept

**Tabelle 2:** Überleitungsmanagement: Der Aufenthalt im Krankenhaus (mod. nach Dr. A. Michel/R. König)

über die optimierte Therapie der Patienten mit Herzinsuffizienz über die Sektoren hinweg stimulieren“, so Sack.

### Ohne Herzinsuffizienz-MFA geht es nicht

Die speziell zur Betreuung von herzinsuffizienten Patienten geschulte Medizinische Fachangestellte (Herzinsuffizienz-MFA) ist nach Meinung von Professor Stefan Störk, Leiter des Deutschen Zentrums für Herzinsuffizienz (DZHI) in Würzburg, ein zentrales Element des interdisziplinären sektorenübergreifenden Versorgungsprogramms. Diese Herzinsuffizienz-MFA arbeitet eng mit Hausärzten, Kardiologen und Klinikärzten zusammen und betreut am Telefon herzinsuffiziente Patienten nach festen Standards. „Durch eine solche nicht medikamentöse Maßnahme kann bei betroffenen Patienten eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität und eine deutliche Lebensverlängerung erreicht werden“, so Störk.

Zu den Aufgaben einer solchen Herzinsuffizienz-MFA gehören:

- Einzelschulungen von herzinsuffizienten Patienten schon im Krankenhaus
- Erstellung von Informationsmaterial
- Gruppenschulungen von Patienten und Angehörigen
- Betreuung von Selbsthilfegruppen
- Ständiger Ansprechpartner bei Fragen und Problemen
- Mitarbeiterschulungen
- Kontakt mit Hausärzten bei und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Schulungen von Medizinischen Fachangestellten
- Telemonitoring

In der TIM-HF2-Studie wurde ein ganzheitlicher telemedizinischer Betreuungsansatz wissenschaftlich evaluiert [3]. Schlüsselement war ein telemedizinisches Zentrum an der Charité in Berlin mit einem 24-Stunden-Service über sieben Tage. Es zeigte sich, dass mit einer solchen Überwachung die Zahl der

ungeplanten Krankenhaustage wegen eines kardiovaskulären Ereignisses oder Herzinsuffizienz und auch die kardiovaskuläre und die Gesamtmortalität gesenkt werden können. Eine entsprechende Subgruppenanalyse legt nahe, dass die Telemedizin ein effektives Verfahren ist, um regionale Unterschiede im Management der Herzinsuffizienz zu überwinden [4].

Eine solche Betreuung sollte immer in einem multiprofessionellen Ansatz erfolgen. Das Betreuungsmanagement eines Telemonitoring-Programms wird typischerweise von Pflegekräften durchgeführt. „Pfleger sind der Schlüssel eines erfolgreichen Telemonitoring-Programms“, so Dipl.-Pfleger Oliver Deckwart, Charité in Berlin. Dazu gehört auch der Umgang mit den neuen tragbaren digitalen Medien (Wearables).

### Hand in Hand: erfolgreiches Überleitungsmanagement

Herzinsuffiziente Patienten benötigen immer wieder stationäre Behandlungen, vor allem bei akuten Dekompensationen. Eine wichtige Schnittstelle ist dann die Entlassung aus dem Krankenhaus. Diese erfordert immer ein sorgfältiges und genau strukturiertes Überleitungsmanagement. „Das Entlassmanagement sollte am Besten bereits vor der Aufnahme, aber spätestens mit ihr beginnen“, betonte Dr. André Michel, Universitätsklinikum Mainz (Tabellen 1, 2, 3).

Grundsätzlich dürfe aber die Behandlungs- und Prozessqualität für einzelne Patientengruppen wie die der herzinsuffizienten Patienten nicht zu weit von den für alle anderen Patientengruppen geltenden Standards entfernt sein, und bei großer Abweichung müsse diese gut begründet sein. „Der Patient mit Herzinsuffizienz muss exzellent durch das System gestützt werden, eine zu starke Selektionierung ist aber nicht sinnvoll“, so Ralf

Im Zusammenhang mit der Entlassung des Patienten aus der Klinik sollte beachtet werden:

- Adäquater Arztbrief: Medikation – Was ist passiert? – Was muss ich tun?
- Patientenmappe mit Hinweisblättern, Verhaltensempfehlungen, Kontaktadressen
- Checkliste für die Entlassung
- Entlassungszeitpunkte definieren (morgens und nachmittags)
- Adäquates Entlassgespräch (nicht zwingend Arzt)
- Poststationäre Pflegesituation muss geregelt sein
- Cave: Wochenend-Entlassung
- Nachsorgetermin organisieren
- Organisation der Abholung (Krankentransport/Reha)

**Tabelle 3:** Überleitungsmanagement: Der Weg zurück (mod. nach Dr. A. Michel/R. König)

König von der GUB AG, Kirkel. Gefragt seien Komplettlösungen, in die die spezifischen Bedürfnisse bei herzinsuffizienten Patienten einfließen.

Grundsätzlich gilt: Durch ineffiziente und inakzeptable Unterstützungs- und Organisationsprozesse wird die beste Behandlungsqualität gestört. Solche organisatorischen Störfaktoren sind ein fehlender Ansprechpartner in der Klinik, eine Verzögerung bei der Erstellung des Arztbriefs, eine Entlassung ohne Konzept und unfreundliche Mit-

arbeiter. Bei den Organisationsstrukturen müssen der Weg ins Krankenhaus, der Ablauf im Krankenhaus und der Weg zurück detailliert beschrieben und auch umgesetzt werden (**Tabellen 1, 2, 3**).

### **Wichtig: Beziehungspflege und Kommunikation**

Die Versorgungsstruktur bei herzinsuffizienten Patienten ist sehr komplex. Das Spektrum der Netzwerkpartner ist breit. Es umfasst Hausärzte, Kardiologen, Medizinische Versorgungszentren, evtl.

andere Kliniken, Apotheken, Altenhilfeeinrichtungen, Rehaeinrichtungen, Angehörige und ambulante Pflegedienste. Erfolgskriterien für ein Überleitungsmanagement sind Transparenz, Kommunikation und Partnerschaft (Umgang auf Augenhöhe).

Wichtig ist auch ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess. „Ein gelungenes Entlassmanagement erfordert einen klaren Prozess: eine Verfahrensanweisung, eine klare Struktur in Form eines Entlasskoordinators und eine Nachhaltigkeit durch eine differenzierte Evaluation bei den Zielgruppen“, erläuterte König. Dabei können auch Informationsblätter zum Entlassmanagement hilfreich sein. Im Sinne einer guten Beziehungspflege (Einweiser/Klinik) empfiehlt sich auch ein alljährlicher „Helfer-/Helferinnentag“. Dabei werden die Medizinischen Fachangestellten der einweisenden Partner einmal jährlich ins Krankenhaus eingeladen, um sie mit der Struktur des Krankenhauses, den Ärzten und dem Leistungsspektrum vertraut zu machen.

Wenn man als Klinik ein Netzwerk aufbauen möchte, so ist eine offene, vertrauensvolle und von

### **Beispiel: Sektorenübergreifendes Versorgungskonzept „Praxisnetz Vorderpfalz (PRAVO)“**

In der Vorderpfalz wurde im April 2012 nach § 140a SGBV ein integrierter Versorgungsvertrag mit einigen Krankenkassen abgeschlossen. Bis 2018 befinden sich 2.600 herzinsuffiziente Patienten der NYHA-Stadien I bis IV in kontinuierlicher Betreuung – und zwar in einem interdisziplinären Versorgungsansatz, in den Hausärzte, Fachärzte und Herzinsuffizienz-MFA, die Hausbesuche machen und eine kontinuierliche telefonische Betreuung garantieren, eingebunden sind. Die Patienten werden leitliniengerecht behandelt. Es erfolgt eine gemeinsame elektronische Dokumentation der Befunde aller behandelnden Ärzte und der Herzschwester mit einer elektronischen Plattform, die durch ihre Cloud-Architektur ortsunabhängig verfügbar und auf die spezifischen Anforderungen der einzelnen User zugeschnitten ist. Dabei wird den Anforderungen des Datenschutzes voll Rechnung getragen.

Es erfolgte eine quantitative Analyse (der Behandlungskosten, Medikamentenkosten, Anzahl der Hospitalisierungen und Mortalität im Vergleich zur bisherigen Standardbehandlung) und eine qualitative Evaluation (Analyse der Patientenzufriedenheit, Schulungserfolge und Therapieadhärenz), so Jörg Trinemeier, Speyer, der für die Realisation von PRAVO im Netz verantwortlich ist.

Das Ergebnis:

- Die Mortalität ging um 45 % und die Ereignisrate um insgesamt 34 % zurück.
- Die Gesamtbehandlungskosten sanken um 16 %, die stationären Therapiekosten um 32 % und die Arzneimittelkosten um 1 %. Die ambulanten Behandlungskosten stiegen um 53 %.
- Die Kompetenz der Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung und die Therapietreue haben deutlich zugenommen.

#### Literatur

1. Deutsche Herzstiftung, Deutscher Herzbericht 2017
2. Neumann T et al., Deut. Ärztebl. 2009, 106 (16):269–275
3. Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3299
4. Koehler et al., Lancet 2018, Aug 24, doi: 10.1016/S0140-6736(18)31880-4

**Beispiel: Sektorenübergreifendes Versorgungskonzept „Gesundes Kinzigtal“**

Im Kinzigtal wurde ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept für Patienten mit Herzinsuffizienz erfolgreich umgesetzt, berichtete Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG, Hamburg. Während das alte System anbieter- und sektororientiert ausgerichtet war, sei dieses neue Zukunftskonzept populationsorientiert und sektorübergreifend. Im Kinzigtal wurde mit Hilfe einer Gesundheits-Management-Gesellschaft, die als Innovator und Integrator investiert, eine ökonomische Lösung entwickelt, von der alle Beteiligten – Patienten, Ärzte und Krankenkassen – profitieren. Die materielle Investition besteht in zusätzlichen Vergütungen für Steuerungs- und substituierende Leistungen. Die Intelligenz-Investition umfasst das Know-how der ärztlichen Leistungserbringer zur Prozessoptimierung, das Know-how des Managements und die Qualität belohnende Verträge mit allen anderen Leistungserbringern.

Es gelang eine Vernetzung von mehr als 270 Leistungs- und Kooperationspartnern, wobei 55 % der Hausärzte und 90 % der Fachärzte der Region Partner sind. Als Mitglieder sind zur Zeit etwa 10.000 Patienten eingeschrieben. 35 % sind gesunde Personen, 40 % haben einen Risikostatus, 20 % sind Patienten in der Krankheitsprogression und 5 % sind Hochkosten-Patienten. Für Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien III und IV wurde ein Interventionsprogramm entwickelt. Ziele dieses Programms sind die regelmäßige intensive Betreuung der Patienten, die Stärkung der Eigenverantwortung, die Steigerung des Wohlbefindens, die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und eine Verlängerung der Lebenszeit.

Die Auswertungen 2011/2012 waren sehr positiv: Die über acht Quartale betrachtete Überlebensrate lag bei 80 % in einer Vergleichsgruppe und bei 89,1 % in der Interventionsgruppe. Die Kosten sanken in diesem Zeitintervall von 1.594,40 Euro auf 1.159,90 Euro pro Patient. Zu den besonderen Herausforderungen, um weitere Verbesserungen zu erreichen, gehören:

- Ständige Anpassung und Wiederholung von Schulungen
- Reibungsloses Funktionieren der Informationstechnik (IT) und ihre stetige Weiterentwicklung
- Interne Prozessoptimierungen und Standardisierungen
- Stetige Kommunikation nach intern wie extern
- Laufende Anpassungen an neue Studiendaten
- Reaktionen auf Veränderungen der Rahmenbedingungen wie Vergütungen
- Laufende Anpassung der eigenen Zusatzvergütungen für das Fall-Management
- Fortlaufende Evaluation
- Anpassung an das Disease Management Programm (DMP) „Herzinsuffizienz“
- Suche nach digitalen Unterstützungswerkzeugen

gegenseitiger Wertschätzung geprägte Kommunikation aller beteiligten Ärzteguppen eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen. Alle Beteiligten sollten sich persönlich gut kennen, und die Gespräche müssen auf Augenhöhe erfolgen, erläuterte PD Dr. Mark Lüdde, Oberarzt am Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Kiel.

**Vorteile für Patienten, Ärzte und Krankenkassen**

„Die Ziele eines Netzwerks sind aus Sicht der verschiedenen Partner durchaus unterschiedlich“, berichtete Lüdde. Vorrangige Ziele für Patienten sind: geringere Mortalität, weniger Komplikationen, verbesserter Gesundheitsstatus und verbesserte Lebensqualität. Dies lässt sich durch Flüssigkeitsmanagement, Patientenschulung, Lebens-

stiländerung und eine verbesserte Adhärenz bei der Medikation erreichen.

Ziele für Ärzte und Kliniken sind Zeitersparnis und eine höhere Behandlungszufriedenheit. Für niedergelassene Kardiologen oder Hausärzte kann es vorteilhaft sein, im Krankenhaus ständig einen kompetenten Ansprechpartner zu finden, um für notwendige Untersuchungen wie ein Echokardiogramm schneller einen Termin zu bekommen.

Krankenkassen erhoffen sich von einem Netzwerk primär eine Kostenersparnis durch weniger Notfalleinweisungen, weniger Komplikationen, geringere Behandlungskosten und eine Verlängerung der Zeit bis zur Hämodialyse bei kardierenalen Patienten.

Somit lautet das Fazit der Veranstaltung:

- Grundlage für eine Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sind Herzinsuffizienz-Netzwerke.
- Es bedarf eines „Treibers“, der sich in Klinik oder im niedergelassenen Bereich des Themas annimmt.
- Alle beteiligten Partner müssen auf Augenhöhe miteinander kooperieren.
- Es bedarf klarer Absprachen und einer Vereinbarung auf lokaler Ebene, wie Patienten durch das System geführt werden können.
- HFU können hierfür Kristallisationspunkte sein, aber auch Arztnetze von niedergelassenen Hausärzten und Kardiologen, die sich der Dringlichkeit der Thematik (zweithäufigste Klinikeinweisung, steigende Inzidenz und Prävalenz, vorherrschende Dreh-tür-Effekte) bewusst sind.

**Impressum**

Pharmawissen aktuell  
453359 in:  
Cardio News 11-12 /2018  
Workshop „Herzinsuffizienz-Netzwerke – Neue Wege in der Versorgung, Frankfurt am Main, 14.–15. September 2018  
Berichterstattung:  
Dr. Peter Stiefelhagen, Starnberg  
Redaktion:  
Dr. Ulrike Maronde  
Leitung Corporate  
Publishing: Ulrike Hafner (verantwortlich)  
Springer Medizin Verlag GmbH  
Heidelberger Platz 3  
14197 Berlin  
Geschäftsführer:  
Joachim Krieger, Fabian Kaufmann  
Die Springer Medizin Verlag GmbH ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Nature.  
© Springer Medizin Verlag GmbH  
Druck: Druckpress GmbH, Leimen  
Mit freundlicher Unterstützung der  
Novartis Pharma GmbH, Nürnberg  
Die Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diese Beilage.