

# Menschen mit Herzinsuffizienz im Alltag betreuen – spezialisierte Pflegefachpersonen im interdisziplinären Team

**Immer mehr ältere Menschen leiden unter Herzinsuffizienz.**

**Um Dekompensationen zu vermeiden, braucht diese Patientengruppe ein Behandlungsmanagement durch ein interdisziplinäres Team.**

**Eine wichtige Rolle kommt dabei speziell ausgebildeten Pflegenden zu.**

**Romy Mahrer-Imhof,  
Antoinette Conca**

**H**erzschwäche oder Herzinsuffizienz (HI) bedeutet, dass das Herz nicht mehr genügend Blut durch den Kreislauf befördert. Die HI-Diagnose besteht immer aus «Symptomen» und Befunden einer «ventrikulären Funktionsstörung» [1]. Betroffene sind reduziert belastbar und ermüden schnell. Symptome können Kurzatmigkeit, geschwollene Beine oder ein gespannter, schmerzhafter Bauch sein, zum Teil auch Appetitlosigkeit und Untergewicht. Patientinnen und Patienten mit HI haben eine erhöhte Mortalitätsrate (12,6%/Jahr) im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung (4,3%/Jahr) [2].

HI kommt in allen Lebensaltern vor, manifestiert sich aber bei der Mehrzahl von PatientInnen erst im fortgeschrittenen Alter (betroffen sind 4,2/1000 der 25- bis 44- und 27/1000 der 65- bis 74-Jährigen) [1]. In Europa leiden schätzungsweise 5 Prozent der über 65-Jähri-

gen an HI, und die Prävalenz (Anteil Erkrankter) in dieser Gruppe wird sich in den nächsten zehn Jahren verdoppeln oder verdreifachen [2]. Heute sind 10,4 pro 1000 Frauen und 10,9 pro 1000 Männern erkrankt. In europäischen Studien wurde eine Inzidenz (jährliche Zahl neuer Fälle) von 5,4 pro 1000 Personen ermittelt [3].

## Schwächen der herkömmlichen Versorgung

HI verursacht in Europa 1 bis 2 Prozent der gesamten Gesundheitskosten; davon sind zwei Drittel Spital- und nur 2 bis 8 Prozent Medikamentenkosten [4]. Eine europäische Studie zeigte, dass ein Viertel aller PatientInnen auf medizinischen Abteilungen an HI leiden, von welchen 24 Prozent innerhalb von 12 Wochen erneut hospitalisiert wurden [5]. In 50 Prozent der Fälle führte eine Nichteinhaltung der Therapieempfehlungen (Non-Compliance) bezüglich Medikation und Diät sowie eine mangelhafte Symptomüberwachung zur Rehospitalisation [6].

## Anforderungen an HI-Versorgungsprogramme

In der Versorgung von HI-Betroffenen besteht also ein erhebliches Verbesserungspotenzial. Um die Rehospitalisationsrate und zugleich auch die Kosten sowie die Mortalitätsrate zu senken, müssen HI-Patientinnen und -Patienten über die Institutionsgrenzen hinweg betreut und beim Erlernen von Selbstpflege-Fähigkeiten und Selbstmanagement unterstützt werden [7]; sie müssen lernen, ihre Symptome zu beobachten und sich selbst zu versorgen [8, 9]. Die europäische Gesellschaft für



Romy Mahrer-Imhof



Antoinette Conca

Kardiologie hat, übereinstimmend mit dem Modell «Innovative Care for Chronic Conditions» der WHO (2002) [11], die folgenden Richtlinien für HI-Behandlungsprogramme entwickelt [12]:

■ Die Programme streben einen partnerschaftlichen, interdisziplinären Umgang mit den chronisch Kranken an, um die Betreuungskontinuität zu garantieren.

- Der Krankenhausaustritt wird im Voraus geplant.
- Die PatientInnen erhalten innerhalb der ersten zehn Tage eine Nachsorge.
- Sie erhalten einen verbesserten, unkomplizierten Zugang zur Gesundheitsversorgung.
- Die medizinische Therapie ist evidenzbasiert (d.h. gemäss neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen) eingestellt.
- Diuretika (Medikamente zur Verringerung von Stauungssymptomen) werden flexibel angewendet.
- Die PatientInnen werden bezüglich Verhaltensänderungen und Therapietreue beraten.
- Eine Patientenschulung wird angeboten [13].

Um die genannten Anforderungen zu erfüllen, braucht es ein interdisziplinäres Behandlungsteam. Meist besteht ein solches Team aus Fachpersonen der Pflege (Advanced Nurse Practitioners ANP), der Kardiologie, der Pharmakologie, der Ernährungsberatung und der Physiotherapie. Die Pflegefachpersonen benötigen für die Mitarbeit in solchen Teams eine spezialisierte Ausbildung (siehe Kasten). Die Programme werden in Krankenhäusern, Ambulatorien oder Polikliniken und/oder bei PatientInnen zu Hause durchgeführt [7, 15, 17].

### Nutzen von HI-Programmen

Dass sich die beschriebene Form der Versorgung von HI-PatientInnen lohnt, zeigt eine Metaanalyse, die schlussfolgert, dass HI-Schulungs- und Beratungsprogramme mit der Beteiligung von Pflegefachpersonen Spitaleinweisungen verzögern, Spitalaufenthalte verkürzen, das Wiedereintrittsrisiko um einen Viertel senken, die Lebensqualität verbessern, das Überleben verlängern und Kosten einsparen [7, 15-19]. Trotz eines Mehraufwandes an Pflegeleistungen sparte man in einer amerikanischen Studie 6480 US-Dollar pro PatientIn/Jahr [20].

### Verschiedene Versorgungsmodelle

Krankheitsmanagement-Programme unterscheiden sich nach Organisa-

### Anforderungen an Pflegefachpersonen für das HI-Krankheitsmanagement

Pflegefachpersonen, die in interdisziplinären HI-Behandlungsteams mitarbeiten, benötigen Wissen über die Pathophysiologie der Herzinsuffizienz und damit verbundene Veränderungsprozesse sowie über die pharmakologische und nichtpharmakologische Behandlung, klinische Assessment-Fähigkeiten und die Fähigkeit zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit anderen Berufsleuten und PatientInnen. Sie müssen in der Lage sein, Ergebnisse zu beobachten, zu dokumentieren und zu kommunizieren. Zudem benötigen sie eine Perspektive, die von der Prävention bis zur Palliation das ganze Krankheitskontinuum für den Einzelnen und die HI-Population einbezieht [14].

Diese Kenntnisse und Fähigkeiten sind in spezialisierten Ausbildungen zu erwerben. Pflegende, die für den pflegerischen Beitrag in HI-Krankheitsmanagement-Programmen verantwortlich zeichnen, benötigen eine akademische Ausbildung (ANP-Pflegende<sup>1</sup>).

tion, Inhalten und Intensität der Patientenkontakte [22].

Ein Modell der Betreuung und Nachsorge sind die von Pflegepersonal geleiteten Herzambulatorien. In Schweden schulen und beraten spezialisierte Pflegende seit 1990 Patientinnen und Patienten mit HI, bieten soziale Unterstützung und leichten Zugang zu den Pflegeleistungen durch Telefonsprechstunden an. Die Pflegenden sind berechtigt, nach speziellen Protokollen die Medikation anzupassen. Sie erheben die Anamnese und führen körperliche Untersuchungen durch, evaluieren den Zustand und sichern eine optimale Behandlung [6, 18]. In Schottland besuchen und betreuen Pflegende PatientInnen mit HI zu Hause, wo sie den körperlichen Status und pflegerelevante Probleme erheben und die Medikamente aufgrund der Symptome gemäss einem Behandlungsschema anpassen [21]. Krumholz et al. zeigten, dass bereits Schulung und Beratung allein die Ergebnisse substantiell verbessern [20]. Sowohl kurze Interventionen mit einer Telefon-Nachsorge oder einem Hausbesuch [20,23] als auch längere Interventionen mit einem Hausbesuch und wiederholten Nachsorge-Besuchen oder Telefonanrufen wurden auf ihre Wirkung untersucht [24]. Kurze Interventionen (Nachsorge durch die Pflegeperson in den ersten 7 bis 14 Tagen nach Austritt) führten in einer Studie zu einer Verminderung der Rehospitalisationsrate und der Mortalität [23], in einer anderen Studie nicht

[25]. Deshalb untersucht jetzt die COACH-Studie mit über 1000 Patienten in Holland, wie intensiv die Pflegeinterventionen sein müssen, um PatientInnen mit HI vor einer Zustandsverschlechterung schützen zu können.

### Erfahrungen in der Schweiz

Auch für die Schweiz sind die beschriebenen internationalen Erfahrungen interessant; Pflegende beteiligen sich an verschiedenen Programmen, die das Krankheitsmanagement von HI-Betroffenen zu verbessern suchen:

Eine Pilotstudie des Basler Instituts für Pflegewissenschaft und der Abteilung für Kardiologie des Universitätsspitals Basel (SWIM-HF-Studie) testet mit 43 Teilnehmenden, ob mit einem interdisziplinären HI-Programm auch in der Schweiz die Wiedereinweisungs- und Komplikationsrate gesenkt und die Lebensqualität und Therapietreue verbessert werden kann. Zusätzlich zur kardiologischen Standardtherapie werden Patientinnen und Patienten in diesem Programm in Basel während eines Jahres von einer akademisch geschulten Pflegefachfrau beraten und geschult. Den HI-Betroffenen entstehen keine zusätzlichen Kosten durch diese Betreuung. Am Institut für Pflegewissenschaft in Basel sind das Krankheitsmanagement und die Schulung und Betreu-

<sup>1</sup> Nähere Angaben zu Ausbildung und Tätigkeitsbereich von ANP-Pflegenden siehe Artikel «Delirium-Management am Universitätsspital Basel» von Sabina De Geest et al. in diesem Heft

ung von Patientinnen und Patienten ein Schwerpunkt in der akademischen Ausbildung der Pflegenden zum Master of Nursing Science. Das Inselspital Bern bietet im Ausbildungszentrum Inselspital (AZI) diplomierten Pflegefachpersonen, die auf Intensiv- oder akutmedizinischen Stationen, in Rehabilitationskliniken oder in Arztpraxen mit HI-Betroffenen arbeiten, seit 2001 einen intensiven, vierwöchigen Kurs zu HI an.

Im Moment gibt es in der Schweiz zudem ein Herzinsuffizienz-Schulungsprogramm, das von verschiedenen Krankenkassen (CSS, Helsana, Groupe Mutuel, Visana, Wincare) unterstützt wird [26]. Seit Herbst 2001 wird das Schulungsprogramm mit drei bis fünf Sitzungen durch eine Pflegenden mit Zusatzausbildungen in der MediX-Gruppenpraxis angeboten [27]. Die Schulungen werden persönlichen Bedürfnissen der HI-Betroffenen angepasst, und auf Wunsch der Patientinnen und Patienten finden telefonische Nachbetreuungen (mindestens viermal jährlich) statt. Die Verantwortung für die medizinische Behandlung bleibt beim vom HI-Betroffenen gewählten Arzt, an den auch eine Zusammenfassung der Schulungsergebnisse weitergeleitet wird.

Auch in der Schweiz gibt es zurzeit also kein einheitliches, interdisziplinäres Krankheitsmanagement-Konzept. Es gilt zu bestimmen, welche Intensität und welchen Inhalt die Schulung und Betreuung von HI-Betroffenen aufweisen müssen und welche Programme das Wissen der Betroffenen und ihren Umgang mit Herzinsuffizienz, Medikamenteneinnahme, Ernährung, Selbstmonitoring und physischer Aktivität am positivsten beeinflussen.

## Fazit

Europäische und amerikanische Studien zeigen, dass die Pflege – eingebettet in ein interdisziplinäres Team – eine wesentliche Rolle spielt, um die Selbstpflegefähigkeiten von Patienten zu fördern und ihr Krankheitsmanagement im Alltag zu unterstützen. Mit neuen Versorgungsmodellen werden Patientinnen und Patienten mit HI eine höhere Le-

bensqualität, geringere Kosten, weniger Krankenhauseinweisungen und ein längeres Leben gewinnen können. ■

### Autorinnen:

**Romy Mahrer-Imhof, RN, PhD**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Institut für Pflegewissenschaft  
Universität Basel  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel  
E-Mail: romy.mahrer@unibas.ch

**Antoinette Conca, RN, MNS**

Assistentin  
Institut für Pflegewissenschaft  
Universität Basel  
E-Mail: antoinette.conca@unibas.ch

### Literatur:

- Muntwyler J: Epidemiologie der Herzinsuffizienz. *Therapeutische Umschau*. 2000; 57: 279–283.
- Muntwyler J, Abetel G, Gruner C, Follath F: One-year mortality among unselected outpatients with heart failure. *European Heart Journal*. 2002; 23: 1861–1866.
- Levy D, Kenchaiah S, Larson MG et al.: Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *The New England Journal of Medicine*. 2002; 347: 1397–1402.
- Lee WC, Chavez Y, Baker T, Luce B: Economic burden of heart failure: A summary of recent literature. *Heart & Lung*. 2004; 33: 362–371.
- Cleland JG, Swedberg K, Follath F et al.: The EuroHeart Failure survey programme: A survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *European Heart Journal*. 2003; 24: 442–463.
- Stromberg A: Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden. *Pflege*. 2004; 17: 237–242.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE et al.: Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 291: 1358–1367.
- Ni H, Nauman D, Burgess D et al.: Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*. 1999; 159: 1613–1619.
- Carlson B, Riegel B, Moser DK: Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung*. 2001; 30: 351–359.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288: 1775–1779.
- World Health Organization (WHO): Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions. Genf, 2002.
- European Society of Cardiology: Task force for diagnoses and treatment of chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2001; 3: 139–144.
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C et al.: Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Journal of Quality Improvement*. 2001; 27: 63–80.
- Pruitt SD, Epping-Jordan JE: Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*. 2005; 330: 637–639.
- McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW: A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *The American Journal of Medicine*. 2001; 110: 378–384.
- Rich MW: Heart failure disease management: A critical review. *Journal of Cardiac Failure*. 1999; 5: 64–75.
- Rich MW: Management of heart failure in the elderly. *Heart Failure Review*. 2002; 7: 89–97.
- Stromberg A, Martensson J, Fridlund B et al.: Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: Results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*. 2003; 24: 1014–1023.
- Riegel B, Carlson B, Kopp Z et al.: Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162: 705–712.
- Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL et al.: Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2002; 39: 83–89.
- Blue L, Lang E, McMurray JJ et al.: Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal*. 2001; 323: 715–718.
- Jaarsma T: Heart failure management programs: How far should we go? *European Journal of Heart Failure*. 2003; 5: 215–216.
- Stewart S, Marley JE, Horowitz JD: Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: A randomised controlled study. *Lancet*. 1999; 354: 1077–1083.
- Wright SP, Walsh H, Ingley KM et al.: Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *European Journal of Heart Failure*. 2003; 5: 371–380.
- Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu Saad H et al.: Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Heart Journal*. 1999; 20: 673–682.
- [http://www.medix.ch/medizin/herzprogramm/index\\_frame.htm](http://www.medix.ch/medizin/herzprogramm/index_frame.htm) (retrieved July 14, 2002)
- Götschi AS, Weber A: Herzprogramm – Leben mit dem kranken Herz: Erfahrungen mit einem Disease Managementprogramm für Patienten mit Herzinsuffizienz. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2002; 83: 1987–1992.