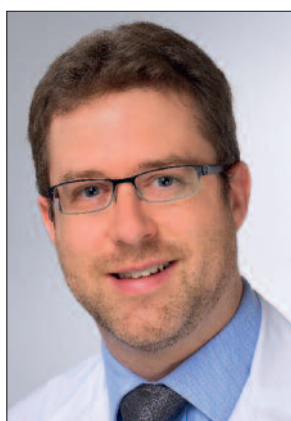


Die Folgen der Herzinsuffizienz werden immer noch unterschätzt

Kardiologe, Herzinsuffizienz-Beraterin und Hausarzt zu Versorgung und Zusammenarbeit

Immer älter, immer kränker: Die steigenden Zahlen herzinsuffizienter Patienten werden zunehmend zu einer Herausforderung für das Gesundheitssystem. Die Kommunikation zwischen Grundversorgern und Herzspezialisten hat sich in den letzten Jahren verbessert. Bei komplexen Problemen sind die Hausärzte aber oft auf sich allein gestellt.

Regina Scharf



PD Dr. med. Andreas Flammer



Susy Suter



Dr. med. Adrian Wirthner

Immer bessere und zugleich komplexere Behandlungen führen dazu, dass Patienten mit Herzinsuffizienz immer länger leben. «Im Vergleich zu früher stehen uns viel mehr Medikamente zur Verfügung», sagt der Kardiologe PD Dr. med. Andreas Flammer, Herzinsuffizienz-Spezialist am universitären Herz-Zentrum in Zürich. Dazu kämen die verschiedenen Devices, beispielsweise die implantierbaren Cardioverter-Defibrillatoren (ICD), Geräte zur Resynchronisationstherapie (CRT) und schliesslich die Unterstützungssysteme bei terminaler Herzinsuffizienz. «Trotz der vielzähligen Therapien bleibt die Herzinsuffizienz eine sehr ernste Erkrankung, deren Morbidität und Mortalität leider immer noch stark unterschätzt wird», sagt Andreas Flammer.

Für den Kardiologen sind die steigenden Patientenzahlen die grösste Herausforderung in der zukünftigen Versorgung. «Diese sind nur gemeinsam mit den Hausärzten zu bewältigen», so

«Trotz der vielzähligen Therapien bleibt die Herzinsuffizienz eine sehr ernste Erkrankung, deren Morbidität und Mortalität leider immer noch stark unterschätzt wird.»

Flammer. Eine frühzeitige Behandlung an einem spezialisierten Zentrum, in Zusammenarbeit mit den Hausärzten, sei deshalb entscheidend. Neben den Patientenzahlen bereitet dem Allgemeinmediziner Dr. med. Adrian Wirthner und der Herzinsuffizienz-Beraterin

Susy Suter vor allem die hohe Anzahl von Komorbiditäten bei diesen Patienten Sorge. «Unsere Patienten sind multimorbide, häufig betagte Patienten mit einem unglaublich komplexen Medikamentenregime, die extrem anfällig sind für Dekompensationen», sagt Susy Suter, die in der kardiologischen Sprechstunde am Universitätsspital Bern tätig ist. Zudem gehe oft vergessen, dass die Herzinsuffizienz eine progressive Erkrankung sei. «Die Funktion des linken Ventrikels kann bei einer Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion nur bis zu einem gewissen Grad durch Medikamente verbessert werden», sagt Suter. Da das Herz bei fortschreitender Erkrankung immer weniger in der Lage sei, auf eine Volumenzunahme adäquat zu reagieren, werde das Flüssigkeitsmanagement immer wichtiger. Neben der Herzinsuffizienz existieren jedoch oft zahlreiche andere Probleme, beispielsweise eine chronische Niereninsuffizienz. «Diese erschwert die Diuretikatherapie und führt dazu, dass wir uns mit der Therapie auf einem schmalen Grad bewegen.»

Ohne die Mitarbeit des Patienten geht es nicht

Wie schmal der Grad ist, zeigt sich an den Dekompensationen. Diese sind der häufigste Grund für die Hospitalisation herzinsuffizienter Patienten durch den Hausarzt. «Aber bei Weitem nicht der einzige», sagt Adrian Wirthner, der in der Praxis Bubenbergrasse in Bern arbeitet und Immobilisations- und Autonomieverlust als weitere häufige Gründe für eine vorübergehende Spitalweisung nennt. «Dazu kommt, dass die Herzinsuffizienz die Behandlung anderer Erkrankungen wie einen entgleisten Diabetes oder eine Pneumonie erschwert, sodass bei diesen Patienten eine Spitalweisung notwendig sein kann», so

Move the information, not the patient

So lautet das Prinzip des «HerzMobil Tirol», eines integrativen Versorgungsprojekts für Patienten, die nach akuter kardialer Dekompensation aus dem Spital entlassen werden. Das Projekt vernetzt die in die Behandlung involvierten Personen inner- und ausserhalb des Spitals, integriert telemedizinische Überwachung und bindet den Patienten aktiv in das Krankheitsmanagement ein.

Die Zeit nach der Spitalentlassung stellt für Patienten mit Herzinsuffizienz eine besonders vulnerable Phase dar: Bis zu 50 Prozent der Betroffenen werden innerhalb von sechs Monaten erneut hospitalisiert. Aus Untersuchungen weiss man, dass sich die Häufigkeit von Rehospitalisationen mithilfe telemedizinischer Einrichtungen reduzieren lässt. Eine langfristige Stabilisierung ist aber vor allem mit Disease-Management-Programmen zu erreichen, die eine umfassende Schulung der Betroffenen und eine konsequente Therapieoptimierung zum Ziel haben. Das Netzwerk HerzMobil Tirol kombiniert diese beiden Interventionen. Mit Erfolg, wie es scheint: Nachdem das Projekt seit 2012 in verschiedenen Phasen evaluiert worden ist, soll es nun in die Routineversorgung Tirols integriert werden.

Quelle: Von der Heide A, Ammenwerth E, Bauer K et al.: HerzMobil Tirol network: rationale for and design of a collaborative heart failure disease management program in Austria. Wien Klin Wochenschr 2014; 126: 734–741.



Weitere Informationen unter
www.rosenfluh.ch/qr/herzmobiltirol
oder direkt via QR-Code.

der Allgemeinarzt. Aus der Spitalperspektive sind dagegen Erstmanifestationen einer Herzinsuffizienz oder weiterführende Diagnostiken, beispielsweise im Hinblick auf eine Devicetherapie oder Transplantation, häufige Gründe für eine Zuweisung.

Die Frage «ob» beziehungsweise «wie» sich die Zahl der Hospitalisationen reduzieren lässt, wurde sehr unterschiedlich beantwortet. Susy Suter gab sich überzeugt, dass ein Teil der Dekompensationen vermeidbar wäre, wenn eine Volumenüberlastung – beispielsweise durch tägliche Gewichtskontrollen des Patienten – frühzeitig erkannt und behandelt würde. «Neben dem Gewicht gibt der Füllungszustand der Halsvenen einen wichtigen Hinweis auf den Volumenstatus der Patienten», so Suter. Bei den ärztlichen Kontrollen lohnt es sich deshalb, neben dem Gewicht auch die Halsvenen zu überprüfen.

Für Adrian Wirthner ist das Problem komplexer: «Die Verschlechterung der Herzinsuffizienz ist ein schleichender Prozess, die Dekompensation tritt dann scheinbar akut ein», erklärt der Allgemeinmediziner. Er stellt sich die Frage, wie es gelingt, die Abstände zwischen den Arztbesuchen so einzustellen, dass

eine Verschlechterung rechtzeitig erkannt, eine Überfürsorge und ein Autonomieverlust aber verhindert werden. Andreas Flammer ist vor allem eines wichtig, nämlich dass Patienten, die wiederholt dekomensieren, der Herzinsuffizienz-Sprechstunde zugewiesen werden. «Solche Fälle sollten wir unbedingt genauer anschauen», sagt der Kardiologe.

Indessen sind sich die Interviewten einig, dass eine Krankheitsstabilität nur zu erzielen ist, wenn der Patient in die Behandlung einbezogen wird und mitarbeitet. Als wichtige Voraussetzung dafür wurde die regelmässige Information genannt. «Wir müssen den Patienten erklären, dass sie durch Massnahmen wie die tägliche Gewichtskontrolle und eine eingeschränkte Salzzufuhr eine Krankheitsverschlechterung, gegebenenfalls einen Spitaleintritt, verhindern können», sagt Andreas Flammer. Doch genau hier scheint die Crux zu liegen: «Unsere Patienten sind aufgrund des Alters, ihrer Komorbiditäten und fehlender Unterstützung häufig nicht in der Lage, die an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen», sagt Susy Suter. Zu einem ähnlichen Schluss kommt Adrian Wirthner: «Das Selbst-

management funktioniert bei älteren Patienten nur, wenn man es auf zwei Massnahmen beschränkt.» Zum Beispiel: «Melden Sie sich, wenn Ihr Kör-

«Das Selbstmanagement funktioniert bei älteren Patienten nur, wenn man es auf zwei Massnahmen beschränkt.»

pergewicht 65 Kilogramm überschreitet und wenn Sie es nicht mehr bis in den ersten Stock schaffen, ohne anzuhalten.» Ganz anders verhält es sich oft bei jüngeren Menschen mit Herzinsuffizienz. «Wir haben Patienten, die sehr autonom und zuverlässig sind und ihre Behandlung mithilfe eines Diuretika-schemas selbstständig steuern», berichtet Susy Suter.

Herzinsuffizienz-Berater: willkommen im Spital, umstritten in der Praxis

Um die Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung zu schulen, setzen viele Spitäler im stationären Setting Herzinsuffizienz-Berater ein. «Die spezialisierten Pflegekräfte diskutieren, wenn möglich unter Einbezug der Angehörigen, die verschiedenen Aspekte der Behandlung und stehen als Ansprechpersonen für Fragen zur Verfügung, die mit der Zeit auftreten», sagt Andreas Flammer. Bei den niedergelassenen Ärzten beginnt sich das Konzept der nicht ärztlichen Beratung erst allmählich zu etablieren. «Vielen Ärzten fällt es schwer, Aufgaben und Verantwortung abzugeben», sagt Adrian Wirthner. Der Austausch im Team benötige Ressourcen, und diese dürften nicht zu gross sein. Darüber hinaus benötige man eine ausreichende Zahl von Patienten, damit sich die Anstellung eines Herzinsuffizienz-Beraters lohne. «Für uns ideal ist, die praxiseigenen MPA so auszubilden, dass sie diese Zusatzfunktion übernehmen», erklärt Wirthner.

Für Susy Suter wäre die Pflege aufgrund ihrer breiteren medizinischen Ausbildung in diesem Bereich ebenfalls tipptopp positioniert. Das heutige Modell einer Beraterin ist ihr allerdings zu eng gefasst. «Mir schwebt eine Tätigkeit nach dem Vorbild einer amerikanischen Heart Failure Nurse vor, die in die gesamte Nachsorge des Patienten eingebunden ist und für Kardiologen

und Hausarzt eine echte Unterstützung darstellt», sagt Suter. Die Ausübung einer solchen Funktion scheitert vorerst nicht nur an den Ärzten. «Viele Pflege-

«Mir schwebt eine Tätigkeit nach dem Vorbild einer amerikanischen Heart Failure Nurse vor, die in die gesamte Nachsorge des Patienten eingebunden ist und für Kardiologen und Hausarzt eine echte Unterstützung darstellt.»

kräfte haben ebenfalls Mühe mit dem Gedanken, eigene Entscheidungen zu treffen und zu verantworten und nicht nur auf ärztliche Anweisung zu handeln», so Suter.

Bei komplexen Fragen sind die Hausärzte auf sich allein gestellt

Nach all den Diskussionen zur Versorgung herzinsuffizienter Patienten bleibt noch die Frage nach der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. «Die Zusammenarbeit funktioniert gut und hat sich in den letzten Jahren stark verbessert», sind sich alle drei einig. «Die Hausärzte machen ihre Arbeit gut», sagt Susy Suter. «Sie versuchen, unsere Behandlungsempfehlungen umzusetzen, und kontaktieren uns bei Unsicherheiten oder Problemen.» Schwieriger wird die Zusammenarbeit, wenn es über die kardiale Problematik hinausgeht. «Die Herzinsuffizienz ist oft nur eines von zahlreichen Problemen, die der Patient in der Hausarztpraxis mitbringt», sagt Adrian Wirthner. Die Hausärzte beschäftigten sich unter anderem intensiv mit den Fragen, wie man die verschiedenen Diagnosen zu gewichten habe und welche Medikamente man allenfalls weglassen könne, weil sie dem Patienten am wenigsten nützten. «Zu dieser Antwort kann der Spezialist meistens wenig beitragen, weil er «seine» Erkrankung für die wichtigste hält», sagt der Allgemeinmediziner. Bei der Beantwortung sind die Hausärzte nicht zuletzt auch wegen der fehlenden Studien auf sich allein gestellt. ❖

Regina Scharf