

Schwester Sophie ruft an

Betreuung für ein längeres, besseres Leben

*Prof. Dr. med. Stefan Störk, Prof. Dr. med. Christiane E. Angermann,
Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz und Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universität und Universitätsklinikum Würzburg*

Herzschwäche ist eine Volkskrankheit. Man schätzt, dass 2% der Gesamtbevölkerung daran leidet. Sie tritt typischerweise im höheren Lebensalter auf, bei über Siebzigjährigen liegt die Häufigkeit schon bei etwa 10%. Zudem gibt es eine ähnlich hohe Dunkelziffer, das heißt, die Patienten wissen nichts von ihrer Erkrankung. Weil die Lebenserwartung steigt, und akute Herzerkrankungen, wie beispielsweise der Herzinfarkt, immer besser behandelt und überlebt werden können, entwickeln immer mehr Menschen langfristig eine Herzschwäche. Nicht nur körperliches Wohlbefinden, sondern auch Lebensqualität und geistiges Leistungsvermögen sind dabei meist gravierend gestört. Die Versorgung wird dadurch kompliziert, dass ältere Menschen mit Herzschwäche meist mehrere Begleiterkrankungen haben, die ebenfalls das Überleben beeinflussen und behandelt werden müssen. Häufig sind koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, chronische Atemwegserkrankungen, Vorhofflimmern, Schlafstörungen, Schmerzen bei Erkrankungen des Skelettsystems oder auch Depressionen. Durch gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente erhöht sich die Gefahr ungünstiger Wechselwirkungen. Daher müssen Medikamente entsprechend ihrer Wichtigkeit individuell ausgewählt, ihre Verträglichkeit wiederholt überprüft und die Dosierungen schrittweise optimiert werden. Das erfordert viel Zeit und hohe fachliche Kompetenz. Charakteristisch ist, dass bei fortgeschrittener Herzschwäche immer wieder akute Verschlechterungen auftreten, die Kranken-

hausaufenthalte nötig machen. Das Risiko, bei einer solchen Entgleisung der Herzschwäche (in der Medizinersprache: *Dekompensation*) zu sterben, ist relativ hoch. Daher ist anfangs oft eine Behandlung auf der Intensivstation nötig. Eine konsequente Fortsetzung der Therapie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist zwingend geboten. Bei fortschreitendem Herzversagen ist besonders bei jüngeren Patienten zu prüfen, ob ein Kreislaufunterstützungssystem eingesetzt werden muss (s. S. 82), oder ob die Vorbereitung und Listung für eine Herztransplantation erforderlich sind. Besonders wenn nach der Krankenhausentlassung charakteristische Symptome der Herzschwäche, also Atemnot bei kleinen Anstrengungen oder sogar in Ruhe, Wasseransammlungen in den Beinen und körperliche und geistige Leistungsminderung fortbestehen, sollte der Hausarzt bei der Weiterbehandlung durch einen Herzinsuffizienzspezialisten unterstützt werden. Günstig für die weitere Behandlung des Patienten ist es, die Angehörigen einzubeziehen ebenso wie den Hausarzt und die beteiligten Fachärzte. Auch Physiotherapeuten und Diätassistenten sollten in dieses Netzwerk integriert werden. Von höchster Bedeutung für den Behandlungserfolg ist es, bei der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus zu verhindern, dass Versorgungslücken beim Übergang in den häuslichen Bereich entstehen. Wichtig ist, dass alle für die Nachbehandlung wichtigen Informationen zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten ausgetauscht werden.

Behandlungs- und Versorgungsziele

Bei der Behandlung der Herzschwäche geht es darum, das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen oder wenigstens zu verlangsamen, Sterblichkeit und Krankenhausaufenthalte zu verringern und die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern. Neben spezifischen Therapiemaßnahmen, die oft schon im Krankenhaus eingeleitet oder gebahnt werden, empfehlen die aktuellen Behandlungsleitlinien, dass die Patienten und ihre Angehörigen darüber informiert werden, wie die Herzschwäche entsteht und wie sie behandelt werden kann. Dadurch können die Patienten zur aktiven Mitarbeit an der Krankheitsbewältigung motiviert werden und lernen, den Krankheitsverlauf selbst zu überwachen. Nach der Entlassung soll durch regelmäßige Überwachung (*Monitoring*) eine drohende Entgleisung der Herzschwäche (*Dekompensation*) frühzeitig erkannt und durch rechtzeitige Behandlung eine Krankenhausaufnahme vermieden werden. Diese Überwachung kann durch strukturierte Telefonkontakte mit dem Patienten erfolgen. Außerdem stehen heute vielfältige telemedizinische Verfahren zur Verfügung, mit denen *zusätzlich* bei Risikopatienten Messwerte drahtlos (über das Internet) an das Herzinsuffizienzteam übermittelt werden können.

Um den komplexen Problemen von Patienten mit Herzschwäche gerecht zu werden, ist es auch wichtig, die Therapiemaßnahmen von Fachärzten verschiedener Richtungen, also beispielsweise

von Kardiologen, Nierenspezialisten, Diabetologen, Psychologen und Geriatern zu koordinieren. In anderen europäischen Ländern, z.B. Skandinavien oder den Niederlanden, bestehen bereits langjährige positive Erfahrungen mit entsprechenden multidisziplinären Ansätzen. Mit dem unten beschriebenen Programm *HeartNetCare-HF* steht erstmals ein durch eine große wissenschaftliche Studie (prospektiv randomisiert) erfolgreich getestetes Versorgungsprogramm in Deutschland zur Verfügung.

Modell für ganzheitliche Versorgung

Seit mehr als 10 Jahren bemüht sich das *Interdisziplinäre Netzwerk Herzinsuffizienz* (INH), in dem Kliniken, niedergelassene Kardiologen und Hausärzte aus Unterfranken und Baden-Württemberg zusammenarbeiten, um eine umfassende Versorgung der Patienten mit Herzschwäche. Zunächst fand ein Team von Psychologen und Kardiologen heraus, dass ein Behandlungsprogramm in Herzzentren aus logistischen und zeitlichen Gründen viele Patienten nicht erreichen würde. Attraktiv

schien dagegen ein Ansatz, bei dem Patienten im häuslichen Umfeld angesprochen, in Selbstüberwachung geschult und kontrolliert werden. Darauf gründete sich die Entwicklung des Betreuungsprogramms *HeartNetCare-HF* speziell für Patienten, die wegen dekompensierter Herzschwäche in der Klinik behandelt werden





Prof. Christiane Angermann im Gespräch mit einem Patienten, der im Behandlungsprogramm HeartNetCare-HF betreut wird.

mussten. Diese Patienten haben ein besonders hohes Risiko für ernste Ereignisse, z. B. für eine erneute Dekompensation. Seit 2010 ist das *Interdisziplinäre Netzwerk Herzinsuffizienz* an das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz (DZHI) in Würzburg angegliedert, das alle Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung der Herzschwäche anbietet.

Das Programm *HeartNetCare-HF* strebt die Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten an. Speziell ausgebildetes Pflegepersonal betreut und schult unter Anleitung eines Krankenhauskardiologen Patienten und Angehörige und klärt über die Wirkung von Medikamenten und das rechtzeitige Erkennen einer Verschlechterung der Herzschwäche auf. Vor Entlassung aus der Klinik sollen durch Herzinsuffizienzschwestern oder -pfleger, ggf. mit Unterstützung durch den in der Klinik tätigen Kardiologen, bereits geeignete Partner für die ambulante Nachsorge gefunden und diese zeitnah informiert werden. Entsprechend dem individuellen Patientenrisiko wird noch im

Krankenhaus gemeinsam mit dem Patienten ein Überwachungs- und Betreuungsplan festgelegt. Die Beurteilung des Patientenrisikos erfolgt unter Berücksichtigung von Beschwerden, Alter und Begleiterkrankungen.

Wie arbeiten Herzinsuffizienzschwestern und -pfleger?

Im Behandlungsprogramm *HeartNetCare-HF* spielen *Herzinsuffizienzschwestern und -pfleger* eine große Rolle als Kooperationspartner der Ärzte. Schon in der Klinik unterstützen sie den Einschluss von Patienten ins Programm und unterweisen sie und ihre Angehörigen in der Selbstüberwachung von Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht und Beschwerden. Die Patienten erhalten Informationsmaterial, z. B. eine Fibel mit wichtigen Krankheits- und Gesundheitsinformationen und einen Kalender zur Aufzeichnung der Überwachungsergebnisse. Ferner organisiert das Pflegepersonal das Zusammenwirken im Betreuungsnetz. Pfleger und Schwestern lernen den Patienten persönlich kennen, telefonieren bereits ab der ersten Woche regelmäßig mit „ihrem“ Patienten, kontrollieren die Aufzeichnungen von Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht und



Der persönliche Kontakt ist der entscheidende Faktor im HeartNetCare-HF-Programm.

optimieren in Absprache mit den Ärzten die Dosierung der Medikamente. Die Häufigkeit der Anrufe richtet sich nach der Schwere der Erkrankung (1–4 x pro Monat). Im Notfall kann der Patient sich telefonisch an das Netzwerk wenden. Die Schulungsmodule des *HeartNetCare-HF*-Programms, die ebenfalls telefonisch besprochen werden, stehen auf der Website des DZHI*. Der Arbeitsplatz des spezialisierten Pflegepersonals befindet sich in der Regel in einer am Krankenhaus angesiedelten Herzinsuffizienzereinheit.

Jede Woche findet in der Herzinsuffizienzereinheit eine sogenannte *Kurvervisite* statt, in der besprochen wird, wie sich die Herzschwäche bei jedem Patienten entwickelt hat. Anpassung bzw. Steigerung der Medikamentendosierung werden im Dialog mit dem betreuenden Hausarzt oder Kardiologen vereinbart und einvernehmlich umgesetzt. Bei Hinweisen auf beginnende Entgleisung der Herzinsuffizienz (z. B. Gewichtszunahme, Luftnot), Schwierigkeiten bei der Tabletteneinnahme oder Nebenwirkungen der Medikamente geben Schwestern und Pfleger diese Information sofort an Hausärzte und ggf. Kardiologen weiter.

* Siehe: www.chfc.uk-wuerzburg.de/de/aerzte/studien/inh-studie.html

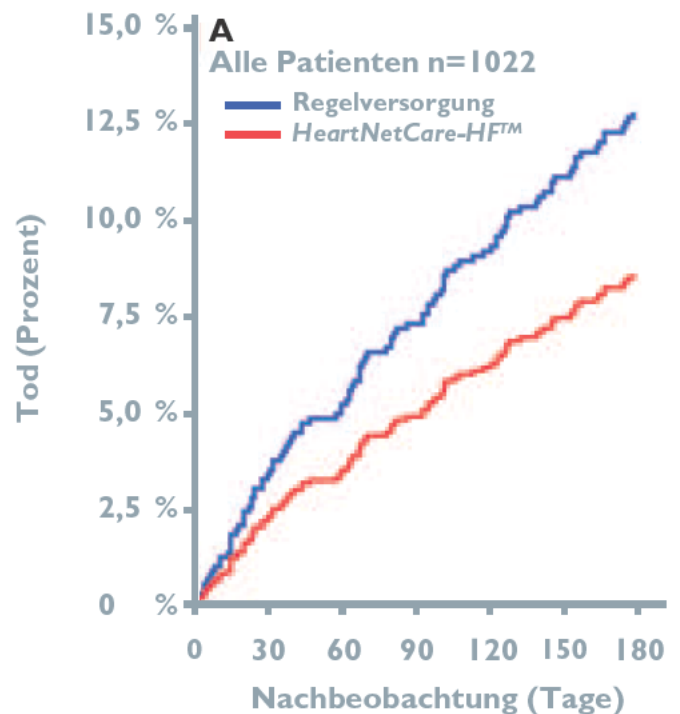
Bevor die Herzinsuffizienzschwestern und -pfleger ihre Arbeit aufnehmen, müssen sie ein zertifiziertes Ausbildungsprogramm erfolgreich durchlaufen haben. Die Qualitätskontrolle und fachliche Weiterbildung erfolgt problemorientiert bei den wöchentlichen Kurvervisiten mit dem Kardiologen der Herzinsuffizienzereinheit. In größeren Abständen erhält das spezialisierte Pflegepersonal am DZHI die Möglichkeit, die am Telefon gemachten Erfahrungen in psychologisch geleiteten Gruppensitzungen aufzuarbeiten.

Eine Erfolgsgeschichte

HeartNetCare-HF ist das erste Betreuungsprogramm, für das im deutschen Gesundheitssystem ein Wirksamkeitsnachweis erbracht wurde. Von mittlerweile mehr als 1000 Patienten mit Herzschwäche wurde die Hälfte im Programm, die andere Hälfte nach üblichen Qualitätskriterien durch den Hausarzt und gegebenenfalls den Kardiologen behandelt (sogenannte randomisierte und kontrollierte

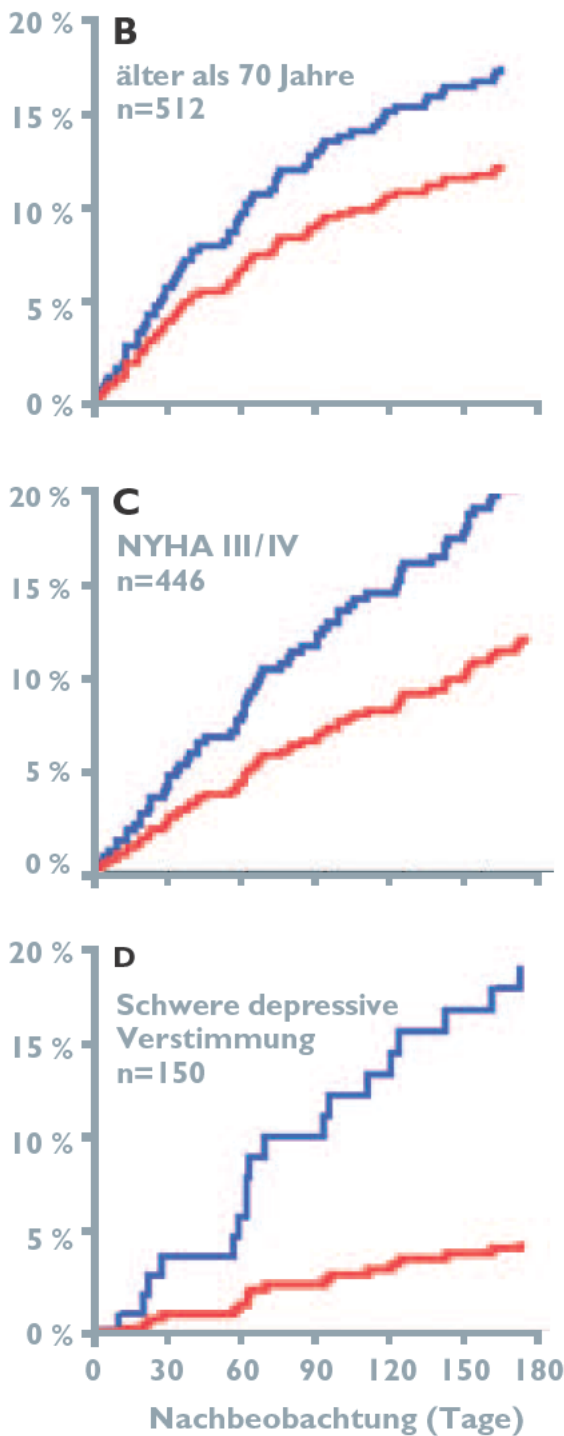
Studie). Nach 180 Tagen wurden alle Patienten nachuntersucht. Bereits in diesem kurzen Zeitraum war die Sterblichkeit in der gesamten Gruppe, die *HeartNetCare-HF* erhielt, um 33%, also ganz erheblich vermindert (Grafik A, rechts). Dieser Effekt war sehr gleichmäßig über alle wichtigen Untergruppen nachweisbar. Außerdem zeigte sich, dass gerade die älteren und schwerer erkrankten Patienten von der Telefonbetreuung besonders profitierten (Grafik B und C, S. 135). Den größten Überlebensgewinn hatten jedoch Patienten, wenn bei ihnen eine depressive Verstimmung als Begleiterkrankung über einen Fragebogen festgestellt worden war: Im Vergleich zur nicht mit *HeartNetCare-HF* betreuten depressiven Kontrollgruppe war die Sterblichkeit innerhalb der ersten 180 Tage nach der Krankenhausentlassung mit 5% gegenüber 18% besonders niedrig (Grafik D, S. 135).

Lebensqualität und körperliche Leistungsfähigkeit wurden bei allen Patienten, die *HeartNetCare-HF* erhielten, günstig beeinflusst. Krankenhauseinweisungen waren zwar in den ersten 180 Tagen nicht seltener, weil im Programm drohende Entgleisungen der Herzschwäche frühzeitiger bemerkt wurden. Jedoch nahm im Studienzeitraum die Aufenthaltsdauer pro stationärem Aufenthalt um mehrere Tage ab. Bei Patienten, die länger als 180 Tage im Programm verblieben, wurden neuerliche Krankenhausaufenthalte zunehmend seltener nötig – ein für die Lebensqualität wichtiger Langzeiteffekt, der zudem kostendämpfend wirkte. Mitbedingt durch das Vertrauensverhältnis zu „ihrer“ Telefonschwester bzw. „ihrem“ Telefonpfleger nahmen die meisten Patienten ihre Medikamente regelmäßiger ein und betrieben eine effektivere Selbstüberwachung. Unter 10% brachen die Teilnahme ab. Bemerkenswert ist, dass 80% der Patienten häufiger als zu Herzproblemen zu anderen Fragen Rat suchten, z.B. zu der durch die Krankheit beeinträchtigten Lebensqualität, zu depressiven Verstimmungen, zu Nebenwirkungen von Medikamenten, zu Begleiterkrankungen wie Diabetes, Blutarmut, Nierenschwäche.



Häufigkeit von Tod innerhalb der ersten 180 Tage nach Krankenhausentlassung nach Entgleisung einer Herzschwäche. Blaue Linie: Patienten der Regelversorgung. Rote Linie: Im HeartNetCare-HF-Programm betreute Patienten. Das Risiko zu sterben wurde durch die Teilnahme am Programm in der Gesamtgruppe um 33% gesenkt (Abbildung A). Bei Menschen über 70 Jahre (Abbildung B) betrug dieser Überlebensvorteil immer noch 29%. Am meisten profitierten Patienten mit fortgeschrittener, stark symptomatischer Herzinsuffizienz der NYHA-Klassen III und IV (53% Risikoverminderung, Abbildung C) und Patienten mit schwerer depressiver Verstimmung (75% Risikoverminderung, Abbildung D). NYHA-Klassen s. S. 10/11.

Eine solche individuellen Bedürfnissen angepasste Betreuung kann durch gerätebasiertes Telemonitoring prinzipiell nicht geleistet werden. Da Schwestern bzw. Pfleger je 100 bis 150 Patienten betreuen können (je nach erforderlicher Betreuungsintensität der einzelnen Patienten) ist das Behandlungsprogramm auch relativ kostengünstig. Bei Hochrisikopatienten lässt sich *HeartNetCare-HF* problemlos mit gerätebasiertem Monitoring kombinieren. Insgesamt stößt diese Betreuungsform auf sehr gute Akzeptanz bei Patienten und Ärzten und kommt damit für eine flächendeckende Anwendung in Betracht. Die Teilnahme am Programm ging nach unserer Erfahrung nicht zu Lasten der Patientenbindung im niedergelassenen Bereich; sowohl Hausärzte als auch



im Bedarfsfall Kardiologen wurden weiterhin regelmäßig aufgesucht.

Perspektiven

HeartNetCare-HF zeichnet sich dadurch aus, dass es sehr wirksam ist und nach den vorliegenden Ergebnissen auch ökonomisch sinnvoll eingesetzt werden kann. Trotzdem stehen

der Umsetzung in eine allgemeine Verbreitung verschiedene Barrieren entgegen: Niedergelassene Ärzte, die das Programm noch nicht kennen, werden der neuen Versorgungsform möglicherweise mit Vorbehalt begegnen. Hier ist Aufklärungsarbeit zu leisten. Ferner muss es im Dialog der Beteiligten neben Vergütungsaspekten auch um Möglichkeiten der optimalen Integration von Herzinsuffizienzseinheiten in die Netzwerke des niedergelassenen Bereiches gehen.

Allerdings wird die Notwendigkeit, der rasch wachsenden Zahl der an Herzschwäche erkrankten Menschen eine umfassende, wirksame und kosteneffektive Versorgung anzubieten, die Lösung der noch offenen Fragen in absehbarer Zeit erzwingen. Sowohl für den stationären wie den ambulanten Bereich sollten national verbindliche Mindeststandards gelten, die beide Bereiche effizient verzahnen, um die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen, die langfristige Prognose zu verbessern, die Lebensqualität zu erhalten und weitere Krankenhausaufenthalte zu verhindern.

Dem spezialisierten Pflegepersonal könnte hier eine wichtige Rolle zukommen. Ärztliche Zeitressourcen können so optimiert eingesetzt werden, wobei natürlich Pflegepersonal den Arzt nicht ersetzen kann. Es gilt, das Berufsbild *Herzinsuffizienzschwester bzw. -pfleger* besser zu definieren, ausreichende Ausbildungskapazitäten vorzuhalten und dem verantwortungsvollen Aufgabenprofil mit angemessener Vergütung zu entsprechen. Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie hat in Kooperation mit dem DZHI Würzburg für Deutschland ein Ausbildungszentrum für in Herzinsuffizienz spezialisierte Pflegekräfte etabliert, das regelmäßig berufsbegleitende Kurse anbietet. Weitere Ausbildungskapazitäten müssen geschaffen werden, um den wachsenden Bedarf an Herzinsuffizienzschwestern und -pflegern zu decken.

Die INH-Studie wurde gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, FKZ 01G10304), vom Kompetenznetz Herzinsuffizienz (BMBF, FKZ 01G10205) und vom Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz (BMBF, FKZ 01EO1004).