

# Aus Sicht der Fachgesellschaft\*

## Disease-Management-Programm (DMP) Herzinsuffizienz

Von Christiane E. Angermann

In Deutschland ist „Herzschwäche“ (Herzinsuffizienz, HI) die häufigste zur Krankenhausaufnahme führende Gesundheitsstörung. Sie ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Mit steigender Lebenserwartung und immer erfolgreicherer Behandlung akuter Herzkrankungen werden Inzidenz und Prävalenz vorhersehbar weiter zunehmen. Schlechte Prognose und Lebensqualität der Betroffenen und gesundheitsökonomische Konsequenzen erfordern dringend die Entwicklung effektiverer Versorgungskonzepte.

### Heterogene Ursachen, Chancen der Prävention

Das Spektrum von Ursachen und Auslösern ist breit. Meist liegen chronische Herzkrankheiten, z. B. koronare oder hypertensive Herzkrankheit, primäre Kardiomyopathien, oder Herzvitien zugrunde. Neben vielen altersassoziierten Gesundheitsproblemen dieser Patienten, müssen multiple charakteristische Begleiterkrankungen und Komplikationen berücksichtigt werden, die HI zu einer „Systemerkrankung“ machen, z. B. Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Anämie, Eisenmangel oder Schlafapnoe. Akutereignisse wie Arrhythmien, hypertensive Entgleisung oder akutes Koronarsyndrom können Dekompensationen auslösen.

Daneben gibt es häufige nicht-kardiale Auslöser, z. B. Infektionen, Lungenerkrankungen oder Lebensstil-Faktoren, wobei das Ab- oder Umsetzen von HI-Medikamenten besonders häufig zur Entgleisung führt. Frühzeitige Erkennung von Risikopatienten und präventive Maßnahmen wie Hochdruckbehandlung, Nikotinkarenz, körperliches Training und gesunde Ernährung können der Entwicklung von HI vorbeugen. Weil Begleiterkrankungen Symptomatik, Fortschreiten und Prognose der Herzinsuffizienz ungünstig beeinflussen, ist auch deren frühzeitige Diagnose und Therapie wichtig.

### Schlüsselrolle akuter kardialer Dekompensationen

Der Krankheitsverlauf der HI ist belastet von lebensbedrohlichen Dekompensationen, die mit Atemnot

in Ruhe oder bei minimaler Belastung, pulmonaler Stauung und peripheren Ödemen einhergehen, und prompte medizinische Versorgung und meist eine notfallmäßige Hospitalisierung erfordern. Dekompensationen führen fast regelhaft zu Organschäden, – nicht nur des Herzens, sondern z. B. auch der Niere, der Leber und der Lunge. Die Rückbildung dieser Schäden ist langwierig, reicht weit über die Entlassung hinaus und bleibt oft unvollständig.

Die Krankenhaussterblichkeit ist hoch – nach amerikanischen Datenbanken besonders dann, wenn Patienten nicht in einer kardiologischen Einrichtung versorgt werden (10-15 Prozent). Die Sterblichkeit innerhalb eines Jahres liegt bei 20-40 Prozent. Der Krankheitsverlauf ist damit bei mindestens einmal dekompensierten HI-Patienten prognostisch ungünstiger als bei den meisten Krebserkrankungen, die in Deutschland üblicherweise fachärztlich bzw. in Spezialabteilungen therapiert werden.

Auch das Risiko erneuter kardialer Dekompensationen steigt nach der Index-Hospitalisierung sprunghaft. In den ersten zwölf poststationären Wochen betrug die Wiederaufnahmerate im EuroHeartFailure Survey 24 Prozent. Innerhalb von 30 Tagen wurden in großen US-Registern Re-Hospitalisierungsraten von 20-25 Prozent gefunden.

Aktuelle deutsche Zahlen gibt es nicht, sie dürften aber in derselben Größenordnung liegen. Bemerkenswert ist, dass verglichen mit niemals wegen HI hospitalisierten Patienten das Todes- oder Re-Hospitalisierungsrisiko in den ersten 30 poststationären Tagen über sechsmal höher war.

Auch wenn dieses Risiko im Verlauf ohne erneute Hospitalisierung exponentiell absank, blieb es auch nach zwei Jahren verglichen mit nie Hospitalisierten noch doppelt so hoch. Einmal dekompensierte Patienten bleiben somit längerfristig Hochrisikopatienten.

\* Indossiert von Vorstand und Klinischer Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung

Ihr Versorgungs- und Überwachungsbedarf steigt gravierend und ist besonders hoch in der vulnerablen poststationären Frühphase. Gleichzeitig wächst die Chance eines bedarfsadaptierten Disease-Management-Programmes (DMP), stationäre Wiederaufnahmen zu verringern. Es muss allerdings, um erfolgreich zu sein, zwingend die Dynamik des Risikos (Tod, Re-Hospitalisierung) in Abhängigkeit vom Zeitintervall seit der letzten Hospitalisierung berücksichtigen.

### **Behandlungsbedarf bei fortgeschrittener und terminaler Herzinsuffizienz**

Das Stadium der fortgeschrittenen bzw. terminalen HI ist durch hochgradig verminderte kardiale Leistung, erhöhte Füllungsdrücke der Herzkammern, Gewichtsverlust, systemische Entzündung, dystrophe Veränderungen der Muskulatur, sowie häufig auch Depression, Angst, kognitive Störungen und multiple Hospitalisierungen trotz optimierter HI-Therapie gekennzeichnet. Sehr häufig persistieren bei solchen Patienten auch unter stationären Bedingungen ausgeprägte Symptome (Atemnot bei leichten Belastungen oder sogar in Ruhe entsprechend einem NYHA-Stadium III und IV).

Bei geeigneten Personen muss in diesem Stadium neben der Behandlung mit Devices (implantierbarer Kardioverter/Defibrillator, bi-ventrikuläre Schrittmachersysteme) auch eine mechanische Herz-Ersatztherapie bzw. die Vorbereitung und Listung für eine Herztransplantation erwogen werden.

Um solche Patienten rechtzeitig zu identifizieren und damit zeit- und sachgerechte Therapieentscheidungen zu ermöglichen, ist eine fachärztliche Mitbetreuung und die längerfristige Anbindung symptomatischer HI-Patienten an spezialisierte Zentren erforderlich. Nötig sind ferner die enge Verzahnung und Kooperation von ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern im stationären und ambulanten Bereich, sowie die Einbeziehung auch der Angehörigen und sozialen Netzwerke des Patienten.

Die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitssystem, das Fehlen eines strukturierten Entlass-Managements und einer Infrastruktur für Kommunikation und Interaktion der Beteiligten stellen für eine optimale Versorgung von HI-Patienten und die Begrenzung der steigenden Hospitalisierungsraten und Gesundheitskosten derzeit noch ein gravierendes Hindernis dar.

### **Der Herzinsuffizienz-Epidemie wirksam begegnen: Gemeinsames Anliegen von DGK und DGTHG**

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DGK) hat sich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) die Förderung des Aufbaus qualitätsgesicherter integrierter Versorgungsstrukturen für herzinsuffiziente Patienten zur Aufgabe gemacht. Ziel ist, die Behandlung der HI nach jeweils aktuellem Wissenstand sicher zu stellen und wirksam akute Dekompensationen und Hospitalisierungen zu vermeiden. Die Neuordnung soll die ambulante Versorgung durch Hausarzt und niedergelassene Kardiologen und die stationäre Behandlung auf definierten Versorgungsstufen umfassen.

Standards und Qualitätsmerkmale für stationäre und poststationäre ambulante Behandlung und den Übergang zwischen Versorgungsebenen werden definiert und sollen Versorgungskontinuität und -qualität sichern. Die vorgeschlagene Struktur eines „Herzinsuffizienz-Netzwerks“ (HF-NETs) soll aus ambulanten und stationären Herzinsuffizienz-Einheiten (Heart Failure Units, HFUs) bestehen, durch deren Module Versorgungskontinuität auch beim Wechsel zwischen den Versorgungsebenen und eine strukturierte post-stationäre Weiterbetreuung in Kooperation mit dem Hausarzt gewährleistet werden. Das individuelle medizinische und soziale Umfeld soll dabei mitberücksichtigt werden. Implementierung und anhaltende Qualitätssicherung der Einheiten werden durch ein Evaluationsverfahren unterstützt. Ein Positionspapier dazu wird derzeit erarbeitet.

DGK und DGTHG begrüßen vor diesem Hintergrund ausdrücklich die Initiative im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein DMP für Herzinsuffizienz (DMPHI) zu entwickeln, und sind uneingeschränkt zur Zusammenarbeit bereit, um die gemeinsame Zielsetzung zu realisieren. Aus Sicht der Fachgesellschaften ist eine integrierte (sektorenübergreifende) Versorgung wesentliche Voraussetzung dafür, dass Mortalität und Re-Hospitalisierungsraten bei HI reduziert und die Lebensqualität betroffener Patienten verbessert werden können.

### **Versorgungskontinuität – eine *Conditio sine qua non* bei Herzinsuffizienz**

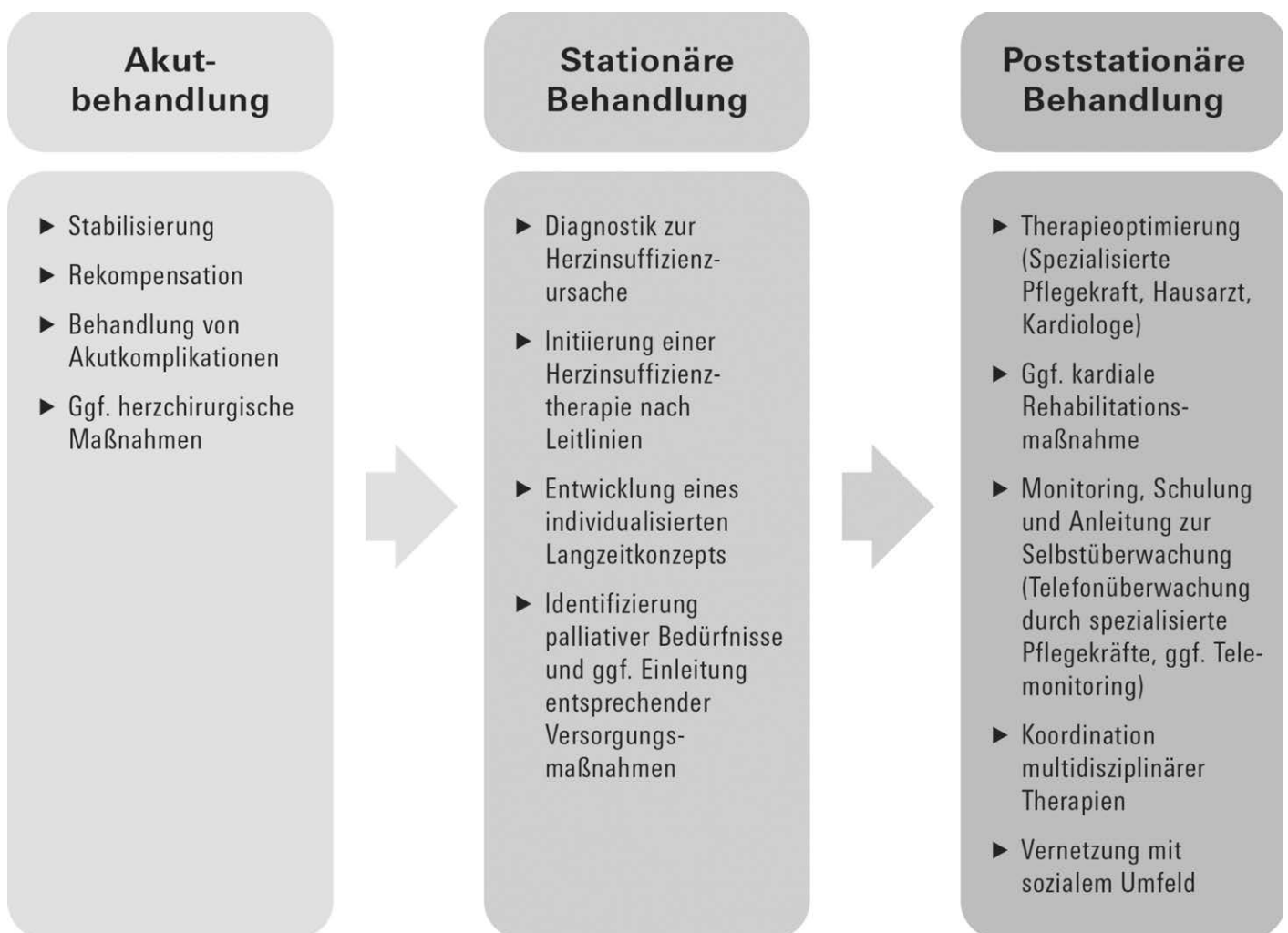
Das Modul „Herzinsuffizienz“ des DMP Koronare Herzkrankheit bildete spezifische Bedürfnisse von

Patienten nach kardialer Dekompensation nicht ausreichend ab. Erforderlich sind dafür Organisationsstrukturen, die stationären und ambulanten Bereich eng verzahnen, um eine optimale Versorgung auch während der vulnerablen früh poststationären Phase zu erzielen (Abbildung). Über national verbindliche Mindeststandards könnten Qualitätsindikatoren für dieses Versorgungskontinuum definiert werden, in dem ein effektives Entlass-Management die Akut- und Langzeitbehandlung verbindet. Schon im Krankenhaus sollten Selbstüberwachung und Krankheitskompetenz geschult, palliative Bedürfnisse identifiziert und individualisierte Nachsorgestrategien entworfen werden.

Schnittstellenprobleme und Versorgungslücken entstehen vor allem beim Übergang in den häuslichen Bereich. Spezialisierte Pflegekräfte oder (im niedergelassenen Bereich) medizinische Fachangestellte könnten

hier künftig dafür sorgen, dass zeitnah alle wichtigen Informationen den weiterbetreuenden Ärzten verfügbar gemacht werden. Ferner könnten sie poststationär gemeinsam mit HFU-Kardiologen und Hausärzten symptomatische Hoch-Risikopatienten mit Therapieoptimierung, telefonischem oder gerätebasiertem Monitoring und weiterer Anleitung zur Selbstüberwachung begleiten und bedarfsadaptiert schulen. Ziele sind Förderung von Krankheitskompetenz, Selbstverantwortung und gesunder Lebensstil, sowie die effektivere Implementierung einer leitliniengerechten Therapie.

Da weniger Krankenhausaufnahmen effektiv die Kosten senken werden, sollte diese integrierte Behandlung weitgehend kostenneutral umgesetzt werden können. In einer aktuellen deutschen Studie verminderte das auf diese Ziele ausgerichtete multidisziplinäre Pflege-koordinierte Disease-Management-Programm HeartNetCare-HF™ gegenüber üblicher Versorgung



Module und wichtige Inhalte eines Versorgungskontinuums von der Akutbehandlung der Herzinsuffizienz bis zur poststationären Langzeittherapie.

die Mortalität (-38 Prozent in sechs Monaten) und die NYHA-Klasse, während nicht-hospitalisierte Tage und Lebensqualität zunahm. Langzeitergebnisse dieser großen Studie des Deutschen Zentrums für Herzinsuffizienz Würzburg belegen, dass nach Stabilisierung der Patienten auch die Hospitalisierungsraten abnehmen.

### **Palliative Bedürfnisse**

Während palliative Betreuung bei Malignompatienten zur Standardtherapie gehört, wird der Bedarf in der Kardiologie erst allmählich erkannt. Dass onkologische Krankheiten prinzipiell lebensbedrohlich sind, ist Patienten, Angehörigen und medizinischem Personal stärker bewusst, als die schlechte Prognose vieler Herz- und Kreislauferkrankungen. Eine erneute Hospitalisierung wegen HI sollte prinzipiell der Anlass sein, palliative Bedürfnisse zu prüfen. Der unvorhersehbare Krankheitsverlauf erschwert es, verglichen mit Krebserkrankungen, zu erkennen, wann bei HI palliative Angebote nötig wären. Solche Angebote werden daher heute noch zu selten und zu spät gemacht. Das DMP Herzinsuffizienz muss dieser Unterversorgung Rechnung tragen.

HI-Medikamente mindern selbst in terminalen Krankheitsstadien noch Symptome und verbessern die Lebensqualität. Die Entscheidung darüber, ob die HI-spezifischen Medikamente abgesetzt werden sollen, entfällt also. Im Rahmen des DMP Herzinsuffizienz sollten zusätzliche (z. B. Device-basierte oder operative) Therapieoptionen individuell im Dialog mit Patienten und Angehörigen bewertet und Betreuungskonzepte konsentiert werden, um auch für die letzte Lebensphase selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen (z. B. Limitierung der Therapiemaßnahmen, Deaktivierung eines ICD-Aggregates).

© gpk

---

**Prof. Dr. med. Christiane E. Angermann**, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie. Ab 2001 Abteilungsleiterin Nicht-invasive Kardiologie/Klinische Forschung am Universitätsklinikum Würzburg und ab 2010 Leiterin Klinische Forschung am Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz (Comprehensive Heart Failure Center, CHFC) der Universität und des Uniklinikums Würzburg. Ab 2014 CHFC Professorin für Innere Medizin/Kardiologie/Herzinsuffizienz. Schwerpunkte der Forschungsaktivitäten betreffen u. a. die akute Herzinsuffizienz, die Komorbiditäten bei Herzinsuffizienz u. a.