

Disease Management bei koronarer Herzkrankheit in einer hessischen Landarztpraxis

Der Hausarzt kann viel zu einer besseren und effizienten Behandlung der koronaren Herzkrankheit beitragen. Zu diesem Schluss kommt eine hessische Landarztpraxis aufgrund der Erfahrungen mit einem Disease-Management-Programm, das zusammen mit einem kardiologischen Zentrum entwickelt wurde. Das Konzept ist auch für Krankenversicherer interessant.

Traugott Heil, Birgit Kuttler

In Deutschland besteht seit 2002 die Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen.¹ Die so genannten «Integrationsverträge» (IV-Verträge) legen fest, wie die teilnehmenden Leistungserbringer für definierte Leistungen entschädigt werden. Dabei können die Leistungserbringer auch eine Budgetverantwortung für die gesamte Versorgung oder für definierbare Teilbereiche übernehmen.

¹ siehe auch: Michael Steiner, Leo Buchs: Integrierte Vollversorgung für Deutschland. *Managed Care* 2/2005: 29–31.

² Bei der koronaren Herzkrankheit, auch als stenosierende Koronarsklerose, Myokardischämie oder degenerative bzw. ischämische Herzkrankheit bezeichnet, führen die Koronararterien (Arterien der Herz-Vorder- und -Hinterwand) dem Herzmuskel zu wenig Blut zu. Dies kann bei längerem Bestehen zu einem Herzinfarkt führen, das heißt zum Absterben der Zellen eines umschriebenen Herzmuskelbezirks (Nekrose).

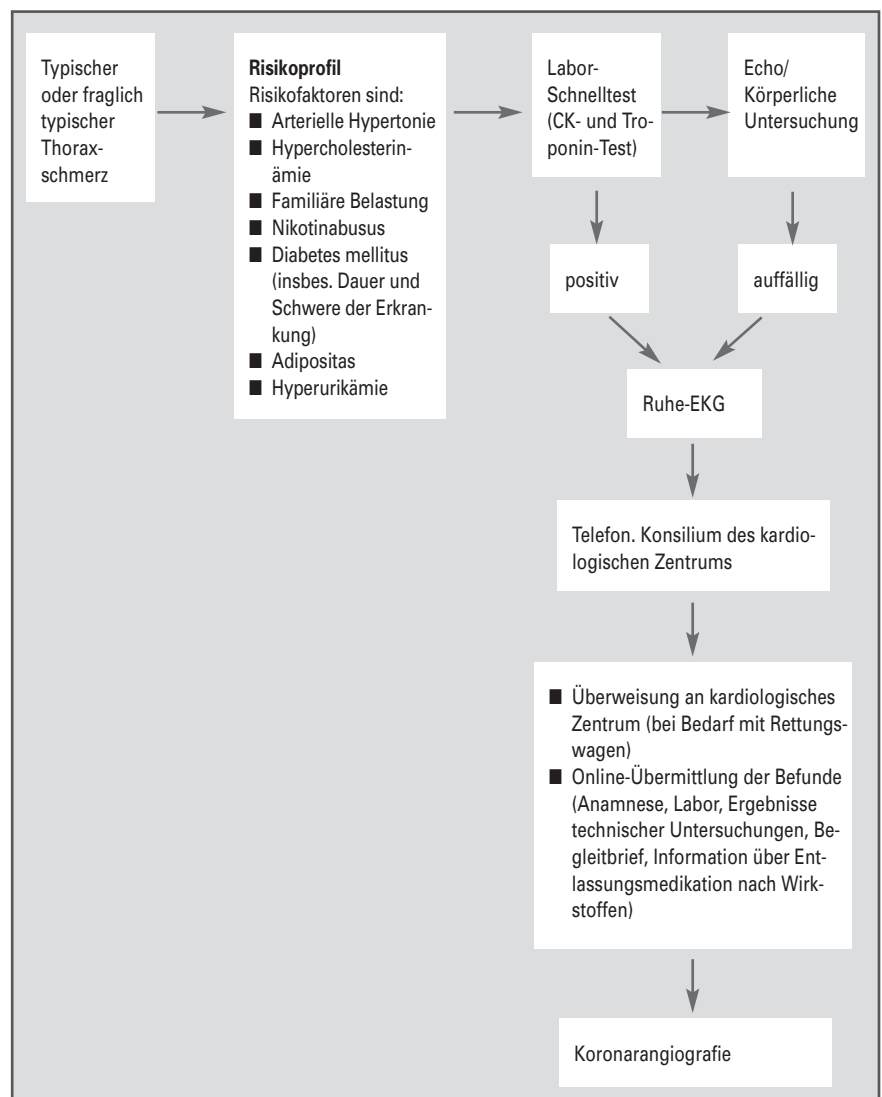


Abbildung 1: Behandlungspfad bei Patienten mit verdächtigem Thoraxschmerz

Ein Teilbereich der Versorgung, der sich für IV-Verträge eignet, ist die Behandlung häufiger chronischer Krankheiten, zum Beispiel der koronaren Herzkrankheit (KHK)². Im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP) für KHK-Patienten konnten wir als hessische

Landpraxis in Zusammenarbeit mit einem regionalen Krankenhaus mit Schwerpunkt Kardiologie (Lehrkrankenhaus Schwalm-Eder-Klinikum, Prof. Dr. Rainer Zotz) aufzeigen, dass sich durch eine indikationsbezogene integrierte Versorgung bessere Ergebnisse und be-

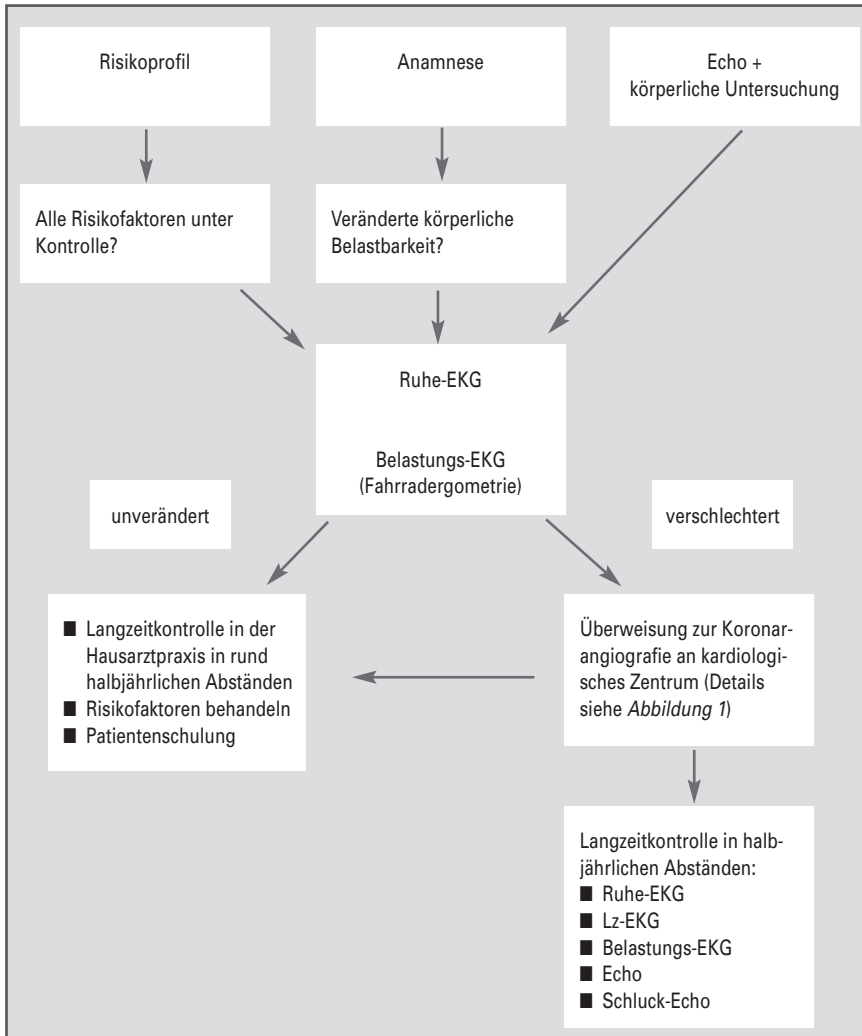


Abbildung 2: Behandlungspfad bei Patienten mit KHK-Anamnese

trächtliche Einsparungen erzielen lassen.

Die KHK ist die Todesursache Nummer 1 in Deutschland. Dies spiegelt sich auch in unserer Landpraxis: Rund 12 Prozent unserer Patienten haben eine koronare Herzkrankheit. Bei längerem Bestehen kann die KHK zu einem Herzinfarkt führen. Die Chance, einen Herzinfarkt zu überleben, liegt bei 50 Prozent. Es muss also unser Ziel sein, die KHK zu erkennen, bevor der Herzinfarkt eingetreten ist. Eine weitere Herausforderung besteht darin, die KHK so früh zu erkennen, dass eine Dilatation (Erweiterung) der Koronararterie(n) mittels PTCA³ ausreicht und dem Patienten ein operativer Eingriff (chirurgische Implantation von Gefäßprothesen [z.B. Bypass]) erspart bleibt. Hier können wir Hausärzte eine wichtige Funktion

übernehmen. Dies ist umso wichtiger, weil die internistischen Praxen mit kardiologischem Schwerpunkt und die Ambulanzen der Krankenhäuser heute nicht genügend Kapazitäten haben, um alle verdächtigen Thoraxschmerzen abzuklären, die auf eine KHK hindeuten. Wartezeiten von bis zu sechs Wochen sind keine Ausnahme.

Behandlungspfade

Ziel ist also die Früherkennung der KHK in der hausärztlichen Praxis. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden drei Behandlungspfade entwickelt. Der erste (Abbildung 1) kommt zum Einsatz, wenn sich Patienten mit Thoraxschmerzen in der Praxis vorstellen. In diesem Fall wird in einem Anamnesegespräch gezielt versucht zu entscheiden, ob es sich um typische, atypische (z.B. durch die Wirbelsäule

bedingter Thoraxschmerz) oder fraglich typische (bei unzureichender Differenzierungsfähigkeit des Patienten) Beschwerden für eine KHK handelt. Anschliessend wird ein Risikoprofil erhoben. Zudem werden ein Laborschnelltest und eine körperliche Untersuchung durchgeführt, und es wird eine Ruhe-Echokardiografie veranlasst, um Herzerkrankungen zu erkennen, bei denen eine Fahrradergometrie kontraindiziert wäre. Im Fall positiver Befunde wird ein Ruhe-Elektrokardiogramm (Ruhe-EKG) erstellt. Bei auffälligem EKG-Befund wird das kardiologische Zentrum telefonisch konsultiert und bei Bedarf der Patient zur weiterführenden invasiven Diagnostik (Koronarangiografie, d.h. Kontrastmitteldarstellung der Gefässe) ans kardiologische Zentrum überwiesen. Die Befunde werden in diesem Fall unverzüglich online übermittelt (Abbildung 1).

Patienten mit bekannter KHK werden regelmässig (ca. halbjährlich) gemäss Abbildung 2 auf eine mögliche Progredienz der Erkrankung untersucht. Auch hier werden wieder ein Risikoprofil erhoben, ein Anamnesegespräch geführt und eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Zusätzlich zum Ruhe- und Belastungs-EKG besteht die vom Chefarzt der Medizinischen Klinik der Schwalm-Eder-Kliniken, Rainer Zotz, etablierte Möglichkeit, Veränderungen an den Koronargefässen im Rahmen der Langzeitkontrolle mittels Schluckecho darzustellen.⁴

Ein dritter Behandlungspfad (Abbildung 3) kommt bei Patienten zum Einsatz, die keine Herzbeschwerden angeben, bei denen der Arzt aber aufgrund verschiedener Risikofaktoren eine Prädisposition zur KHK vermutet. Hier spielen vor allem die Familienanamnese und das metabolische Syndrom⁵ eine wichtige Rolle. Auch in diesem Fall werden wieder

3 PTCA: Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie: Gefässerweiterung mittels Ballonkatheter und/oder mittels Gefässstütze (Stent).

4 Die Schwalm-Eder-Kliniken sind weltweit einziger Anbieter dieser diagnostischen Massnahme, die einen wertvollen Beitrag zur noninvasiven kardiologischen Untersuchung darstellt [1].

5 metabolisches Syndrom: so genanntes «tödliches Quartett»: Kombination von Übergewicht, gestörtem Kohlenhydratstoffwechsel (z.B. Diabetes mellitus), Hypertriglyceridämie und Bluthochdruck.

ein *Risikoprofil* erhoben, ein *Anamnesegespräch* geführt und eine *körperliche Untersuchung* durchgeführt. Bei bestehendem Risikoprofil führen wir ein *Belastungs-EKG* (Fahrradergometrie) durch, um herauszufinden, wie der Patient, der im Alltag möglicherweise körperliche Belastungen meidet, auf körperliche Belastung reagiert. Manchmal treten bei diesen Patienten bei starker Belastung EKG-Veränderungen und sogar typische pektanginöse Beschwerden⁶ auf. Bei unsicherem Befund (z.B. aufgrund unbefriedigend eingestellter Hypertonie oder unzureichender Belastbarkeit wegen Kniebeschwerden oder nicht auskurierter Erkältung oder aufgrund eingeschränkter Beurteilbarkeit wegen Digitalis- oder Nitrat-Medikation) wird das EKG nach zwei Wochen wiederholt.

Besonders hervorgehoben seien an dieser Stelle die Diabetiker: Der Diabetes ist an sich schon ein erheblicher Risikofaktor für die KHK. Wenn zudem eine diabetische Neuropathie vorliegt, kann dies dazu führen, dass die Angina pectoris⁷ als Frühsymptom einer akuten KHK nicht auftritt. Wir haben deshalb begonnen, alle Diabetiker zu ergometrieren (ausser bei Kontraindikationen) und sie bei EKG-Auffälligkeiten zur weiterführenden invasiven Diagnostik ans kardiologische Zentrum zu überweisen.

Den Risikopatienten bieten wir in unserer Hausarztpraxis eine Patientenschulung an, die es ihnen ermöglichen soll, bewusster mit der Krankheit umzugehen. Im Sinne der Prävention gehen wir auch auf die junge Generation zu, um Themen wie Fehlernährung, Bewegungsmangel, Nikotinabusus, Konsum anderer Drogen und Übergewicht anzusprechen [2].

Ergebnisse

Im Zeitraum von zwei Jahren haben wir 160 Patienten aufgrund auffälliger Befunde dem Versorgungszentrum zur weiterführenden kardiologischen Diagnostik zugewiesen. Diese Patientengruppe setzte sich wie folgt zusammen (*Abbildung 4*):
 ■ Bei 32 Prozent (51 Patienten) bestand ein akutes Koronarsyndrom (4 dieser Patienten erlitten noch vor

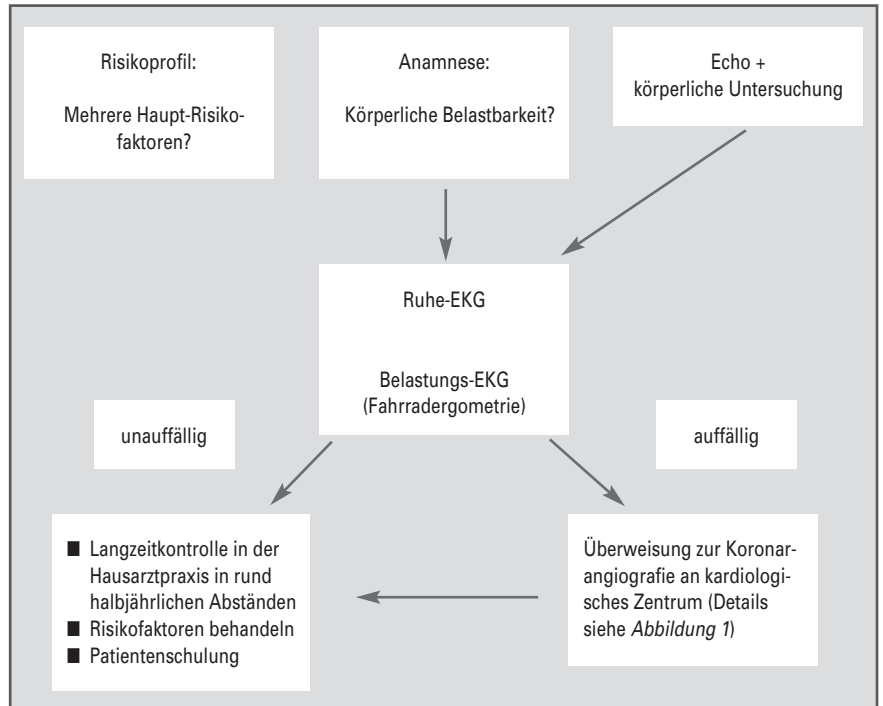


Abbildung 3: Behandlungspfad bei Patienten mit Risikofaktoren

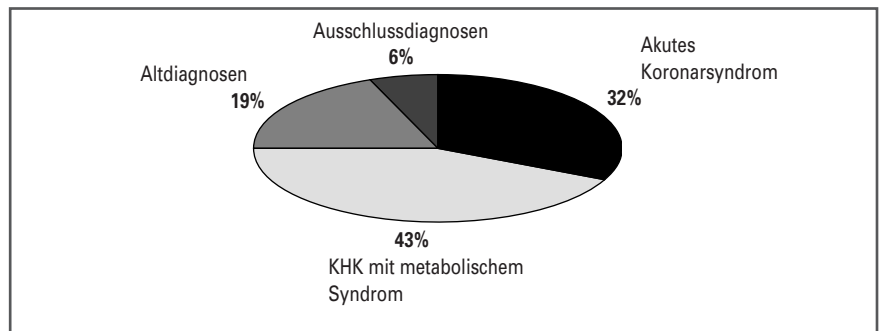


Abbildung 4: Zusammensetzung des Kollektivs der ans kardiologische Zentrum überwiesenen Patienten

der Intervention einen Herzinfarkt, der in einem Fall tödlich verlief)

- 43 Prozent hatten ein metabolisches Syndrom mit auffälligen Befunden
 - 19 Prozent hatten eine bekannte KHK mit Verschlechterung des Befundes
 - Bei 6 Prozent bestand ein Verdacht auf KHK, der im kardiologischen Zentrum mit einer Koronarangiografie ausgeräumt werden konnte.
- Bei rund 60 Patienten zeigten sich interventionsbedürftige Befunde, die in den meisten Fällen mit PTCA⁸ versorgt werden konnten. Lediglich bei 4 Patienten war eine Bypassoperation erforderlich.

Dieses gute Ergebnis ist der engen Kooperation mit der kardiologischen Fachabteilung der Schwalm-Eder-Kliniken zu verdanken, die es ermöglicht, das Zeitintervall vom Erstkontakt in der Praxis bis zur Koronarangiografie im kardiologischen Zentrum äusserst kurz zu halten (siehe *Abbildung 5*): Zwei Drittel unserer Patienten (65%) werden bereits innerhalb von 24 Stunden angiografiert. Die genannten guten Behandlungsergebnisse sind zweifellos auch mit

6 pektanginöse Beschwerden: Beschwerden einer Angina pectoris (siehe Fussnote 7).
 7 Angina pectoris (auch Stenokardie, Herzenge) = Bezeichnung für die typischen Symptome einer akuten Koronarsuffizienz (u.a. Thoraxschmerzen).
 8 siehe Fussnote 3

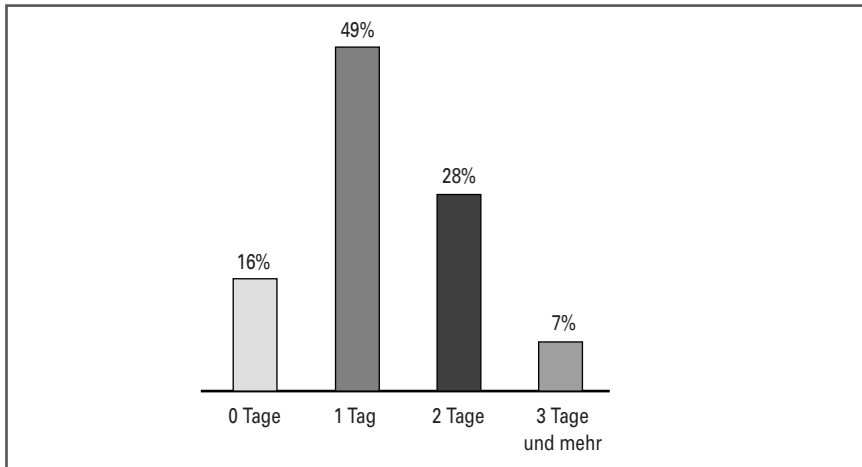


Abbildung 5: Wartezeiten bis zur invasiven KHK-Diagnostik

Kosteneinsparungen verbunden. Um diesen Effekt nachzuweisen, führt zurzeit die Rheinische Fachhochschule Köln (Leitung: Prof. Dr. R. Riedel) eine gesundheitsökonomische Auswertung durch. Sicher ist, dass durch die Vermeidung von Bypassoperationen die Krankheitsabwesen-

heiten am Arbeitsplatz wesentlich verringert werden können. Bei PTCA beträgt die Abwesenheit nur rund eine Woche, was auch aus volkswirtschaftlicher Sicht sehr vorteilhaft ist. Die Krankenversicherer haben sich von unserem Konzept bereits überzeugen lassen: Die Hessischen Kran-

kenkassenverbände haben unsere Praxis zusammen mit der Schwalm-Eder-Klinik zu Vertragsverhandlungen für eine indikationsbezogene integrierte Versorgung von KHK-Patienten eingeladen. ■

AutorInnen:
Traugott Heil
und
Birgit Kuttler

Praxis Traugott Heil
Facharzt für Allgemeinmedizin
Kasseler Strasse 28
D-34637 Schrecksbach
E-Mail: Heil@telemed.de
Internet: www.arztpraxis-heil.de

Literatur:

1. Philipp S. Wild; Rainer J. Zotz: Fragment Reconstruction of Coronary Arteries by Transesophageal Echocardiography. A Method for Visualizing Coronary Arteries With Ultrasound. *Circulation*. 2002; 105: 1579-1584.
2. Maeder M. et al.: Myokardinfarkt bei jungen PatientInnen. *Schweiz Med Forum* 2004; 4; 1023-1031.