

## INFORMATION

zur Pressekonferenz

mit

**Landesrätin Mag.<sup>a</sup> Christine Haberlander**  
und  
**OÖGKK-Obmann Albert Maringer**

am 16. März 2018

zum Thema

### **Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz**

**Weitere Gesprächsteilnehmer:**

Dr. Erwin Rebhandl, niedergelassener Allgemeinmediziner  
OA Dr. Christian Ebner, FA f. Innere Medizin/Kardiologie, Ordensklinikum Linz  
Elisabethinen

Impressum

Medieninhaber & Herausgeber:  
Amt der Oö. Landesregierung  
Direktion Präsidium  
Abteilung Presse  
Landhausplatz 1 • 4021 Linz

Tel.: (+43 732) 77 20-114 12  
Fax: (+43 732) 77 20-21 15 88  
landeskorrespondenz@ooe.gv.at  
www.land-oberoesterreich.gv.at

DVR: 0069264

***Rückfragen-Kontakt:***

***Karin Mühlberger (+43 732) 77 20-171 10, (+43 664) 600 72 171 10***  
***Mag. Gregor Smejkal (+43 5) 7807-102214***

## **Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz**

In Oberösterreich leiden nach Schätzungen rund 18.500 Menschen an einer Herzinsuffizienz, also an einer chronischen Herzschwäche. Trotz laufender Behandlung müssen viele von ihnen wiederholt ins Spital aufgenommen werden, weil sie Medikamente unregelmäßig einnehmen oder Warnzeichen einer Verschlechterung nicht erkennen. Darüber hinaus sind rund 40.000 Personen der Risikogruppe zuzurechnen.

Mit 5.458 Krankenhausaufnahmen wegen Herzinsuffizienz (HI) lag Oberösterreich im Jahr 2016 Österreich weit in Führung. Das entspricht 38 Aufnahmen pro 1000 Einwohner, während der Österreichschnitt nur bei 30 pro 1000 Einwohner liegt.

Die Wiederaufnahmerate ins Spital nach vorangegangener Entlassung wegen Herzinsuffizienz kann bis zu 50 Prozent innerhalb der ersten 6 Monate betragen. Auch das Risiko zu versterben ist in der Frühphase nach Krankenhauserkrankung am höchsten. Diese Ergebnisse rechtfertigen eine verstärkte Überwachung bei Patientinnen und Patienten, die wegen einer Herzinsuffizienz im Spital behandelt wurden. Mit dem neuen Versorgungskonzept sollen Wiederaufnahmen und Risiken minimiert werden.

### **Neues Versorgungskonzept von Land OÖ und OÖGKK**

Um die Patientinnen und Patienten besser zu betreuen und zu beraten, haben das Land OÖ und die OÖ. Gebietskrankenkasse im Rahmen der Gesundheitsreform „Zielsteuerung Gesundheit“ ein neues Konzept zur integrierten Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz (IV-HI) entwickelt, an dem sich Krankenhausärztinnen und –ärzte bzw. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beteiligen können.

„Wir wollen die Lebensqualität der Betroffenen durch Vermeidung von zusätzlichen Krankenhausaufenthalten steigern. Auch eine bessere Vernetzung aller betreuenden Institutionen und damit eine effizientere und effektivere Struktur gehören zu den Zielen. Die Patientinnen und Patienten sollen zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung befähigt

und auch ihre Angehörigen bestmöglich unterstützt werden. Bereits jetzt in der ersten Pilotphase zeigt sich, dass Krankenhausaufenthalte wegen Verschlechterung des Herz-Kreislauf-Zustandes durch die Begleitung und die damit einhergehende Früherkennung von Problemen verringert werden können“, erklärt Gesundheitslandesrätin Mag.<sup>a</sup> Christine Haberlander.

„Die OÖGKK kann ihren Versicherten ein großes Versprechen abgeben: Ein gutes Leben trotz Herzschwäche ist möglich! Gerade in Oberösterreich sind die Bedingungen gut: Wir haben Mediziner mit Wissen, Herz und Engagement. Wir haben eine optimale Vernetzung zwischen Land OÖ, Ärztekammer und OÖGKK für eine bestmögliche Versorgung aus einem Guss. Und vor allem: Wir stellen den Patienten mit seiner Erkrankung ins Zentrum unseres Bemühens, kämpfen an seiner Seite: Mit hochwertigen Informationen, guter Beratung, ausgereiften Therapien und alltagstauglichen Begleit-Programmen wie dem ‚Herzinsuffizienz-Tagebuch‘ als Beispiel“, so OÖGKK-Obmann Albert Maringer.

### **Wichtigste Ziele der integrierten Versorgung:**

- Steigerung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz
- positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes, um die Wiederaufnahmerate ins Spital zu senken
- Patientinnen und Patienten sollen zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung befähigt werden
- Eine Stärkung der Betreuung im niedergelassenen Bereich soll eine wohnortnahe, hausärztliche Betreuung sicherstellen.
- Die Aufgabenverteilung unter den Versorgungspartnern soll für alle Beteiligten transparent sein. Dadurch sollen „Irrwege“ und Doppeluntersuchungen vermieden werden.

- Die Kooperation und Vernetzung zwischen den Versorgungspartnern soll gefördert werden.

### **Rüstzeug für die Zukunft**

Das Projekt verfolgt keinen Bettenabbau im stationären Bereich. Daher wird auch kein Sparpotential lukriert. Das Projekt versteht sich primär als „Rüstzeug für die Zukunft“, da aufgrund der demographischen Entwicklung die Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, zu denen auch Herzinsuffizienz zu zählen ist, zunehmen wird. Eine intensive und integrierte Versorgung der Herzinsuffizienzpatienten, wie in diesem Projekt vorgesehen, soll dieser Entwicklung Rechnung tragen.

### **Maßnahmen zur Zielerreichung in OÖ**

#### **Strukturierte Betreuung:**

Unter Einbeziehung verschiedener Strukturen des Gesundheitssystems und verschiedener Berufsgruppen als Leistungserbringer werden Herzinsuffizienz-Patienten strukturiert betreut. Alle Partner entlang des Betreuungsprozesses (Angehörige, mobile Pflegedienste, Allgemeinmediziner, Facharzt und Krankenhaus) sind dabei wichtige Einflussfaktoren für den Patienten.

#### **Krankheitsbild bezogene Schulung für Versorgungspartner:**

Jene Leistungserbringer, die Menschen mit Herzinsuffizienz betreuen (Primärversorger, niedergelassene Internisten, Personal in kardiologischen bzw. internen Ambulanzen, KH-Stationpersonal (Kardiologie, Interne), Hauskrankenpflege) werden speziell in Bezug auf die strukturierte Betreuung geschult.

#### **Schulungen für Patienten und Angehörige:**

Ziele der Patientenschulung sind Selbstmanagement und Empowerment. Darüber hinaus hat die Patientenschulung Einfluss auf den Krankheitsbewältigungsprozess und damit auf den Krankheitsverlauf. Die Schulung beinhaltet Theorie/Wissensvermittlung,

Fragenbeantwortung und praktischen Übungen. Wichtig ist es, auch die betreuenden Angehörigen mit einzubeziehen.

### **Herzinsuffizienz-Tagebuch:**

Das Führen eines Herzinsuffizienz-Tagebuchs durch die Patientinnen und Patienten ist Basis des Selbstmanagements und gibt auch den betreuenden Ärztinnen und Ärzten einen besseren Überblick über den Zustand der Patientinnen und Patienten. Es unterstützt Patientinnen und Patienten in der Therapietreue und soll Transparenz in Bezug auf Diagnosen, Medikamente, und Vitalparameter schaffen.

### **Infomaterialien:**

Infomaterialien sind hilfreich für das Verstehen der Erkrankung und der Maßnahmen und werden im Rahmen des Projektes den Patientinnen und Patienten ausgehändigt.

### **Fachliche Unterstützung durch Herzinsuffizienz-Experten:**

Die Primärversorgungsebene soll durch Herzinsuffizienz-Expertinnen und –experten im Krankenhaus unterstützt werden wie z.B. eine Fachinfo-Telefonhotline, die den Primärversorgern zu gewissen Zeiten bei Spezialfragen Unterstützung bietet.

### **Patientinnen und -patienten im Mittelpunkt, Hausärztinnen und -ärzte als erste Ansprechstelle**

Die Versorgungsstruktur hat grundsätzlich die Patientinnen und Patienten als wichtigste Partnerinnen und Partner im Management der chronischen Erkrankung im Mittelpunkt. Erste Ansprechstelle und Koordinator in der Versorgungsstruktur sind die Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner/Hausärztinnen und -ärzte oder die betreuenden Internistinnen und Internisten. Die Hauskranken-Pflege ist der Schlüsselfaktor für die Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld, die sich selbst nicht mehr versorgen können. Daher sind die mobilen Pflegedienste ein wichtiger Hebel zur engmaschigen Betreuung. Die Abstimmung soll in erster Linie mit dem niedergelassenen Bereich (hier v.a. Hausärztinnen und -ärzte) erfolgen. Das intramurale

Betreuungsteam bildet die Ressourcen für notwendige schwierige Verläufe und stellt Ansprechpartner für den niedergelassenen Bereich.

Wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten nur, wenn sie oder er es wirklich brauchen ins Spital überwiesen werden (Ausnahme stellen definierte Routinekontrollen dar). Nach dem Spitalsbesuch sollen die Patientinnen und Patienten so rasch als möglich ihre betreuenden Hausärztinnen und -ärzte / Internistinnen und Internisten aufsuchen, damit eine nahtlose Weiterbetreuung gewährleistet ist.

### **Pilotprojekt testet Praxistauglichkeit und Akzeptanz**

Im Rahmen eines 2017 gestarteten Pilotprojektes wird derzeit das Konzept der Integrierten Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz auf Praxistauglichkeit und Akzeptanz getestet.

Geplant ist, in einer Laufzeit von insgesamt dreieinhalb Jahren (1. Jänner 2017 bis 30. Juni 2020) insgesamt 250 Herzinsuffizienz-Patienten in den Pilotregionen Rohrbach, Linz, Linz-Land und Urfahr-Umgebung jeweils ein Jahr lang zu beobachten. Im Anschluss an die Pilotphase folgt eine Evaluierung als Entscheidungsgrundlage für eine Implementierung in den Regelbetrieb.

### **Das Projekt besteht aus folgenden Kernkomponenten:**

- Nach vorangegangenem stationärem. Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz Einschreibung in das Projekt durch die betreuenden niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner oder Internistinnen und Internisten in den Pilotregionen
- Erstuntersuchung durch den betreuenden Hausärztinnen und -ärzte bzw. Fachärztinnen und -ärzte im Spital inkl. Übergabe der Informationsbroschüre
- Patientengruppenschulung erfolgen in den Projekt-Krankenhäusern
- zumindest vierteljährliche Kontrollen beim den einschreibenden Ärztinnen und Ärzten
- Bei Auffälligkeiten: Rücksprachemöglichkeit für einschreibende Ärztinnen und Ärzte bei Herzinsuffizienz-Spezialistinnen und –spezialisten im Krankenhaus

- Bedarfsabhängig: Überweisung des Patientinnen und Patienten an Ambulanz, Internistinnen und Internisten oder an das Krankenhaus
- Bedarfsabhängig: Anordnung von Herzinsuffizienz spezifischer Hauskrankenpflege
- Enduntersuchung nach einem Jahr Betreuung (findet in den Spitalsambulanz statt)

**Aktueller Projektstand: 132 beteiligte Patientinnen/Patienten**

**Am Projekt beteiligte Krankenhäuser sind:**

- Kepler Universitätsklinikum
- Ordensklinikum Linz GmbH, KH der Elisabethinen
- Ordensklinikum Linz GmbH, KH der Barmherzigen Schwestern
- LKH Rohrbach.

Beteiligen können sich auf freiwilliger Basis Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und Internistinnen und Internisten in den Pilotregionen. Zusätzlich beteiligen sich alle Primärversorgungszentren, die während der Pilotlaufzeit in den Pilotregionen in Betrieb sind, am Projekt.

Derzeit sind bereits 60 Ordinationen ins Pilotprojekt eingebunden. In den Pilotregionen sind die großen Träger der Hauskrankenpflege am Projekt beteiligt.

Um die im Projekt notwendige Zahl von 250 Patientinnen und Patienten (derzeit 132) zu erreichen, sind noch verstärkte Anstrengungen notwendig.

**Erste Trends erkennbar**

„Wir würden uns auch freuen, wenn noch weitere Ärztinnen und Ärzte am Projekt mitwirken würden, um die geforderte Anzahl von Patientinnen und Patienten so rasch als möglich zu erreichen“, so Dr. Erwin Rebhandl, niedergelassener Allgemeinmediziner, und OA Dr. Christian Ebner, Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie am Ordensklinikum Linz Elisabethinen, die beide an der Projektentwicklung beteiligt waren. „Schon jetzt können wir erste klare Trends erkennen: Jene Patientinnen und Patienten, die an diesem

Pilotprojekt teilnehmen, kommen gegenüber früher weniger häufig ins Krankenhaus. Natürlich ist die derzeit überprüfbare Anzahl noch zu klein, um einen statistisch signifikante Aussage zu treffen.“