

Vernetzte Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten

P. Mohacsi*

Zusammenfassung

Die Herzinsuffizienz ist ein Krankheitsbild, welches zur effizienten Betreuung die koordinierte Zusammenarbeit von verschiedenen «Akteuren» des Gesundheitssystems erfordert. Wir schlagen vor, eine vernetzte Betreuung zwischen Hausarzt – als Drehscheibe – Spezialisten, Pflege und Umfeld des Patienten aufzubauen.

*Patients are patients, not customers
Patients need care, not management [1]*

Einleitung

Die Herzinsuffizienz ist ein zunehmendes gesundheitspolitisches Problem. In den letzten Jahren stellt man eine Zunahme der Prävalenz und Inzidenz der Herzinsuffizienz fest [2]. Hauptursachen dafür sind die verbesserte Diagnostik und die durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten bedingte längere Lebenserwartung von Herzkreislaufpatienten [3]. Zudem wird eine zunehmende Überalterung der Gesamtbevölkerung beobachtet [4]. Momentan sind etwa 15% der schweizerischen Bevölkerung über 65 Jahre alt, im Jahre 2040 werden es über 25% sein [4, 5]. Nebst der finanziellen Belastung unserer sozialen Institutionen (AHV, Pensionskassen) wird diese Entwicklung höchstwahrscheinlich auch zu einer neuen Festlegung gesundheitspolitischer Schwerpunkte führen müssen.

Nach wie vor sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die wichtigste Todesursache der schweizerischen Bevölkerung [6]. Die Herzinsuffizienz ist ab dem Alter von 65 Jahren der häufigste Grund für eine Hospitalisation [7]. Bereits heute schätzt man die Zahl der Herzinsuffizienzpatienten** in der Schweiz auf etwa 150 000 Personen und auf etwa 10 000 neue Fälle pro Jahr [8]. Etwa 80–90% der Patienten haben eine leichte oder mittelschwere Herzinsuffizienz. Sie werden vorwiegend durch Hausärzte und nicht durch spezialisierte

Zentren betreut. Dem Hausarzt obliegt dabei konsequenterweise die Behandlungsautorität. Etwa 6–7% der Herzinsuffizienten sind der funktionellen Klasse NYHA IV zuzuordnen. Diese schwerkranken Patienten weisen nicht nur eine schlechte Lebensqualität auf, sie verursachen auch die meisten Kosten, da sie häufig hospitalisiert werden müssen. Vorderhand Zukunftsmusik ist die Erfassung von Personen mit einem kardiovaskulären Risikoprofil, ohne dass bereits eine strukturelle Herzerkrankung mit oder ohne Symptome nachgewiesen werden kann (Stadium A der neuen Stadieneinteilung der American Heart Association [9]). Die «Behandlung» von asymptomatischen Menschen, die lediglich ein Risikoprofil aufweisen, sollte vorzugsweise durch nicht-medikamentöse Massnahmen erfolgen. Die medikamentöse Behandlung ist nicht unproblematisch, da erstens damit verbundene Nebenwirkungen auftreten können und zweitens erhebliche Kosten damit generiert werden (z. B. die Statine). Zudem ist der schweizerische «Normalbürger» leider heute nicht sehr interessiert, auf Blutdruck, Blutzucker, Lipidwerte, Gewicht und Nikotinabstinenz zu achten, nicht zuletzt, weil keine nach vermeidbaren Risikofaktoren abgestuften Krankenkassenprämien existieren. Wegen fehlender adäquater Kontrollmöglichkeit ist die Einführung eines solch abgestuften Prämiensystems allerdings schwer zu realisieren.

Das zunehmende gesundheitspolitische Problem der Herzinsuffizienz und die umfassende Betreuung des individuellen Patienten erfordern die Zusammenarbeit nicht nur von Hausärzten, Spezialisten und Spital, sondern auch von anderen «Health-Care-Providern» sowie dem Patienten selbst und seiner Umgebung. Dies führt logischerweise zum Aufbau eines vernetzten Betreuungskonzeptes. In diesem Artikel möchten wir die Gründe für eine Vernetzung darlegen und ein hoffentlich ansprechendes Konzept in die Vernehmlassung schicken. Netzwerke wecken nicht selten Bedenken beim Hausarzt, dass die ganzheitliche Betreuung des Patienten in Frage gestellt wird.

* Dieser Artikel erscheint im Rahmen des Aufklärungsprogramms «Herzinsuffizienz» der schweizerischen Herzstiftung. Er wird im Namen der Projektgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Herzstiftung und der Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie publiziert. Die folgenden Mitglieder haben zu dieser Publikation beigetragen: H.-P. Brunner, Basel; P. Buser, Basel; D. Conen, Aarau (Vertreter der SGIM); R. Darioli, Lausanne; O. M. Hess, Bern; R. Lerch, Genf; P. Mohacsi, Bern (Verfasser); R. Mordasini, Bern; G. Noll, Zürich; P. Périat, Riehen (Vertreter der SGAM); M. Pfisterer, Basel; W. Rutishauser, Genf; T. Szucs, Basel; P. Trigo-Trindade, Genf.

** Alle Bezeichnungen gelten für Frauen und Männer.

Korrespondenz:
PD Dr. P. Mohacsi
Kardiologie
Universitätsklinik Inselspital
CH-3010 Bern
Tel. 031 632 44 64
Fax 031 632 45 60

E-Mail: paul.mohacsi@insel.ch

«Managed Care» und «Network» à la United States of America

«Managed Care» und «Network» sind Schlagwörter. Sie gehören in das «moderne Weltbild» unseres «dot.com»- und «SMS»-geprägten Lebens, genauso wie «new private or public management», «Controlling» oder «ISO-Certification». Ob diese meistens aus dem Angelsächsischen herrührende Entwicklung gut ist, sei dahingestellt. Viele Werte, die uns Schweizern noch vor 20 Jahren wichtig waren, sind dabei oft in Vergessenheit geraten.

«Managed Care», insbesondere in Form von HMOs (Health Maintenance Organizations), geht auf Modelle zurück, die im Jahre 1930 in Kalifornien als Antwort auf die damalige grosse Wirtschaftsdepression eingeführt wurden [10]. «Managed Care» boomte aber erst richtig in den 80er und 90er Jahren. Es galt als das wichtigste Instrument gegen die rasant steigenden Kosten im US-Gesundheitswesen [11]. Disease-Management-Programme existieren in der Schweiz unter anderem bei Lungenerkrankungen (COPD [12], Asthma), bei Diabetes, in der Onkologie und Rheumatologie.

Seit einigen Jahren mehren sich jedoch in den USA die Stimmen, die das Ende von «Managed Care» prophezeien [13, 14]. Unlängst stellte Paul Ellwood, ein Arzt in Wyoming, fest, dass «die amerikanische Gesundheitspolitik nicht aus grossen Reformen besteht, sondern ein kontinuierliches soziales Experiment darstellt, sozusagen ein «Trial-and-Error-Prozess» [10]. HMOs, zur Zeit Nixons gesetzlich verankert, waren eine reine Massnahme zur Kostendämpfung, ohne Rücksicht auf medizinische Qualität [10]. Der kostensenkende Effekt ist heute jedoch verflogen, nicht zuletzt, da leistungsablehnende Entscheide von Patienten häufig vor Gericht erfolgreich angefochten wurden. Diese Tendenz wird mit der «Patient's Bill of Rights» verstärkt.

Eine Harvard-Studie stellte fest, dass die Gatekeeping-Funktion von HMOs und Managed-Care-Prozessen des Harvard-Community-Health-Plans, notabene nach 25 Jahren Laufzeit, zu keiner wesentlichen Veränderung des Beanspruchungsmusters von Allgemeinpraktikern bzw. Spezialisten führte [15, 16]. Aus diesem Grund werden derzeit in den USA neue Wege gesucht durch:

- Kostenbeteiligung durch den Patienten;
- Verbilligung der Administration;
- besseres Patientenmanagement: Es wird geschätzt, dass fast die Hälfte der Aktivitäten «rework», d.h. Leerlaufarbeiten mit z.B. wiederholter Diagnostik, darstellt.

Warum soll ein schweizerisches Herzinsuffizienznetzwerk aufgebaut werden?

Verglichen mit dem Gesundheitssystem in den USA fehlen dem schweizerischen Gesundheitswesen glücklicherweise diese wesentlichen qualitativen und organisatorischen Mängel. Wir laufen jedoch Gefahr, Fehler des amerikanischen oder englischen Systems zu imitieren. Im Bereich der Herzinsuffizienz bestehen jedoch, wie zum Beispiel auch in Holland [17], noch erhebliche Schwachstellen, die verbessert werden müssen [8, 18]. Sowohl die Diagnose als auch die Behandlung weichen noch in einem erheblichen Prozentsatz von evidenzbasierten Richtlinien ab und sind verbesserungswürdig. Auch wird die Herzinsuffizienz – obwohl bezüglich Mortalität und Morbidität mit bösartigen Tumoren vergleichbar [19, 20] – in ihrem Stellenwert unterschätzt, da es sich ja «nur um eine kardiovaskuläre Erkrankung handelt und sie dazu oft bei älteren Patienten vorkommt, wo es sowieso fragwürdig ist, wieweit man mit diagnostischen und therapeutischen Massnahmen gehen soll. Früher hat man die Herzinsuffizienz mit billigen Medikamenten, wie Digoxin, Diuretika und Morphium, behandelt und es ist auch gegangen». Diese Einstellung hat der Autor des vorliegenden Artikels schon öfters hören müssen.

Unter der Voraussetzung, dass wir Ärzte weiterhin Leiden lindern und falls möglich verhindern sollen und die schweizerische Politik die Lebensqualität auch von Herzinsuffizienten als förderungswürdig erachtet, macht es Sinn, ein vertikales und horizontales «Netzwerk» aufzubauen, wo Partner des Gesundheitswesens und der Patient (mit seinem Umfeld) zusammenarbeiten und damit die Qualität der Herzinsuffizienzbehandlung verbessern. Es ist auffallend, dass erschwingliche und effektive diagnostische und therapeutische Massnahmen ungenügend genutzt werden. Beispiele von diagnostischen Massnahmen sind:

- Erheben einer gezielten Anamnese von Herzinsuffizienzsymptomen;
- Durchführung der Echokardiographie (Fr. 350.– bis 400.–);
- Bestimmung des BNP oder des NT-pro-BNP (Fr. 60.– bis 70.–).

Bei der Therapie wird oft flankierenden Massnahmen zu wenig Beachtung geschenkt wie z.B. der Information des Patienten, der Compliance-Schulung, der eigenverantwortlichen Erhaltung der Eurolämie (Wägen, massgeschneiderter Einsatz von Diuretika). Die beim Vorliegen einer Herzinsuffizienz vorhandene Indikation für eine

Langzeitmedikation führt ohne Zweifel zu erheblichen Kosten. T. Szucs hat dazu einen ausführlichen Artikel verfasst (vgl. dazu auch die bereits erschienene Literatur [20, 21]).

Wie macht es das Ausland?

Deutschland

Vernetzung von Informationen – das ist das Hauptanliegen der neugeschaffenen Kompetenznetze zu kardiovaskulären Erkrankungen. Kompetenznetze werden für die Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und angeborenem Herzfehler errichtet [22]. Ein interessantes Beispiel eines nicht kardiovaskulären Faches, das sich in Deutschland eines Kompetenznetzes bedient, ist die Psychiatrie: Das «Nürnberger Bündnis» gegen Depression hat durch «Vernetzung» zu einer verbesserten Diagnostik und Therapie der Depression beigetragen. Schon nach kurzer Zeit gab es im Raum Nürnberg weniger Suizide als in den Jahren vor der «Vernetzung».

Das Deutsche Herzinsuffizienzkompetenznetz hat sich zum Ziel gesetzt:

- Lücken in der Diagnostik und Therapie zu identifizieren;
- die Umsetzung von Richtlinien in die Praxis zu fördern;
- psychologische Widerstände zu überwinden.

Ein einfaches Beispiel eines psychologischen Widerstandes ist die Ablehnung des Betablockers bei Therapiebeginn mit der damit gelegentlich verbundenen zeitlich limitierten Verschlechterung der Lebensqualität. Ein gegenteiliges Beispiel ist der Einsatz von positiv inotropen Substanzen, bei dem es dem Patienten kurzfristig bessergeht – ohne dass langfristig dessen Prognose verbessert wird [23]. Näheres zum Deutschen Herzinsuffizienzkompetenznetzwerk findet sich unter www.kompetenznetz-herzinsuffizienz.de/start.

Italien

Italien hat sich ebenfalls für die verbesserte Betreuung der Herzinsuffizienz vernetzt [24]. Die TEMISTOCLE-Studie (hearT failure EpideMIological Study fadOi anmCo in itaLian pEople, FADOI = Federazione delle Associazioni di Dirigenti Ospedalieri Internisti, ANMCO = Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) hat zum Beispiel das Ziel, das bestehende Management der Herzinsuffizienz durch Ärzte zu evaluieren und die Defizite gemäss Richtlinien auszumerken. Es geht dabei keineswegs um eine Blossstellung von Kollegen, sondern um

eine Verbesserung der Betreuungsqualität. Verschiedene Projekte (einschliesslich Herzinsuffizienzpflege) sind bearbeitet worden [25–32]. Die Website www.heartfailure.it wird demnächst Näheres dazu berichten.

Schweden

Schweden hat für die Belange der Herzinsuffizienz Vorbildliches geleistet. So wurde bereits in den 70er Jahren der Einsatz von Betablockern gegen den Widerstand der restlichen Welt vorgeschlagen [33]. Vor allem auf dem Gebiet der Compliance-Schulung durch den Einsatz von Herzinsuffizienzpflegenden hat Schweden heute erneut eine Vorreiterfunktion übernommen [34, 35]. Es waren Pflegende, welche in Pionierarbeit das «Swedish Heart Failure Network» (www.v-i-c.nu/work_groups/hjartsv.htm) aufgebaut haben. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, welche Missbrauch des Netzwerkes zu berufspolitischen Zwecken beanstanden, eine Gefahr, welche in jeder Form von interdisziplinärer Interaktion besteht [36]. Niemand wird jedoch etwas gegen besser ausgebildete und kompetentere Pflegende einzuwenden haben. Die entscheidende Frage ist in Schweden, wie auch bei uns in der Schweiz, ob man für eine von Respekt getragene Zusammenarbeit bereit ist.

USA

Die Heart Failure Society of America (www.hfsa.org) hat im Sinne von Kampagnen jährliche «National Heart Failure Awareness Weeks» eingeführt. Leider sind Herzinsuffizienzprogramme in den USA häufig industrieabhängige und finanziellen Profit verfolgende Gebilde (z.B. www.HeartFailureReportCard.org). Andere von der Sache her gute Ideen der Amerikaner können auf schweizerische Belange angepasst werden.

Was macht die Schweiz?

Herzinsuffizienzprogramme gibt es in der Schweiz mindestens bereits seit den 80er Jahren. Mit der Einführung der Herztransplantation sind an den Universitätskliniken Herzinsuffizienz- und Herztransplantationsambulatorien aufgebaut worden. Bereits damals wurden die Patienten nach den damaligen neusten Kriterien (einschliesslich Compliance-Schulung und Rehabilitation) betreut. Die Bildung eines Gremiums, welches sich mit den vielschichtigen Aspekten aller Herzinsuffizienzpatienten ergiebig befasst, wurde allerdings erst mit der Gründung der Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie im Jahr 1998 verwirklicht.

Was die ärztliche Betreuung betrifft, gilt es unter anderem, die Zusammenarbeit einerseits zwischen Grundversorgern und Spezialisten (Kardiologen), andererseits zwischen praktizierenden Ärzten und Spital zu intensivieren. Dies ist durch die «Emanzipation» der Kardiologie als eigene Spezialdisziplin sicher nicht erleichtert worden. Die Belange der Patienten sollten jedoch vor berufspolitischen Überlegungen kommen. Dasselbe gilt auch wie oben erwähnt für den Miteinbezug der Pflege.

Der Betrieb von Disease-Management-Programmen (innerhalb von HMO-Institutionen) ist umstritten [37]. Der MediX Ärzteverbund (www.medix.ch) hat ein Herzinsuffizienz-Disease-Management-Programm unter Einbezug der Versicherung Helsana aufgebaut [38]. Ein anderes Beispiel ist die Medvantis (www.medi-24.ch). Das Konzept der MediX bzw. der Medvantis muss als Pilotprojekt gewürdigt werden. Sie entsprechen aber nur zum Teil den Vorstellungen der Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz». In diesem Kontext wird häufig vergessen, dass an Universitätskliniken bereits seit Jahren ähnliche Behandlungskonzepte existieren [39], ohne dass sie speziell vermarktet wurden. Wie bereits zu Beginn erörtert, konnte bislang der kostengünstige Effekt eines Disease-Management-Programms nicht belegt werden, wobei die Beobachtungszeit noch relativ kurz ist. Zweitens sind unsere bestehenden Strukturen – mit dem Hausarzt als Drehscheibe,

auch ausserhalb von HMO-Institutionen – bestens geeignet, ein Netzwerk auf interdisziplinärer Basis aufzubauen. Im folgenden soll deshalb die vertikale und die horizontale Komponente eines Netzwerkes kurz diskutiert werden.

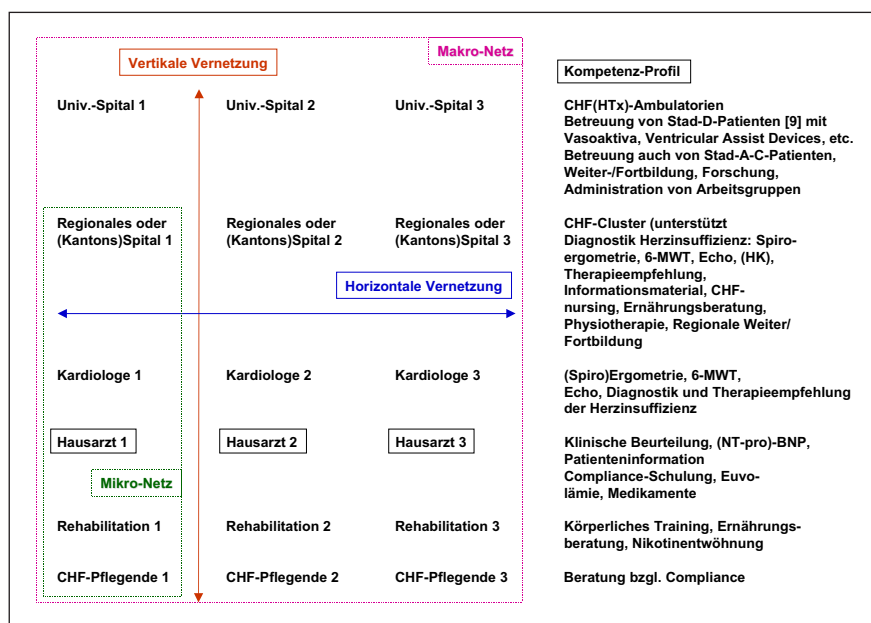
Vertikales Netzwerk: Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und den niedergelassenen Ärzten

Vertikal vernetzen – das bedeutet, Informationsflüsse zwischen Krankenhäusern und behandelnden Ärzten zu ermöglichen, wobei der Hausarzt die Drehscheibenfunktion einnimmt [40] (Abb. 1). Das Hausarztssystem ist in der Schweiz fest verwurzelt und qualitativ hochstehend. Eine vor allem von Krankenkassen geförderte Funktion des Hausarztes ist diejenige des Gatekeepers, was die Gesundheitskosten auf ein vernünftiges Mass senken soll. Regional gibt es eine genügend grosse Zahl von Kardiologen (in Praxis oder Spital), die dem Hausarzt zur Seite stehen. Es entsteht damit ein kleines regionales Kompetenznetzwerk («Mikro»-Netz). Durch persönliche Kontakte zwischen den Partnern wird auch der administrative Aufwand der vertikalen Komponente auf ein Minimum reduziert.

Das subtile Gleichgewicht zwischen der Hausarztmedizin und den entsprechenden Regional- und Kantonsspitalern bzw. zentralen Universitätsspitalern im Hintergrund (Abb. 2) darf durch die Erwartungshaltung allfälliger Eigeninteressen (Patienten – Krankenkassen – Pflege – Ärzteschaft – Administration – Politiker) nicht gefährdet werden. Die Idee, ein Netzwerk aufzubauen, soll die bestehenden Strukturen nicht «entwerten», sondern durch Komplementarität ein gutes Fundament bilden.

Abbildung 1

Partner des schweizerischen Herzinsuffizienznetzwerkes. Das Netzwerk besteht aus einem «Mikro»netz, das primär durch die Patientenabläufe festgelegt ist. Das «Makro»netz soll auf «strategischer» Ebene spielen und als Dienstleistungsstruktur angesehen werden. Ferner soll das Makronetz in konstruktiver Weise mithelfen, die Qualität der Herzinsuffizienzbetreuung in der Schweiz zu verbessern.



Horizontales Netzwerk: Multidisziplinarität, Kompetenzen der verschiedenen Berufsrichtungen und Sicherung der Arbeitsqualität

Horizontal vernetzt werden sollen die verschiedenen Universitätskliniken, Kantons- und Regionalspitäler, ambulante und stationäre Rehabilitationskliniken, die Hausärzte und Spezialisten (Kardiologen). Es macht Sinn, auch die Pflege im horizontalen Netzwerk zu integrieren (Abb. 1). Das in der Abbildung 1 erwähnte Kompetenzprofil ist bezüglich Aufzählung nicht vollständig. Je nach Ausbildung und Interesse können diagnostische und therapeutische Massnahmen vertikal verschoben werden.

Die interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz mit der Einbindung der Pflegenden wurde initial von Herzspezialisten als Idee entworfen. In der Schweiz geschah dies konkret, nachdem wir mit dem schwedischen Modell in Berührung kamen. Das schwedische Modell hat viele Vorzüge, es ist jedoch, wie erwähnt, nicht unumstritten [36]. Auch muss die Wertigkeit einer telefonbasierten Betreuung von Patienten sorgfältig überprüft werden [41]. Es scheint uns nur bedingt richtig, den persönli-

chen Kontakt zum Patienten und die Selbstverantwortung des Patienten auf elektronische Hilfsmittel (Herz-Handy, Gewichtskontrolle via PC und Telefon bzw. «telenursing» [41]) zu reduzieren. Da das schwedische Gesundheitswesen im Vergleich zur Schweiz andersartig strukturiert ist, kann es nicht ohne wesentliche Anpassungen übernommen werden. Dasselbe gilt für die USA, welche mit Abstand das teuerste nationale Gesundheitswesen zu berappen haben, ohne in der Grundversorgung führend zu sein.

Unter Interdisziplinarität verstehen wir die korrekte Diagnose, Erstinformation des Patienten und Therapiebeginn durch den Arzt, die ergänzende Information und Betreuung durch die Pflege (Medikamenten-Compliance) [42], die Ernährungsberatung (Salzkonsum), die ambulante oder stationäre Rehabilitation und, sofern nötig, die psychologische Unterstützung. Viele Herzinsuffizienten leiden an einer Depression.

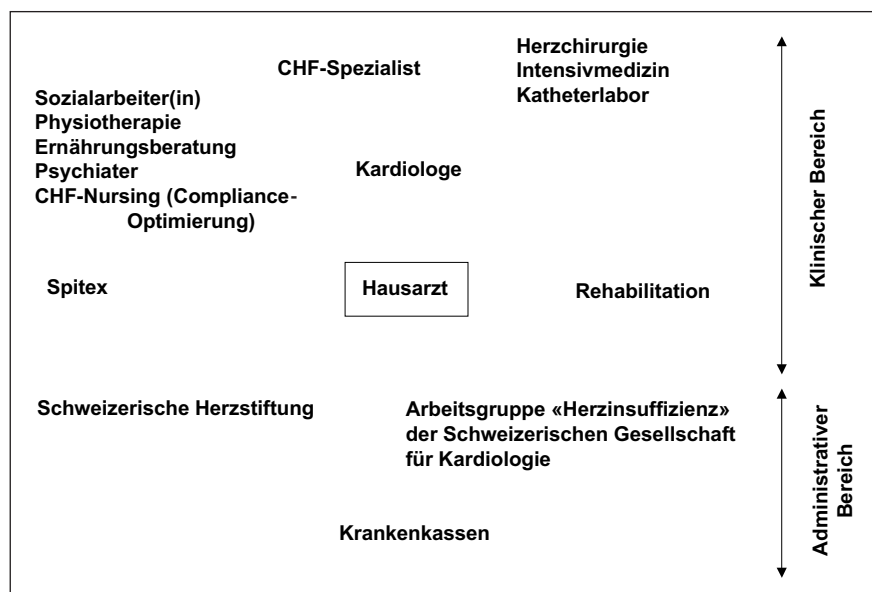
Die Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz und die Schweizerische Herzstiftung haben sich zum Ziel gesetzt, Strukturen für die Weiter- und Fortbildung des Fachpersonals wie auch der Bevölkerung und der Patienten aufzubauen (Tab. 1). Anhand dieser Arbeits- und Kompetenzteilung können sich klare Strukturen im Sinne eines Netzwerkes bilden. Eine unserer Meinung nach wichtige neue Struktur ist die Möglichkeit, auf Pflegende mit speziellen Kenntnissen in Herzinsuffizienz zurückzugreifen [43–47]. In Analogie zu Diabetes- und Stoma-Schwestern macht es Sinn, motivierte Pflegende in der Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten speziell auszubilden. Die ersten Pflegenden für Herzinsuffizienz sind in der Schweiz im vergangenen Jahr von einem Ausbildungszentrum für Pflege ausgebildet und von diesem, zusammen mit der Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, durch ein Zertifikat akkreditiert worden. Es geht dabei nicht darum, unabhängige Strukturen aufzubauen (mit der Gefahr, den Patienten «zu verlieren»), sondern komplementäre Betreuungskomponenten zu fördern, welche die zentrale Betreuung des Hausarztes ergänzen. Demnächst erscheint ein zusammenfassender Bericht über die Weiterbildungsmöglichkeit «Herzinsuffizienzmodul» für Pflegende, woraus auch die Lerninhalte und die daraus sich ergebende Fachkompetenz ersichtlich sind [48]. Die Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz» erstellt zudem Empfehlungen zum Aufbau von Netzwerken, welche zur Qualitätssicherung beitragen sollen [49]. Es gilt also, individuelle lokale Netzwerknester aufzubauen, die gekennzeichnet sind durch die lokalen Gegebenheiten und Spielregeln. Dazu möchten wir Sie ermuntern.

Tabelle 1
Dienstleistungen der Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie.

- Website www.heartfailure.ch (inkl. Fortbildungsveranstaltungen);
- Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz [49];
- Kurs «Herzinsuffizienz» für Pflegenden. Kontaktadresse: AusbildungsZentrum Insepsital (AZI), Frau E. Vogt, Bereich Weiterbildungen, Murtenstrasse 10, 3010 Bern, Tel. 031 632 43 27;
- Distribution von Informationsmaterial für Patienten:
 - Patientenkit der Herzstiftung (ab 2004),
 - CD-ROM;
- Herzinsuffizienzregister;
- Aufklärungsprogramm «Herzinsuffizienz» bei der Schweizerischen Herzstiftung (www.swissheart.ch)

Abbildung 2

Vernetzung (Mikronetz). Der Patient bewegt sich im vertikalen Netzwerk. Drehscheibe ist für ihn der Hausarzt. Je nach Zustand wird er von Spezialisten bzw. Spitälern betreut. Vom horizontalen Netz merkt der Patient nicht sehr viel. Das horizontale Netz ermöglicht einen regen internen Gedankenaustausch (Fallbesprechungen [inkl. Miteinbezug der Spezialisten des vertikalen Anteils], Gedankenaustausch bezüglich Qualität der Patientenbetreuung, Stellvertretungen, Fort- und Weiterbildung). Die vertikale Vernetzung entspricht nicht einer hierarchischen Struktur. Vielmehr decken die vertikalen Strukturen verschiedene Kompetenzgebiete ab (siehe Kompetenzprofil in Abb. 1).



Literatur

- 1 Annas GJ. Women and children first. *N Engl J Med* 1995;333:1647-51.
- 2 Mohacsi P, Moschovitis G, Tanner H, Hess OM, Hullin R. Prevalence, increase and costs of heart failure. *Heart Metabol* 2001;14:9-16.
- 3 Stewart S, MacIntyre K, Capewell S, McMurray JJ. Heart Failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart* 2003; 89:49-53.
- 4 Wanders A-C. Bundesamt für Statistik, Lausanne: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000–2060. Markante Alterung zwischen 2005 und 2035. Pressemitteilung des Bundesamtes für Statistik 2001;0350-0103-20:1-10.
- 5 Szucs TD. Aging in Switzerland – epidemiologic and economic aspects. *Kardiovask Med* 2003; 6:5-10.
- 6 Burckhardt J. Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. *Pharma Information* 2001:14-16.
- 7 McMurray J, McDonagh T, Morrison CE, Dargie HJ. Trends in hospitalization for heart failure in Scotland 1980–1990. *Eur Heart J* 1993;14:1158-62.
- 8 Moschovitis G, Zbinden S, Noll G, Hess OM, Mohacsi P. The Swiss Heart Failure Registry: a longitudinal follow-up survey. *Kardiovask Med* 2002; 5(suppl 4):15 S.
- 9 Hunt S, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. *Circulation* 2001;104:2996-3007.
- 10 Gasser DF. Managed Care: In den USA gescheitert. *Medical Tribune* 2002;35:20.
- 11 Discher CL, Klein D, Pierce L, Levine AB, Levine TB. Heart failure disease management: impact on hospital care, length of stay, and reimbursement. *Congest Heart Fail* 2003;9:77-83.
- 12 COPD Advisory Board. Disease Management COPD (erich.russi@dim.usz.ch). Koordinationsstelle MedLink, Postfach 108, CH-8808 Pfäffikon. www.diseasemanagement.ch 2002.
- 13 Diamond F. When HMOs can't say «No», physicians may have to. *Manag Care* 2001;10:26-31.
- 14 Lesser CS, Ginsburg PB, Devers KJ. The end of an era: what became of the «managed care revolution» in 2001. *Health Serv Res* 2003;38:337-55.
- 15 Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson SD. Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 2001;345: 1312-17.
- 16 Lawrence D. Gatekeeping reconsidered. *N Engl J Med* 2001;345:1342-43.
- 17 Pont LG, van Gilst WH, Lok DJA, Kragten HJA, Haaijer-Ruskamp FM. Failure on behalf of the Dutch Working Group on Heart Failure. The relevance of heart failure severity for treatment with evidence-based pharmacotherapy in general practice. *Eur J Heart Failure* 2003;5:187-93.
- 18 Wagdi P, Vuilliomonet A, Kaufmann U, Richter M, Bertel O. Ungenügende Behandlungsdisziplin, Patienteninformation und Medikamentenverschreibung als Ursachen für die Notfallhospitalisation bei chronisch herzinsuffizienten Patienten. *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123:108-12.
- 19 Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray J. More «malignant» than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Failure* 2001;3:315-22.
- 20 Szucs TD, Belisari A, Mantovani LG. Can Europe afford not to implement evidence-based medicine in heart failure. *Eur Heart J* 1998;19(Suppl L): L22-L27.
- 21 Szucs TD, Goedde M, Berger K, Kiowski W. Wirtschaftlichkeit der ACE-Hemmung in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz in der Schweiz: Evaluation auf der Grundlage der SOLVD-Studie. *Schweiz Med Wochenschr* 1997;127:1234-41.
- 22 Dietz R, Klawki R. Kompetenznetze – was haben wir davon? *Cardio News* (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie) 2003;6:18.
- 23 Packer M, Cerver JR, Rodeheffer RJ, Ivanhoe RJ, DiBianco R, Zeldis SM for the PROMISE Study Research Group. Effect of oral milrinone on mortality in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 1991;325:1468-75.
- 24 Porcu M, Opasich C, Scherillo M, et al. Improving practice patterns in heart failure through a national cardiological network: the case of ACE-inhibitors. *Ital Heart J* 2002;3:730-7.
- 25 Del Sindaco D, Pulignano G, Maggioni AP, et al. Assessment of disability and quality of life in elderly patients with heart failure: data from the Italian Network on Chronic Heart Failure (IN-CHF) – Nursing Study. *Eur J Heart Failure* 2000; 2:100.
- 26 Del Sindaco D, Pulignano G, Maggioni AP, et al. Functional, cognitive and socio-environmental determinants of hospital admission in elderly outpatients with heart failure. *Eur J Heart Failure* 2000;2:101.
- 27 Pulignano G, Del Sindaco D, Maggioni AP, et al. In the elderly the impact on disability and quality of life is similar in heart failure with preserved versus impaired systolic ventricular function. *Eur J Heart Failure* 2000;2:100.
- 28 Pulignano G, Del Sindaco D, Maggioni AP, et al. Predictors of 1 year mortality and mode of death in 1033 elderly outpatients with heart failure: Data from Italian Network on congestive heart failure. *Eur J Heart Failure* 2000;2:102.
- 29 Faggiano P, Domenichini D, Giusti A, et al. Prescription patterns of diuretics in chronic heart failure: Data from the Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF) database. *Eur J Heart Failure* 2000;2:22.
- 30 Pulignano G, Del Sindaco D, Maggioni AP, et al. The Minnesota living with heart failure questionnaire correlates with disability and clinical parameters in elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Failure* 2000;2:101-2.
- 31 Faggiano P, Cacciatore G, Gorini M, et al. Use of aldosterone receptor blockers in chronic heart failure before the results of RALES Study. Data from Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF). *Eur J Heart Failure* 2000;2:22.

- 32 Maggioni AP, Masson S, Lucci D, et al. Clinical correlates of elevated plasma natriuretic peptides and Big endothelin-1 in a population of ambulatory patients. *Eur J Heart Failure* 2000;2:48.
- 33 Waagstein F, Hjalmarson A, Varnauskas E, Walentin I. Effect of chronic beta-adrenergic receptor blockade in congestive cardiomyopathy. *Br Heart J* 1975;37:1022-36.
- 34 Herzog A, Lind L. Network solutions for home health care applications. *Technol Health Care* 2003;11:77-87.
- 35 Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *Eur J Heart Failure* 2001;3:139-44.
- 36 Cline C. Nurse-led clinics for heart failure in Sweden – doing the right thing? *Eur J Heart Failure* 2002;4:393-4.
- 37 de Haller J. Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Helsana und Disease Management. *PrimaryCare* 2003;3:457-8.
- 38 Götschi AS, Weber A. Herzprogramm – Leben mit dem kranken Herz. Erfahrungen mit einem Disease Managementprogramm für Patienten mit Herzinsuffizienz. *Schweiz Ärztezeitung* 2002; 38:1987-92.
- 39 Atar D, Gustafsson F, Galatius S, Hildebrandt PR. Das Konzept der Herzinsuffizienz-Klinik: Integriertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Patienten mit linksventrikulärer systolischer Dysfunktion. *Kardiovask Med* 2002; 5:421-30.
- 40 Boos L, Dieckmann M. Spitäler als Nuklei von Gesundheitsnetzen. *Neue Zürcher Zeitung* 2003; 54:27.
- 41 Jerant AF, Azari R, Martinez C, Nesbitt TS. A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: patient-centered outcomes and nursing indicators. *Home Health Care Serv Q* 2003;22:1-20.
- 42 Strömberg A, Ahlén H, Fridlund B, Dahlström U. Interactive education on CD-ROM – a new tool in the education of heart failure patients. *Patient Educ Couns* 2001.
- 43 Smith M, Irving JB. Managing heart failure in the community; role of the nurse specialist. *Health Bull* 2001;59:340-2.
- 44 Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled multicentre study of the effects on knowledge, compliance and quality of life. Submitted (published in 47).
- 45 Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin L-Å, Karlsson J-E, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Results from a prospective, randomised study. Submitted (published in 47).
- 46 Strömberg A, Broström A, Dahlström U, Fridlund B. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis. *Heart Lung* 1999;28:334-41.
- 47 Strömberg A. Caring for patients with chronic heart failure – with focus on patient education and nurse-led heart failure clinics: Linköping University, Sweden, 2001.
- 48 Mohacsi P, Vogt E. Herzinsuffizienz-Kurs für Pflegendende. *Kardiovask Med* (in press).
- 49 Arbeitsgruppe für Herzinsuffizienz der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie. Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz. *Schweiz Ärztezeitung* 2002; 83:1233-42.

11. Gstaader Treffen 2004 der Schweizerischen Herzstiftung 29. Januar bis 1. Februar 2004

Weitere Informationen finden Sie unter: www.congress-info.ch/gstaad2004/

Patronat Kongress: Schweizerische Herzstiftung und Swiss Society of Cardiology

Hauptsponsor Kongress: AstraZeneca

Co-Sponsor Kongress:  EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG