**Statement Univ.-Doz. Dr. Martin Hülsmann**Leiter der Spezialambulanz Herzinsuffizienz am AKH Wien/Med Uni Wien und Leiter der ARGE Herzinsuffizienz der ÖKG

**Disease Management Programme bei Herzinsuffizienz**Die Herzinsuffizienz ist eines der großen, ungelösten Gesundheitsproblemfelder. Herzinsuffizienz ist die häufigste Diagnose bei Spitalsentlassungen bei Menschen über 65 Jahren und 50 Prozent dieser Patienten werden innerhalb der ersten sechs Monate nach der Entlassung wieder im Spital aufgenommen. Diese Wiederaufnahmen wären in vielen Fällen vermeidbar. Auch das Sterberisiko von Patienten mit Herzinsuffizienz ist in den Monaten kurz nach der Spitalsentlassung am höchsten. Darum ist eine dichtere Versorgung und Betreuung kurz nach der Spitalsentlassung dringend nötig.

**Der Schnittstellenproblematik begegnen**„Nach einem stationären Aufenthalt“ sollte nicht „vor dem nächsten stationären Aufenthalt“ bedeuten. Folgekontakte zum Patienten nach Entlassung durch Hausbesuche oder auch das Telefon unterstützen die Vernetzung des Patienten mit den Gesundheitseinrichtungen und erhöhen den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Alle Versorgungsebenen vom niedergelassenen Bereich, über die Ambulanzen, bis zu den Intensivstationen müssen Vernetzung in ihrem Arbeitsalltag leben können, um den Patienten – der ja für uns alle im Zentrum steht – optimal zu versorgen.

**Komplexität mit multidisziplinärem Ansatz lösen**Die European Society of Cardiology (ESC) betont die Multidisziplinarität bei Disease Management Programmen (DMP) zur Herzinsuffizienz besonders. Dieser multidisziplinäre Ansatz ist der Komplexität der Erkrankung geschuldet. Die Betroffenen sind meist in einem hohen Alter, multiple Co-Morbiditäten gehen mit der Erkrankung einher. Wechselwirkungen der Medikamente sind dadurch zu beachten. Die Vielzahl an Kontakten der Patienten zu medizinischen Einrichtungen führt leider zu keiner Kontinuität in der Behandlung, sondern zu widersprüchlichen Untersuchungsergebnissen und zu unabgestimmten therapeutischen Entscheidungen. Sogar im Spital sind unterschiedliche Abteilungen zuständig. Darum ist die Vernetzung aller beteiligten Health Care Professionals ein integraler Bestandteil eines erfolgversprechenden DMP.

**Vernetzung ist der Schlüssel**Disease Management Programme können unterschiedlich ausgeformt sein. Viele beziehen Tools der Telemedizin ein und nützen somit die technischen Vernetzungsmöglichkeiten. Dies erweitert heute dramatisch unsere Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten. Man sollte jedoch immer daran denken, dass solche Systeme subsidiär zu betrachten sind. Viel wichtiger ist die professionelle und menschliche Vernetzung. Die verschiedenen Health Care Professionals müssen die Möglichkeit haben, sich über die Situation des jeweiligen Patienten auszutauschen und die Zeit haben, den Betroffenen umfassend zu informieren und zu motivieren, denn die aktive Einbeziehung des Patienten verspricht den höchsten Erfolg. Sie steigert die Compliance und trägt zu einer nachhaltigen Eigenkompetenz des Patienten bei. Gerade lebensstilabhängige chronische Krankheiten wie die Herzinsuffizienz bedingen immer einen hohen Kommunikationsaufwand, der auch entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen erfordert. Durch Reduktion von Spitalsaufnahmen in weiterer Folge sind diese jedoch letztendlich zumindest kostenneutral.

**Optimiertes Management**Für eine personalisierte und sich an neue Situationen anpassende Medikation ist eine engmaschige Beobachtung der zentralen Gesundheitsparameter des Patienten essenziell – dazu zählen z.B. Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz, Blutzucker und andere Blutwerte. So kann einer Krankheitsprogression rasch und zielgerichtet begegnet werden. Dies erfordert wieder die Einbindung des Patienten und der niedergelassenen Ärzteschaft in das Management dieser Erkrankung. Die Bewertung des Gesundheitszustands und eine eventuell notwenige Intervention sollte bei unerklärbarer Gewichtszunahme, der Veränderung des Ernährungs- und des funktionalen Zustands unverzüglich erfolgen und der rasche Zugang zu weiterführenden Behandlungsoptionen sichergestellt sein. Dies benötigt einen zentralen Case Manager, wobei hier nicht die Fachebene, sondern die Kommunikationsfähigkeit auf allen Ebenen des Gesundheitssystems entscheidend ist.

**Soziale Aspekte bedenken**Ein Faktor für die Wiederaufnahmen ins Spital kann auch eine ungenügende soziale Unterstützung des Betroffenen sein. Viele leben allein und benötigen gerade während akuter Leistungseinbrüche, den sogenannten Dekompensationen, einen vereinfachten Zugang zu pflegerischer Betreuung. Auch psychosoziale Hilfestellungen für Patienten und pflegende Angehörige sollten verstärkt angeboten werden. So lassen sich viele Spitalsaufnahmen vermeiden, da diese oft nur aufgrund einer mangelnden Basisbetreuung erfolgen oder verlängert werden.

**Vielfältige Programme mit Evidenz – nationaler Plan gefordert**Disease Management Programme nach der Spitalsentlassung sind bereits etabliert, um Wiederaufnahmen ins Spital, Mortalität und Kosten zu reduzieren. Viele dieser DMP-Projekte wurden umfassend wissenschaftlich untersucht, wobei trotz der Unterschiedlichkeit der Programmansätze und deren heterogener Outputs immer das Kernergebnis war, dass Hospitalisierungszeiten und Kosten gesenkt werden konnten. In Österreich sind derzeit nur wenige DMP Programme im Laufen, obwohl sie sich als nutzen- und kosteneffizient erwiesen haben. Österreich braucht einen nationalen Plan für ein strukturiertes DMP der Herzinsuffizienz.