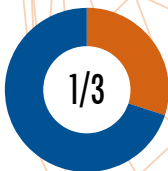


„Mut zum Ausmisten!“

Heute kommt es bei Patienten mit Herzinsuffizienz mehr als doppelt so oft zu Hospitalisierungen als Mitte der 90-er Jahre. Während in Kliniken vor allem die Multimorbidität der Patienten Probleme bereitet, gerät ambulant oft die adäquate Medikation bei **aufgeblähten Arzneikatalogen** unter die Räder. Sind Netzwerke die Rettung?



Um ein Drittel ist die Sterbeziffer bei Herzinsuffizienz seit den 1990er Jahren gesunken.

Die Prognose von Patienten mit Herzinsuffizienz sei trotz gewisser Verbesserungen durch die Betablocker- und ACE-Hemmer-Therapie noch immer annähernd so schlecht wie die Prognose von Patienten mit soliden Tumoren, sagt der niedergelassene Kardiologe Dr. Thomas Schröder aus Hamburg. Maximal 60 Prozent der Herzinsuffizienz-Patienten seien in Deutschland derzeit leitliniengerecht versorgt. Es gebe einzelne KV-Regionen, in denen nicht einmal vier von zehn Herzinsuffizienz-Patienten eine Echokardiographie erhielten. Während die stationären Aufnahmen wegen koronarer Herzerkrankung (KHK) zwischen 1995 und 2015 um 18,1 Prozent zurückgegangen sei, sei die Zahl der Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz heute mehr als doppelt so hoch wie Mitte der 90er Jahre.

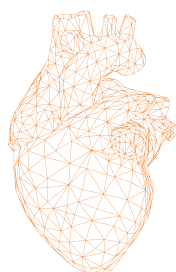
Dekompensationen vermeiden

Als Problem bei der Herzinsuffizienzversorgung sehen sowohl Schröder als auch Prof. Hans-Peter Thomas vom Evangelischen Krankenhaus Herzberge in Berlin die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Als Folge von Dekompensationen wechseln viele Herzinsuffizienz-Patienten relativ häufig von der ambulanten Versor-

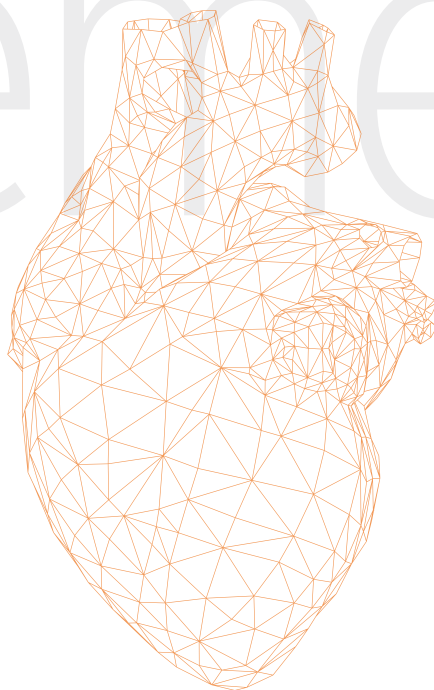
gung ins Krankenhaus und umgekehrt. Prognostisch sind Dekompensationen ungünstig, und viele derartige Episoden ließen sich durch eine adäquate ambulante Versorgung prinzipiell vermeiden.

Zu den Problemen auf stationärer Seite zählt, dass der Multimorbidität vieler Patienten nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Insbesondere kognitive Defizite würden nicht erkannt, so Thomas. Dies könne unter anderem dazu führen, dass ungünstige Medikamente verschrieben werden oder dass es zu Delirepisoden kommt und der Patient am Ende zwar kardial re kompensiert, aber mental beeinträchtigt entlassen wird. „Bei bis zu 40 Prozent der Herzinsuffizienz-Patienten, die über die Notaufnahme kommen, lassen sich kognitive Defizite nachweisen“, betonte Thomas.

Abhilfe schaffen könnte ein kurzes kognitives Screening bei Aufnahme. Allerdings müssten dann auch Strukturen geschaffen werden, um auffällige Patienten speziell zu betreuen. Thomas regte in diesem Zusammenhang die Etablierung von Delirpflegern an, die dafür sorgen, dass bei Risikopatienten delirpräventive Maßnahmen ergriffen werden. In Studien sei dadurch die Delirrate um teilweise über 70 Prozent gesenkt worden (Kratz T et al. *Ärzteblatt* 2015; 112:289-96).



Management



In geriatrischen
Kliniken leidet

jeder

10.

über

65-Jährige

und jeder

2.

über

85-Jährige

an Herzinsuffizienz

Weniger als

150

Einweisungen pro

100.000

Einwohner wegen

KHK

stehen fast

550

wegen Herzinsuffizienz
gegenüber

Mut zur Priorisierung

Bei der Überleitung in die ambulante Versorgung bereitet vor allem die Medikation Probleme. Stationäre Aufenthalte führen gerade bei multimorbiden Patienten oft zu einer Aufblähung des Medikationskatalogs. Das Ergebnis ist, dass wichtige Herzinsuffizienzmedikamente ambulant oft nicht oder nicht in adäquater Dosierung weitergeführt werden. Thomas plädierte vor diesem Hintergrund für Mut zum Ausmisten: „Medikamente ohne vernünftige Indikation sollten gestrichen werden. Und es kann auch Sinn machen, bei manchen Patienten zu priorisieren.“

Bei einem schwer herzinsuffizienten Patienten, der seine Medikamente benötigt, um prognostisch ungünstige Hospitalisierungen zu vermeiden, steht die Herzinsuffizienz zwangsläufig weit vorne auf einer solchen Priorisierungsliste. Denn die von den Herzinsuffizienzleitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) empfohlenen Dauermedikamente (Betablocker, Mineralokortikoid-Antagonist, RAAS-Hemmstoff oder Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsininhibitor) seien lebensverlängernd und könnten Rehospitalisierungen verhindern.

Gelingen kann ein besseres Medikationsmanagement nach stationärer Entlassung nur, wenn alle beteiligten Ärzte miteinander kommunizieren. Schröder warb daher für regionale Heart Failure-Netzwerke, wie sie auch die kardiologischen und kardiologischen Fachgesellschaften propagieren. In diesen Netzwerken kooperieren Herzinsuffizienzambulanzen großer Krankenhäuser mit entsprechend spezialisierten Schwerpunktpraxen unter Einbeziehung der Hausärzte, die in Deutschland rund 60 Prozent der Herzinsuffizienzpatienten versorgen.

Hilft die Politik?

Ein wichtiges „technisches“ Hilfsmittel solcher Netzwerke könnte der bundeseinheitliche Medikationsplan werden. Seit April müssen Ärzte einen solchen Plan elektronisch mit ihrer Praxis-IT erstellen können. Von anderen Einrichtungen kann er per Barcode-Scanner, künftig auch per elektronischer Gesundheitskarte, eingelesen werden. Bei der Netzwerkbildung wiederum setzen viele auf das im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angelegte Entlassmanagement. Das Gesetz verpflichtet Krankenhäuser zu einer besseren Überleitung in die ambulante Versorgung, inklusive Medikationstransfer. Wie immer in der Gesundheitspolitik ist die Realität freilich nicht ganz so einfach wie die Theorie: Gegen das Entlassmanagement läuft eine Klage der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft. Und der bundeseinheitliche Medikationsplan krankt unter anderem daran, dass viele Krankenhäuser nicht über die nötige Software verfügen, und er zunächst auch nur auf Papier ausgegeben wird – ganz zu schweigen von einer angemessenen Vergütung für die hausärztliche Leistung. *Philipp Grätzel*

Quelle: Kardiologentage 2017, 17.-19.3.17, Berlin,
Veranstalter: Novartis