

Zusammenfassung

Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) haben weltweit einen entscheidenden Einfluss auf Mortalität, Lebensqualität und Gesundheitsökonomie.

Das vorliegende Habilitationsvorhaben befasste sich mit der Beschreibung von Versorgungsstrukturen und -prozessen in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der hausärztlichen Routineversorgung.

Auf nationaler Ebene wurden Qualitätsindikatoren zur Prävention von Erkrankungen mit hohem präventivem Potenzial, insbesondere zur Erfassung von Lebensstilfaktoren sowie der verhaltensorientierten Beratung zur Anwendung in der Hausarztpraxis entwickelt und in Hausarztpraxen implementiert. Die Implementierung zeigte, dass die Praxissoftware für die Dokumentation von Beratung und dem Monitoring von Lebensstilfaktoren nur bedingt geeignet war, sowie eine fehlende Vernetzung mit kommunalen präventiven Ressourcen. Die entwickelten Indikatoren fanden auf internationaler Ebene Berücksichtigung.

Das internationale EPA-Cardio Projekt beinhaltete die Entwicklung international konsentierter Qualitätsindikatoren zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, die Entwicklung und Pilotierung geeigneter Messinstrumente zur Erfassung dieser Indikatoren und darüber hinausgehender Versorgungsprozesse, die Durchführung eines systematischen Literaturreviews zur Identifikation bestmöglicher Strategien zur Risikokommunikation und die Konzeption, Durchführung und Auswertung einer internationalen Beobachtungsstudie. Es wurden ca. 13000 Personen: Gesunde, Risikopatienten und chronische Kranke aus 320 Hausarztpraxen in 10 europäischen Ländern eingeschlossen: Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Österreich, Slowenien, Spanien, Schweiz. Dabei wurden folgende Erkenntnisse gewonnen:

Patienten mit koronarer Herzerkrankung erhielten überwiegend eine leitliniengerechte Versorgung hinsichtlich der Dokumentation und Therapie von Risikofaktoren. In Großbritannien wurden die besten Ergebnisse erzielt. Hingegen war die Versorgung von kardiovaskulären Risikopatienten weniger zufriedenstellend. In beiden Gruppen zeigte sich das größte Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Lebensstilmanagements.

Die Struktur und Organisation der Hausarztpraxen sowie der funktionelle Nutzen der Praxissoftware zur Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten hatten in beiden Patientengruppen einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Im Hinblick auf die Versorgung chronisch Kranker entsprachen organisatorische Praxisstrukturen und -prozesse in primärarztorientierten Ländern (UK, Spanien) eher definierten Kriterien einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

Chronisch kranke KHK-Patienten stufen die Qualität der Versorgung, besonders die Unterstützung des Selbstmanagements, als verbesserungswürdig ein. Die die subjektiv wahrgenommene Versorgungsqualität korrelierte positiv mit Qualitätskriterien für die versorgenden Praxen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) wurde von Risikopatienten höher bewertet als von Patienten mit koronarer Herzerkrankung. Bei Risikopatienten fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen Lebensqualität und regelmäßiger Medikamenteneinnahme, regelmäßiger Bewegung und guter Praxisorganisation. Bei den chronisch kranken Patienten hing die Bewertung der HRQoL in stärkerem Maß von der persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung ab.

Eine ländervergleichende Analyse national etablierter hausarztbasierter Präventionsprogramme ergab, dass nationale Programme, die sich vorwiegend auf chronisch Kranke beziehen eher in Ländern mit einer starken Primärarztorientierung (z.B. UK) etabliert waren, während primärpräventive Lebensstilinterventionen eher im Rahmen kleinerer regionaler Projekte in Ländern mit einer schwächeren Hausarztorientierung dominierten.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf ein hohes Verbesserungspotenzial in der primärpräventiven Versorgung kardiovaskulärer Erkrankungen hin. Eine Umstrukturierung der hausärztlichen Versorgung hin zur besseren Umsetzung evidenzbasierter primärpräventiver Versorgungselemente bedarf der Systemunterstützung.

Zur Untersuchung des Kernbereichs Risikoassessment und -kommunikation erfolgte die Konzeption, Durchführung und Auswertung einer explorativen Anwenderstudie zum Vergleich zweier in Deutschland entwickelter Instrumente (e-ARRIBA) und CARRISMA). Hierbei zeigte sich, dass Patienten sich durch die Anwendung der Instrumente stärker in die Beratung einbezogen fühlten und motivierter waren ihr Verhalten zu verändern. Ärzte begrüßten die bessere Strukturierung der Kommunikation und die bildliche Darstellung der Risikoreduktion durch verschiedene Therapieoptionen, beklagten jedoch den zusätzlichen unvergüteten Zeitaufwand und die mangelnde Kompatibilität der Instrumente mit der Praxissoftware.